Ont participé à la réalisation de ce guide :

Les membres de l'URPS Médecins Libéraux PACA

Docteur Laurent SACCOMANO, Président
Docteur Isabelle LECLAIR, coordinatrice du guide, Médecin généraliste
Docteur Françoise COUX, ancienne élue, Gynécologue-obstétricienne
Docteur Zyiad ELIAS, ancien élu, Neurologue
Madame Laurence AILLAUD, Secrétaire administrative

Le Comité d'experts

Docteur Christophe DUFOUR, Médecin Psychiatre, Consultation des troubles anxieux
Docteur Anne NOUALLET, Médecin Psychiatre
Maître Séverine PENE, Avocate au Barreau de Toulon
Madame Aurélie ROCHETTE, Présidente URPS Sages-Femmes PACA

URPS ml paca LES MÉDECINS LIBÉRAUX

37/39 Bd Vincent Delpuech - 13006 Marseille
Tél : 04 96 20 60 80 - Fax : 04 96 20 60 81
contact@urps-ml-paca.org **www.urps-ml-paca.org**
@urps_ml_paca **URPSmedecinsliberauxPACA**

RC Marseille 493 316 103

2023

Le médecin libéral face aux patient(e)s victimes de violences

Les étapes qui mènent au SSPT…(ou pas)

URPS ml paca LES MÉDECINS LIBÉRAUX

Dr Laurent SACCOMANO
Président de l'URPS Médecins Libéraux PACA

Chaque jour révèle un peu plus les violences conjugales que la pandémie, le confinement et la précarité ont amplifiées.

Si jusqu'à présent les professionnels de santé avaient le sentiment de ne pouvoir intervenir, sans risque, pour protéger, la loi du 30 Juillet 2020 libère la parole des praticiens.

Aujourd'hui, les médecins sont autorisés à lever le secret médical sans accord nécessaire de la victime lorsqu'ils estiment que celle-ci est en danger et sous l'emprise de l'agresseur.

Si cette nouvelle disposition, non obligatoire, permet de sortir une victime du cycle de la violence, elle soulève la délicate question de la relation de confiance du médecin avec son/sa patient(e).

Informer les médecins sur la manière d'adapter une consultation pour interroger, écouter et prendre en charge la victime de violences conjugales, c'est tout l'enjeu de ce nouveau guide de l'URPS ML PACA.

Les victimes de violences ont recours plus fréquemment aux soins et la consultation chez le médecin doit être une opportunité pour ouvrir le dialogue même en l'absence de demande.

En effet, certains mots peuvent cacher des maux et souvent les victimes attendent que le médecin ou tout autre professionnel de santé prenne l'initiative d'aborder la question. Il est donc important de pouvoir déceler les signes autres que les symptômes physiques.

Très largement impliquée dans cette problématique, l'URPS ML PACA a choisi d'aborder, dans cette seconde édition, les différents signaux qui peuvent alerter lors d'une consultation, les questions à poser, la prise en charge et l'accompagnement de la victime. Le modèle de la fiche de signalement au Procureur vous est également présentée.

Notre rôle est essentiel non seulement pour prévenir mais aussi pour détecter et accompagner.

Sommaire

Généralités **6**
- Définitions et contexte 6
- Les chiffres 8

Les étapes qui mènent au SSTP (ou pas) **10**
- Pendant l'événement 10
- Après l'événement 12
- Ce que choisit de faire volontairement la victime 13
- Conduite à tenir 14
- Outils d'évaluation 16
- Le syndrome post-traumatique complexe 18
- Polémique autour du traumatisme 19
- Le SSPT est responsable de conséquences hormonales 20
- Les traitements 21

Le dépistage **23**
- L'interrogatoire 24

La prise en charge **26**
- Les éléments de langage 27
- L'accompagnement 28
- Les associations d'aide 29

Les violences conjugales **30**
- L'agresseur «ordinaire» 30
- L'agresseur «pervers» 31
- Accessibilité à une aide des PS 32
- Les violences conjugales pendant la grossesse 34

Le signalement avec levée du secret médical **36**

Certificat médical initial et ITT **38**
- Lexique pour une rédaction correcte 40
- L'ITT vs l'arrêt de travail 41

Le DSM V : trouble de stress post-traumatique **42**

Le cadre législatif **46**

Les ressources **49**

Le Kintsugi **50**

Med'aide **52**

Docteur Isabelle LECLAIR
Coordinatrice du guide

Chères consœurs, Chers confrères,

Pourquoi ce guide ?

Parce que chaque jour dans nos cabinets nous recevons au moins un(e) patient(e) victime de violences anciennes ou encore présentes.

Ce guide pratique est là pour vous accompagner efficacement lors de ces consultations délicates.

Pour celles et ceux que ce chiffre étonne, il est malheureusement une triste réalité. Nous ne pouvons pas faire comme si nous ne le savions pas.

La période de COVID a majoré certaines situations entraînant de nouvelles victimes quels que soient leur âge et leur sexe.

S'il est parfois difficile de les soigner, nous pouvons au moins les repérer, les écouter et les accompagner tout au long de leur douloureux parcours.

Généralités

Définitions et contexte

Définition de la violence par l'OMS :

« Menace ou utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations. »

(Ref : OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève 2002.)

Définition du traumatisme

1. Ensemble de lésions locales provoquées par l'action violente d'un agent extérieur ; troubles qui en résultent.
2. Evénement, qui pour un sujet, a une forte portée émotionnelle et entraîne chez lui des troubles psychiques ou somatiques par suite de son incapacité à y répondre immédiatement de façon adéquate.

Définition de la violence conjugale selon l'OMS

"Par violence d'un partenaire intime, on entend tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique ou tout autre acte de domination".

Comment différencier dispute, conflit conjugal et violence conjugale

La dispute ou le conflit conjugal peuvent faire partie de la vie de couple. Les violences conjugales sont répréhensibles par la loi.

Dans un conflit conjugal, deux positions s'opposent mais le positionnement est égalitaire et chacun garde son autonomie.

Il y a violence quand :

- Le rapport de force est asymétrique, avec une emprise d'un partenaire sur l'autre, une domination, une prise de pouvoir. Par ses propos et actes, l'agresseur veut contrôler et détruire sa/son partenaire.
- Les faits de violence se répètent.
- Les faits s'aggravent et deviennent de plus en plus fréquents.

Chiffres et statistiques

Dans tous les cas ces patient(e)s ont subi ou subissent encore un traumatisme majeur.

VIOLENCES CONJUGALES

- **146 femmes** ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, soit une femme tous les 3 jours (2019).
- **27 hommes** ont été tués par leur partenaire ou ex-partenaire. Sur les 27 hommes tués 15 étaient auteurs de violences.
- **25 enfants mineurs** ont été tués par l'un de leurs parents dans un contexte de violence au sein du couple.
- **213 000 femmes majeures** déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année. Moins d'une victime sur 5 déclare avoir déposé plainte.
- **7/10 des femmes victimes** déclarent avoir subi des faits répétés.
- **8/10 des femmes victimes** déclarent avoir également été soumises à des atteintes psychologiques ou des agressions verbales.
- Seulement **18%** déclarent avoir déposé une plainte en gendarmerie ou en commissariat de police.

Sources : Enquête « Cadre de vie et sécurité » 2012-2019 - INSEE-ONDRP-SSMSI.

IMPACT DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR LES VIOLENCES DOMESTIQUES

- **En avril 2020, l'ONU lançait une alerte sur l'incidence des violences faites aux femmes dans le monde.**
- **En France, elles auraient progressé de 30 % lors du 1er confinement.**

Sources : Académie de médecine – Décembre 2020

VIOLENCES SEXUELLES

- **94 000 femmes majeures** (de 18 à 75 ans) déclarent avoir été victimes de viols et/ou de tentatives de viol sur une année. Dans **91% des cas,** ces agressions ont été **perpétrées par une personne connue de la victime.** Dans **47 % des cas,** c'est le **conjoint ou l'ex-conjoint qui est l'auteur des faits.**
- **Seules 12% des victimes ont porté plainte.**
- 86% des victimes de violences sexuelles enregistrées par les services de police et de gendarmerie sont des femmes.
- Depuis 2017 le nombre de victimes de violences sexuelles connues des forces de sécurité sur une année **a augmenté de 18%.**
- **99% des personnes condamnées pour violences sexuelles sont des hommes.**

Sources : Enquête « VIRAGE », INED, 2016.

MALTRAITANCE SUR ENFANT

- **En France, en 2018, le nombre d'enfants qui ont été victimes de violences (directes ou via de mauvais traitements) et d'abandons s'élève à plus de 52.000.**
- **83%** des femmes ayant appelé le 3919 ont des enfants. Dans **93%** des cas, ces enfants sont témoins de violences et dans **21,5%** des cas, ils sont maltraités physiquement.
- Chaque année, plus de **130 000 filles et 35 000 garçons subissent des viols** ou des tentatives de viols, en majorité incestueux, et 140 000 enfants sont exposés à des violences conjugales.
- En 2016, sur 131 mineurs victimes d'infanticide, **67 sont décédés** dans le cadre intrafamilial (l'auteur des faits se trouve être un parent). Près de quatre enfants sur cinq ont moins de 5 ans.

D'AUTRES FORMES DE VIOLENCES TOUCHENT LES ENFANTS AU QUOTIDIEN.

- 55% des adolescents estiment qu'ils étaient trop jeunes lors de leur première exposition à la **pornographie.**
- Plus de 8000 enfants seraient victimes d'**exploitation.**
- Le **harcèlement** à l'école toucherait près de 700 000 élèves entre le CE2 et le lycée, soit 9% des enfants et adolescents. La moitié serait victime d'une forme sévère de harcèlement.
- Selon une étude parue en 2009, 12% des **sportifs** auraient été victimes d'abus sexuels.

Sources : https://solidarites-sante.gouv.fr/

Les étapes qui mènent au SSPT*... (ou pas)

par le Docteur Christophe DUFOUR, Médecin Psychiatre, Consultation des troubles anxieux

** SSPT : Syndrome de Stress Post Traumatique*

Chacun de nous peut vivre un événement horrible. "Horrible" caractérise ce qui est source d'effroi et qui entraine une réaction de recul. L'effroi est l'association de la surprise et de la peur.
Une personne qui traverse un événement horrible est dite "victime" de l'événement. Elle peut être blessée, mais elle n'est pas forcément "traumatisée".
Victime, est un statut uniquement factuel et ne présuppose pas que la personne va développer une pathologie émotionnelle.
Il y a une réaction normale au fait d'être victime d'un événement horrible : **la réaction aigüe de stress.** Elle se décompose en plusieurs phases.

Bon à savoir :

Une personne qui a vécu un évènement ne doit pas être considérée comme traumatisée parce que le médecin considère personnellement l'événement comme traumatisant. De même, ce n'est pas parce que le médecin ne considère pas un évènement comme traumatisant que la personne n'a pas été traumatisée

Pendant l'événement

La surprise

La victime est d'abord surprise par l'événement. Elle reste stupéfaite, c'est-à-dire immobile et entièrement attentive à ce qui se passe. Elle est sans émotion, ne peut bouger et enregistre ce qui se produit, avec souvent une sensation de temps ralenti.
C'est le **"saisissement"**. Il y a un effet de loupe attentionnelle qui la centre sur les éléments saillants de l'événement (visage, regard, arme, mouvement, cri, bruits, etc.).
Ces éléments sont mémorisés avec une grande précision.

La réaction émotionnelle

Elle survient ensuite, lorsque le contexte est reconnu. Cette reconnaissance repose sur des voies neuronales rapides. Le processus est essentiellement réactif et il n'est pas modéré par la pensée rationnelle. Sa rapidité est gage de survie. Il se manifeste, dans la conscience, sous la forme d'une ou de plusieurs images mentales qui surgissent et s'imposent. Dans le cas de la peur, ce sont des images de blessures dévastatrices, de sang répandu, de corps inanimés, d'isolement et d'abandon, de proches en détresse. Dans le cas de la colère, ce sont des images d'agresseurs et d'attaquants agissant délibérément à l'encontre de la victime ou de ses proches, d'agresseurs riant et se moquant. Dans le cas du dégout, ce sont des images
de contamination, des sensations de contact gluant. Ces images et sensations ne sont pas une photo de l'événement en cours. Elles sont une représentation symbolique du contexte. Le stimulus inconditionnel du danger dans le cas de la peur, de l'agression dans le cas de la colère et de la souillure dans le cas du dégout.

Ces images flash, qui sont la partie cognitive de l'émotion, sont mémorisées et entremelées aux souvenirs de l'événement enregistrés lors de la phase de surprise.

Stimulus	Emotions	Réactions physiques
Danger	Peur	Fuite
Agression	Colère	Attaque
Souillure	Dégoût	Vomissement

La réaction physique

Puis, la victime constate que tout son corps est suractivé et intensément préparé à fuir, attaquer ou se défendre suivant la reconnaissance émotionnelle du contexte. Si le dégout domine, elle vomit. La pulsion à agir est extrêmement intense et accapare toute la conscience.
S'il n'y a pas de possibilité d'action, si la situation reste incertaine, si le danger n'est pas visible, la victime est figée dans un état d'immobilité. Cette phase d'immobilité correspond à un état d'inhibition aussi intense que la pulsion à agir est forte, mais empêchée.

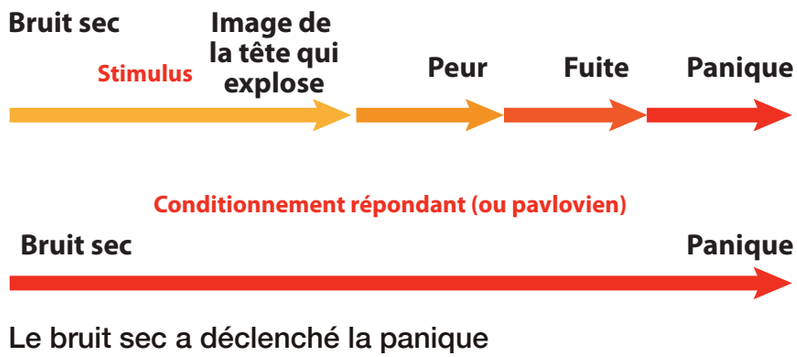
Après l'événement

De manière normale, une fois la victime en sécurité, tout ce qui lui rappelle l'événement traumatisant lui évoque les images flash et réactive l'émotion associée.
Par exemple, lors de l'événement traumatisant, il y a eu un coup de feu et la victime a eu l'image effrayante de sa tête explosant sous l'impact des balles. Alors, à chaque fois qu'elle entendra un bruit sec, elle reverra involontairement sa tête explosant et ressentira à nouveau de la peur. L'émotion (ici la peur) confère à l'image mentale sa vivacité, un sentiment de présence et d'actualité : **"comme si ça recommençait"**.

L'image flash de la tête explosant est le stimulus inconditionnel associé à la réponse de peur. Le bruit sec est ce qui a été associé à ce stimulus inconditionnel et qui désormais déclenche aussi la réaction de peur. Après quelques répétitions, le bruit seul suffit à déclencher la peur et la réponse de fuite, c'est-à-dire la panique.

C'est du conditionnement répondant (ou pavlovien) et c'est **le fonctionnement normal** de l'apprentissage et de la mémorisation. L'utilité de ce mécanisme pour la protection de l'individu est évidente.

Jusque-là, rien de ce qui s'est passé ne dépend des choix de la victime. Il n'y a pas de syndrome post-traumatique. Il s'agit de la réaction aigüe de stress. C'est une réaction normale.



Le bruit sec a déclenché la panique

Ce que choisit de faire volontairement la victime va la rendre traumatisée ou résiliente.

La victime ne peut pas décider que ses souvenirs, ses images mentales ou les stimuli environnementaux ne lui fassent plus peur. Cela ne dépend pas d'elle. Le conditionnement a eu lieu.

Par contre, elle peut choisir de ressentir la peur ou de l'éviter.

Stratégie d'exposition à l'émotion

Si la victime décide de ressentir et de supporter sa peur. C'est-à-dire qu'en pratique, si elle accepte de parler de ce qui lui est arrivé, même si ça lui est pénible. Si elle accepte de retourner sur les lieux, même si cela lui fait peur. Si elle accepte de sortir même, si elle le craint. Bref, si elle décide de s'exposer aux stimuli (bruit, lieux, souvenirs, images mentales, etc.) associés à la réponse de peur alors, le lien conditionné s'affaiblira. Elle aura de moins en moins peur. Elle choisit la résilience.

75% des personnes victimes d'un événement potentiellement traumatisant font le bon choix et ne développent pas de syndrome post-traumatique.

Stratégie d'évitement de l'émotion

Si la victime décide de ne pas ressentir l'émotion en évitant les souvenirs et les images mentales en exerçant un contrôle sur tout son environnement pour en éliminer les déclencheurs en anesthésiant ses sensations et ses émotions alors l'émotion va persister, devenir de plus en plus fréquente et intense. Le handicap qui est la conséquence de ces stratégies va augmenter.
Quelle que soit la stratégie utilisée : évitement, controle ou sédation, la victime ne pourra pas échapper à ces effets pervers.
Elle vient de créer le syndrome post-traumatique avec sa triade : émotion persistante, évitement, reviviscence.
Confrontée à l'échec, elle va développer des croyances négatives sur elle.

L'évolution vers un syndrome post-traumatique ou non, va dépendre des choix de la victime APRÈS l'événement et non de l'événement lui-même ou de ce qu'elle a vécu PENDANT.

Les conséquences de la stratégie d'évitement de l'émotion

La généralisation de l'évitement

Parce qu'elle évite, la victime ne peut plus évaluer le danger réel. L'absence de survenue du danger renforce la croyance que l'évitement est efficace et que le danger est omniprésent. C'est un renforcement négatif du comportement d'évitement et cela augmente sa fréquence.

Les flash-back ou le syndrome ironique

Si les stimuli environnementaux sont encore relativement controlables au prix de la généralisation de l'évitement des situations, il n'en est pas de même pour les souvenirs et les images mentales.
Pour ne pas penser à quelque chose, il faut y penser... c'est ce qu'on appelle le syndrome ironique.
Pour les éviter la victime doit s'occuper l'esprit. Les soins, la rééducation, l'immersion dans le travail peuvent suffire au début. Cependant, les souvenirs, les images mentales et les émotions associées sont en permanence réactivés par le syndrome ironique. Il n'y a aucune issue. Le simple fait de réaliser qu'il n'a pas pensé à .... suffit à évoquer précisément ce qu'il s'évertue à éviter.

C'est le mécanisme à l'origine des flash-back, de l'insomnie d'endormissement, des cauchemars récurrents et des ruminations obsédantes.

Conduite à tenir

Il est crucial que la victime apprenne, le plus tôt possible, qu'elle doit s'exposer à la peur.

1) La victime doit être informée que la réaction aigüe de stress est normale et que l'évitement émotionnel est pathogène.

2) Il est nécessaire, le plus tôt possible, de la faire parler longuement de ce qui s'est passé. C'est-à-dire concrètement de lui demander pour chaque situation effrayante de rapporter les pensées et images qu'elle a eues à l'esprit. Elle ne doit pas expliquer ce qui s'est passé, mais elle doit raconter au présent et à la première personne ce qu'elle a vécu, réactions physiques et images mentales comprises.
C'est un entretien très émotionnel et il doit l'être pour être efficace. L'exposition à l'émotion doit être prolongée pendant quelques dizaines de minutes. Si le praticien n'est pas

disponible, il doit demander à la victime de revenir à très court terme pour cet entretien. C'est un entretien en tête à tête.
Si vous ne pouvez pas l'effectuer, adressez la victime le plus tôt possible, à un psychologue ou un psychiatre experimenté dans la prise en charge des syndromes post traumatiques.

3) La famille doit être prévenue qu'éviter de parler de ce qui est arrivé et surprotéger la victime, lui sont dommageables, quel que soit son âge.

Ce n'est pas l'émotion qui est dangereuse, c'est l'évitement de l'émotion.

4) Si la victime se blâme ou se culpabilise de ce qui est arrivé, il faut comprendre qu'il s'agit d'une tentative d'évitement. Sa croyance est : "C'est parce que j'ai fait une erreur que je me suis retrouvé(e) dans cette situation, il suffit que je ne la refasse plus et je serai sauf(ve)". La réalité que doit accepter la victime est qu'elle a fait ce qu'elle pensait être juste et approprié au moment ou elle l'a fait. Elle n'a pas fait d'erreur, car il est certain qu'elle n'a jamais voulu vivre ce qu'elle a vécu. Ce qui signifie qu'elle doit accepter que rien ne puisse prévenir le danger et que rien ne peut la protéger définitivement. **L'incertitude et l'imprévisibilité sont la norme de la vie.**
Vous ne devez pas confirmer la victime dans la croyance qu'elle peut maitriser les imponderables.

Bon à savoir :

Un patient venant à la suite d'un événement traumatisant implique une prise en charge médico-légale.

5) L'événement et ses conséquences émotionnelles sinon physiques doivent être documentés afin de pouvoir rédiger les certificats qui ne manqueront pas d'être nécessaires.

6) La réaction émotionnelle initiale doit être mentionnée sur les certificats médicaux et d'accident du Travail.
Si la réaction aigüe de stress est immédiate, le syndrome post-traumatique, s'il se développe, apparaît toujours de manière retardée par rapport aux événements traumatisants. Il faut le temps que l'évitement émotionnel crée le problème. Le SSPT dure souvent bien plus longtemps que le temps nécessaire pour soigner les blessures physiques. C'est souvent lui qui empêche la reprise du travail et mène à l'invalidité. Si la réaction émotionnelle est mentionnée sur le certificat d'AT initial elle permettra que le syndrome post traumatique soit pris en charge dans le cadre de l'AT.
Un patient stuporeux, ralenti, émotionnellement détaché, ou anormalement calme peu de temps après un accident est un patient qui vit une intense réaction d'inhibition. Il n'est pas dans un état normal. Cet état est l'un des prédicteurs de la survenue du syndrome post-traumatique et il doit être mentionné dans les certificats.

Outils d'évaluation

Le médecin peut documenter l'état émotionnel du patient au moyen de **l'Échelle HADS : Hospital Anxiety and Depression scale - (ALQP003 : 69,12 €)**

Cette échelle a été conçue pour un usage en médecine générale, elle a l'intérêt d'évaluer la dépression et l'anxiété.

La recommandation de bonne pratique HAS (Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours - octobre 2017)

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf

D'autres échelles plus spécialisées sont disponibles comme :

- PCLS / Posttraumatic stress disorder Checklist Scale (Echelle de l'état de stress post-traumatique),

https://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2021/11/PDEQ-Fr.pdf

- Questionnaire MSP 25 (Mesure du stress psychologique)

Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 :

Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 :

Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse

– 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Echelle HAD

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

La plupart du temps 3
Souvent 2
De temps en temps.....1
Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

Oui, tout autant 0
Pas autant 1
Un peu seulement 2
Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

Oui, très nettement 3
Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
Un peu, mais cela ne m'inquiète pas..1
Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

Autant que par le passé 0
Plus autant qu'avant 1
Vraiment moins qu'avant 2
Plus du tout.....3

5. Je me fais du souci

Très souvent 3
Assez souvent.....2
Occasionnellement 1
Très occasionnellement.....0

6. Je suis de bonne humeur

Jamais.....3
Rarement.....2
Assez souvent.....1
La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

Oui, quoi qu'il arrive 0
Oui, en général 1
Rarement.....2
Jamais.....3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

Presque toujours.....3
Très souvent 2
Parfois 1
Jamais.....0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

Jamais.....0
Parfois 1
Assez souvent.....2
Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

Plus du tout.....3
Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

Oui, c'est tout à fait le cas 3
Un peu.....2
Pas tellement 1
Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

Autant qu'avant.....0
Un peu moins qu'avant.....1
Bien moins qu'avant 2
Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

Vraiment très souvent 3
Assez souvent.....2
Pas très souvent 1
Jamais.....0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois.....1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Le syndrome post-traumatique complexe

Dans les années 1990, des psychiatres et psychothérapeutes féministes américaines ont fait valoir que le syndrome post-traumatique typique caractérisé par un événement traumatisant unique et représenté de manière emblématique par l'accident de circulation, l'agression ou le trauma militaire, touchait plutôt les hommes. Cela amenait, d'après elles, à sous-estimer ou à invisibiliser les conséquences d'agressions chroniques, cumulatives, perpétrées au sein de la famille, sans échappement possible pour la victime. Ces violences seraient plus caractéristiques des violences subies par les femmes et les enfants.

La symptomatologie de ces traumas complexes s'apparente plus à celle d'un trouble de personnalité avec une atteinte de la capacité à établir une relation avec autrui, une vision négative de soi, une instabilité émotionnelle, des reviviscences traumatiques, et pour les enfants des troubles du développement physique et mental, une diminution du QI.

La réalité de ce tableau clinique ne fait pas de doute.

La présentation de ce SSPT complexe n'est plus simplement psychologique, il s'y associe une composante somatique polysystémique.

Chez ces patient(e)s, il faudra à un moment, penser à poser la question :
« N'auriez-vous pas été victime de violences, d'agressions sexuelles ?»

Les amnésies

1. Les amnésies traumatiques vraies, objectives

Suite à un traumatisme crânien, le souvenir n'a pas été encodé, il n'y a rien.

2. Les amnésies sous l'emprise de toxiques

Alcool, stupéfiants, médicaments...

3. Les amnésies infantiles

Avant l'âge de 2 ou 3 ans (le souvenir n'est pas encodé ou s'il l'est, c'est sous une forme non accessible à l'âge adulte).

Polémique autour du traumatisme

Une vieille théorie freudienne : la théorie de la séduction, postulait que tous les patients névrosés auraient, en fait, été victimes d'agression sexuelle précoce. Agression, dont ils auraient refoulé le souvenir et dont, consciemment, ils ignoreraient tout.
Selon Freud, la preuve de sa théorie était que sous hypnose ou grâce aux techniques suggestives qu'il utilisait à l'époque, les patients retrouvaient des "souvenirs". Cette imagerie était extrêmement détaillée. Elle portaient sur des agressions anciennes, souvent survenues avant l'âge de 3 ans et complètement méconnues des patients et de quiconque. L'expérience était toujours intensément émotionnelle. Le contenu venait précisément expliquer la symptomatologie du patient et correspondait parfaitement aux attentes de Freud.
Cette théorie a été abandonnée par Freud lui-même pour son absence de résultat et parce qu'il a réalisé qu'il n'avait aucun moyen de faire la distinction entre réalité et fiction.

Elle a été redécouverte dans les années 1980, par les psychanalystes états-uniens. Guidés par cette théorie, et sans tenir compte du constat d'echec de Freud, ils ont développé la **«thérapie par le souvenir retrouvé»**. Ils pensaient que les souvenirs traumatiques étaient d'autant plus oubliés qu'ils étaient intenses. Eux aussi utilisaient l'hypnose, des techniques suggestives ou de narcose médicamenteuse. Et, à nouveau, les patients retrouvaient des "souvenirs" cinématographiques, hallucinatoires, extrêmement détaillés et mis en scène dans une profusion d'émotions. Ils ont appelé ce phenomène : **"reviviscence".** Encore une fois, le contenu des scènes relatait des évènements dramatiques et complètement inconnus de quiconque, patient(e) y compris. Le/la patiente vivait l'expérience de manière involontaire et voyait se developper l'imagerie onirique au fur et à mesure de sa construction, en fonction des suggestions du "thérapeute". Aux USA, les patients ont pu ainsi "découvrir" qu'ils avaient été victimes d'inceste mais aussi d'actes de barbarie pratiqués par des sectes sataniques ou d'enlèvement par des extra-terrestres.

Nous savons maintenant que ces "reviviscences" sont des **faux souvenirs**, des créations dues à la suggestion et à l'action du "thérapeute". Elles sont construites à partir de souvenirs, de désirs, de craintes et d'imaginations du patient. Ceci était déjà connu à l'époque de Freud et l'on parlait d'**hallucinations rétrospectives**.
Les neurosciences ont montré qu'au contraire de ce qu'affirme cette théorie, les souvenirs les plus chargés en émotions sont ceux qui s'oublient le moins. L'hypnose ne permet pas d'améliorer le recueil de souvenirs. Il n'y a pas de souvenirs récupérables avant l'âge de 3 ans. Le FBI a confirmé qu'il n'y avait pas de sectes sataniques ni de sacrifices humains et les astronomes cherchent toujours les extra-terrestres. Enfin, le problème des personnes traumatisées est précisément qu'elles ne peuvent oublier, malgré tous leurs efforts et non le contraire.
Cependant, il y a encore aujourd'hui des thérapeutes qui croient en cette théorie qu'ils ont renommé **"amnésie dissociative"** et ils continuent à appliquer les mêmes techniques. Ces pratiques suggestives ne lèvent pas d'amnésie, mais créent un faux souvenir.

Bon à savoir :

Aujourd'hui en France, l'utilisation de l'hypnose dans la recherche de souvenirs n'est pas reconnue par les tribunaux car l'état hypnotique peut créer de faux souvenirs.

Pour autant, l'hypnose peut permettre de traiter de nombreux états émotionnels pathologiques par son travail avec l'inconscient. Les données scientifiques sur l'hypnose sont nombreuses.

Les conséquences hormonales

La réaction aiguë de stress entraine une libération importante de :

- **glucocorticoïdes et de cortisol**
- **d'adrénaline et de noradrénaline.**

Il s'agit d'une réaction adaptative visant à mobiliser les ressources métaboliques et cardiovasculaires de l'individu.

Lorsqu'elle est prolongée, cette réaction est responsable,

- ***Dans un premier temps :***

- d'un risque de syndrome métabolique et de pathologies cardiovasculaires.

- ***Dans un deuxième temps :***

du fait de rétroactions au sein du système glucocorticoïde, de l'intervention de nombreuses cytokines et, peut-être aussi, d'interactions avec le microbiote,

- d'un état inflammatoire généralisé. L'inflammation prolongée a des conséquences cérébrales, en particulier sous la forme d'états dépressifs.
- d'atteintes auto-immunes.

Le **cortisol** s'avère directement neurotoxique et altère la mémoire.
L'**adrénaline** et la **noradrénaline** augmentent le conditionnement de peur.

Enfin, les hormones du stress sont responsables de **modifications du marquage épigénétiques** (*voir guide des Perturbateurs Endocriniens**). Ce marquage est directement transmissible au fœtus lorsqu'il survient au cours du dernier trimestre de la grossesse. Il est responsable de modifications comportementales et émotionnelles via l'augmentation de la sensibilité des différents systèmes impliqués contribuant à rendre l'enfant plus sensible au stress.

Pour résumer, le syndrome post-traumatique est responsable de conséquences neuro-psycho-hormonales mais aussi inflammatoires et cardiovasculaires qui évoluent dans le temps et sont modulées par les hormones sexuelles, l'histoire du patient, et la chronicité du traumatisme. Ces modifications sont transmissibles à la descendance.

** Guide des perturbateurs endocriniens - Dossier Scientifique p.16 - Edition URPS ML PACA*

Les traitements

2 traitements psychothérapeutiques validés du SSPT

• l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Retroprocessing)

l'EMDR consiste à exposer le patient en imagination au niveau maximum d'intensité en l'empêchant d'utiliser ses stratégies d'évitement cognitif par une double tâche (raconter en détail la scène traumatique tout en suivant du regard les doigts du thérapeute). Il s'agit d'une technique rapidement efficace sur les souvenirs traumatiques.

• La Thérapie Comportementale Centrée (TCC) sur le traumatisme

Elle consiste à :

- Exposer la victime progressivement, en imagination, in vivo, ou in virtuo aux scènes traumatiques.
- Pratiquer une restructuration cognitive pour modifier les croyances dysfonctionnelles. - Prescrire des tâches pour aller contre les stratégies d'évitement.

Les techniques de psychothérapie se sont avérées plus efficaces que les traitements médicamenteux seuls pour traiter ou prévenir le syndrome post-traumatique.

Traitements médicamenteux

Les traitements validés pour le traitement du syndrome post-traumatique sont les bêta bloquants et les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Les IRSNA : venlafaxine, milnacipran et duloxetine sont théoriquement contre-indiqués, car ils augmentent la noradrénaline intracérébrale. Les études cliniques ont été faites essentiellement avec des militaires traumatisés. Ce n'est pas tout à fait comparable à un traumatisme civil, car les militaires sont théoriquement préparés à réagir à un événement traumatisant …

1 - Bêta-Bloquants (BB)

Le système adrénergique est un système clé dans le traumatisme et la répétition du traumatisme.

À chaque flash-back, il y a de nouvelles sécrétions de noradrénaline cérébrale et d'adrénaline périphérique. Chaque fois, le souvenir est renforcé.

Les BB non cardiosélectifs comme le propranolol bloquent les récepteurs à la noradré naline cérébrale et à l'adrénaline périphérique.

Les bêtabloquants réduisent efficacement l'hyperactivité adrénergique, les réactions de sursaut, la colère. Ils agissent rapidement, sont bien tolérés, il n'y a pas de diminution de la vigilance, pas de dépendance ni d'accoutumance.

Ils aident le patient à s'exposer.

ORDONNANCE :

PROPRANOLOL 40mg - 1 cp 3/4 d'heure à 1 heure avant l'exposition

Le propranolol agit pendant 3 à 4h.
Si une victime a des difficultés importantes de contrôle émotionnel et qu'elle est incapable de contrôler sa peur ou sa colère, un traitement par bêtabloquant continu pourra lui rendre service

ORDONNANCE :

PROPRANOLOL 40mg 3 x 40/j ou LP 160/j tous les jours

2 - Anti-dépresseurs sérotoninergiques

Les antidépresseurs serotoninergiques ont montré une action générale sur la peur, le stress et l'état dépressif.
La sérotonine est le neuromédiateur que le lobe frontal sécrète pour inhiber le système limbique, c'est-à-dire le cerveau émotionnel. Les produits inibiteurs de la recapture de la sérotonine entrainent l'accumulation de sérotonine à des valeurs supra-physiologiques.
Cette accumulation intra-synaptique se traduit par une diminution de l'intensité de toutes les émotions. Il est parfois nécessaire d'utiliser des posologies supérieures à ce qui est utilisé pour les épisodes dépressifs majeurs.
Les antidépresseurs utilisés sont les sérotoninergiques comme la paroxetine et la fluoxetine. La fluoxetine à l'avantage de ne pas entrainer de syndrome d'interruption.

ORDONNANCE :

PAROXÉTINE - 20 mg tous les jours
FLUOXETINE - 20 mg tous les jours

Traitements médicamenteux et psychothérapies sont synergiques.

Le dépistage

COMMENT DEPISTER LES VICTIMES DE VIOLENCES ?

Idéalement, il faudrait poser systématiquement la question en faisant le dossier d'un(e) nouveau/nouvelle patient(e), dans l'anamnèse quand on lui demande ses antécédents :

- ***fumez-vous ?***
- ***combien consommez-vous d'alcool ?***

On pourrait aussi demander :

- ***avez-vous subi des violences dans votre vie ?***
- ***comment çà se passe à la maison ?***

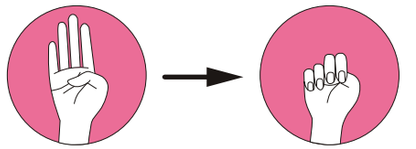
Mais cela n'est pas toujours possible dans la pratique, surtout si le/la patient(e) vient pour un certificat de sport ou une sinusite.

En revanche il faut y penser et poser la question :

- Devant des traces corporelles de violences. Attention au déni !
- A chaque consultation gynécologique et surtout si l'examen est difficile
- Pendant la grossesse (intérêt de l'Entretien Prénatal Précoce)
- Devant des symptômes sans étiologie évidente qui peuvent être des conséquences du Stress Post Traumatique (cf p 10)
- Quand un enfant est amené en consultation pour des troubles de la croissance, des apprentissages ou du comportement
- Devant des douleurs chroniques ou des maladies psychosomatiques (des patient(e)s qui se plaignent de douleurs variables et mal systématisées, qui font le tour de tous les spécialistes sans que personne ne trouve de solutions).

Derrière ces tableaux complexes se cache souvent un SSPT, il faut y penser et trouver le bon moment pour poser la question des violences.

Les différents signes d'appel à l'aide en cas de violences conjugales



1 - Paume vers l'objectif et pouce replié → **2 - Les 4 doigts se replient sur le pouce**

Point noir sur la paume

DEMANDEZ LE MASQUE 19

En pharmacie

Bon à savoir :

Chaque jour tout soignant reçoit au moins un(e) patient(e) victime de violences (en cours ou passées).

PROPOSITION D'INTERROGATOIRE : COMMENT ET QUAND DÉPISTER ?

Avez-vous subit des violences physiques, psychologiques ou sexuelles ?

NON

Ce sujet s'arrête on passe à la suite des antécédents

OUI

Souhaitez-vous en parler aujourd'hui lors de la consultation ?

NON

Vous n'allez pas plus loin sur l'investigation, mais assurez-vous quand même que sa vie n'est pas en danger. Si il/elle dit non c'est que ce n'est pas le bon moment. Dites-lui : "A n'importe quel moment dans votre suivi médical, vous pouvez revenir vers moi pour aborder ce sujet". Tout ce que vous me direz, que vous souhaitiez donner suite ou pas, porter plainte, est consigné dans votre dossier médical et ne sera communiqué à personne d'autre.

OUI

Subissez-vous toujours ces violences à ce jour ?

NON

Il faut savoir si ce sont des violences qui ont été subies dans l'enfance ou l'adolescence.
Si NON
Précisez : "sachez que si ce n'est pas de mon aide dont vous avez besoin il existe des associations qui aident les femmes/les hommes en difficultés. Je peux vous fournir leurs coordonnées et vous avez toujours la possibilité de déposer une plainte auprès d'un commissariat de police"

OUI

Avez-vous eu du soutien durant cette période? Y a-t-il eu des suites judiciaires ?

NON

OUI

Cela permet d'estimer si la victime a eu du soutien ou pas, si elle a pu s'exprimer avec un professionnel de santé, une personne de la famille, ou quelqu'un de proche…
S'il y a eu des suites judiciaires cela veut dire que le cheminement psychiatrique mis à part, il y a une reconnaissance du préjudice par la loi, par l'état et ça aide dans le processus de reconstruction

**Il faut m'en dire un petit peu plus pour que je puisse vous orienter.
Pouvez-vous me préciser de quels types de violences il s'agit ?
Est-ce une personne avec laquelle vous êtes toujours en contact ?**

NON

OUI

- Si violences actuelles ou récentes : dans 90% des cas c'est avec le/la conjoint(e) ou l'ex-conjoint(e).
- Si c'est un parent : le grand père par exemple, pensez au problème des dégradation des relations familiales

Avez-vous des enfants, une famille ?

NON

OUI

**Vous m'avez dit que vous avez des enfants.
Sont-ils spectateurs ou sont-ils également maltraités ?
Estimez-vous qu'ils sont en danger ?**

Souvent c'est non, les enfants n'ont pas été touchés

NON

OUI

Du fait que la victime alerte sur un possible agissement sur des enfants mineurs, le devoir du professionnel de santé est de signaler une information préoccupante qui sera suivi ou pas avec au minimum une enquête sociale. On est tenu de faire une signalisation à la CRIP (cf p25) (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes)

La prise en charge

Conduite à tenir lorsque vous découvrez que votre patient(e) a été ou est encore victime de violences

Faite confiance à votre intuition de médecin

- Le/la patient(e) doit être seul(e) en consultation
- Méfiez-vous si il/elle est toujours accompagné(e) (déclencher l'opportunité de le/la voir seul(e)
- Le/la patient(e) peut avoir peur, honte, ne pas être prêt(e), être en phase de lune de miel… (cf p 32)
- Mettez-vous une alerte dans le dossier et finissez par cette phrase :

" je suis toujours à votre écoute si vous en avez besoin"

Attention :

Les victimes ont tendance à banaliser, minimiser ce qui a été vécu.

- *"C'était avant"*
- *"Ce n'était qu'une fracture"*
- *"Je ne sais pas choisir mes partenaires"*
- ***"C'était de ma faute"*** Même en comprenant le mécanisme de fonctionnement de l'agresseur, en tant que témoin on est amené à se poser la question **"mais comment la victime a-t-elle pu continuer à subir tout cela ?".**

  C'est humain de ne pas comprendre pourquoi mais **nous nous devons de ne pas partager cette réflexion avec la victime.** Parce que nous n'avons pas été sous emprise, parce que nous ne sommes pas elle, parce que nous ne sommes pas victime…

Bon à savoir :

- Ne pas juger afin de ne pas rappeler ou conforter le comportement de l'agresseur
- Ne pas tenir de discours infantilisants, culpabilisants (ramène à la nullité et dévalorise)
- Ne pas chercher à régler le problème aujourd'hui
- Ne pas inonder la patiente de solutions en tout genre (avocats, associations, psychologues, psychiatre, hypnose, porter plainte, …)

- Ne pas rentrer dans les détails, ne pas chercher à en savoir plus
- Ne pas décider à sa place (respectez son rythme et son choix), vous risquez de majorer ses angoisses ou au pire de le/la faire fuir.

Accusez réception en répétant et en reformulant

- Ainsi votre "beau-père" vous a violé(e) quand vous étiez petit(e)
- Votre mari vous a jeté l'écran de télévision…

Quelques éléments de langage

A DIRE	A EVITER DE DIRE
Il n'y a rien qui justifie cette violence	Vous êtes resté(e) avec cet homme/cette femme tout ce temps !
Vous êtes une victime dans cette histoire	Pourquoi vous acceptez ça ?
Vous n'y êtes pour rien	Vous vous rendez compte de ce qu'il/elle vous fait subir ?
Vous avez été blessé(e) ? Avez-vous eu des fractures ? Ce n'est pas rien	Etes-vous conscient(e) que vous ne protégez pas vos enfants ?
	Pourquoi vous ne voulez pas partir ?

Revoir le/la patient(e)

« Ce serait bien que l'on se revoit dans quelques jours, je vais vous donner un rendez-vous «

L'ACCOMPAGNEMENT : LES DIFFÉRENTS ACTEURS

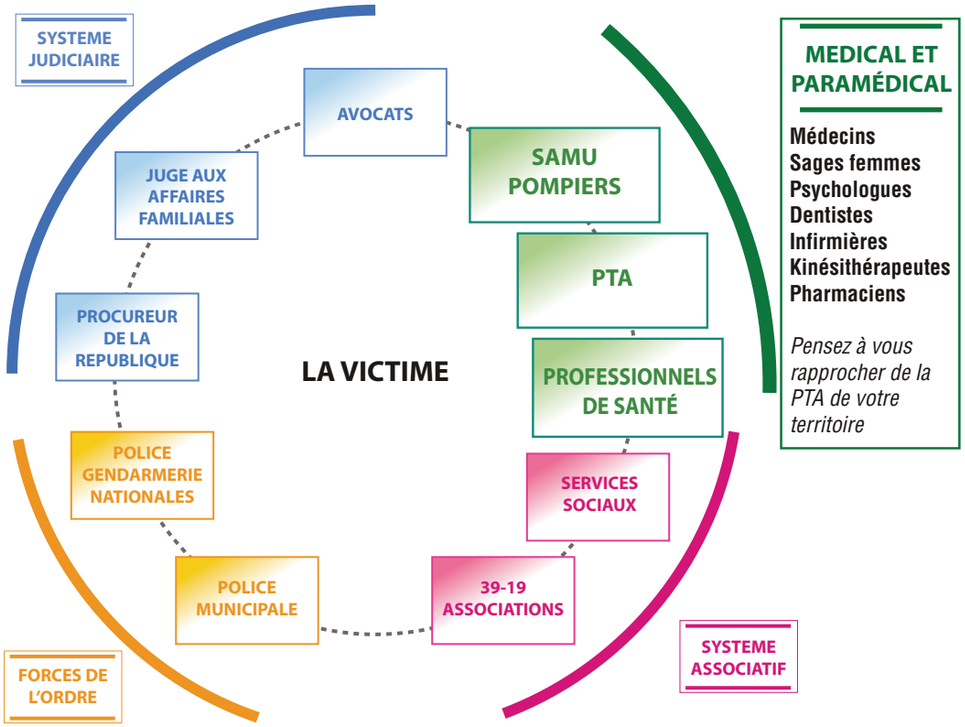
Ils interviennent dans le parcours de la victime de violences sans qu'il y ait de chronologie prédéfinie dans leurs interventions réciproques.

Le rôle de chacun est important tant dans la phase de repérage que d'accompagnement de la victime et de ses enfants. **Chacun doit apporter à la victime une solution dans son domaine de compétence.**

Les besoins et demandes des victimes étant multiples (sociaux, médicaux, juridiques, psychologiques,…), **il est donc essentiel que chaque professionnel inscrive son action au sein d'un réseau partenarial, de manière à favoriser une prise en charge adaptée et décloisonnée.**

Seul cet accompagnement pluridisciplinaire permettra à la victime de sortir du cycle de la violence et de se reconstruire.

Protéger une victime, c'est lui permettre de reprendre sa vie en main et d'effectuer les démarches nécessaires en respectant son rythme.



ASSOCIATIONS D'AIDE AUX VICTIMES EN PACA

(liste non exhaustive)

POUR LE 06

www.alpes-maritimes.gouv.fr/Politiques-publiques/Solidarite-et-cohesion-sociale/Droits-des-femmes/Vous-etes-victime-de-violences/Des-associations-peuvent-vous-aider

POUR LE 13

AVAD.....**04 96 11 68 80**

www.avad-asso.fr/

APERS.....**04 42 52 29 00**

www.apers13.com/association-apers/service-daide

SOLIDARITE FEMMES 13 . . . . . **04 91 24 61 50**

https://solidaritefemmes13.org/

POUR LE 83

AAVIV 83 .....**04 98 00 46 80**

https://aaviv.fr/

AFL TRANSITION **04 94 92 74 21**

www.afltransition.fr/femmes-victimes

POUR LE 84

LES FEMMES DE VOIX ET D'ACTIONS.....**07 58 09 12 83**

www.lfva.fr/actions-et-aides-aux-femmes-avignon-vaucluse.html

RHESO **04 90 60 36 84**

www.rheso.org/

Les violences conjugales

Il ne faut pas juger la victime, notamment en raison de sa venue tardive

Les patient(e)s victimes de violence apparaissent fréquemment confus(es), ambivalent(e)s, indécis(es) et ont des difficultés à quitter l'agresseur.

L'agresseur «ordinaire» est le plus fréquent, cependant on entend plus souvent parler du «pervers» car il est plus médiatisé.

L'agresseur "ordinaire" (le plus fréquent)

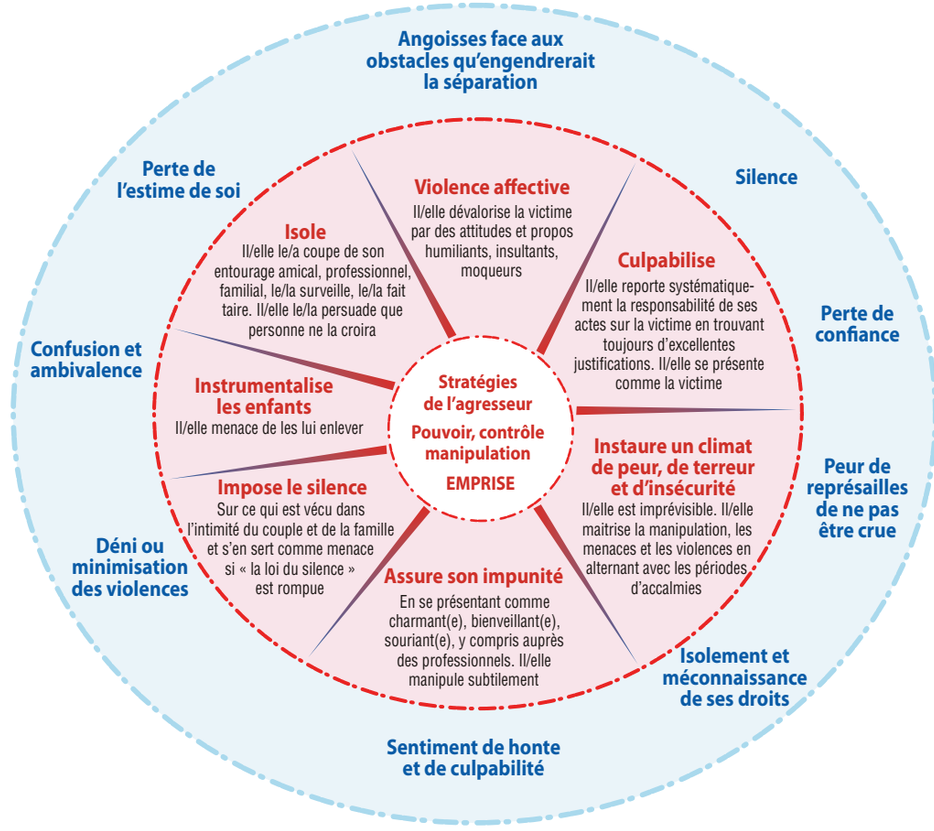
AGRESSEUR / VICTIME

L'agresseur "pervers" (le plus médiatisé)

L'agresseur met en place et développe des stratégies visant à assurer sa domination sur la victime qui est sous **emprise.**

Pour se libérer de l'emprise, le chemin peut être long. Il s'effectue par étapes et souvent par des allers et retours.

Sauf danger, il faut accepter ce processus, les choix de la victime et l'aider à prendre conscience de la réalité de sa situation et de l'emprise.



AGRESSEUR / VICTIME

Ce shéma peut vous aider à comprendre les périodes où la victime est accessible ou pas à une aide des professionnels de santé

Légende

AGRESSEUR / VICTIME

CYCLE DE LA VIOLENCE

CLIMAT DE TENSION

Etat réceptif

Silence, Geste brusque, Il/elle est tendu(e), a des accès de colère
Menace du regard l'autre personne
Mauvaise humeur, irritabilité

Inquiétude, peur de ce qui peut se passer
Fait attention à ses propres gestes et paroles

AGRESSION

Etat réceptif

Violence verbale, sexuelle, physique, psychologique, économique
Il/elle a repris le contrôle et le pouvoir

Se sent humilié(e), triste, a le sentiment que la situation est injuste
Il/elle est en colère

JUSTIFICATION

Période de doute du bien fondé de ses demandes et des démarches engagées

Il/elle s'excuse, il/elle minimise son agression
Il/elle rejette la faute sur l'autre
Il/elle promet de changer, de ne plus recommencer

Cherche à comprendre ses explications, culpabilise, veut l'aider à changer
Il/elle doute de ses propres perceptions

LUNE DE MIEL

Accès difficile

Il/elle demande pardon, parle de thérapie, menace de se suicider
Il/elle se montre sous son meilleur visage

Reprend espoir car il/elle voit ses efforts de changement, il/elle lui donne une nouvelle chance, il/elle change ses habitudes

Les violences conjugales pendant la grossesse

La grossesse est une période de grande vulnérabilité, dans 40% des cas, les violences conjugales apparaissent ou s'aggravent lors de cette période.

La grossesse pourrait avoir des répercussions particulières sur les comportements du conjoint qui peut craindre de ne plus être le centre d'attention ou de perdre le contrôle qu'il exerce sur la future mère.

La grossesse est un moment privilégié pour dépister les violences conjugales en raison de la fréquence des consultations prénatales et du lien de confiance qui s'établit entre le médecin et sa patiente.

Les différentes formes de violence

La violence conjugale peut prendre plusieurs formes, dont :

- **La violence physique**

  Frapper ou donner des coups dans le ventre et les seins, briser des objets, bousculer ou pousser, tirer les cheveux, empêcher l'autre de sortir de la maison…

- **La violence psychologique et verbale**

  Menacer de provoquer une fausse couche ou de s'en prendre aux enfants, ridiculiser les choix de prénoms ou imposer son propre choix, ridiculiser le corps de la femme enceinte ou se plaindre de sa prise de poids, douter des compétences parentales, remettre en doute la paternité, crier et insulter, donner des ordres, critiquer les goûts et les compétences de l'autre.

- **La violence sexuelle**

  Forcer l'autre à avoir des relations sexuelles contre son consentement, bouder si l'autre n'a pas envie d'avoir des relations sexuelles, menacer d'avoir des relations sexuelles avec d'autres personnes si la victime refuse, imposer le visionnement de films pornos.

- **La violence de contrôle**

  Ne pas permettre à la mère de répondre aux besoins de son enfant, limiter le choix d'allaiter ou non, dénigrer les relations de l'autre et lui interdire de voir sa famille et ses amis, surveiller les déplacements et contrôler les activités, les appels, les textos, les courriels, etc.

- **La violence financière**

  Contrôler les dépenses de l'autre, ne pas laisser l'autre participer aux décisions financières, refuser que la victime occupe un emploi.

Les conséquences de la violence

La grossesse est une période où les femmes sont plus vulnérables à la violence conjugale.

CONSEQUENCES POUR LA FEMME

- Blessures physiques
- Anxiété, stress, syndrome dépressif
- Sensation de solitude et d'isolement
- Anorexie, insomnie
- Addictions (alcool, tabac,drogues, anxiolytiques …)

CONSEQUENCES POUR L'ENFANT

- Fausse couche
- Prématurité
- Hypotrophie
- Blessures chez l'enfant
- Compromission d'un lien mère-enfant solide.

Le repérage

Le dépistage est facile lorsqu'on constate des lésions physiques évidentes. Il l'est beaucoup moins devant des séquelles variées, une aggravation de certaines pathologies chroniques, des troubles psychosomatiques, des complications obstétricales. Le dépistage est difficile lorsque les troubles sont essentiellement psychiques.

Il convient au minimum de poser quelques questions simples après avoir mis la patiente en confiance (cf. p 24/25) proposition d'interrogatoire.

Se méfier d'un conjoint omniprésent pendant les consultations. Exiger d'avoir au moins une consultation prénatale avec la femme seule.

En cas de suspicion, ne pas rester seul(e), adressez-vous à l'équipe obstétricale qui prendra en charge cette grossesse à risque.

Signalement d'un majeur victime de violences conjugales

ATTENTION : la procédure n'est pas encore complétement effective pour tous les départements de PACA

Levée du secret médical

L'arsenal législatif de lutte contre les violences au sein du couple a été complété par la loi n° 2020-936 du **30 Juillet 2020** qui étend les possibilités de signalement dans un cadre bien précis.

Désormais la levée du secret médical est possible si et seulement si :

Les violences mettent la vie de la victime en danger immédiat

ET

La victime se trouve sous l'emprise de l'auteur de violences

La responsabilité civile, pénale ou disciplinaire du médecin qui effectue un signalement dans ces conditions ne peut pas être engagée, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Afin d'accompagner les médecins dans la mise en œuvre de cette nouvelle disposition, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le ministère de la Justice et la Haute Autorité de Santé ont réalisé en octobre 2020 un vademecum pédagogique, visant à éclairer les professionnels de santé, en particulier les médecins, sur l'évolution de l'article 226-14 du Code pénal, et mettant différentes ressources à la disposition des soignants, dont une fiche de signalement à transmettre au Procureur de la République, une grille d'évaluation du danger et de l'emprise, ainsi que des informations sur le circuit juridictionnel dudit signalement.

A télécharger sur

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf

SIGNALEMENT TRANSMIS AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE CONCERNANT UN MAJEUR VICTIME DE VIOLENCES CONJUGALES DANS LE CADRE DU 3° DE L'ARTICLE 226-14 DU CODE PÉNAL

L'article 226-14 du code pénal a ainsi été complété par un 3° prévoyant que l'article 226-13 de ce code réprimant la violation du secret professionnel n'est pas applicable « au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 [de ce code], **lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences.**

1. Auteur du signalement (Médecin, professionnel de Santé) transmis au Procureur de la République	
Nom, Prénom	
Profession	
Adresse	
Téléphone	
E-mail	

2. Victime			
Nom, Prénom		Nom d'usage	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Situation familiale			
Préciser s'il existe une vie commune ou s'il s'agit d'une ex-vie commune			
Adresse du lieu des faits			
Adresse actuelle de la personne (si adresse différente)			
Recueil des coordonnées d'appel : faire préciser à la victime si le conjoint a accès à son téléphone et/ou sa boite mail. **Dans ce cas : inscrire les coordonnées de la personne de confiance**			
Tél perso.		E-mail	
Tél pers. de confiance		E-mail pers. de confiance	
Présence d'enfants à charge	Non Oui, nombre	Ages	

3.Eléments de la situation amenant la transmission au Procureur de la République

Examen médical

Date : Heure :

a) Faits ou commémoratifs :

La personne déclare avoir été victime le (date ou période de temps)

à (lieu) _____

de :

«_____

_____

_____ »

b) Doléances exprimées par la personne :

Elle dit se plaindre de :

«_____

_____

_____ »

c) Examen clinique : (description précise des lésions, siège et caractéristiques et éléments sur leur datation)

- Sur le plan physique - Sur le plan psychique

Accord donné au signalement par la personne

La personne a-t-elle donné son accord au présent écrit ?

□ Oui □ Non

Délivrance de l'information du signalement à la personne.

□ Oui □ Non

Date tampon et signature

Le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure, et en cas d'impossibilité, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République.

Modèle de signalement

(d'après le CNOM)

A télécharger sur

shorturl.at/pK028

❶ Remplir le document

❷ Le signalement est envoyé par courrier électronique à l'adresse mail structurelle de la permanence du parquet compétent (lieu des faits).

05 - Parquet de Gap
sec.pr.tj-gap@justice.fr

13 - Parquet de Marseille
mineurs.pr.tj-marseille@justice.fr
Parquet d'Aix en Provence
cepminpr.tgi.aix-en-provence@justice.fr
Parquet de Tarascon
ttr.tj-tarascon@justice.fr

04, 06, 83, 84, à ce jour les parquets n'ont pas encore communiqué d'adresses de contact.

❸ Un accusé de réception vous est adressé par le parquet

Le certificat médical initial (CMI) et l'ITT

Je soussigné(e), Docteur* : *(NOM, Prénom)*
certifie avoir examiné le : *JJ/MM/AA*
*médecin thésé

Patient(e) :** *(NOM, Prénom)*
né(e) le : *JJ/MM/AA*
**en cas de doute rajouter la mention "qui déclare se nommer"
+/- En présence de son représentant ** : *(NOM, Prénom)* (si mineur)
+/- En présence d'un interprète ** : *(NOM, Prénom)*

Qui dit avoir été victime de :
Motif : *d'une agression par un tiers*
le : *JJ/MM/AA* **à :** *hh/mm* **à :** *lieu*

La personne se plaint de
Douleurs : *décrire les localisations*

A l'Examen Clinique je constate :
Les Constantes (si anormales cardio - pulm)
Au niveau cutanéo-muqueux : les lésions suivantes (cf lexique)
- Localisation :
- Nature :
- Taille :
- Forme :
- Couleur :

Au niveau fonctionnel
Etat psychique : *réaction émotionnelle intense de peur, état stuporeux*
+/- Etat gravidique en SA :
+/- Photos datées et signées :

Les examens complémentaires suivants ont été demandés :

Une ITT de *XX (en toute lettres) jours* **est envisagée à compter de la date des faits, sous réserve de complications, de décompensation émotionnelle et du résultat des examens complémentaires demandés.**

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e), remis en main propre et pour faire valoir ce que de droit.

Fait ce jour : *le JJ/MM/AA à hh/mm*
A : *lieu de la rédaction (cabinet ou domicile du/de la patient(e))*

Signature et tampon

VOUS ETES MÉDECIN

Gardez une neutralité éthique

- **Restez factuel**
- **Décrivez uniquement l'état clinique de votre patient(e)**
- **Vous n'êtes pas "l'avocat" de votre patient(e)**

N'UTILISEZ JAMAIS

- **Harcèlement, violence volontaire,…**
- **Responsabilité et/ou pathologie éventuelle d'un tiers désigné**
- **Le conditionnel**
- **L'interprétation des faits**

Par exemple :
- Victime de harcèlement sexuel par son supérieur.
- Aurait été frappée à plusieurs reprises par son mari alcoolique.
- A été volontairement poussée dans les escaliers par son ex-épouse bipolaire.

RESTEZ PRUDENT

Dans l'interpretation des lésions

Si la réaction émotionnelle est mentionnée sur le CMI , elle permettra que le SSPT soit pris en charge.

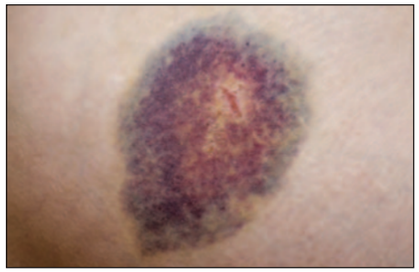
Le SSPT s'il se développe, apparaît toujours de manière retardé par rapport aux événements traumatisants

Cliquez pour télécharger le modèle de CMI

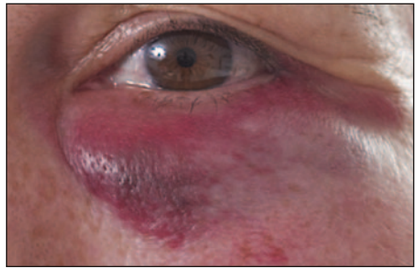
Conservez un double du CMI dans le dossier patient

Lexique pour une rédaction correcte

- **abrasion cutanée :** mise à nu du derme par frottement.
- **brûlure :** lésion tégumentaire thermique, sans solution de continuité, de différents degrés et différentes surfaces, dont la gravite dépend du degré, de la surface et de la localisation.
- **contracture musculaire :** contraction permanente involontaire et douloureuse, consécutive à un effort ou à un faux mouvement.
- **contusion externe :** lésion tégumentaire post traumatique, avec augmentation locale de volume des tissus lésés.
- **contusion interne :** lésion d'un organe plein ou creux (importance des examens complémentaires).
- **ecchymose :** lésion cutanée en relation avec une extravasation sanguine hypodermique, non confluente.
- **érythème :** rougeur congestive disparaissant à la vitropression.
- **fracture :** rupture de la continuité osseuse extra-articulaire ou intra-articulaire (imposant une rééducation), plusieurs variétés de fractures peuvent être distinguées : avec fragments et/ou ouverte (risque infectieux), ...
- **hématome :** extravasation de sang collecte dans une poche néoformée ou un repli anatomique préexistant.
- **plaie contuse :** lésion tégumentaire avec solution de continuité mal limitée, avec augmentation locale du volume des tissus traumatisés, générée par l'usage d'une barre ou d'un instrument contondant métallique (marteau, hache).
- **plaie franche par instrument piquant :** lésion tégumentaire avec solution de continuité ponctiforme, générée par l'usage d'une paire de ciseaux, d'une pointe de couteau, d'une fourchette à viande, d'un poinçon, et pouvant entraîner des lésions profondes.
- **plaie franche par instrument tranchant :** lésion tégumentaire avec solution de continuité franche et linéaire, générée par l'usage d'un couteau, d'un rasoir, d'un cutter.



Ecchymose



Hématome

Plaie contuse

Plaie franche par instrument tranchant

L'Incapacité Totale de Travail (I.T.T) vs l'Arrêt de Travail

Dans tous les cas de rédaction d'un certificat, la responsabilité du médecin est engagée

ITT	AT
Terminologie du Code Pénal	Terminologie de l'assurance maladie
Une plainte portée contre une tierce personne	Pas besoin de plainte envers une tierce personne
S'applique à tous : enfants, retraités, femmes au foyer, personne au chômage ou sans emploi.	Salariés
Implique une action qui a pour but d'infliger une sanction à la tierce personne responsable	Pour percevoir une indemnité journalière pendant la durée de l'AT
Le Code pénal impose de fixer une durée Celle-ci est fonction de *la gêne réelle et globale éprouvée par la victime pour effectuer tous les gestes de la vie courante*	Durée en fonction de la profession de la victime
Une ITT < 8 jours, donne lieu à une contravention dont la peine est fixée par le règlement en vigueur relevant du **Tribunal de police** (amende de 4ème classe art. R624 du Code Pénal) **Une ITT > 8 jours,** est un délit dont la peine, relevant du **Tribunal correctionnel** (art. 222-11 du Code Pénal) pourra aller jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45 735€ d'amende.	Durée souvent plus longue que l'ITT car il tient compte de la profession de la victime

FOCUS SUR

Le DSM V

Trouble de stress post-traumatique

309.81 (F-43-10)

Critères diagnostiques du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, 2015)

Pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus 6 ans

Critères A :

Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Critères B :

Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. *NB: chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;*

3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). *NB : chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;*
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critères C :

Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critères D :

Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., *"Je suis une mauvaise personne", "On ne*

peut faire confiance à personne", "Le monde entier est dangereux", "Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente" ;

3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critère E :

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hypervigilance ;
4. Réaction de sursaut exagéré ;
5. Problèmes de concentration ;
6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F :

La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G :

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H :

La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs :

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. **Dépersonnalisation :** expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;
2. **Déréalisation :** Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

Avec manifestation différée :

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

Source :

Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders. 5th Edition . Arlington VA. American Psychiatric Association 2015.

DSM-5 - Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux American Psychiatric Association, Traduction française coordonnée par Marc-Antoine Crocq, Traduction française coordonnée par Julien-Daniel Guelfi, Traduction française coordonnée par Patrice Boyer, Traduction française coordonnée par Charles-Bernard Pull, Traduction française coordonnée par Marie-Claire Pull Editeur: Elsevier Masson| Date de publication: 07/2015|

Le cadre législatif (au 28/05/2021)

Maître Séverine PENE, Avocate au barreau de Toulon

Sur le plan légal, les violences faites aux femmes s'inscrivent dans le cadre général du code pénal au sein du Titre Deuxième intitulé : "Des atteintes à la personne humaine"

Il n'existe pas de chapitre spécifique, et donc pas d'incrimination spéciale, sur ce type de violence.

La qualité de "femme" de la victime n'est en conséquence pas en elle-même ni un élément constitutif, ni une circonstance particulière ou aggravante d'une infraction.

Par contre, en fonction des infractions, la qualité de conjoint, de concubin, ou de partenaire lié par un PACS de l'auteur des faits devient une circonstance aggravante spécifique.

Elle est cependant applicable que la victime soit une femme ou un homme, et que l'auteur soit un homme ou une femme.

En outre, l'orientation sexuelle, ou l'identité sexuelle de la victime, si elles ont fondé l'agression, constituent aussi des circonstances aggravantes de certaines infractions.

Enfin, parmi les personnes vulnérables définies comme source d'aggravation des infractions de violence sont spécifiquement visées celles dont l'état de grossesse est apparente ou connue de l'auteur, ce qui d'évidence ne peut concerner que des personnes de sexe féminin.

On peut ainsi distinguer trois grands groupes d'infractions susceptibles d'être aggravées par une ou plusieurs des circonstances susmentionnées :

Les violences

- **Article 221-4 du code pénal :** *le meurtre commis à raison de l'orientation ou de l'identité sexuelle de la victime (7°), ou par le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS (9°), ou sur personne particulièrement vulnérable (3°), est passible de la réclusion criminelle à perpétuité et non plus de 30 ans de réclusion criminelle comme pour l'homicide volontaire simple.*
- **Article 222-3 du code pénal :** *les mêmes circonstances aggravent le crime de tortures et actes de barbarie défini par l'article 222-1 du même code et font passer la peine maximale encourue de 15 ans à 20 ans de réclusion criminelle.*
- **Article 222-8 du code pénal :** *elles aggravent aussi le crime de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner de l'article 222-7 du même code et font passer la peine maximale encourue de 15 à 20 ans de réclusion criminelle.*
- **Article 222-10 du code pénal :** *elles aggravent le délit de violences ayant entraîné une infirmité permanente ou une mutilation de l'article 222-9 du même code et font passer la peine maximale de 10 ans d'emprisonnement à 15 ans de réclusion criminelle.*
- **Article 222-12 du code pénal :** *elles aggravent le délit de violences ayant entraîné une ITT supérieure à 8 jours de l'article 222-11 du même code et font passer la peine maximale encourue de 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende.*
- **Article 222-13 du code pénal :** *elles aggravent la contravention de 5ème classe de violences ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours de l'article R625-1 du même code et font passer la peine maximale encourue de 1 500 € d'amende à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende*

Il convient en outre de préciser, s'agissant des deux dernières infractions :

- **Que la peine passe à 7 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende, ou à 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende si une ou deux circonstances aggravantes supplémentaires prévues par l'article 222-12 se cumulent avec l'une des circonstances déjà évoquées.**
- **Que la peine passe de la même façon à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende, ou à 7 ans d'emprisonnement et 100 000 € dans le cadre de l'article 222-13.**

Enfin, en ce qui concerne les violences définies par les articles 222-7 et suivants sus évoquées, elles sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques (article 222-14-3) ; et peuvent consister dans l'administration de substances nuisibles (article 222-15).

Les violences sexuelles

- **Article 222-23 du code pénal :** *définit et réprime le crime de viol s'agissant "d'un acte de pénétration commis sur autrui par violence, contrainte, menace ou surprise" ; il s'agit d'un crime passible de 15 ans de réclusion criminelle.*
- **Article 222-24 du code pénal :** *le viol commis à raison de l'orientation ou de l'identité sexuelle de la victime, ou par le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, ou sur personne particulièrement vulnérable, est passible de 20 ans de réclusion criminelle.*
- **Article 222-28 du code pénal :** *les deux premières circonstances aggravent le délit d'agression sexuelle de l'article 222-27 en faisant passer le maximum encouru de 5 ans et 75 000 € d'amende à 7 ans et 100 000 € d'amende.*
- **Article 222-29 du code pénal :** *en fait de même en ce qui concerne les victimes particulièrement vulnérables, et la répression passe même à 10 ans et 150 000 € si se cumule une autre circonstance aggravante, dont notamment celle tenant à l'orientation ou l'identité sexuelle (article 222-30)*

Les harcèlements

• Le harcèlement moral :

Le harcèlement moral défini par l'article 222-33-2 du code pénal voit sa peine aggravée s'il a été commis par l'actuel ou l'ancien conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.

Les peines passent ainsi de 2 ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende à 3 ans et 45 000 € si les faits se sont traduits par une altération de la santé physique ou mentale et ont entraîné une ITT inférieure ou égale à 8 jours.

Elles seront même d'un maximum de 5 ans et 75 000 € si l'ITT qui en a résulté est supérieure à 8 jours.

• Le harcèlement sexuel

L'article 222-33 du code pénal qui définissait de manière imprécise le délit de har-

cèlement sexuel a été déclaré contraire à la constitution par la décision 2012/240 du 24 mai 2012 du Conseil constitutionnel, saisi dans le cadre d'une Question Prioritaire de Constitutionnalité.

La loi 2012-954 du 6 août 2012 a réintroduit ce délit dans le code pénal en précisant, et élargissant son champ d'application. Elle n'a cependant pas d'effet rétroactif, et ne concerne donc pas les faits commis avant son entrée en vigueur. Il s'agit d'une infraction dont les victimes sont aussi bien des hommes que des femmes, même si ces dernières sont majoritairement concernées.

L'article 222-33 nouveau du code pénal donne désormais une double définition du harcèlement sexuel selon qu'il s'agit d'actes répétés, ou d'un acte unique.

- Actes répétés : **c'est le fait d'imposer, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à la dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante**
- Acte unique : **c'est le fait d'user, même de façon non répétée, de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.**

La répression est de 2 ans et 30 000€ d'amende, et peut passer à 3 ans et 45 000 € en cas de circonstance aggravante, notamment si la victime est un mineur de 15 ans ou une personne particulièrement vulnérable (y compris sur le plan économique), ou si l'auteur abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

Même si, contrairement au harcèlement moral aggravé, l'existence d'une ITT constatée et donc d'un certificat médical, n'est pas requise pour constituer l'infraction, il est cependant certain que les conséquences et répercutions psychologiques du harcèlement sexuel ne manqueront pas de donner lieu à consultations médicales permettant d'éclairer le contexte des faits, et de contribuer à la caractérisation du délit.

Téléchargez ici l'intégralité du texte de loi

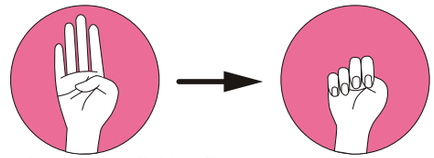
Les ressources

Pour un conseil, une orientation 24h/7j

arretonslesviolences.gouv.fr

En cas d'urgence et de danger immédiat

Les différents signes d'appel à l'aide en cas de violences conjugales



1 - Paume vers l'objectif et pouce replié

2 - Les 4 doigts se replient sur le pouce

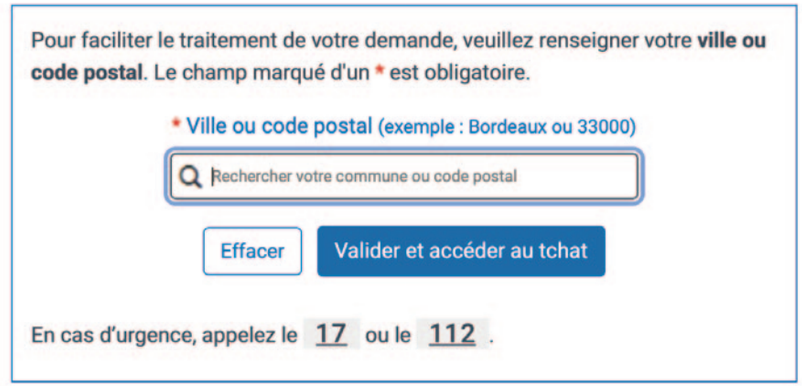
Point noir sur la paume

DEMANDEZ LE MASQUE 19

En pharmacie

Pour dialoguer avec un personnel de police ou de gendarmerie : une messagerie instantanée (chat)

https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R50511



FOCUS SUR

Le Kintsugi

ou comment continuer quand la vie vous a brisé(e)

L'art du Kintsugi

Le Kintsugi est un art d'origine japonaise qui consiste à magnifier la beauté de pièces en céramique cassées. En prenant le parti d'une réparation visible et décorative, on met en valeur non seulement la pièce réparée, mais aussi son histoire ou son ancienneté. L'utilisation de la poudre d'or ou de l'argent permet d'obtenir un résultat certes imparfait, mais plus esthétique que si l'objet avait été réparé de façon invisible, parfois plus que s'il était resté intact.

Cet art japonais d'enjoliver les imperfections permet aussi de mettre en valeur la singularité de chaque pièce.

Une philosophie de vie

Le Kintsugi peut être assimilé à une philosophie de vie… Celle d'accepter ses fêlures, ses blessures, les marques du temps.

L'esprit même du Kintsugi est de considérer que lorsque quelque chose de précieux, par sa valeur ou par sa signification, se brise, il faut soigneusement le réparer, sans chercher à masquer cette réparation. Au contraire, on la rend belle et visible, puisqu'elle fait partie intégrante de l'identité de l'objet.

Le symbole de la résilience

Des hommes et des femmes que la vie a brisés, peuvent réussir à s'en remettre. Ils ont progressé, se sont à la fois reconstruits et agrandis. Ils ont pardonné aux autres mais surtout à eux-mêmes.

Ils ont recollé les morceaux de leur vie brisée : ils ont pleuré, ils ont travaillé à ne plus trop pleurer, puis ils ont appris à aimer à nouveau la vie et les humains. Peu à peu leurs cicatrices psychiques se sont recouvertes de l'or de la bienveillance et de la sagesse.

L'art-thérapie

La philosophie Kintsugi a commencé à émerger aussi à travers des formes d'art qui traitent notamment de la magnification du processus de guérison, des blessures qui marquent les corps.

L'artiste Hélène Gugenheim a utilisé cette technique pour son projet

« Mes cicatrices, je suis d'elles, entièrement tissé-e ».

En recouvrant de feuilles d'or les cicatrices des femmes auparavant en proie au cancer du sein, elle a prouvé que contrairement à la maladie, ces traces n'étaient pas négatives.

Qu'au contraire, les cicatrices devraient être célébrées car elles sont témoins d'un combat victorieux. Ce changement de point de vue peut changer la vision que nous avons des corps meurtris, de la plus petite égratignure jusqu'à une peau brûlée. La beauté réside où nous décidons de la voir.

Les obstacles nous changent, mais pourquoi devraient-ils nous détruire ? C'est à nous de décider si l'on souhaite rester fragiles, recollés avec de vulgaires agrafes métalliques pour tenir le coup ou si nous voulons assumer l'inévitable adversité, vivre avec, l'accepter et en faire une force.

ATTENTION A VOUS !

La prise en charge de victimes de violences est extrêmement lourde pour les soignants, chronophage et très difficile sur le plan émotionnel.

Une fois éliminés l'urgence vitale et le danger imminent, sachez vous protéger tout en assurant votre rôle ! La victime a besoin que vous gardiez la bonne distance, évitez toute projection, identification ou jugement. N'oubliez pas que le reste de votre patientèle a aussi besoin de vous. Proposez un rendez-vous rapproché à la victime pour faire le point.

N'hésitez pas à lui donner les coordonnées des autres intervenants, le médecin ne doit pas rester seul dans la prise en charge de ces situations complexes.

Toutefois, si la charge devenait trop pesante, n'attendez-pas !

MED'AIDE est un dispositif pour faire face aux signes et facteurs de risque d'épuisement professionnel chez les soignants.

Il est animé pour et par les professionnels de santé, formés à ces problématiques.

Il a pour missions principales de :

- Prévenir les risques d'épuisement professionnel grâce à des actions de sensibilisation.
- Accompagner les soignants dans leurs démarches et leur offrir un soutien psychologique.
- Guider ces professionnels de santé vers des structures d'entraide et interlocuteurs adaptés.

MED'AIDE propose :

- **ligne d'écoute téléphonique :** 04 65 40 00 10
- **un mail dédié :** medaide@urps-ml-paca.org
- **un site internet :** https://medaide.urps-ml-paca.org

afin de faciliter une prise en charge rapide et une orientation efficace.

STRESS - CONDUITES ADDICTIVES,
PERTE DE L'ESTIME DE SOI,
RISQUE SUICIDAIRE, ...
SUITE A UN EPUISEMENT PROFESSIONNEL,
A DES DIFFICULTÉS ADMINISTRATIVES,
FINANCIÈRES, JURIDIQUES OU AUTRES,...

C'EST PEUT-ÊTRE UN BURN-OUT
NE RESTEZ PAS ISOLÉ(E) !

0800 288 038
Hotline sociale réservée aux médecins

04 65 40 00 10

09 80 80 03 07

Ordre National des Médecins

med' aide

SYNEXIAL
SERVICE SOCIAL DU TRAVAIL

APPELEZ !

ON PEUT VOUS AIDER
OU AIDER UN CONFRÈRE DE VOTRE ENTOURAGE

Ce guide est téléchargeable sur

www.urps-ml-paca.org rubrique
“travaux de l’union”

Droits de reproduction réservés
© urpsml paca