



les
ATELIERS
de la Fondation Erié

Santé mentale des femmes en situation de vulnérabilités

*Croiser les expertises,
partager les pratiques*

16 octobre 2025
Paris

Livret de
restitution



SOMMAIRE

1. Edito de la Fondation.....	2
1. “Ni faibles, ni folles” : spécificités féminines et impensés du soin psychique.....	4
2. Mieux comprendre pour mieux soigner : prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité.....	10
3. Quand la souffrance devient récit : les voix de la résilience.....	19
4. Santé mentale et accès au droit : une réalité inégale.....	26
5. Vers une prise en charge holistique : renforcer les premières lignes.....	31
6. Poème écrit et lu par Lisette Lombé.....	36

Annexes

Ouvrages de référence.....	38
Associations présentes.....	42

EDITO DE LA FONDATION

En 2025, la santé mentale a été érigée au rang de Grande Cause nationale en France. Une reconnaissance institutionnelle qui a fait écho à l'engagement quotidien de la Fondation Erié. Depuis six ans, nous soutenons des acteurs de terrain engagés et nous mesurons à leurs côtés la complexité croissante des situations rencontrées, en particulier lorsque les personnes accompagnées cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité.

Au-delà d'un soutien financier, la Fondation Erié s'efforce d'accompagner les dynamiques existantes sur les sujets de santé mentale. *Les Ateliers de la Fondation Erié* sont nés de cette conviction : les réponses aux enjeux de santé mentale ne peuvent émerger que du terrain et du dialogue. En tant qu'actrices et acteurs engagés auprès des personnes concernées, venus de France et de Belgique, vous êtes au plus près de ces réalités et au cœur des innovations sociales pour construire chaque jour des réponses concrètes et adaptées. A travers cette journée, notre intention était de renforcer notre capacité d'action collective.

Cette première édition, qui s'est tenue le 16 octobre 2025 à Paris, nous avons choisi de la consacrer à la santé mentale des femmes en situation de vulnérabilités souvent cumulées. Qu'elles soient victimes de violences, confrontées à la précarité ou à l'isolement, marquées par des parcours migratoires traumatiques, concernées par le handicap, l'incarcération, en situation de grande précarité et d'isolement, les femmes en situation de vulnérabilités sont particulièrement sujettes à des troubles psychiques. Ces troubles sont d'ailleurs eux-mêmes des facteurs de vulnérabilité. Comment prendre en soin ces femmes, comment sortir de ce cercle vicieux, comment leur permettre de faire valoir leurs droits : autant de questions auxquelles vous tentez de répondre au quotidien.

Le contenu de ces Ateliers a été construit à partir des besoins identifiés par les porteurs de projets soutenus par la Fondation Erié, puis enrichi par les travaux d'un comité de pilotage composé de quatre personnalités :

Dr Valérie Thomas, directrice médicale du Samu Social de Paris et membre du Conseil scientifique de la Fondation Erié ;

Pr Cédric Lemogne, chef du service de psychiatrie de l'adulte à l'AP-HP (Hôtel-Dieu) et directeur de la Maison des Femmes de l'Hôtel-Dieu ;

Ariane Dierickx, directrice générale de l'association L'Îlot en Belgique ;

Marie Larue, psychologue clinicienne et directrice pédagogique de l'Académie Women Safe & Children

Cette méthodologie de co-construction reflète l'esprit même de ces Ateliers : partir du terrain, croiser les regards et construire ensemble des réponses adaptées et durables. Comment mieux comprendre les réalités de ces femmes ? Comment adapter nos pratiques pour accompagner ces femmes au plus près de leurs besoins ? Comment les mettre au cœur du dispositif et leur faire jouer un rôle dans le rétablissement ?

Comment faire entendre leurs voix dans des systèmes qui les rendent trop souvent invisibles ? La prise en charge du psychotraumatisme, l'accès aux soins, la précarité, les violences, le handicap, l'accès aux droits et le rôle des acteurs de première ligne sont autant de thématiques transversales qui ont structuré nos réflexions et nos échanges. Lors de cette journée, une alternance de sessions plénières et de temps de réflexion collective en sous-groupes a été proposée.

Ce livret a été conçu comme un outil de synthèse des échanges. Il rassemble les messages clés, issus des sessions plénières, les synthèses des constats, freins et leviers identifiés lors des ateliers de réflexion, ainsi que les références scientifiques et ressources citées.

Nous remercions ceux qui ont contribué au succès de cette journée, que ce soit par sa conception, son organisation ou son animation, en particulier les intervenants pour le partage précieux de leur expertise.

Enfin, merci à toutes et tous pour votre engagement et la richesse de vos échanges.

Nous espérons que ce livret contribuera à prolonger la dynamique engagée, à nourrir les réflexions collectives et à favoriser l'émergence de nouvelles pratiques.



1. “NI FAIBLES, NI FOLLES” : *spécificités féminines et impensés du soin psychique*

Plénière



Coraline Hingray est psychiatre au centre hospitalier universitaire de Nancy et au Centre Psychothérapique de Nancy. Elle est également Professeure de psychiatrie à l'Université de Lorraine. Ses travaux cliniques et de recherche portent principalement sur le psychotraumatisme, les troubles dissociatifs de l'identité, ainsi que les interactions entre troubles psychiatriques et pathologies neurologiques. Elle coordonne le Centre de psychotraumatisme Lorraine Sud, dédié au trauma complexe. Coraline Hingray est également fondatrice de la Maison de la Résilience de Nancy. Cette maison, inaugurée en mai 2025, est entièrement dédiée aux victimes de violences sexuelles.



Cédric Lemogne est chef du service de psychiatrie de l'adulte à l'hôpital Hôtel-Dieu à Paris, auquel est rattaché l'une des maisons des femmes de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Il est également Professeur de psychiatrie à l'Université Paris Cité et chercheur au Centre de Recherche en Epidémiologie et Statistiques (INSERM U1155). Ses recherches portent principalement sur l'interaction entre santé mentale et santé physique. Cédric Lemogne est impliqué dans la formation des professionnels de santé et dans l'amélioration des pratiques en psychiatrie.

Les violences, tout particulièrement sexuelles, constituent une atteinte majeure à la santé physique et mentale des femmes. Trop souvent, leurs conséquences sont banalisées ou attribuées à une fragilité individuelle ou à un trouble psychiatrique préexistant. Ceci participe à la stigmatisation des victimes et à l'invisibilisation des violences.

Cette présentation croisée de la Pre Coraline Hingray et du Pr Cédric Lemogne a porté sur les effets psychiques des violences, les difficultés spécifiques aux femmes pour la détection et la prise en soin et enfin sur les dispositifs de soins adaptés.

■ Le double écueil de la psychiatisation

Le titre de la session "Ni faibles, ni folles" souligne le double écueil de la psychiatisation avec toutes ses connotations, parfois négatives, pour les femmes victimes de violences. "Ni faibles, ni folles" représente l'oscillation entre la psychiatisation et la stigmatisation.

Le premier écueil réside dans l'usage de termes issus de la psychiatrie. Ces termes sont souvent utilisés pour délégitimer et décrédibiliser la parole des femmes victimes de violences. "*Tu es folle*", "*Elle est folle*" est dit aux enfants, à la famille, à qui veut l'entendre. Or, ces femmes peuvent dénoncer des violences, parfois manifestes et physiques, mais souvent plus subtiles dans le cadre d'une relation d'emprise, de contrôle coercitif. Cette stratégie ressort fréquemment des récits des femmes victimes de violences par un partenaire actuel ou un ex-partenaire : les propos de la victime sont justifiés par sa prétendue "folie".

Un deuxième écueil est à l'inverse de rejeter systématiquement l'hypothèse d'une présence de troubles psychiatriques au motif qu'elle sert parfois à décrédibiliser la parole des victimes. Le risque serait de priver d'un soutien clinique indispensable pour traiter les troubles psychiatriques authentiques, par réaction aux pratiques de disqualification. Une telle posture renforce la stigmatisation des troubles mentaux, qui constitue un obstacle à l'accès aux soins : certaines femmes renoncent à toute démarche de prise en charge par crainte d'être orientée vers les soins psychiatriques et donc étiquetées et discréditées. Il s'agit d'un enjeu majeur pour nos sociétés, bien au-delà de la seule question des violences faites aux femmes.

Pour accompagner et prendre en charge les femmes victimes de violences, les réponses sont donc souvent plus compliquées à trouver. L'enjeu pour l'interlocuteur est de prévenir toute stigmatisation supplémentaire à celles déjà associées au genre et aux violences subies, tout en restant attentif à la réalité clinique d'une forte morbidité psychiatrique au sein de ce public. En effet, le nombre de femmes répondant aux critères d'un trouble mental caractérisé est élevé, tout comme le nombre de femmes qui pourraient bénéficier de soins psychiatriques.

Pour naviguer entre ces deux écueils, **la démarche médicale est essentielle**, en ce qu'elle repose sur **un cadre d'évaluation non-jugeant** : regrouper les symptômes, établir des diagnostics, envisager des options thérapeutiques susceptibles ne serait-ce que d'atténuer la souffrance.

En plus de la souffrance psychique associée à ces troubles mentaux, il y a spécifiquement dans le cas des violences faites aux femmes le risque de décrédibiliser ces violences. Bien que les troubles dépressifs et anxieux soient parmi les troubles les plus fréquemment observés chez les femmes victimes de violences sexuelles, l'enjeu est d'**éviter une lecture automatique de la patiente sans écouter sa vie et son récit** : "*Évidemment qu'elle est anxieuse, évidemment qu'elle est dépressive.*" Si des symptômes anxieux ou dépressifs apparaissent souvent compréhensibles au regard des événements vécus, ils ne se traduisent pas systématiquement par des troubles caractérisés : certaines femmes exposées à des situations comparables n'en présentent pas. Le vécu, le parcours individuel de chacune de ces femmes a son importance. La première étape consiste à accorder pleinement crédit à la parole.

■ Les conséquences post-traumatiques des violences

La notion de trauma implique un événement du passé qui perturbe le présent par ses répercussions symptomatiques. Il existe **plusieurs catégories d'événements à potentiel traumatique** : catastrophes naturelles, guerres, confrontation à la mort ou à la maladie, ainsi que les violences interpersonnelles. Ces dernières recouvrent les **violences physiques**, souvent les plus visibles mais pourtant insuffisamment reconnues. Elles incluent également les **violences psychologiques** (phénomènes d'emprise, de coercition, de dégradation régulière) et les **violences sexuelles**. Elles peuvent être uniques ou répétées, survenir à l'âge adulte ou dès la petite enfance et s'inscrire dans des parcours marqués par la répétition et la pluralité des formes de violences.

Parmi les troubles observés chez les femmes victimes de violences sexuelles, des symptômes caractéristiques d'un **trouble de stress post-traumatique** sont fréquents. Il en existe quatre grandes catégories :

- **L'intrusion** se manifeste par des souvenirs qui surgissent sous forme de résurgences traumatiques, ils perturbent les nuits, réveillent en sueur.
- **L'hypervigilance** se caractérise par un état d'alerte permanent, dans lequel la personne demeure continuellement sur le qui-vive, réagissant comme si la peur constante pouvait éviter le danger. L'amygdale cérébrale, une petite structure dans le cerveau, reste activée et entraîne des sursauts, des troubles

de la concentration et du sommeil, de la méfiance envers tout le monde.

- **La perturbation de l'humeur et des cognitions** se manifeste par des pensées négatives : *"Je suis nulle", "J'ai mal réagi"*. Elles sont souvent accompagnées de honte et de culpabilité, particulièrement pour les victimes de violences sexuelles.
- **L'évitement** est un élément majeur et pourtant peu abordé. À la suite de violences interpersonnelles, il conduit souvent à éviter la relation aux hommes, la sexualité, l'extérieur, chaque interaction étant désormais perçue comme un danger potentiel. Un trauma modifie la vision de soi, la vision des autres et la vision du monde, qui n'est plus un espace juste et fiable.

*" Chaque émotion a une utilité.
La honte, au départ, sert à éviter
l'exclusion sociale. Avoir honte
d'avoir subi un viol et donc éviter
d'en parler évite l'exclusion.
Il existe encore beaucoup d'endroits
où, après un viol, il vaut "mieux"
se taire pour ne pas être isolée ou
jugée : la honte à cette fonction."*

Pre Coraline Hingray



Des conséquences aussi pour les soignants : le traumatisme vicariant

Le traumatisme vicariant, également connu sous le nom de traumatisme indirect, désigne l'altération de la santé mentale d'un professionnel ou d'un aidant, liée à une exposition répétée aux récits traumatiques d'autrui.

À la différence du trouble de stress post-traumatique "classique", la personne n'est pas victime directe de l'événement : l'impact résulte principalement de l'engagement empathique et de l'écoute prolongée de la souffrance, plutôt que d'une confrontation aux éléments matériels ou physiques du traumatisme. Il est essentiel d'en faire la distinction. Si le traumatisme vicariant partage des ressemblances cliniques avec le stress post-traumatique, il présente des conséquences

et mécanismes spécifiques, exigeant des prises en charge adaptées, distincte de celles mobilisées pour les personnes directement exposées à l'événement traumatique.

Malgré l'existence de certaines interventions, la recherche et l'accompagnement spécifique des conséquences du traumatisme vicariant restent encore largement à approfondir.

Pour aller plus loin :

- Dossier scientifique du Centre National de Ressources et de Résilience (Cn2r) : Centre National de Ressources et de Résilience (Cn2r). (2024). *Le traumatisme vicariant : Comprendre, repérer et prévenir*.
https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2024/04/Dossier_scientifique_trauma_vicariant.pdf

Le trauma de trahison

Le trauma de trahison, ou blessure de trahison, survient lorsqu'une figure de référence, garante de la sécurité et du soin, manque à son devoir de protection ou devient elle-même l'auteur de violences. Cette rupture de confiance fondamentale fragilise les mécanismes d'attachement et engendre des séquelles traumatiques complexes sur le long terme, souvent dissociatives. L'analyse de ce trauma de trahison peut notamment contribuer à éclairer les mécanismes psychiques susceptibles de conduire une femme à demeurer au sein d'un couple malgré les violences qu'elle subit.

■ Le système d'attachement et le trauma de trahison

L'un des premiers psychotraumatismes auquel une personne peut être confrontée est le trauma de trahison et il affecte profondément le système d'attachement.

Le système d'attachement se construit à partir des expériences vécues par l'enfant au cours de ses premiers mois dans le monde extérieur, en fonction des réponses que ce monde extérieur apporte à ses signaux de détresse. Lorsqu'un adulte répond à ces signaux, s'intéresse à lui, tente de soulager sa détresse, l'enfant fait l'expérience d'une réponse protectrice. Il se forge progressivement une représentation de sa propre valeur ainsi que de la sécurité apportée par autrui : un signal émis reçoit une réponse. L'empathie et la stabilité émotionnelle apportées par l'adulte, ainsi que l'efficacité de l'aide fournie, jouent un rôle déterminant. Répétées, **ces expériences construisent un attachement sûr**. À l'âge adulte, cette sécurité interne se traduit par la conviction qu'exprimer sa détresse est légitime et utile : la personne se perçoit comme digne d'attention et considère les autres comme capables d'écoute et de soutien.

Néanmoins, tout le monde n'expérimente pas ce type de réponse. Parfois, face au signal de détresse, rien ne vient. La réponse peut être intermittente : parfois présente, parfois absente. Cela peut dépendre, par exemple, du degré d'alcoolisation de la figure d'attachement. Et parfois, ce qui vient n'est pas de l'aide : c'est de la détresse additionnelle. Or, l'enfant s'oriente d'instinct prioritairement vers ses figures d'attachement, et non vers d'autres personnes, du moins initialement. Lorsque les figures d'attachement deviennent elles-mêmes sources de détresse, l'enfant continue d'instinct de se tourner vers l'adulte qui l'a pourtant "trahi".

Dans les situations de négligence, de maltraitance physique ou sexuelle, et notamment dans le contexte d'inceste, l'enfant se trouve confronté à cette configuration : **la source de souffrance est la figure vers laquelle il est censé se tourner**. Ces expériences laissent des traces durables à l'âge adulte, notamment sous la forme de schémas de pensée profondément ancrés : la conviction de ne pas être digne d'intérêt ou de valeur, l'anticipation que les autres ne seront pas attentifs ou fiables, la crainte que toute attention puisse dissimuler un risque d'exploitation de la vulnérabilité, ou encore l'idée que ces dynamiques seraient universelles et inévitables.

Parmi les discours stigmatisants qui visent spécifiquement les femmes victimes de violences au sein du couple, *"Pourquoi n'est-elle pas partie ?"* est une remarque récurrente. Sans cette lecture développementale, c'est-à-dire prenant en compte les expériences de vie précoces, ce mécanisme reste incompris, alimentant ainsi la stigmatisation.

À l'inverse, **prendre en compte les conditions de développement et la surexposition des femmes aux violences** – une femme sur cinq a été ou est victime de violences sexuelles, souvent de la part de figures d'attachement – **permet de mieux comprendre la construction de leur identité**. Cette approche offre une lecture plus éclairée des raisons pour lesquelles ces femmes peinent à se sentir dignes de certains comportements et s'enferment dans des modèles relationnels où l'emprise devient la norme.

L'enjeu de l'accompagnement et de la prise en charge des femmes victimes de violences est d'opposer un démenti à ces modèles relationnels. Et ce démenti doit être répété : c'est l'un des fondements du travail psychothérapeutique, qui vise à permettre un désapprentissage progressif de ce qui a été intégré comme inévitable.



Statistiques sur les violences faites aux femmes :

- 1 femme sur 3 dans l'UE (30,7 %) a subi au cours de sa vie des violences physiques ou des menaces et/ou des violences sexuelles, quel qu'en soit l'auteur, et 17,2 % ont subi des violences sexuelles (y compris le viol et d'autres actes sexuels non consentis).
- 1 femme sur 5 dans l'UE (19,3 %) a subi au cours de sa vie des violences physiques ou des menaces et/ou des violences sexuelles de la part d'un auteur relevant **du cadre domestique**, ce qui inclut les partenaires intimes et les membres de la famille, ainsi que toute autre personne vivant dans le même foyer au moment des faits.

Source :

– European Union Agency for Fundamental Rights, European Institute for Gender Equality, & European Commission. Statistical Office of the European Union. (2024). *EU gender-based violence survey: Key results : experiences of women in the 27 EU Member States*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2785/3538658>

■ Le trouble dissociatif

Les manifestations des conséquences des traumatismes infantiles sont multiples. **La dissociation** constitue l'une des expressions fréquentes.

L'une des premières femmes accueillie à la Maison des femmes de l'Hôtel-Dieu à qui un « Téléphone Grave Danger » a été attribué (un dispositif permettant d'alerter immédiatement en cas de menace imminente) n'a pas été en mesure de l'utiliser lors de l'irruption de l'agresseur à son domicile. Elle a décrit un état de paralysie totale, caractéristique d'un phénomène dissociatif et rendant impossible toute réaction ou mobilisation des ressources disponibles.

La dissociation correspond à une altération du sentiment d'être pleinement "ici et maintenant", et souvent à une diminution transitoire de la capacité à agir sur son corps et à intégrer ses perceptions. En temps ordinaire, le fonctionnement psychique repose sur une activité de synthèse : perceptions sensorielles, émotions, sensations corporelles, mémoire et pensée s'articulent de façon cohérente.

À l'inverse, lors de circonstances ordinaires certaines formes de dissociation peuvent survenir : un trajet en voiture habituel dont le souvenir détaillé s'efface, une impression de "fonctionner en pilote automatique". Il s'agit alors de **phénomènes dissociatifs** fréquents, **généralement transitoires et non pathologiques**.

Dans le cadre de la symptomatologie psychotraumatique, la dissociation renvoie toutefois à des **mécanismes plus intenses**, pouvant s'accompagner de sidération, le phénomène dénommé **freezing**. Lorsqu'un danger immédiat survient et que la fuite ou la défense sont impossibles (notamment en raison d'un rapport de force défavorable, d'un lien d'emprise ou d'une situation de dépendance) la réponse de freezing peut apparaître.

Longtemps interprétée comme une réaction défailante, la Professeure Coraline Hingray la comprend comme un mécanisme de survie adapté. Face à une situation de violence, la première réponse possible repose souvent sur le recours au langage et à la tentative de négociation. Lorsque cette stratégie s'avère inefficace, l'organisme peut activer une réponse de fuite ou de défense. Cette réponse est caractérisée par une mobilisation physiologique intense : accélération du rythme cardiaque, redistribution du flux sanguin vers les muscles. Toutefois, lorsque ces options ne sont pas accessibles (parce que l'autre est plus fort, parce qu'il a un ascendant, parce que vous êtes enfant et lui un adulte, parce que c'est un homme et que vous êtes une femme) alors survient cette réaction de freezing.

Elle permet de prévenir un effondrement physiologique, l'organisme ne pouvant soutenir durablement une montée d'énergie brutale. Le cerveau libère des endorphines qui anesthésient, entraînant une diminution des perceptions corporelles et une inhibition motrice. Le fait de ne pas bouger peut aussi limiter l'agressivité chez l'autre. La femme ayant reçu le "Téléphone Grave Danger" aurait peut-être appuyé sur le bouton, mais l'agresseur étant déjà là et le temps que l'aide arrive, aurait-elle pu se protéger davantage ? À très court terme, le freezing répond ainsi à une **logique de survie** : elle peut réduire l'intensité de la douleur physique et émotionnelle ressentie et, dans certaines situations, diminuer le risque d'une aggravation immédiate de la violence.

Ce mécanisme s'accompagne fréquemment d'un vécu de détachement, parfois décrit comme une impression de "sortie de soi". Il correspond à la **dissociation péritraumatique**.

La difficulté réside dans le fait que **cette réponse peut se prolonger**. En cas de réexpositions répétées au trauma, ou lorsque les émotions, la réalité et les souvenirs sont trop envahissants ou douloureux, **des symptômes dissociatifs peuvent s'inscrire dans le cadre du trouble de stress post-traumatique complexe**. Il est présent notamment chez des patientes ayant vécu de multiples traumatismes, avec des tableaux cliniques plus compliqués que les quatre types de symptômes décrits plus tôt.

Parmi les symptômes du trouble de stress post-traumatique complexe figure l'**amnésie dissociative**. Le terme d'"amnésie" est toutefois réducteur : il ne s'agit

pas d'une disparition des souvenirs des violences, mais d'une inaccessibilité temporaire ou durable de certains souvenirs. Un travail de méta-analyse indique qu'environ **28 % des personnes ayant subi des abus sexuels durant l'enfance présentent**, à un moment de leur vie, **un épisode d'amnésie dissociative complète**.

S'y ajoute aussi **la dérégulation**, qui se traduit par une déconnection de la réalité. Comme dans un brouillard, comme dans un film, la personne a le sentiment d'être spectatrice de sa propre vie, de ne pas être pleinement présente dans son corps.

Les symptômes de dissociation peuvent également s'inscrire dans le corps : ce qui fut appelé les "crises d'hystérie à la Charcot", auxquelles on réfère aujourd'hui par le terme **crises fonctionnelles dissociatives (cf. p.25 : Zoom sur les crises fonctionnelles dissociatives)**. Elles se traduisent par des crises ressemblant à de l'épilepsie, une paralysie, une perte de parole ou un trouble de la marche. Sur le plan neurobiologique, ces symptômes renvoient à des perturbations du fonctionnement cérébral sans lésion organique identifiable (absence de tumeur, d'inflammation). Les perturbations sont notamment liées à une hyperactivation de la zone des émotions interférant avec d'autres systèmes fonctionnels. Pendant longtemps, ces manifestations ont été interprétées à tort comme de la simulation ou comme un comportement visant à attirer l'attention, exposant les personnes concernées à une discréditation majeure de leur vécu et de leurs symptômes.

Parmi les troubles dissociatifs, le **Trouble Dissociatif de l'Identité** peut se développer. Par exemple, lorsqu'un enfant doit rester immobile lors de violences incestueuses. Ce même enfant peut dans d'autres contextes assumer des rôles de protection, de responsabilité : s'occuper des frères et sœurs, maintenir une apparence de bon fonctionnement à l'école, soutenir un parent, dissimuler la violence vécue. Au moment où l'enfant est exposé à des violences, les réponses dissociatives constituent des stratégies adaptatives indispensables à la survie. Elles s'accompagnent parfois d'une mise à distance de certains souvenirs particulièrement douloureux, notamment lorsque la parole n'a pas été crue ou que la responsabilité de la violence a été renvoyée à la victime. Le Trouble Dissociatif de l'Identité est parfois décrit à l'aide de notions telles que "alters" ou "switch de personnalités", issues de la littérature anglo-saxonne. Ces termes peuvent être source de confusion. Il ne s'agit pas de personnalités multiples, mais d'une seule et même personne présentant des modes de réponse différents.

Ces troubles dissociatifs, qu'ils soient corporels ou psychiques, demeurent profondément discréditants. Si la notion de psychotraumatisme fait aujourd'hui l'objet d'une mobilisation croissante, **un angle mort persiste : la symptomatologie dissociative**.

Celle-ci reste insuffisamment reconnue et discréditée dans les champs du soin, du social, du judiciaire et, plus largement, dans les processus de reconnaissance. Cette méconnaissance alimente des croyances erronées ("*Elle n'a pas réagi*", "*Son récit est incohérent*", "*Son comportement varie*", "*Elle adopte des attitudes inadaptées*") qui peuvent, en retour, renforcer la discréditation de la parole et accroître la charge traumatique.

L'enjeu est donc de passer de la discréditation à la reconnaissance clinique de la dissociation.

Alors au-delà de ce constat, une question centrale s'impose : comment aider ces femmes, le plus globalement possible ? Quelles réponses opérationnelles mettre en place, de manière coordonnée et globale, pour soutenir ces femmes et sécuriser leurs parcours ?

Le trauma complexe

À la différence du trauma "simple" ou "isolé" (la confrontation est unique), le trauma complexe implique une confrontation répétée à l'évènement à caractère traumatique, sur un temps long. Il peut aussi survenir lorsque la personne cumule les expositions à des traumas différents, souvent dès l'enfance. Les traumas cumulatifs augmentent le risque de conséquences graves sur la santé physique et psychique des personnes concernées.

Le trauma complexe engendre un trouble de l'identité, des troubles du contrôle des émotions et des impulsions, entravant les interactions interpersonnelles et sociales.

Face à la complexité des traumatismes chroniques et à leurs multiples comorbidités (addictions, somatisations), l'intégration des thérapies à médiation corporelle dans les protocoles de soins apparaît comme une ressource complémentaire précieuse, encore trop peu exploitée.

Chez l'enfant, le modèle ARC (Attachement, Régulation, Compétences) permet d'enrichir le parcours de soins du trauma complexe par une approche complémentaire innovante. Issue des travaux du Trauma Center au sein du Justice Resource Institute, cette méthode est diffusée en francophonie par Dr Delphine Collin-Vézina et Carole Côté.

Pour aller plus loin :

– La fiche concept du Centre National de Ressources et de Résilience (Cn2r) : Centre National de Ressources et de Résilience (Cn2r). (2022). *Le trouble de stress post-traumatique complexe chez l'adulte*. https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2022/09/Article_trauma_complexe.pdf

2. MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX SOIGNER : *prise en charge des femmes en situation de vulnérabilités*

Ateliers de réflexion

Les échanges menés en sous-groupes ont permis d'identifier des freins mais également des leviers liés à la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilités. Les réflexions présentées ici sont le fruit d'un dialogue entre les divers acteurs de la santé mentale présents lors des Ateliers.

Nous relayons ici les constats et les aspirations de ceux qui œuvrent quotidiennement auprès des femmes vulnérables, à travers les prismes suivants :

> **CONTINUE**

les pratiques existantes
qui fonctionnent

☆ **START**

les pratiques à
développer et soutenir

⊖ **STOP**

les pratiques
à éviter



■ Profils, spécificités, difficultés des femmes accompagnées par les associations présentes :

- ▶ Des femmes hébergées en centre d'accueil ;
- ▶ Des femmes sans-abri, souvent en rupture avec un conjoint violent, migrantes ou en situation irrégulière, subissant une précarité aggravée par la peur des autorités ;
- ▶ Des femmes issues de milieux aisés basculant dans la précarité à la suite de violences ;
- ▶ Des femmes victimes de violences, dont des violences institutionnelles ;
- ▶ Des femmes mahoraises qui, dans un contexte d'absence totale de structures d'hébergement sur le territoire, doivent choisir entre rester avec leur agresseur ou vivre à la rue, ou encore recourir à l'exploitation sexuelle pour assurer leur survie ;

> CONTINUE

- ▶ La prise en compte **des spécificités du parcours de chacune** (histoire personnelle et familiale) afin de proposer des trajectoires de soin adaptées ;
- ▶ Les pratiques qui favorisent l'écoute, telle que **la pratique narrative** en santé, et le **lien de confiance** ; cf. p24 **Zoom sur la médecine narrative**
- ▶ Les dispositifs de **recueil de preuves sans plainte** ;
- ▶ La prise en compte de la question de **la langue et la transculturalité** (avec des groupes homogènes, le recours à l'interprétariat, des approches adaptées, etc.) ;
- ▶ La **prise en charge des soignants** et notamment du **traumatisme vicariant** (cf. p.6 **Zoom sur le trauma vicariant**).

Zoom sur le recueil de preuves sans dépôt de plainte

Le recueil de preuves sans plainte est un dispositif innovant qui permet aux victimes de violences sexuelles d'effectuer un examen médical et de faire conserver les preuves des violences subies, même lorsqu'elles ne peuvent pas ou ne souhaitent pas déposer plainte immédiatement après les faits, pour quelque motif que ce soit. L'objectif est de collecter les "éléments matériels" dès le début de la prise en charge d'une victime et de les conserver pendant 3 ans. Ainsi, si la victime décide ultérieurement de déposer plainte, ces éléments pourront être joints à la procédure. Ce dispositif permet aux victimes de préserver leurs droits plus durablement en évitant un classement sans suite, une relaxe, ou un acquittement faute d'éléments matériels lorsqu'une plainte est déposée à distance des faits.

En **France**, ce dispositif est expérimenté depuis 2023 à la Maison des Femmes de L'Hôtel-Dieu AP-HP. En octobre 2024 une convention entre le Parquet et l'AP-HP a officialisé son implémentation. **Ainsi, lorsqu'une victime de violences sexuelles sera prise en charge** dans un hôpital de l'AP-HP, elle pourra recevoir les soins urgents sur place et être réorientée vers des médecins de l'unité médico-judiciaire pour être examinée (notamment pour un prélèvement ADN). **Les preuves seront ensuite conservées pendant 3 ans.**

En 2023, à la Maison des femmes de l'Hôtel-Dieu à Paris, 22 victimes ont pu avoir recours à cette procédure et 16 victimes sur les 9 premiers mois de 2024. À ce jour, 6 patientes prises en charge en 2023 et 5 patientes prises en charge en 2024 ont déjà déposé plainte.



Fonctionnement de la procédure en pratique

- Une patiente prise en charge dans un hôpital parisien de l'AP-HP indique qu'elle vient d'être victime d'un viol ou d'une agression sexuelle, qu'elle ne souhaite pas déposer plainte à ce stade, mais souhaiterait un recueil de preuves.
- Les soins urgents sont pris en charge par le service accueillant la patiente (ex : traitement anti-rétro-viral, contraception d'urgence, soins si saignements importants) et avec son accord et dans le respect de critères stricts de délai depuis les faits d'agression rapportés, elle est réorientée à la Maison des Femmes de l'Hôtel-Dieu sur rendez-vous, où elle est examinée par un binôme sage-femme/médecin légiste de l'UMJ et bénéficie d'une consultation psychologique immédiate.
- Si le médecin légiste l'estime nécessaire, des prélèvements sont effectués et conservés pendant 3 ans dans les mêmes conditions qu'en cas de procédure judiciaire.
- La patiente bénéficie d'un accompagnement pluridisciplinaire, au sein de la Maison des Femmes ou avec les structures partenaires.
- Si elle dépose plainte ultérieurement, elle fait l'objet d'un examen à l'UMJ, complétant le précédent, sur réquisition judiciaire. Les prélèvements, transférés à l'UMJ, pourront être utilisés dans le cadre de la procédure pénale.

Malheureusement, ce dispositif n'est pas suffisamment accessible sur le territoire français et n'est pas disponible 24h/24.

En **Belgique**, le recueil des preuves est bien disponible 24h/24 dans les CPVS (Centres de Prise en Charge des Violences Sexuelles), et les preuves y sont conservées 6 mois, ou pour une durée convenue préalablement ⁽¹⁾. Dans les CPVS, les victimes reçoivent gratuitement les **soins holistiques** suivants :

- **Les soins médicaux** : consistent à soigner les éventuelles blessures et lésions et procéder

à un examen médical portant sur les conséquences physiques, sexuelles et/ou reproductives des violences sexuelles (y compris le dépistage de IST, la contraception d'urgence, le traitement en cas de risque de transmission du VIH et le traitement préventif ou indiqué de l'hépatite A ou B et du tétanos).

- **L'examen médico-légal** : consiste à constater les éventuelles lésions et à collecter des preuves des violences sexuelles sur le corps ou les vêtements de la victime.
- **Le dépôt de plainte** : consiste à déposer plainte auprès de la police. Toutefois, ce n'est pas une obligation. Si la victime hésite à le faire, les preuves recueillies sont alors conservées pendant une période convenue préalablement. La victime peut encore décider plus tard de porter plainte.
- **Les soins psychologiques** : consistent à offrir une écoute, des informations et des conseils sur les réactions fréquentes après des violences sexuelles et sur la manière d'y faire face. Au sein des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles, il y a également des psychologues cliniciens avec lesquels il est possible de planifier une consultation/un suivi.
- **Le suivi** : consiste à élaborer un suivi médical et psychologique et/ou à orienter la victime vers des services psychosociaux et juridiques appropriés.

Sources :

- Obadia, M., Delavaquerie, C., Guion De Meritens, I., Legrand, B., Gazagnes, P., Haddouche, N. (2019). *Le Recueil De Preuves Sans Plainte Pour Les Victimes De Violences Physiques Et Sexuelles*. https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2025-11/rapport_recueil_preuves_sans_plainte.pdf

- *Signature d'une convention relative au recueil de preuves sans dépôt de plainte préalable à la Maison des Femmes de l'Hôtel-Dieu AP-HP (2024)*. Assistance Publique Hôpitaux De Paris. <https://www.aphp.fr/espace-medias/liste-ressources-presse/signature-dune-convention-relative-au-recueil-de-preuves-sans>

⁽¹⁾ Le modèle CPVS. (2024). Centres De Prise En Charge Des Violences Sexuelles En Belgique. https://cpvs.belgium.be/sites/default/files/documents/CritC3%A8res%20nationaux%20et%20procC3%A9dures%20standards_0.pdf

☆ START

- ★ Les **lieux sécurisants**, identifiables comme des lieux de référence par les femmes vulnérables elles-mêmes et **permettant de satisfaire leurs besoins primaires et de se sécuriser** avant de travailler sur leur trauma : des centres aux plus bas seuils possibles (des centres avec un minimum de barrières d'entrée) ;
- ★ Les **structures hospitalières dédiées aux femmes victimes de violences**, avec un accompagnement global (telles que la Maison des Femmes APHP et la Maison de la Résilience) ;
- ★ L'**interdisciplinarité** (plutôt que la pluridisciplinarité), qui favorise les collaborations entre les professionnels (ex. entre les secteurs de la santé mentale, du logement, juridique, social, etc.) et les approches et **réduit le risque de morcellement de la prise en charge** et le travail en silo (ex. les GCSMS – Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale) ;
- ★ Les **approches territoriales** structurées :
 - **Cartographier l'existant** : concevoir un outil de cartographie opérationnel, sur le modèle du Soliguide, dédié aux acteurs de la lutte contre les violences (un « violentoguide »). Ce support permettrait d'identifier rapidement les missions et territoires de chaque structure pour orienter les victimes de manière fluide et sécurisée.
 - Développer des équipes mobiles pluridisciplinaires pour le repérage et le premier accueil ;
- ★ Les **approches de soins collectives, groupales** : valoriser la **force du groupe**, de la **confiance**, du **lien humain** et de la **solidarité** ;
- ★ La **valorisation et formation de la pair-aidance** : aussi bien pour le repérage que pour l'accueil, l'accompagnement et le suivi, **dans les structures médico-sociales et pour l'accès aux droits** (ex. grâce à des diplômes de Médiateurs de Santé-Pair et le Diplôme Universitaire Formation pair-aidance) ;
- ★ Les rôles d'accompagnants et de **personnes de référence** chargées, au sein de chaque structure, d'accompagner chaque femme dans la durée ;
- ★ La prise en compte du **handicap** et la mise en place d'un **accueil inclusif** pour toutes ;
- ★ Une structure de **formation holistique** sur toutes les lignes :
 - Mettre en place une **formation structurée de premières lignes au repérage**, tels les PSSM (Premiers Secours en Santé Mentale), formation adossée à un suivi et à un réseau de prise en charge accessible ;
 - **Développer les formations** normalisant et **démocratisant le diagnostic** santé mentale et les TSPT (troubles de stress post-traumatique) : par exemple en déclinant ces formations sur des thématiques spécifiques comme la santé mentale post-violence ;
 - **Sensibiliser et former l'opinion publique pour rendre visible la réalité de ces femmes**, lutter contre les préjugés et la stigmatisation le plus largement possible pour changer les représentations sociales (ex. campagnes de sensibilisation du grand public, formations de base à l'écoute et aux violences) ;
 - Sensibiliser à la dépendance financière des femmes dès le plus jeune âge mais également au niveau politique (ex. déconjugaliser l'Allocation aux Adultes Handicapés) ;
 - Former les femmes victimes de violences à l'accès aux droits.



Pair-aidance

La **pair-aidance** désigne un accompagnement porté par une personne ayant été confrontée à des problématiques analogues que la personne accompagnée. Le pair-aidant mobilise ainsi son savoir expérientiel pour soutenir et guider la personne accompagnée vers son propre cheminement.

⊖ STOP

- Le travail sur le trauma **avant que la patiente ne soit sécurisée**, avant que ses besoins essentiels ne soient entendus ;
- **La stigmatisation de la prise en charge des violences sexuelles**, et notamment **la méconnaissance des troubles dissociatifs** ;
- La pair-aidance non formée et non-soutenue, qui expose **les pair-aidantes à revivre leurs traumatismes** ;
- Le soutien ou le maintien de la **précarité salariale** et la **sous-valorisation des métiers du social** qui conduit à l'épuisement et au turn-over ;
- Les **pratiques inappropriées**, telles que :
 - Celles qui ne mettent pas la patiente au cœur de l'accompagnement psychiatrique, qui ne respectent pas la temporalité de chacune : il est important de se synchroniser avec les patientes pour intervenir au bon moment et au bon endroit ;
 - Celles qui exposent à la re-traumatisation / au surtrauma ;
 - Celles qui n'articulent pas le repérage avec le suivi ;
 - Celles qui valorisent la psychanalyse dans le soin : il est primordial de distinguer les outils de consultation, des outils de soin et privilégier les outils fondés sur la science ;
 - Celles qui s'appuient sur du personnel insuffisamment formé, ou qui s'appuient sur du personnel 100% masculin en première ligne.

Zoom sur le modèle *Housing First*

Le modèle ***Housing First*** (ou "Logement d'Abord") inverse la logique traditionnelle de réinsertion. Contrairement aux parcours classiques dits "en escalier" qui exigent d'une personne qu'elle prouve sa capacité à habiter avant d'obtenir un toit, **ce modèle positionne l'accès au logement comme un droit humain fondamental et immédiat**. Il s'adresse prioritairement aux publics les plus éloignés du logement, marqués par une chronicité de la vie en rue et des problématiques de santé mentale ou d'addictions. Le principe est de **proposer d'emblée un logement indépendant et durable sans étapes intermédiaires**.

L'efficacité de cette approche repose sur huit principes de base qui garantissent la dignité et le rétablissement du locataire, établi par Sam Tsemberis qui a fondé le modèle original (*Pathways to Housing*) :

- **Le logement en tant que droit humain fondamental** : l'accès au toit est inconditionnel et ne doit pas être "gagné". Il s'agit d'un logement privatif, sécurisé par la loi, où l'intimité est absolue.
- **Liberté de choix et autodétermination** : le bénéficiaire est acteur de son projet. Il a son mot à dire sur le choix de son logement, de son quartier et, surtout, il définit lui-même ses propres objectifs de vie. Une condition reste non négociable : tous les participants doivent accepter un accompagnement et être en contact régulier avec leur conseiller.
- **Séparation entre le logement et le traitement** : le contrat de location est distinct de l'accompagnement social. Si le suivi s'arrête, le logement reste ; si le logement est perdu, l'accompagnement se poursuit.
- **Un soutien axé sur le rétablissement** : au-delà de la simple stabilisation, le modèle vise à soutenir les locataires dans tous leurs besoins et à œuvrer en faveur du rétablissement, recherchant leur bien-être en réunissant les conditions de bases.
- **Réduction des risques** : la sobriété n'est pas un prérequis. Le modèle cherche à réduire les conséquences néfastes des consommations (drogues, alcool) au rythme du locataire, sans répression. Cette liberté de choix est très importante car elle repose sur une motivation intrinsèque pour prendre les mesures d'amélioration.
- **Participation active sans coercition** : l'aide est proposée de manière assertive mais jamais forcée. Le Housing First doit être peu exigeant et permettre que chaque personne se sente bienvenue, tout en rappelant les droits et devoirs de tout citoyen.
- **La personne au centre** : l'accompagnement est sur-mesure afin de ne pas supposer que toutes les personnes sans-abri ont les mêmes besoins. Il est fondé sur une relation de confiance chaleureuse, humaine et dénuée de tout jugement clinique froid.



- **Engagement à long terme** : le soutien est maintenu aussi longtemps que nécessaire. L'intensité de l'aide fluctue selon les besoins du locataire, sans limite de temps prédéfinie.

L'implémentation du modèle *Housing First* sur le territoire belge a commencé en 2012, portée par le second plan fédéral de lutte contre la pauvreté. Dès août 2013, une phase expérimentale baptisée *Housing First Belgium* a été lancée grâce à une synergie entre les secteurs public, associatif et privé, avec le soutien de la Loterie Nationale. Les résultats probants de cette phase test ont permis de transformer cette innovation en une stratégie durable et structurelle de lutte contre le sans-abrisme à travers tout le pays.

Pour pérenniser et encadrer ce développement, le *Housing First Lab* a été intégré au sein du SPP Intégration Sociale. Cette structure fait office de point de contact national et assure une double mission : d'une part, le monitoring qualitatif et quantitatif des programmes pour affiner les analyses à long-terme ; d'autre part, la veille et la diffusion de la méthodologie auprès des acteurs de terrain. Le *Housing First Lab* anime également la Plateforme *Housing First*, un espace de dialogue et d'intervision où les parties prenantes se réunissent plusieurs fois par an pour échanger sur leurs pratiques et inspirer les projets locaux.

En 2025, le territoire belge comptait 45 équipes actives au sein d'institutions variées (ASBL, CPAS, Relais Social, APL, etc.), chacune opérant sur son propre territoire avec ses propres particularités, telles que les associations L'Ilôt ou Smes.

En France, le modèle *Housing First* est décliné sous l'intitulé "Un chez-soi d'abord", programme dont la coordination nationale est assurée par la DIHAL (Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement). À l'issue d'une phase expérimentale menée entre 2011 et 2016, ce dispositif a été pérennisé et s'étend désormais sur 39 sites sur le territoire national. Depuis 2025, une extension du projet pilote est en cours de déploiement vers les territoires ruraux, afin de répondre aux besoins des zones à faible densité démographique.

L'action du **Housing First Europe Hub** vise à fédérer les initiatives européennes afin de consolider le déploiement de ce modèle à travers l'Europe.

Pour aller plus loin :

- Le site du centre d'appui *Housing First* du SPP Intégration Sociale : *Housing First Belgium*.
SPP Intégration Sociale.
<https://www.mi-is.be/fr/themes/lutter-contre-le-sans-abrisme-et-labsence-de-chez-soi/housing-first-belgium>
- Le site de la plateforme *Housing First Europe HUB*
Housing First approach. *Housing First Europe HUB*.
<https://housingfirsteurope.eu/>

Focus sur le parcours de soins psychiques renforcé de la Maison des Femmes de l'Hôtel-Dieu (Paris)

La Maison des Femmes de l'Hôtel-Dieu à Paris accueille et prend en charge les victimes de violences. C'est un lieu d'écoute, de soin, d'accompagnement et d'orientation innovants. Cette structure se distingue par une spécificité institutionnelle : elle constitue à ce jour la seule Maison des Femmes portée par un service de psychiatrie. L'équipe y a développé un parcours de soins psychiques renforcé, structuré autour d'une première évaluation psychiatrique suivie de trois étapes de prises en charge : stabilisation émotionnelle, psychoéducation, retraitement du psychotraumatisme.

Cette évaluation, réalisée systématiquement par un psychiatre pour l'ensemble des femmes accueillies, est particulièrement bien acceptée par les femmes prises en charge. Le caractère systématique de cette démarche limite les effets de stigmatisation habituellement associés à l'orientation vers des soins psychiatriques. Au détour de cette évaluation, un parcours de soins psychiques renforcé est ensuite proposé.

Initialement, le parcours débutait avec **une phase de psychoéducation** qui n'est aujourd'hui plus proposée en première intention. Cette évolution répond à un constat clinique. La psychoéducation vise notamment à favoriser la **prise de conscience des violences subies**. Or, pour certaines femmes, cette étape peut constituer, à ce moment du parcours, une exposition trop brutale, voire une **source de souffrance supplémentaire, de honte, de culpabilité**.

Afin de limiter ce risque, le choix a été fait d'ouvrir le parcours par le groupe de **stabilisation émotionnelle** qui offre des outils, des exercices pour mieux gérer les émotions et renforcer un sentiment de maîtrise.

Une fois ces outils intégrés, une amélioration est fréquemment observée sur les plans anxieux et dépressif. Lorsque cela est jugé pertinent et en fonction des besoins identifiés, les participantes peuvent alors être orientées vers un groupe de psychoéducation. Introduite à ce stade du parcours, cette étape est généralement mieux tolérée. À l'issue de cette phase, un troisième volet est proposé : un groupe de prise en charge du psychotraumatisme reposant sur l'**EMDR** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), selon le protocole groupal G-TEP (Group Traumatic Episode Protocol).

Il n'existe pas de méthode standardisée permettant de déterminer avec certitude qu'une patiente est stabilisée et prête à poursuivre le parcours. Cette appréciation se fait progressivement, au regard de l'évolution clinique et, souvent, c'est lors du groupe de psychoéducation que certaines difficultés apparaissent : l'évocation de certains contenus peut être trop envahissante. Dans ce cas, le parcours est ajusté, avec une interruption de la phase engagée et un retour vers la stabilisation, avant une éventuelle reprise. Ces allers-retours sont fréquents et la durée nécessaire reste difficile à anticiper.



Coraline Hingray et Cédric Lemogne

Zoom sur L'EMDR de groupe

L'EMDR G-TEP est proposé en groupe pour deux raisons. D'une part, il répond à une contrainte de capacité de prise en charge, dans un contexte de ressources limitées au regard de besoins particulièrement élevés.

Il repose également sur des bénéfices propres au cadre collectif, dont l'effet contenant et soutenant peut constituer un facteur de protection et de restauration.

Dans le protocole G-TEP, les participantes ne sont pas amenées à verbaliser ni à partager la nature des événements traumatiques. Chacune travaille à partir d'un support individuel (feuille d'exercice), sur lequel elle inscrit un repère personnel — mot-clé, dessin ou pictogramme — associé, d'une part, à un « lieu sûr » et à une personne ressource, et d'autre part, au souvenir traumatique ciblé. Les stimulations bilatérales, caractéristiques de l'EMDR, sont réalisées de manière auto-administrée (ex. via des tapotements alternés), pendant la

révocation guidée, au sein d'un cadre structuré et sécurisé.

Les premières observations issues de ce dispositif, en cours de publication, suggèrent une amélioration notable des symptômes psychotraumatiques, y compris dans ses formes complexes, ainsi que des symptômes anxieux et dépressifs. Un impact favorable sur l'accès aux droits (qu'il s'agisse, par exemple, d'un dépôt de plainte, d'une mise en sécurité ou de toute autre démarche de protection) est également envisagé, même si cet aspect reste à documenter plus précisément.

Pour aller plus loin :

– Brunel, L., Raust, A., Rotenberg, L., Fouques, D., Dauchy, S., & Lemogne, C. (2025).

Prise en charge psychique des femmes victimes de violences conjugales : focus sur le groupe psychothérapeutique G-TEP EMDR.

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2025.07.002>

Focus sur le projet Transition'Elles de l'association Vivre Femmes

L'association **Vivre Femmes** gère une maison d'aide et d'hébergement dédiée à la reconstruction des femmes victimes de violences en zone rurale dans le Vaucluse : **Transition'Elles**. Ce modèle se distingue par sa volonté de garantir un accompagnement sur le long-terme, s'étendant généralement de 9 à 16 mois, afin de stabiliser le parcours des résidentes et d'éviter les ruptures de suivi, souvent critiques dans ces situations de détresse.

Le cœur de leur action repose sur une approche globale, bienveillante et humaniste qui prend en compte toutes les dimensions de la reconstruction. Le projet propose un **hébergement sécurisé et structurant**. Au sein de la maison, chaque femme dispose d'un espace privé et d'un bureau, tout en partageant des lieux communs pour favoriser le lien social. Si l'accueil peut répondre à l'urgence d'une nuit, la force du projet réside dans sa capacité à offrir une parenthèse de 18 mois pour permettre une reconstruction en profondeur.

Cet encadrement dépasse le simple hébergement pour proposer un **accompagnement psychosocial de pointe**. Le soutien intègre des soins spécifiques au psychotraumatisme, notamment via la thérapie EMDR et un suivi psychiatrique si nécessaire, complétés par une assistance juridique et sociale rigoureuse. L'association assure également la mobilité des résidentes vers leurs rendez-vous extérieurs et propose des ateliers de ressourcement axés sur le bien-être et la culture.

Le projet s'appuie sur un **partenariat stratégique** avec Habitat et Humanisme pour garantir la continuité du parcours et limiter les ruptures dans l'accompagnement social et psychologique. Cette collaboration permet d'anticiper la sortie dès le 16^{ème} mois de prise en charge pour organiser un relais vers un logement pérenne. En travaillant main dans la main avec un vaste réseau d'acteurs locaux (hôpitaux, services sociaux, forces de l'ordre), Vivre Femmes garantit ainsi une transition sécurisée qui limite les risques de rechute et offre aux femmes **une réelle perspective d'autonomie durable**.

Focus sur le parcours de soins psychiques intensif de la Maison de la Résilience de Nancy

Inaugurée en mai 2024 au CHRU de Nancy, la Maison de la Résilience représente une avancée majeure dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles souffrant de troubles de stress post-traumatique. Porté par la Professeure Coraline Hingray, ce dispositif intègre l'EMDR parmi ses approches thérapeutiques dans un parcours de soins pluridisciplinaire et intensif. L'équipe utilise la métaphore de l'arbre pour structurer et expliquer le parcours. La Maison de la Résilience accueille 500 patients (1/3 d'enfants et 2/3 d'adultes, dont une large majorité de femmes) avec un objectif de 1000 par an.

Elle est le premier centre spécifiquement dédié à la prise en charge de victimes de violences sexuelles (enfants, adolescents, et adultes) avec l'objectif de proposer un **parcours structuré et complet**. La **résilience renvoie, par métaphore, à une plante capable de résister au gel et à l'hiver, puis de reprendre sa croissance**. Cette image a inspiré l'architecture du parcours, organisé en plusieurs étapes.

Le parcours débute par les **racines**, une phase **d'expertise diagnostique**. Elle vise à évaluer les symptômes et à explorer plus spécifiquement les manifestations dissociatives.

Les patientes et patients intègrent ensuite un groupe de **psychoéducation**, appelé le tronc. Il se déroule sur trois demi-journées et aborde, en groupe, ce qu'est un trauma, ses conséquences, la dissociation, ainsi que les premiers outils de régulation émotionnelle. Cette étape permet surtout de préparer au cœur du traitement : **l'exposition**. À ce jour, les approches les plus efficaces dans la prise en charge des symptômes post-traumatiques reposent sur la possibilité de se confronter, de manière encadrée et progressive, au souvenir traumatique. Or, ce travail est naturellement difficile, car il se heurte à des mécanismes d'évitement ; il est donc essentiel d'en expliquer le principe, les modalités et les bénéfices attendus.

Lorsque la personne est prête à s'engager dans ce type de soins, elle accède à un module appelé **la fleur**. Celui-ci comprend des **séances individuelles** avec un psychologue, notamment pour un travail en EMDR, et chaque venue est donc un temps dédié à l'apprentissage ou au renforcement d'un outil d'ancrage et de régulation émotionnelle. Selon les besoins, la personne peut également rencontrer une psychomotricienne, une juriste ou une assistante sociale, afin d'articuler l'accompagnement psychique avec les dimensions sociales et juridiques.

En parallèle, des groupes complémentaires, les **branches** approfondissent des thématiques ciblées : accès à la justice et aux droits, sexualité et relations, stratégies d'évitement, etc. Enfin, le parcours se conclut par une session de consolidation, le **jardin** qui vise à rassembler les acquis, mesurer le chemin parcouru et préparer la suite.

Les prises en charge s'inscrivent généralement dans des parcours de 6 mois à 1 an, pour un volume d'environ 15 séances. Pour les patients souffrant d'un trouble de dissociation de l'identité, le parcours est prolongé et le nombre de séances peut être doublé, compte tenu des besoins spécifiques et de l'intensité du suivi requis.

La Maison de la Résilience s'inscrit dans une logique de prise en charge coordonnée, en articulation avec d'autres suivis. Le travail d'exposition, central dans la prise en charge du psychotraumatisme, requiert en effet une stabilisation préalable. Le choix organisationnel a été de concentrer l'intervention du centre sur son cœur de mission tout en s'appuyant sur un réseau de partenaires pour les volets de stabilisation émotionnelle et de suivi au long cours.

En effet, les traumatismes complexes s'accompagnent fréquemment de difficultés relationnelles et d'attachement, ainsi que de troubles associés (sexualité, alimentation, sommeil, humeur). Une prise en charge complète dépasse souvent un horizon de six mois et peut nécessiter plusieurs années. L'ambition du dispositif est donc de proposer une **parenthèse intensive** susceptible de modifier significativement la trajectoire, d'améliorer la qualité de vie et de soutenir la suite du parcours, en complémentarité avec d'autres soins déjà engagés.



3. QUAND LA SOUFFRANCE DEVIENT RÉCIT : *les voix de la résilience*

Plénière



Saïrati Assimakou est écrivaine et présidente de l'association "Souboutou Ouhédzé Jilaho – Ose libérer ta parole", première structure mahoraise portée par une victime de violences sexuelles. Elle est l'autrice de "Ose et ça ira" et de "Lakinta et le secret d'oiseau". A travers son engagement, elle œuvre à briser les tabous, sensibiliser les familles aux violences et proposer des espaces de parole à Mayotte.



Valérie Thomas est médecin, directrice médicale du Samusocial de Paris. Elle est formée en médecine sociale d'urgence et de catastrophe. Anciennement chargée de mission pour l'ARS Île-de-France, médecin au centre hospitalier de Mayotte, cheffe de pôle médecine sociale et santé publique à l'hôpital Max Fourestier de Nanterre, Valérie Thomas a rejoint la Maison des femmes de Saint-Denis en tant que responsable de l'unité "violences" pendant une année. Elle est spécialiste du trauma, des violences sexistes et sexuelles ainsi que des conséquences de la précarité en France.

Raconter, c'est se réapproprier son histoire, redonner du sens à ce qui a été brisé, et rompre les silences imposés, en particulier lorsqu'il est question de violences. Le témoignage devient alors un acte de résistance, mais aussi de guérison. À travers leurs voix, les survivantes construisent des espaces de solidarité, de reconnaissance et de transformation.

Témoigner, particulièrement à Mayotte, c'est un acte de courage, un véritable acte de résistance. Sur cette île, le processus de libération de la parole sur l'inceste est beaucoup plus récent qu'en France hexagonale. La lutte contre les violences sexuelles et la prise en charge des femmes qui en sont victimes n'est qu'à ses prémices. Le soutien aux victimes s'avère extrêmement complexe, qu'il s'agisse de l'accompagnement médical, thérapeutique, social, ou de l'accès au logement et à la justice. Cette difficulté est aggravée par un manque criant d'associations et d'institutions spécialisées sur le territoire.

Mayotte est un département français situé sur une île dans l'Océan Indien, au Nord de Madagascar. Il illustre de manière frappante le cumul des fragilités auxquelles les femmes peuvent être exposées. Les Mahoraises y subissent une intersection de vulnérabilités systémiques. À la grande précarité économique, avec au taux de pauvreté atteignant les 77%⁽²⁾, et aux difficultés d'accès aux services publics essentiels s'ajoutent des risques climatiques majeurs, comme l'a illustré le cyclone Chido. Par ailleurs, la forte pression migratoire issue des pays voisins accentue la saturation des structures d'accueil.

Enfin, la compréhension du contexte mahorais exige d'intégrer la dimension socio-culturelle : le statut de la femme y est façonné par des traditions ancrées dans la culture mahoraise et par une organisation sociale où la religion et les croyances jouent un rôle central. Le poids de la famille et de la société est prépondérant. Mayotte est régie par une culture familialiste où il est impératif de protéger l'honneur de la maison. Dans ce cadre, il ne faut pas "salir" le nom familial. Si une victime refuse l'injonction au silence, elle risque l'exclusion sociale. Ce déshonneur est renforcé par le fait que le corps et la sexualité demeurent des sujets profondément tabous, la virginité étant, par exemple, encore sacralisée dans de nombreuses familles.

Face à ce cumul de facteurs, les solutions développées localement pour protéger et accompagner les femmes s'avèrent d'autant plus inspirantes pour d'autres territoires confrontés à des problématiques de vulnérabilités multiples.

Valérie Thomas a passé 5 ans à Mayotte, en tant que médecin aux urgences. Elle se rappelle une garde où 20 jeunes filles sont arrivées dans le service pour dénoncer leur viol et pour porter plainte. Au sein de l'école coranique, le "fundî", maître religieux, les avaient toutes agressées sexuellement. Les jeunes filles avaient décidé de le dénoncer, par crainte pour leurs petits frères et leurs petites sœurs. Pour le Dr Thomas, cela a été un moment fondateur : en cherchant des données sur les violences sexuelles à Mayotte, elle a découvert qu'il n'en existait aucune. Valérie Thomas décide alors de mener une étude, en collaboration avec deux internes. Elle a obtenu les témoignages de 1 133 femmes dont 47% avaient subi des violences, 38% des violences physiques et plus de 12% de violences sexuelles. Ces données ont confirmé pour l'équipe qu'un besoin d'accompagnement de ces femmes était plus que nécessaire.

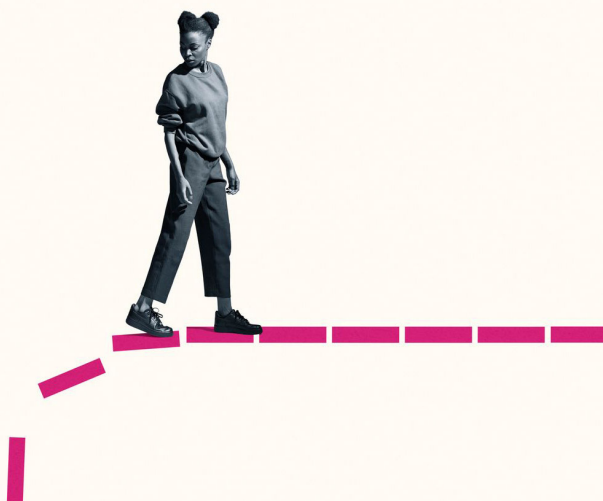
L'association *Ose libérer ta parole* a été créée par Saïrati Assimakou dans ce but : lutter contre les violences sexuelles faites aux femmes et aux enfants à Mayotte et briser le tabou. Elle vise à la prévention dans le but d'aider les familles, éducateurs et communauté à repérer plus tôt, à écouter, et à protéger efficacement les enfants.

Durant cette plénière, un temps a été consacré au témoignage de Saïrati Assimakou. Elle est revenue sur son parcours, marqué par les violences sexuelles incestueuses, et a présenté la genèse et les objectifs de l'association.



Valérie Thomas et Saïrati Assimakou

⁽²⁾ Une pauvreté marquée dans les DOM, notamment en Guyane et à Mayotte », Insee Première n° 1804, Insee, juillet 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4622377>



■ Retranscription du témoignage de Saïrati Assimakou

“ Porter mon nom aujourd’hui, c’est un combat constant : c’est une identité qu’on a essayé de m’arracher plusieurs fois. Chez moi, parler de l’inceste, c’est se heurter à un tabou familial, s’exposer aux rejets, aux menaces. À chaque fois que je prends la parole, je commence par : *“Je m’appelle Saïrati Assimakou. Avant d’être présidente de cette association, avant d’être autrice, je suis maman, j’ai été une enfant qui s’est battue pour cette vie qu’elle mène aujourd’hui”*. ”

J’ai été une enfant victime d’inceste par mon géniteur. J’ai été agressée, violée, violentée, à un âge où la mémoire ne retient pas grand-chose. Comme un rappel éternel de ce qui n’aurait jamais dû se produire, mon corps, lui, en a gardé toutes les séquelles. Il m’a fallu énormément de temps pour pouvoir parler, pour avoir la force de faire ce que je suis en train de faire aujourd’hui. Et à la fois, ce que je vous dis là est aussi faux : en vérité, l’enfant que j’étais n’a jamais gardé le silence.

J’ai toujours parlé, j’ai toujours verbalisé, et parfois, je n’ai pas forcément nommé les choses, mais mon corps disait les choses.

La première fois que j’ai parlé de ce que j’ai vécu, j’étais toute petite. J’en ai parlé à une amie : je ne comprenais pas pourquoi papa disait qu’on jouait alors que ça faisait mal. *“Toi aussi, tu vis la même chose ?”* Cette amie me dira très rapidement qu’elle le vit également, mais pas avec son père, avec le voisin. Ce qui était anormal devait donc être une normalité : ça doit être comme ça, les adultes font des jeux bizarres parfois. La deuxième fois que j’ai parlé, j’avais 8 ans, est la première fois que j’ai été confrontée à l’injonction au silence. Pourtant, et même si je ne l’ai pas encore conscientisé à ce moment-là, je savais au fond de moi que je ne me tairai pas.

Ma mère a aussi été victime de violences conjugales par mon géniteur. Dans ce que je pense être une volonté d’effacer cette partie de sa vie, elle n’a jamais touché à une partie de la maison. En y faisant le ménage après le passage du cyclone à Mayotte, j’ai redécouvert une lettre que j’avais écrite de ma main : *“Je ne veux pas parler à papa car il a fait des choses que je n’arrive pas encore à dire”*. J’avais 14 ans et c’est une lettre que j’avais adressée à ma mère. Elle montre bien que je n’ai jamais gardé le silence.

À 18 ans, j’ai entendu pour la première fois un *“moi aussi”*. C’était ma tante quand je lui ai dit *“Papa fait des choses. Je ne sais pas comment en parler parce que quand je l’ai fait à 8 ans, on m’a dit de me taire”*. Ce simple écho, ce *“moi aussi”* m’a sauvé la vie.

Avant d’être entendue et soutenue, j’ai parlé 8 fois. Ou il se peut que ça soit les seules 8 fois dont je me souviens. J’ai certainement parlé à d’autres moments mais mon cerveau n’a juste pas eu la force de comptabiliser.

Entre la première fois et la dernière fois que j’ai parlé, vingt ans se sont écoulés. Vingt ans d’insomnie, d’énurésies nocturnes, de peur, de stress constant, et de doutes omniprésents. Parce qu’à chaque fois que je parlais de mon vécu, on me disait : *“Non, tu es folle, ce n’est pas possible, un père ne fait pas ça”*. Pendant longtemps, j’ai vécu ces images d’horreur, qui selon les autres n’étaient pas une réalité possible. J’ai alors cru à cette possibilité : que je sois folle, que j’inventais.

Dans une société où le tabou et le silence sont présents, j’ai compris qu’à Mayotte comme ailleurs, le problème n’est pas l’inceste lui-même, le problème est qu’il soit nommé. Si l’on reste dans le silence, l’inceste ne dérange personne. Il devient dérangeant quand on impose ce terme. Je l’ai aussi compris en postant la vidéo qui viendra fonder l’association *Ose libérer ta parole*, car dans la langue mahoraise, le mot inceste n’existe même pas. Ce silence imposé aux victimes par la langue en elle-même, c’est déjà une blessure. Il signifie : *“votre vécu n’existe pas”*.

Mon histoire est devenue médiatique. Mais malheureusement, ce n’en est qu’une parmi tant d’autres. Il y a aussi celle de Fatima, celle de Rachida, celle de Zalia. Il y a toutes ces femmes que les statistiques ne regardent pas. Car pour pouvoir comptabiliser ces violences, il faut au moins accepter de les regarder. Ce n’est pas le cas à Mayotte, et ces femmes-là sont inexistantes aux yeux des dispositifs d’accompagnement.

Dans les statistiques nationales, on mentionne rarement Mayotte. Quand on en parle, c'est pour parler de la délinquance, et ce de manière très superficielle.

Alors aujourd'hui, si je parle encore, ce n'est plus pour moi. Vous l'aurez compris, pour moi, le mal est fait. Et la particularité de mon expérience, c'est que je suis une bonne victime. J'ai vécu ce que j'ai vécu. Mais je m'en suis plutôt bien sortie. J'ai pu faire mes études. J'ai une famille. J'ai des enfants. Je ne dépends de personne financièrement. Mais Fatima, Mariama, Rachida, dépendent de nous.

Donc, si je parle, c'est pour que plus jamais une enfant ne soit obligée de parler huit fois avant d'être entendue. Pour que nos langues trouvent les mots et que nos sociétés trouvent enfin le courage d'écouter.

Le slogan *"Ose libérer ta parole"*, n'est pas tant un slogan pour les victimes, mais un slogan pour nous ; pour vous, parce que vous refusez de nous entendre.

Nous sommes une association qui œuvre activement pour la sensibilisation auprès des enfants. Nous agissons pour que les enfants comprennent que leur corps n'est pas un lieu de droit pour les adultes.

Quand nous avons commencé à faire des sensibilisations en 2020 dans les établissements scolaires, les enfants nous disaient : *"Je suis l'enfant de mes parents, donc je leur appartiens. Ils peuvent faire ce qu'ils veulent"*. Le premier combat était de dire à ces enfants : *"Non, tu es un être à part entière, tu as des droits, et le premier de ces droits, c'est la libre disposition de ton corps et de ton esprit"*.

Aujourd'hui, je suis contente quand je me rends dans les établissements scolaires d'entendre : *"Mon corps m'appartient, de quoi est-ce que tu parles ?"*

En plus du volet sensibilisation et prévention, l'association comprend un volet création d'outils pédagogiques. Celui-ci prend de plus en plus d'ampleur aujourd'hui. Nous nous sommes rendu compte qu'énormément de nos outils pédagogiques ne correspondaient pas à la réalité mahoraise. Ces outils imposent une approche occidentale qui n'est pas adaptée à la réalité territoriale de Mayotte. Par exemple, aucun enfant noir n'y est représenté, alors même qu'ils sont utilisés sur un territoire majoritairement composé de personnes noires. Cela a comme conséquence que lors des campagnes de sensibilisation, les enfants nous disent : *"Ça n'existe pas chez nous, ce sont des problèmes de blancs"*.

Proposer des outils mettant en avant des personnes qui ressemblent à ces enfants, un paysage qui ressemble à leur réalité, c'est leur dire *"Ça peut aussi arriver chez toi"*.

Nous abordons également l'éducation des parents et des aidants, car le silence vient souvent de l'entou-

rage, pas des victimes. Dire aux enfants qu'ils ont le droit de parler sans dire aux parents qu'ils ont l'obligation d'écouter, c'est ne faire que la moitié du travail.

Par exemple, nous allons entamer la campagne de sensibilisation Tarimi. "Tarimi" signifie "Éducation" en Kibushi. Cette campagne de sensibilisation a pour mission de rassembler la population mahoraise autour de ce sujet, en mettant en place, par exemple, un séminaire qui permet de traiter des sujets de façon structurée.

Cette année, nous avons aussi mis en place le Village des Femmes. Ce Village des Femmes découle d'un manque de lieux d'accueil et d'accompagnement pour les femmes, ne serait-ce qu'au niveau de leur bien-être. Notre association a décidé de créer, le temps d'une journée, un mouvement ouvert à ces femmes victimes de violences, et à toutes les femmes qui en ressentent le besoin. En collaboration avec entrepreneurs locaux, nous proposons un moment de coiffure, de massage, de maquillage, traditionnel ou pas, pour que les femmes puissent en sortir en ayant eu quelques jours de répit.

Le dernier outil que nous avons décidé d'instaurer, c'est d'œuvrer en utilisant l'art. Nous nous sommes rendu compte que la culture mahoraise éduque énormément à travers la musique. Nous n'allons pas forcément expliquer à l'enfant avec des mots, mais nous prodiguons énormément de conseils à travers la musique.

Nous collaborons donc avec quelques artistes qui écrivent des chansons éducatives comme moyen de sensibilisation, dont l'échelle a le potentiel de nous dépasser. En effet, puisque nous ne sommes pas assez de bénévoles, nous ne pouvons pas sillonner toute l'île. La musique diffusée à la radio est bien plus accessible pour les habitants de l'île.

Nous mettons en place énormément d'actions. Pourtant, en réfléchissant à un accompagnement pour les femmes victimes à Mayotte, je trouve essentiel de parler des lieux de soins. Nous avons besoins d'un lieu de soins qui serait en mesure d'accueillir les femmes, les enfants : souvent les femmes acceptent de quitter le domicile familial, mais nous n'avons pas de lieu à leur proposer. Le peu d'hébergements qui existaient avant le cyclone Chido sont encore plus saturés qu'avant. Les hôtels, pour la plupart, n'existent plus, et ceux qui existent encore coûtent environ 200€ la nuit.

Ce sujet est une urgence vitale : il faut un lieu de soins qui puisse accompagner les femmes, les accueillir sur le plan médical, psychologique, thérapeutique tout en étant aligné à la culture de ces femmes-là, pour qu'elles ne se sentent pas complètement dépay-sées de leur réalité. Il faut également développer des solutions de garde d'enfants pour les jeunes mères.

En effet, à Mayotte, les enfants sont gardés par la famille. Quand la femme victime est extraite de son domicile familial, elle perd aussi le moyen de garde de son enfant et ne peut donc pas travailler. Une femme ne peut s'émanciper sans moyen de garde.

Aujourd'hui, à Mayotte, le choix de ces femmes est simple :

Soit elles sont hébergées par un membre de la famille, ce qui ne dure jamais bien longtemps (vous aurez compris que l'hébergement d'urgence ne fait même pas partie de l'équation pour nous). Soit, elles se retrouvent en situation de prostitution. C'est une réalité qu'on essaie de cacher mais beaucoup de femmes à Mayotte ne se prostituent pas seulement pour un "souci financier de base" (je mets vraiment beaucoup de guillemets quand je dis ça), mais également en espérant trouver un lieu où dormir. Les femmes à Mayotte se prostituent pour une boîte de sardines, pour 50 centimes.

Pourquoi ?

Parce que le système violence les femmes à répétition. Le système n'est pas pensé pour protéger les femmes. Le système n'est pas pensé pour mettre les femmes à l'abri.

Il nous faut un lieu pour accueillir les femmes, dans leur globalité. Pas un lieu de passage, un accueil de jour, comme il peut être proposé ici et là. Aujourd'hui, ce n'est plus suffisant.

À Mayotte, nous recevons des professionnels qui ne sont pas formés pour l'accompagnement communautaire. Ces professionnels pour la plupart ne connaissent pas la réalité culturelle, religieuse, sociale de Mayotte. Ils imposent une façon de faire à l'occidentale qui n'est pas du tout adaptée. Cela devient une violence : une façon d'être est imposée à celle qui demande de l'aide, qui ne fait pas face à la même réalité. Le professionnel nie souvent cette vérité-là, en disant : « Il suffit juste de ne plus croire pour que ça n'existe plus ». Pourtant, le problème est profondément ancré dans les croyances locales. Nous ne demandons pas aux professionnels de croire en ce qui existe et ce qui se fait à Mayotte, mais au moins, d'avoir une ouverture d'esprit qui permet aux personnes d'être elles-mêmes, et d'être accompagnées vers un mieux-être. Le Village des femmes est aujourd'hui une urgence majeure. ”

Ce témoignage illustre avec force que le parcours de soin ne peut être **déconnecté de la réalité culturelle et géographique** du patient. Saïrati Assimakou y souligne une faille majeure de la sensibilisation classique : l'utilisation d'outils pédagogiques occidentalisés crée une mise à distance fatale, où les victimes rejettent le message car elles ne s'y identifient pas. Pour que la parole se libère, l'enfant doit pouvoir se reconnaître dans les représentations qui lui sont proposées.

Le récit met aussi en lumière le rôle vital de la **communauté** et du **soin groupal**. Ce n'est pas seulement l'écoute clinique qui sauve, mais l'écho du "moi aussi" : ce moment de reconnaissance mutuelle qui brise l'isolement et valide une réalité que la société s'efforce de nier. Le témoignage montre que face à un système de soin parfois inadapté ou niant les croyances locales, la création d'espaces dédiés (comme le "Village des Femmes") permet de restaurer une dignité et d'offrir un soutien qui fait sens culturellement, transformant l'accompagnement en un levier d'émancipation collective.



Zoom sur la médecine narrative

La médecine narrative est une approche clinique qui **place le récit du patient et l'écoute active** au centre de la pratique médicale. Plutôt que de se concentrer uniquement sur les données biologiques, elle cherche à humaniser les soins en créant un lien profond et empathique entre le soignant et le soigné. Rita Charon, fondatrice de la médecine narrative, la définit comme « *une médecine exercée avec une compétence narrative permettant de reconnaître, d'absorber, d'interpréter les histoires de maladie, et d'être ému par elles* » ⁽⁵⁾. Les pratiques narratives apparaissent aujourd'hui comme un outil central pour penser autrement la relation de soin, en favorisant l'expression des subjectivités, la reconnaissance des vulnérabilités et l'inclusion des récits de vie dans les processus thérapeutiques. Un entraînement narratif pourrait combler les lacunes actuelles de la médecine en matière d'humilité, de responsabilité, d'empathie et de personnalisation des soins.

Afin d'enrichir la relation entre soignant et soigné, des outils issus de l'analyse littéraire sont adaptés à la pratique clinique. Cette approche prend en considération plusieurs éléments clés. Le cadre dans lequel la narration a lieu, l'intrigue, les métaphores employées, mais aussi le désir du narrateur, le sens qu'il veut donner à son récit... sont autant d'éléments qui permettent d'accueillir un récit, qu'il s'agisse de celui d'auteur d'un roman ou de celui d'un patient.

Le Samusocial de Paris porte un projet de recherche de Pratiques narratives en Santé, financée par l'institut pour la recherche en santé publique et l'ANR qui associe personnes accompagnées et professionnelles autour de l'analyse d'une œuvre et de consignes d'écriture.

Source :

⁽⁵⁾ Le livre de Rita Charon, professeure de médecine et docteure en littérature anglaise à Columbia University (New York), fondatrice de la médecine narrative.

Charon, R. (2006). *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*, Sipayat

La prise de parole de Saïrati Assimakou souligne l'importance de la sensibilisation pour permettre à l'entourage et aux premières lignes d'identifier les signaux, de recueillir la parole et d'orienter efficacement les enfants victimes de violences sexuelles. À l'instar de la lutte contre les violences faites aux femmes, l'accent doit être mis sur la formation pour transformer l'écoute en une véritable protection. L'urgence est étayée par des chiffres alarmants : en France, on estime que 160 000 enfants sont victimes de violences sexuelles chaque année, rejoignant les 5,4 millions d'adultes ayant subis des violences durant leur enfance ⁽³⁾. Parmi eux, 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. Pour ces enfants victimes de violences intrafamiliales, le risque de développer des troubles psychotraumatiques est de plus de 60 % et il s'élève à plus de 80 % quand il s'agit de violences sexuelles ⁽⁴⁾. Ces données, bien que vertigineuses, restent pourtant sous-évaluées face au silence qui entoure encore l'inceste.

Pour répondre à l'ampleur de ces traumatismes et favoriser la reconstruction des victimes, la prise en charge clinique gagnerait à intégrer la médecine narrative, qui s'impose comme un outil précieux pour les professionnels accompagnant les victimes de violences sexuelles dans l'enfance et plus largement pour les patients souffrant de psychotraumatismes.



(3) Violences Sexuelles Faites Aux Enfants : Rapport « On Vous Croit ». (2023). *Commission Indépendante Sur L'inceste Et Les Violences Sexuelles Faites Aux Enfants*. https://www.Ciivise.Fr/Sites/Ciivise/Files/2024-12/Ciivise_Rapport_On_Vous_Croit_Nov_2023.Pdf

(4) Salmona, M. (2018). Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur. *Rhizome: Bulletin National Santé Mentale Et Précarité*, 69-70. https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2019-Rhizome-Les_traumas_des_enfants_victimes_de_violences.pdf

Zoom sur les crises fonctionnelles dissociatives

À Mayotte, le Dr Thomas a observé chez des patientes victimes de violences sexuelles un phénomène localement appelé 'crises de djinns' : la victime, semblant possédée, entre dans une phase convulsive. Ces manifestations correspondent à ce que la médecine nomme **crises fonctionnelles dissociatives (CFD)**.

Anciennement désignées sous le terme de crises non épileptiques psychogènes (CNEP), ces **manifestations involontaires et non conscientes présentent une symptomatologie similaire à celle de l'épilepsie, bien qu'elles ne soient associées à aucune activité électrique cérébrale anormale**. À ce titre, elles sont rattachées à la catégorie des troubles dissociatifs dans les classifications médicales. Il s'agit d'une pathologie neuropsychiatrique fréquente — touchant entre 2 et 33 personnes sur 100 000 — mais encore largement méconnue.

Loin d'être simulées, ces crises constituent l'expression d'une souffrance psychique authentique, souvent en lien avec des traumatismes, un stress chronique ou des mécanismes de dissociation. Leur retentissement sur la qualité de vie est souvent majeur et peut s'avérer invalidant au quotidien. Bien que la méconnaissance sociale du trouble puisse conduire certains patients à privilégier l'étiquette de l'épilepsie, la distinction diagnostique demeure cruciale pour garantir l'accès à une prise en charge thérapeutique adaptée.

La prise en charge est possible mais encore trop rare. L'atténuation des crises fonctionnelles dissociatives repose sur un accompagnement adapté : une prise en charge pluridisciplinaire incluant neurologues, psychologues, psychiatres et kinésithérapeutes spécialisés peut aider à réduire la fréquence des épisodes et à restaurer une qualité de vie. Toutefois, la complexité du diagnostic et le besoin de renforcer la formation des professionnels de santé constituent encore des freins majeurs à un parcours de soins optimal.

Au cœur de cet accompagnement pluridisciplinaire, la psychothérapie constitue le levier thérapeutique principal des CFD. Si les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont actuellement les seules à disposer d'une validation scientifique quant à leur efficacité dans cette indication, d'autres approches s'avèrent pertinentes selon le profil clinique et les compétences professionnelles en

matière de trauma : **thérapies psychanalytiques** pour explorer les causes inconscientes des symptômes, **thérapies systémiques familiales** en cas de difficultés relationnelles, **EMDR** en cas de stress post-traumatiques, ou encore **hypnose**, **méditation** de pleine conscience et **relaxation** permettent d'apprendre à réguler l'anxiété.

Le partage d'outils de type stratégie des auteurs de violences sexistes est important. Ils permettent aux victimes de sortir de l'isolement, de la culpabilité, de la honte et de l'individualisation en donnant une dimension collective, en s'inscrivant dans un collectif de victime. Cette stratégie permet aux victimes de reprendre la main sur le récit imposé par l'agresseur en mettant en lumière la façon dont il l'a choisie, isolée, dévalorisée, a inversé la culpabilité et assuré son impunité en recrutant des alliés et en verrouillant le secret "si tu parles"... Cet outil est issu de plusieurs années d'écoute et d'analyse des récits de victime de viol par le CFCV.

Au-delà de la dimension strictement clinique, les enjeux revêtent une portée sociale : le manque de groupes de parole demeure un obstacle préoccupant, alors que ces espaces s'avèrent essentiels pour rompre l'isolement, favoriser le partage d'expériences et restaurer la confiance. Dans ce contexte, le tissu associatif, et notamment des structures telles que le collectif CAP TNF, jouent un rôle d'information, d'orientation médicale et de soutien moral, tout en consolidant les réseaux d'entraide entre patients.

Durant sa prise de parole, Valérie Thomas a souligné **la dimension protectrice** que peuvent revêtir ces crises dans le contexte des violences sexuelles et de la culture mahoraise. Sous cet angle, ces manifestations confèrent une forme de pouvoir paradoxal aux femmes : "Lorsqu'elles sont perçues comme possédées, elles deviennent un peu plus difficiles à approcher, et donc à agresser", a-t-elle précisé, illustrant ainsi comment le symptôme peut agir comme un rempart symbolique.

Pour aller plus loin :

- La fiche pratique du CHU de Strasbourg : Gras, A. (2023). *CNEP, les Crises Non-Épileptiques Psychogènes*. CHRU de Strasbourg. <https://www.chru-strasbourg.fr/cnep-les-crisis-non-epileptiques-psychogenes/>
- Le livre du Dr Coraline Hingray : Hingray, C. (2017). *Savoir pour guérir : Les crises non épileptiques psychogènes (CNEP)*. La Réponse du Psy.

4. SANTÉ MENTALE ET ACCÈS AUX DROITS : *une réalité inégale*

Plénière



Fabienne Boulard est majeure de police, formatrice et responsable de la Délégation départementale d'aide aux victimes de violences des Yvelines. La Délégation d'aide aux victimes des Yvelines 78 coordonne les actions des intervenantes sociales et des psychologues en commissariat ainsi que celles des associations d'aide aux victimes. Elle assure également la formation des agents municipaux, des forces de l'ordre et des hôpitaux à l'accueil des femmes victimes de violences.



Anne-Sarah Kertudo est juriste de formation et scénariste. Aveugle et malentendante, Anne-Sarah a fondé l'association Droit Pluriel afin d'améliorer l'accès aux droits des personnes en situation de handicap. Elle agit pour rendre le droit accessible aux femmes en situation de handicap, notamment psychique, en proposant des permanences juridiques inclusives et en défendant une justice réellement accessible dans les politiques contre les violences.

Qu'elles soient victimes de violences, en situation d'exil ou de précarité, isolées avec des enfants, en hébergement d'urgence ou en structure de soins, les femmes ne sont pas toutes égales en matière d'accès aux droits. De nombreuses difficultés sont à prendre en compte : sociales, juridiques, administratives et psychologiques. Ce sont ces inégalités systémiques que la majeure Fabienne Boulard et la juriste Anne Sarah Kertudo combattent au quotidien, en œuvrant pour une société qui tient compte des réalités individuelles de chaque femme en situation de vulnérabilités. Au cours de cet échange, une attention particulière a été portée aux discriminations spécifiques subies par les femmes en situation de handicap.

"Il y a quelques temps, j'étais à l'aéroport. Je voulais aller aux toilettes. Quelqu'un me propose son aide. Nous arrivons devant les toilettes et il y a trois portes. Hommes, femmes et personne en fauteuil roulant. Savez-vous où cette personne m'a conduite ? Vers le pictogramme du fauteuil roulant. Alors, ce qui est un peu bête, c'est que quand on est aveugle et qu'on se retrouve dans cette immense pièce, c'est très compliqué. Il faut tâtonner partout pour trouver les toilettes. Au-delà de ça, qu'est-ce que cela signifie ? Que le handicap efface complètement la femme en moi."

Anne-Sarah Kertudo

■ L'invisibilisation systémique des femmes en situation de handicap

Dans l'Union Européenne, presque une femme sur quatre est en situation de handicap. L'absence d'adaptations de nombreuses procédures réduit ces femmes à leur handicap, effaçant leur identité féminine. Il existe **une invisibilisation totale des femmes handicapées, avec deux conséquences majeures.**

La première conséquence est **la honte**. Le tabou autour du handicap, et le silence qui l'accompagne, pousse ces femmes à dissimuler leur handicap. Ceci entraîne une souffrance psychologique. Selon l'INSEE, **80% des handicaps sont invisibles** ⁽⁶⁾. Les femmes handicapées cherchent toujours à cacher le leur : il existe une pression sociale pour que le handicap ne soit ni connu ni visible, imposant un silence, une discrétion et une honte accablante. Cette injonction à l'invisibilité se reflète même au sein des discours commerciaux : le premier argument de vente des appareils auditifs, c'est qu'ils ne se voient pas.

La deuxième conséquence est **l'absence de prise en charge appropriée dans tous les domaines de la vie, qu'il s'agisse d'infrastructures, de services ou d'accompagnement.**

Les femmes en situation de handicap ne sont pas représentées dans les campagnes de préventions sur les violences. Que ces campagnes soient publiques, associatives ou privées, elles négligent systématiquement cette réalité. Le handicap est reconnu comme un critère de vulnérabilité, en particulier dans le cadre des violences faites aux femmes, mais cette prise en compte reste insuffisante. Cela se reflète aussi dans les nouvelles délégations d'aide aux victimes, mises en place début 2024, qui n'ont pas encore prévu de dispositifs spécifiques pour les personnes en situation de handicap.

Bien que le handicap constitue une circonstance aggravante dans de nombreuses infractions, notamment les violences, et qu'une prise en charge adéquate des personnes handicapées soit essentielle dans les procédures judiciaires, les commissariats ne sont ni

formés ni équipés pour accueillir ces vulnérabilités. Si les commissariats les plus récents sont adaptés aux fauteuils roulants, ils ne le sont pas pour d'autres types de handicaps. L'adaptation de la prise en charge est une problématique complexe, mal maîtrisée et il manque une formation spécifique dans les cursus des forces de l'ordre, qui ne comprennent pas pleinement cette réalité.

■ Violences accrues envers les femmes en situation de handicap : le rôle du manque d'accessibilité

Le terme "handicap" est défini dans le dictionnaire comme une infériorité. Les femmes concernées par cette situation se sentent souvent moins valables et de moindre valeur. Cette perception nourrit un terreau propice à la violence, que les agresseurs exploitent souvent : *"Je suis déjà bien gentil de m'occuper de toi, personne ne voudrait de toi à part moi."* En Europe, quatre femmes en situation de handicap sur cinq sont victimes de violences. Elles en sont la cible principale car elles dépendent d'autrui pour se déplacer, lire, écrire ou communiquer par téléphone.

Le manque d'accessibilité engendre **une dépendance économique** mais aussi **une dépendance physique**, transformant les femmes en victimes de cette double emprise. La dépendance économique est une réalité accablante : l'accès à l'emploi et à l'éducation est extrêmement difficile.

Les femmes en situation de handicap

- Dans l'Union Européenne, 26,2% de la population féminine présente un handicap.
- Ce taux s'élève à 27,6% en Belgique et à 28,7% en France.

Source :

- Eurostat. (2023). *Level of disability (activity limitation) by sex, age and income quintile*. Publications Office of the European Union. https://doi.org/10.2908/HLTH_SILC_12

⁽⁶⁾ Comprendre les handicaps pour améliorer l'accessibilité. info.gouv.fr.
<https://www.info.gouv.fr/accessibilite/comprendre-les-handicaps-pour-ameliorer-laccessibilite>

Le taux de chômage des femmes handicapées est deux fois plus élevé que celui des femmes valides⁽¹³⁾. De plus, l'accès à l'information et aux droits est souvent limité, rendant leur situation encore plus précaire. Par exemple, de nombreux commissariats ne disposent pas d'interprètes en langue des signes, tout comme les cabinets d'avocats.

Rien n'est prévu, rien n'est adapté. Les violences subies par ces femmes font partie intégrante de leur handicap : lorsqu'elles souhaitent se défendre, les **mécanismes de recours sont tout simplement inaccessibles**. Un auteur de violence choisit la vulnérabilité. Il est plus facile d'isoler dans une société qui n'est pas bien équipée pour accueillir les besoins des personnes, plus facile de dévaloriser quand toute une société valorise l'extrême normativité.

L'**intersectionnalité** entre les différentes minorités complexifie encore davantage la situation. Une femme handicapée peut également être étrangère ou faire partie de la communauté LGBTQ+, ce qui multiplie les obstacles à sa reconnaissance et à sa protection. Aujourd'hui, il est **impératif de faire preuve de visibilité et de garantir l'accessibilité pour toutes**. Bien que des efforts soient faits, le manque de moyens et de formation rend la situation difficile. Il est urgent de trouver des solutions, mais cela nécessite des ressources et des idées concrètes.

La solution ne viendra pas d'un seul et unique acteur mais de chaque individu, de la collectivité entière, parce que dans tout ce qui est mis en place il faut savoir que le public, les gens, le monde est handicapé. La normalité n'est pas la validité, l'humanité est extrêmement diverse. Il est **essentiel d'intégrer les différences** afin que les représentations de la réalité correspondent véritablement à cette diversité. Ce qui est accessible au public valide doit l'être pour tous, et en particulier lorsqu'il s'agit des violences faites aux femmes.

Alors, que faire ?

Statistiques

- En Europe, **4 femmes en situation de handicap sur 5 subissent des violences** et/ou maltraitements de tout type⁽⁷⁾. L'ONU estime que les femmes en situation de handicap sont au moins **deux à trois fois plus susceptibles que les autres femmes de subir des violences**, notamment par la famille, les partenaires intimes, les soignants et les établissements institutionnels⁽⁸⁾.
- **35 %** des femmes en situation de handicap subissent des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire, contre 19% des femmes dites valides⁽⁹⁾.
- Près de **90% des femmes avec un trouble du spectre de l'autisme** déclarent avoir subi des violences sexuelles, dont 47% avant 14 ans⁽¹⁰⁾.
- **27% des femmes sourdes ou malentendantes** déclarent avoir subi des violences au cours de leur vie⁽¹¹⁾.
- Il existe peu d'études sur les violences faites aux **hommes en situation de handicap**⁽¹²⁾.

Source :

- Coactis Santé. (2023). *Les violences faites aux personnes en situation de handicap (adultes) : Focus sur les violences conjugales et violences sexuelles*. https://handiconnect.fr/wp-content/uploads/2021/05/S07-les-violences-faites-aux-personnes-en-situation-de-handicap-adultes-focus-sur-les-violences-conjugales-et-violences-sexuelles_20251017_0706.pdf

⁽⁷⁾ Parlement européen. (2007). Situation des femmes handicapées dans l'Union européenne. In *Résolution Du Parlement Européen Du 26 Avril 2007 Sur La Situation Des Femmes Handicapées Dans L'Union Européenne*. <https://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/200905/20090507ATT55385/20090507ATT55385FR.pdf>

⁽⁸⁾ Assemblée générale de l'ONU, *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence à l'égard des femmes, ses causes et ses conséquences*, U.N. Doc. A/67/227 (2012).

⁽⁹⁾ European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE : les résultats en bref*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2811/60943>.

⁽¹⁰⁾ Cazalis, F., Reyes, E., Leduc, S., & Gourion, D. (2022). Evidence that nine autistic women out of ten have been victims of sexual violence. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16, 852203. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.852203>

⁽¹¹⁾ Sitbon, A., Allaire, C., Beck, F., Bodard, J., Dagron, J., Dalle-Nazébi, S., Dessaux, J., Dufournet, D., Gautier, A., Granier, A.-L., Guignard, R., Ménard, C., & Richard, J.-B. (2015). *Baromètre santé sourds et malentendants 2011-2012*. Santé publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-sourds-et-malentendants-bssm-2011-2012>

⁽¹²⁾ Baradji, É. & Filatriau, O. (2020). Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales. *Études & Résultats*, (1156). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1156.pdf>

⁽¹³⁾ Dares. (2017). *Travailleurs handicapés : quel accès à l'emploi en 2015 ?* (Dares Analyses n° 032). Ministère du Travail. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/2017-032.pdf>

■ L'accueil inclusif

D'abord, **se former**. À ce titre, l'association *Droit Pluriel* propose des modules dédiés l'accueil inclusif pour différents publics. **L'accueil inclusif consiste avant tout à ajuster ses comportements et à adapter ses supports d'information, ses sites, ses bureaux, etc.** Cette multitude de modifications permet concrètement d'élargir l'accès au plus grand nombre.

Le handicap n'est pas une maladie : il est l'obstacle qui crée une barrière avec l'environnement. La solution de l'inclusion réside alors en une phrase : **"Merci d'indiquer vos besoins en accessibilité"**. Peu importe la pathologie ou le dossier médical, ce qui compte avant tout ce sont les besoins spécifiques en matière d'accessibilité. Cette interrogation doit être intégrée dans les salles d'attente, et plus largement dans toutes les structures accueillant du public. Étant donné la diversité et l'étendue des besoins en accessibilité, il serait impossible de les anticiper systématiquement. **Cette approche permet d'offrir une voix aux personnes en situation de handicap et de leur donner la possibilité de formuler des demandes particulières.**

"La société est composée d'individus qui ont tous des besoins spécifiques. Il s'agit aujourd'hui que les lieux et services ouverts à tous soient réellement accessibles à chacun. Pour cela, des aménagements sont nécessaires : installations matérielles, outils technologiques, aide humaine, formation des personnels... Cette accessibilité doit se construire avec les citoyens eux-mêmes afin d'être vivante, c'est-à-dire répondre aux situations et s'adapter aux évolutions sociales. Il est injustifié et discriminant de mettre en place des circuits réservés aux personnes handicapées, tels que des guichets dédiés et des professionnels ou institutions spécialisées. Il faut enfin comprendre que les aménagements sont l'accessoire de l'institution et non des éléments "en faveur" d'une population : l'interprète en langue des signes n'est pas au service de la personne sourde, mais d'une justice qui doit traiter à égalité tous les citoyens. La société est la maison conçue pour nous accueillir, il est urgent de la repenser dans une construction qui permettra à chacun d'y trouver sa place."

Le plaidoyer de l'association Droit Pluriel

C'est dans cette optique que *Droit Pluriel* propose une permanence juridique accessible aux femmes en situation de handicap, *Agir-Femme*, qui bénéficie d'une équipe de juristes et d'avocates assurant une écoute quotidienne adaptée aux besoins liés au handicap.

L'association a la volonté de contribuer à des solutions plus inclusives en développant partout des permanences répondant aux exigences de l'accueil inclusif.

Outre l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite, elles intègrent des aménagements sensoriels, tels qu'un éclairage adapté aux troubles cognitifs ou visuels, auxquels s'ajoute une maîtrise des spécificités légales liées au handicap.

L'enjeu est d'atteindre cet objectif avec l'ensemble des acteurs du secteur. L'ambition est de proposer, partout, des formations permettant de rendre accessibles tous les dispositifs mis en place. Une telle mission ne peut cependant être portée isolément : elle nécessite **une co-construction des réponses entre tous les partenaires engagés.**

Plusieurs initiatives illustrent déjà l'intérêt de cette mise en réseau. À titre d'exemple, une collaboration a été mise en place entre la Délégation d'aide aux victimes de violences et des Instituts médicoéducatifs : des agents de police y conduisent des actions de prévention relatives aux risques de violences et à la sécurité, en contrepartie de formations portant sur différentes situations de handicap.

Le livret du Collectif Féministe Contre le Viol a été élaboré en lien avec des associations de femmes en situation de handicap, notamment des femmes sourdes sur la question des appels d'urgences.

Enfin, la Délégation départementale d'aide aux victimes de violences des Yvelines a également distribué un guide spécifique pour l'audition des personnes atteintes d'autisme. Dans les pratiques policières, lorsqu'une personne refuse d'être touchée par exemple, la réaction instinctive est souvent de la saisir et de la priver de sa liberté. Il est essentiel de former les agents à adopter une approche différente.

Cet engagement collectif et la démocratisation de ces formations permettront de garantir à toutes l'accessibilité de l'ensemble des dispositifs de protection et de soin.

*"Moi je vous ai entendues ce matin :
je me sens femme de Mayotte, je
me sens femme afghane, je me
sens femme de la rue, femme
handicapée, je suis toutes ces
femmes-là."*

Anne-Sarah Kertudo



■ L'adaptation des soins psychiatriques

La psychiatrie manque bien souvent d'outils pour prendre en charge des patients avec des handicaps physiques, cognitifs, ou sensoriels. Il existe de réelles difficultés lorsqu'il s'agit de traiter des patients souffrant de handicaps combinés, comme la tétraplégie ou les problèmes de vision et d'audition. Ce constat suggère la nécessité de créer de nouveaux outils adaptés à ces situations.

L'enjeu prioritaire est de reconnaître le handicap comme une réalité courante, et non comme une exception. L'adaptation nécessaire peut être simple : se dire *"Nous allons trouver une solution ensemble"*. Dépasser la posture du *"Ce n'est pas mon domaine"* permettrait aux professionnels de favoriser une responsabilité partagée autour du parcours de soin. De petites adaptations dans les pratiques quotidiennes sont nécessaires, comme l'écoute active et l'adaptation de l'approche en fonction des besoins spécifiques des patients.

Par ailleurs, les personnes en situation de handicap ne devraient pas être responsables de former leurs soignants. Un changement de mentalité est nécessaire, encourageant les professionnels à se former à accueillir et comprendre les besoins des personnes handicapées sans attendre qu'elles aient à les expliquer à chaque fois.

Il est également crucial que les personnes handicapées elles-mêmes soient instruites sur leur légitimité d'exprimer leurs besoins, pour qu'elles se disent *"Il faut que j'exprime mes besoins"*, *"Il faut que j'arrête d'avoir honte"*, *"Il faut que j'arrête d'acquiescer*

quand je n'ai rien entendu". Les personnes handicapées doivent pouvoir exercer pleinement leurs droits et leur autonomie, et en amont tous les professionnels devraient être formés et recevoir des clés. **L'inclusion, c'est notre obligation aujourd'hui.**

Durant cette plénière, Saïrati Assimakou a illustré le manque d'inclusivité dans les prises en charge médicales : en accompagnant une femme sourde à Mayotte pour des problèmes gynécologiques, et malgré ses compétences en langue des signes, elle a été confrontée à l'absence de professionnels qualifiés pour interpréter le vocabulaire médical. Cette expérience démontre l'inaccessibilité des soins pour les personnes sourdes. Elle a également souligné le manque d'empathie du corps médical, qui a minimisé l'importance et la nécessité d'une communication claire avec la patiente, ce qui a conduit à une expérience traumatisante pour celle-ci.

Des situations de négligences graves envers les personnes sourdes ont été rapportées, notamment lorsque des femmes victimes de viol étaient contraintes de mimer l'agression subie, faute d'interprètes en langue des signes, ou lorsque les personnes sourdes étaient particulièrement touchées par l'épidémie du sida, dû au manque de communications adaptées.

L'inclusion de l'ensemble des publics constitue une obligation tant morale que professionnelle, et la mise en œuvre d'actions s'impose pour garantir l'accès aux soins et à l'information pour les personnes en situation de handicap.

5. VERS UNE PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE : *renforcer les premières lignes*

Ateliers de réflexion

La réflexion collective consacrée au renforcement des premières lignes pour une prise en charge holistique a permis l'émergence de plusieurs constats.

Nous relayons ici les convictions et observations de terrain partagées par les acteurs présents aux ateliers de réflexion, à travers trois axes :



CONTINUE

les pratiques existantes
qui fonctionnent



START

les pratiques à
développer et soutenir



STOP

les pratiques
à éviter

Les acteurs de première ligne

Les acteurs de première ligne en santé mentale regroupent toutes les personnes susceptibles de repérer, écouter et orienter des femmes en situation de vulnérabilités :

- ▀ Les aidants (famille, proches) ;
- ▀ Les managers et collègues ;
- ▀ Les agents d'accueil, les maîtres de maison, les veilleurs de nuit : tous les profils en contact direct avec les femmes, souvent sans formation spécifique ;
- ▀ La boulangère, le coiffeur, etc. : les violences sont un problème de santé publique où chacun doit jouer son rôle. Seule la prise en charge holistique permettra d'éviter les angles-morts ;
- ▀ Les médiateurs en santé dans les espaces d'accueil et les femmes repères (anciennes femmes à la rue), les bénévoles en général ;
- ▀ Toutes les femmes en situation de vulnérabilités et intersectionnalité (handicap, religion, couleur de peau etc.).
- ▀ Les travailleurs sociaux et les pair-aidants ;
- ▀ Le monde associatif, les acteurs du sport ;
- ▀ Les enseignants ;
- ▀ La police de proximité, le 17 ;
- ▀ Les médecins généralistes, les pharmaciens mais aussi toutes les personnes qui travaillent dans les hôpitaux et structures de soin (ménage, aides-soignants, etc.) ;

CONTINUE

- **Le renforcement continu de la connaissance et des compétences en santé mentale** par :
 - **L'utilisation de l'IA** sur les ressources en santé mentale (ex. l'outil IA Agatos) ;
 - **La formation Premiers Secours en Santé Mentale, et la formation à la gestion des conflits et des violences**, pour améliorer la compréhension du public et des problématiques et renforcer la qualité de l'accueil ;
 - **La psychoéducation**, essentielle pour comprendre et accompagner les situations de violences mais aussi burnout ;
 - **Le travail de sensibilisation sur les réseaux sociaux** : le bon usage des termes, éducation et cadre légal des violences vécues.
- **Les outils facilitant l'accès à la justice et à la protection**, comme :
 - Les **"Berceaux inclusifs"** dans les crèches pour garder les enfants des femmes qui vont porter plainte ;
 - Les systèmes de **"bons taxis", kits d'hygiène, téléphones de remplacement** disponibles dans les commissariats pour soutenir les victimes ;
 - Le site **masecurite.fr** pour identifier les points d'accueil autour de soi ;
 - Les **permanences juridiques** au sein des hôpitaux.
- **L'accompagnement des femmes du début à la fin de leurs parcours**, par :
 - **Le respect de la temporalité de chacun** : certaines personnes ont besoin de deux à trois heures avant d'accepter une aide ;
 - **Les groupes de parole pour les volontaires et pour les mamans**, pour comprendre les dynamiques relationnelles, telle que le triangle de Karpman, et ne pas les reproduire dans les relations d'aide ;
 - **L'inclusion par le monde associatif**, notamment par le sport, comme porte d'entrée alternative au soin ;
 - **L'"aller-vers"** mais aussi le **"revenir à"** : les équipes de liaison pour se rendre chez les personnes et gérer les crises ;
 - **La mise en place d'un tutorat ou d'une personne référente**, (ex. pair-aidant) pour assurer le suivi global. C'est un long parcours, dans lequel un accompagnement du début à la fin est primordial.

START

- ★ **Assurer d'abord les besoins fondamentaux et la sécurité afin de rendre possible un accompagnement** efficace, notamment en proposant des environnements propices (ex. modes de garde pour les enfants) et des lieux d'hébergement pour les victimes de violences conjugales.
- ★ **Instaurer un climat de confiance** entre la victime, l'intervenant de première ligne et le professionnel de santé s'appuie sur une démarche collaborative. Identifier un objectif clair et commun favorisera cette création du lien. Dans le cas où ce lien de confiance est difficile ou impossible à tisser, il est possible de travailler sur l'alliance, le projet commun.
 - **Défendre et diffuser l'importance de l'accueil** auprès de tous pour favoriser une réponse rapide, en ayant conscience de la grande vulnérabilité de l'interlocutrice, que ce soit lors du premier coup de téléphone ou à l'arrivée dans une salle d'attente.
- ★ **Adapter l'accompagnement aux besoins et réalités des personnes**, même quand ceux-ci diffèrent des représentations institutionnelles ou professionnelles (ex. à Calais, certains migrants ne souhaitent pas être aidés, et préfèrent poursuivre leur route vers l'Angleterre). Cela suppose de passer d'une approche verticale à une démarche plus horizontale entre professionnels et personnes concernées :
 - Promouvoir **l'écoute active et la médecine narrative** ;
 - Reconnaître la complexité des situations, sans attendre des professionnels qu'ils "résolvent" tout, mais qu'ils **accueillent, entendent et prennent en compte cette complexité** ;
- ★ **Soutenir l'amélioration des conditions de travail des premières lignes** :
 - **Redéfinir les rôles** et périmètres de chacun pour **éviter confusion et épuisement** ;
 - **Revaloriser les métiers d'accueil** (ex. secrétaires), souvent en première ligne émotionnelle, notamment **en reconnaissant les conditions de travail comme un facteur clé de rétention salariale** (à l'aide de mutuelle, titres-repas, indemnités de mobilité, double 13^{ème} mois, gardes pour formation, etc.) ;
 - Créer des espaces de parole pour **soutenir les premières lignes** ;
 - Développer et **encadrer un secret professionnel partagé**, garantissant la confiance et la fluidité entre intervenants.

★ **Développer la pair-aidance :**

- Valoriser les savoirs expérientiels et les pratiques de terrain ;
- Développer la pair-aidance professionnelle avec un encadrement et une supervision contre les risques de réexposition traumatique ;

★ **Promouvoir les parcours d'autonomisation et de reconstruction :**

- Créer des environnements propices où **la psychoéducation et les outils de régulation émotionnelle** (ancrage, relaxation...) participent au renforcement, à la confiance en soi, à la reconstruction ;
- Proposer des **groupes de pairs**, communautés d'entraide et espaces d'échange ;
- **Accueillir les récits** avec du recul, de l'espoir et des encouragements.

★ **Transformer la culture et les politiques publiques par :**

- **La sensibilisation de la société entière**, pas seulement des professionnels ;
 - Campagnes **nationales**, communication gouvernementale ;
 - Intégration dans les **programmes scolaires et universitaires** ;
 - Vision du **long terme** : changer les mentalités **au-delà de la gestion d'urgence** ;
- **La collaboration territoriale entre les acteurs (sociaux, médicaux, associatifs)** ;
- **Le soutien systémique** au lieu d'un système source de violences.

★ **Former et outiller les personnes de première ligne** (enseignants, éducateurs, coaches, secrétaires d'accueil, etc.) à la détection des signaux de violences, à la victimologie et au psycho-traumatisme, en développant des compétences citoyennes de base pour repérer sans s'épuiser, et en intégrant ces notions dans les cursus scolaires et universitaires.

- S'inspirer du **dispositif Sentinelle** pour favoriser la détection communautaire des violences ;
- Développer des **modules e-learning en entreprise**, avec certifications ;
- Créer des **formations spécifiques** : sur les violences conjugales pour les éducateurs, sur les questionnaires médicaux de repérage (ex. PCL-5), sur les visio-plaintes, etc. ;

- **Labelliser et harmoniser les formations**, les référentiels et les lieux d'accueil.

★ **Sensibiliser les victimes sur le rôle d'une démarche de plainte** afin d'encourager et éviter les fausses promesses.

★ **Repenser l'accessibilité et l'inclusivité** au-delà des dispositifs d'"aller-vers" et des normes PMR ; l'accessibilité gagne à intégrer la pluralité du handicap. Reconnaître la diversité, qu'elle soit visible ou invisible, permet d'adapter les approches pour répondre plus fidèlement aux réalités de chacun.

★ L'adoption d'**une approche systémique** des violences, intégrant les mécanismes d'emprise, les dynamiques interactionnelles et les contextes sociaux, familiaux et institutionnels dans lesquels elles s'inscrivent.



- **Imposer un rythme aux personnes accompagnées**

- À l'inverse, les patientes de la Maison des Femmes de l'Hôtel-Dieu intègrent les thérapies groupales seulement **lorsqu'elles sont prêtes** ou encore les "Burnettes" quittent l'association L'Burn quand elles vont mieux, signe de réussite.

- **Exposer en première ligne,**

faute de moyens, des jeunes professionnels non formés, qui n'ont pas les outils pour gérer des situations complexes ;

- **S'arrêter à la "reconstruction médicale" :**

pour entamer une reconstruction plus holistique, des propositions socio-économiques, juridiques et psychologiques (comme par la danse, l'art etc.) sont nécessaires dans les lieux où les femmes peuvent déposer leur vécu ;

- **Développer des outils en silos :**

un manque de coordination peut limiter la pertinence des réponses apportées et freiner l'interopérabilité nécessaire à un accompagnement global.

Zoom sur le questionnaire PCL-5

Parmi les outils d'auto-évaluation destinés au grand public, l'échelle **PCL-5** (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist*) constitue un instrument de référence, que beaucoup d'entre vous connaissent et pratiquent déjà. Il s'inscrit dans le cadre du DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), un des principaux modèles de classification internationale des troubles mentaux, publié par l'*American Psychiatric Association*.

Ce questionnaire permet de mesurer les 20 symptômes caractéristiques de l'État de Stress Post Traumatique (ESPT). Ses avantages sont multiples : le dépistage des sujets présentant une symptomatologie traumatique, l'établissement rapide d'un diagnostic provisoire, ainsi que le suivi de l'évolution des troubles pendant et après la prise en charge thérapeutique. Bien que complété par l'utilisateur, ce questionnaire requiert impérativement une interprétation clinique par un professionnel de santé.

Source :

- Institut français d'EMDR. (2021). *PCL-5*. IFEMDR. <https://www.ifemdr.fr/pcl-5/>

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD
Traduction française N. Desbiendras

Zoom sur le concept de la pair-aidance : la méthodologie de Brise Le silence

Chez Brise le Silence, la pair-aidance ne se limite pas à un simple soutien moral ; elle constitue le pilier d'une méthodologie d'accompagnement unique en Belgique, définie par l'alliance systématique des savoirs. Au cœur de cette approche se trouve la création de **binômes** : chaque intervention réunit une pair-aidante, forte de son savoir expérientiel et de son propre parcours de reconstruction et une travailleuse du secteur psycho-médico-social, garante des connaissances théoriques et scientifiques. Cette dualité permet d'offrir une prise en charge globale où l'expertise clinique rencontre la compréhension intime du traumatisme.

Dans la pratique, cette méthodologie transforme la dynamique de l'entretien classique en un espace de **collaboration horizontale**. La personne victime n'est plus une simple bénéficiaire de soins, mais devient la troisième collaboratrice d'un processus

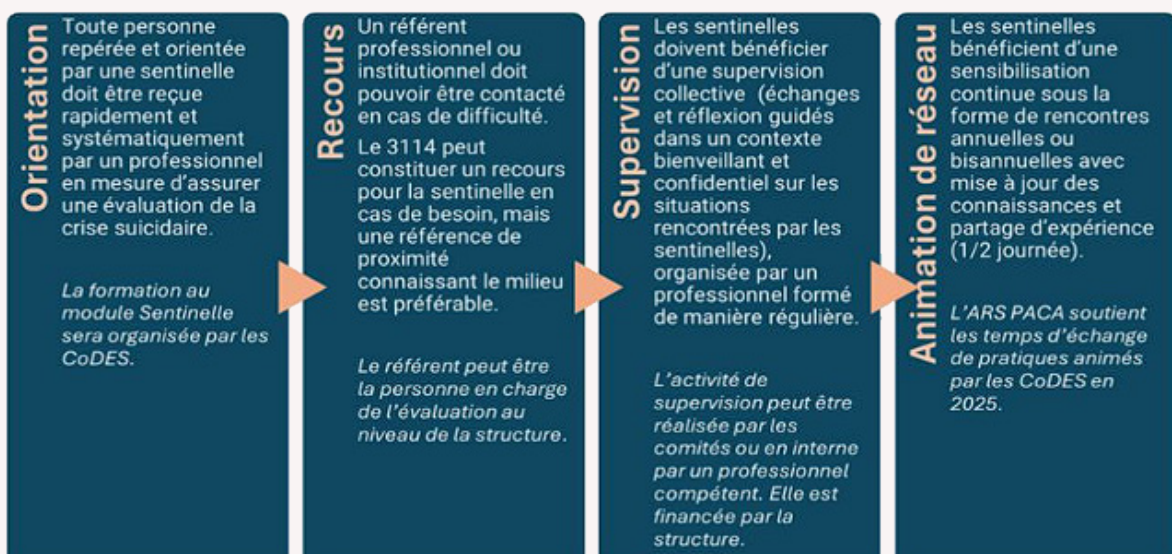
de travail partagé avec l'intervenante psychosociale et la pair-aidante. Cette structure en triangle garantit un accueil sécurisant et personnalisé, indispensable pour aborder des blessures touchant à l'intimité profonde.

L'impact de cette présence est majeur : les pair-aidantes agissent comme de véritables **porteuses d'espoir**. En partageant les étapes de leur propre cheminement, elles permettent à la personne accompagnée de se sentir "comprise de l'intérieur", de briser le sceau du secret et de mobiliser ses propres ressources à son rythme. Au-delà de l'accompagnement individuel ou de groupe, cette expertise irrigue également les missions de sensibilisation et de formation de l'association, prouvant que le vécu, lorsqu'il est encadré professionnellement, devient un levier de résilience puissant pour l'ensemble de la société.

Zoom sur le dispositif Sentinelle

Le dispositif Sentinelle fait partie des actions de la Stratégie Nationale de Prévention au Suicide en France. Sa mission fondamentale consiste à augmenter la capacité d'une organisation ou d'un territoire à repérer, promouvoir et faciliter l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique ou susceptibles de présenter un risque suicidaire en créant un réseau de citoyens et de citoyennes formés. Ce dispositif promeut une démarche d'"aller-vers", ciblant tant les interactions professionnelles que la sphère privée par l'implication de citoyens et professionnels non-cliniciens. En renforçant les habilités citoyennes et les compétences des acteurs de terrain, la formation au dispositif Sentinelles vise à structurer et à consolider chacun des maillons de la chaîne de prévention du risque suicidaire.

L'aptitude d'une organisation à assurer les fonctions supports nécessaires au déploiement de ce dispositif est conditionnée par l'évaluation de quatre critères fondamentaux :



6. LE POÈME ÉCRIT ET LU PAR LISETTE LOMBÉ



Lisette Lombé est poétesse, performeuse, et militante belgo-congolaise. Co-fondatrice du collectif L-Slam, elle s'est imposée comme l'une des figures majeures du slam en Belgique, animant de nombreux ateliers d'écriture dans le milieu scolaire, pénitentiaire et associatif. Elle est l'autrice de plusieurs recueils dont "La magie du burn-out", "Brûler, Brûler, Brûler", et "Eunocus". Elle y explore des thèmes tels que l'afrodescendance, le féminisme, l'exil et les identités multiples. Elle a été élue poétesse nationale de Belgique 2024-2025, affirmant ainsi une œuvre poétique à la fois intime et profondément politique.

Lors de l'évènement, Lisette Lombé a créé et lu un résumé poétique, un texte créatif né des mots glanés, des silences habités, des images fortes qui ont traversé les discussions. Lisette Lombé a saisi l'essence de ce qui a été vécu, restitué les vibrations, parfois fragiles, parfois percutantes. Comme un fil invisible reliant les voix, ce texte se veut écho, empreinte, résonance : une manière de prolonger l'écoute et de faire vivre encore, un instant, la richesse humaine et professionnelle de cette rencontre.

Verbe CONVOQUER

Aucune bénéficiaire parmi nous et pourtant,
tellement de bénéficiaires avec nous.
Chiffres parmi les chiffres,
statistiques à la chair vivace,
elles sont, nous sommes,
nous sommes, elles sont.

Verbe REFUSER

D'abord, percer la panse de la domination avec la
lance acérée de la solidarité.

Vider. Faire sortir boîtes de sardines, silence,
cyclone.

Faire sortir trahison dès l'enfance, listes d'attente
interminables, conditions d'accueil qui rendent
malade.

Faire sortir jeux bizarres d'adulte, angles morts,
précarité, circonstances aggravantes. Et faire sortir
la honte.

Verbe PARTAGER

Sur les tables, nourriture pour les corps et pour les
cœurs.

Sur les tables, j'ai entendu...

Ça prend du temps de s'approcher.

La priorité, c'est le lien.

C'est possible de réapprendre à faire confiance à un
être humain.

Verbe REMUER

Question.

Que devient la détresse d'une femme qui ne parle
pas français ?

Question.

Comment aider une mère traumatisée à ne pas
transmettre ses traumatismes à ses enfants ?

Question.

Comment fait-on communauté quand on est mis en
concurrence ?

Question.

Pourquoi restent-elles ?

Question.

Se remettre dans la vie, oui, mais quelle vie ?



Lisette Lombé

Verbe RÉAFFIRMER

Moi aussi.

Droit de parler et obligation d'écouter.

Moi aussi.

Ni folle, ni faible.

Réaffirmer.

Seule, on n'y arrivera pas.

Réaffirmer.

L'inclusion, c'est notre obligation.

Verbe CONSTRUIRE

Des maisons pour des femmes, des jardins pour des femmes, des villages pour des femmes. Et ça marche aussi en ruralité.

Verbe RÊVER

À l'horizon, le rétablissement, les plantes qui repoussent après le gel, les adultes protecteurs.

À l'horizon, la puissance d'un regard qui prend le temps, l'espoir incarné grâce à une paire-aidante, l'éthique par le bas.

À l'horizon, la musique, la danse protectrice des djinns, une culture subversive. À l'horizon, la bienveillance, le non-jugement, la justice, les droits, les récits et les territoires communs.

À l'horizon, le retour de la fierté, le retour de la tendresse et le retour de l'estime de soi.

Verbe SE RAPPELER QUE NOUS SOMMES DES ÊTRES DE PASSAGE

Ne pas pouvoir choisir ses parents, c'est injuste.
Ne pas pouvoir choisir son pays de naissance, c'est injuste.

Grandir dans le ventre d'une femme qui crève de faim

ou grandir dans le ventre d'une femme qui s'en prend tous les jours plein la tronche

ou grandir dans le ventre d'une femme qui ne veut pas devenir mère, qui ne veut pas de nous sur cette terre, c'est injuste.

Injuste de vivre ses premières heures sans cajoleries, sans baisers doux.

Injuste que notre vulnérabilité n'émeuve personne.
Injuste que notre naissance coïncide avec la mort d'un couple. Injuste de naître sous des bombes, de naître derrière les barreaux, de naître sans papiers, de naître avant de naître.

Injuste d'avoir été tellement traitée de cancre, de baudet, de bonne à rien qu'on finit vraiment par croire qu'on est ce cancre, ce baudet, cette bonne à rien.

Injuste d'être la mal aimée de sa famille, la mal aimée de sa fratrie.

Injuste d'être le souffre-douleur de sa classe.

Rien que dans l'enfance, rien que dans l'adolescence, nous pourrions déjà lister des milliers et des milliers d'injustices.

Et à l'âge adulte...

Injuste d'être le bouc émissaire d'un patron.

Injuste d'être virée du jour au lendemain.

Injuste d'être plaquée sans aucune explication.

Injuste d'apprendre qu'on a un satané cancer.

Injuste d'apprendre le décès inopiné d'un proche.

Et vieillir, hein, on en parle de vieillir, comme c'est injuste.

Et vieillir pour une femme encore plus que vieillir pour un homme, comme c'est injuste. Attaque du souffle, attaque du sens, attaque des siens.

Attaque de la présence. Contestation de la présence.

Je suis un être de passage.

Vous êtes des êtres de passage.

Nous sommes des êtres de passage.

Annexes

OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

Ose et ça ira

Sairati Assimakou



Voici mon histoire, une jeunesse souillée, un parcours semé d'embûches et les moyens que je mets en place aujourd'hui encore pour m'en sortir. Violée par mon géniteur, puis maltraitée par celles et ceux que j'ai pourtant aimés de tout mon être durant toute mon enfance, j'ai décidé de vous confier ici mes larmes, mes doutes, mes craintes, mes fuites, mais aussi mes certitudes. En somme, ce cocktail d'émotions qui fait de moi un être tout à fait singulier et pourtant si semblable aux autres... Une jeune femme mahoraise !

Le trauma, comment s'en sortir ?

Coraline Hingray



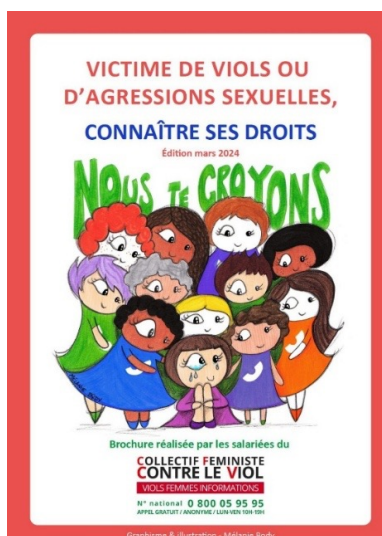
Personne n'est à l'abri d'être victime d'un trauma, plus ou moins grave... Accident, victime de catastrophe, viol, agression... On n'y pense jamais mais quand cela arrive, la personne est dévastée, perdue et ne sait pas quoi faire. De plus, bien souvent l'entourage ne comprend pas, ne sait comment agir...

Ce livre aidera chacun, victime et entourage, aux différents moments de la crise (en aigu, en post immédiat, à plus long terme) à :

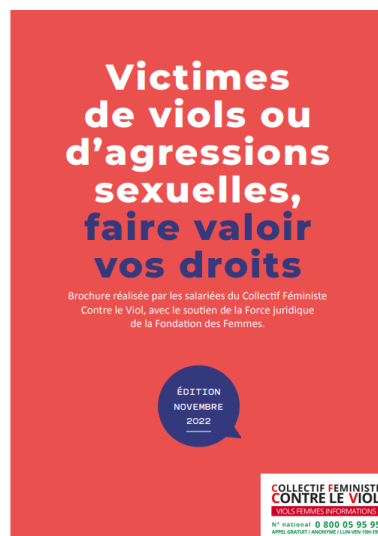
- Comprendre : pourquoi je réagis ainsi ?
Est-ce normal ou non ? ;
- Agir : que faire pour m'aider ou l'aider ?
Comment faire face aux pensées et à ses émotions ? ;
- Traiter : quels traitement choisir
(EmDR, hypnose, médicaments... .)?
Quand me faire aider ?

Livrets juridiques du Collectif Féministe Contre le Viol

Collectif Féministe Contre le Viol



En 2024, avec une version illustrée le CFCV entend rendre le livret accessible à un public jeune ou rencontrant des difficultés avec la langue française.



En 2022, le CFCV édite la version du livret juridique "Victime de viols ou d'agressions sexuelles, faites valoir vos droits".

Pendant longtemps un très grand nombre de personnes victimes de viol ou d'agression sexuelle, le plus souvent des femmes et des enfants, n'ont pas été en capacité de faire valoir leurs droits.

La multiplication des témoignages recueillis depuis l'ouverture de la ligne Viols Femmes Informations en 1986, puis de Violences Sexuelles dans l'Enfance en 2021, et l'essor de témoignages permis par le mouvement MeToo, mettent en lumière la fréquence de ces agressions et l'insolente impunité qui a trop longtemps protégé les criminels, ceux-là même qui sont seuls responsables et coupables d'actes que la loi interdit.

Après avoir subi viol ou agression sexuelle, prendre la parole est une première étape, incontournable pour se libérer de l'emprise de l'agresseur et commencer le long travail de restauration de soi.

Faire valoir ses droits en justice peut aider dans cette reconstruction : l'agresseur est seul responsable des actes qu'il a commis. Les témoignages reçus à Viols Femmes Informations 0 800 05 95 95 confirment qu'au-delà des épreuves qu'impose la procédure judiciaire, porter plainte constitue un acte positif, susceptible d'aider la personne à se reconstruire.

La loi évolue : délais de prescription, éléments constitutifs, modalités relatives aux mineur.es, etc. Les choses avancent grâce au courage des victimes, aux mobilisations collectives et à l'engagement des associations spécialisées sur les violences faites aux femmes et aux enfants.

La réédition de cette brochure par le Collectif Féministe Contre le Viol avec le soutien de la Fondation des Femmes a pour objet de mettre à disposition des victimes ou des professionnel.les les connaissances nécessaires sur ces actualisations, les démarches à entreprendre, les éléments à présenter, les étapes des procédures judiciaires, les recours...

Les victimes de violences ont un combat à mener sur deux fronts : leur droit, leur personne. Ce livret a pour objectif de présenter tous les éléments nécessaires à cette prise de décision. Mais les démarches juridiques ne sont pas la seule réponse.

La décision de saisir la justice appartient à chacune. La loi est explicite : le seul responsable est la personne qui a commis les faits : l'agresseur."



Mon combat contre l'emprise et le suicide forcé

Yael Mellul

Avocate, Yael Mellul s'est imposée au fil des années comme LA spécialiste de la lutte contre les violences conjugales et plus largement des violences faites aux femmes. Elle est à l'origine de la reconnaissance du délit de "violence conjugale à caractère psychologique", qu'elle a théorisé et fait inscrire à la loi du 9 juillet 2010. Elle revient dans cet ouvrage sur le combat acharné qu'elle a mené durant dix ans pour faire reconnaître le suicide forcé avec une loi adoptée le 30 juillet 2020. Un combat acharné dont il a fallu surmonter les écueils, les fausses promesses, les coups bas, les moments de découragement... grâce à cette incroyable force qui l'anime. L'avocate engagée qui ne recule jamais est allée chercher au plus profond d'elle, s'est nourrie de la violence qu'elle-même a subie au sein de son propre foyer pour faire entendre, défendre, haut et fort, la voix et les droits de toutes les femmes ainsi que des enfants victimes de cette violence qui ne devrait plus exister.

Lakinta et le Secret d'oiseau

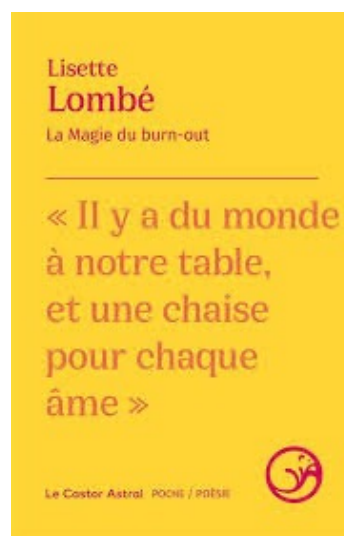
Sairati Assimakou



Zama fait des choses interdites, il touche le corps de Lakinta. Quelles sont les limites entre adulte et enfant ? Vers qui se tourner en cas d'inceste ? Pourquoi est-il essentiel pour les adultes de protéger les enfants ? L'histoire de Lakinta montre que le soutien de la famille est important pour le développement des enfants victimes de violences.

La magie du burn-out

Lisette Lombé



C'est l'histoire d'une créatrice, passionnée de rimes et de rythmes depuis l'enfance...

Lisette Lombé vient de loin. De ces lieux peuplés de travailleurs épuisés, en quête de sens et de reconnaissance. Elle vient de loin et elle n'oublie pas qu'elle vient de loin. Solaire, généreuse, elle partage, jour après jour, les bienfaits et les secrets de sa poésie. Partout. Dans les entreprises, dans les écoles, dans les associations. En Belgique, au Congo, en Irak, au Sénégal... Elle est passerelle entre le monde de l'art et le monde du travail. Elle est passeuse de feu. Elle est sentier de traverse. Elle est communauté des sensibles et des intuitifs.

C'est l'histoire d'une semeuse de graines...

Zoom sur le suicide forcé

Les suicides forcés : une réalité encore insuffisamment prise en compte.

Le terme de "suicide forcé" désigne les suicides de femmes survenant dans un contexte de violences psychologiques au sein du couple. L'expression vise à dépasser l'idée d'un acte strictement individuel en mettant en lumière la responsabilité de l'auteur des violences. Certains experts parlent de "féminicide parfait" pour souligner la continuité entre violences conjugales, emprise et issue fatale.

La France figure parmi les rares pays à avoir introduit un cadre légal spécifique. La loi du 30 juillet 2020 a créé l'infraction de harcèlement moral au sein du couple ayant conduit la victime à se suicider ou à tenter de se suicider. Cette évolution répondait à un vide juridique : reconnaître que, si la victime a commis l'irréparable, la responsabilité peut incomber à l'auteur des violences.

Toutefois, son application reste limitée : sur 971 affaires instruites jusqu'en 2024, seules 48 ont été jugées. Les dossiers sont souvent considérés comme délictuels et non criminels. Surtout, l'argument fréquemment avancé du caractère "plurifactoriel" du suicide rend l'établissement du lien de causalité particulièrement complexe. Or, cette pluralité n'exclut pas l'existence d'une responsabilité pénale lorsque le harcèlement ou l'emprise ont constitué un facteur déterminant.

La reconnaissance est d'autant plus complexe que les violences psychologiques s'installent progressivement par une succession de microviolences : humiliation, dénigrement, insultes, menaces, pressions financières, isolement social. L'emprise altère le discernement et crée une dépendance affective qui empêche souvent la victime d'identifier la violence subie.

La Convention d'Istanbul (Conseil de l'Europe, 11 mai 2011) incrimine déjà l'atteinte intentionnelle à l'intégrité psychologique par la contrainte ou la menace. L'enjeu est désormais d'intégrer pleinement la conséquence la plus extrême du harcèlement : le suicide ou la tentative de suicide.

Un phénomène encore insuffisamment documenté

Des études estiment qu'environ 12% des suicides de femmes pourraient être liés à des violences conjugales. Les experts indépendants de Psytel estiment que 217 femmes se seraient donné la mort en 2018 en France dans ce contexte ; à l'échelle européenne, le chiffre dépasserait le millier. Ces estimations soulignent la nécessité d'un meilleur recueil statistique.

Prévenir plutôt que juger après coup

Au-delà de la sanction pénale, la priorité demeure la prévention. Condamner après le drame ne saurait constituer une réponse suffisante : sans repérage précoce, sans protections effectives et sans formation adaptée des professionnels, la loi reste difficilement applicable.

À ce jour, aucune procédure standardisée d'évaluation du risque de suicide forcé n'a été formalisée. Le Guide européen sur les suicides forcés propose une première base pour repérer, évaluer et orienter les victimes de contrôle coercitif.

Une prise en charge adaptée dès le dépôt de plainte, incluant les violences psychologiques et leurs effets traumatiques, constitue un levier essentiel. À l'inverse, la minimisation institutionnelle accroît le risque de passage à l'acte. Une réponse coordonnée et multisectorielle renforce significativement les chances d'accès à une aide effective et demeure donc déterminante pour améliorer la reconnaissance et la prévention des suicides forcés.

Annexes

ASSOCIATIONS PRÉSENTES



**Agir pour
la santé
des femmes**

Agir pour le Développement de la Santé des Femmes

Paris et Lille, France

L'association vise à améliorer **l'accès aux soins des femmes en situation de grande précarité** – souvent sans-abri, migrantes, victimes de violences ou d'exploitation liée à la traite des êtres humains – généralement exclues des dispositifs de santé classiques. Grâce à une approche "d'aller vers", ses équipes pluridisciplinaires (**sage-femmes, psychologues, médiatrices en santé**) vont directement à la rencontre des femmes en situation de rue, les campements ou les foyers pour lever les freins à l'accès aux soins.

L'ADSF gère également des accueils de jour appelés "Repaires Santé", offrant un espace sécurisé pour se reposer, se soigner et entamer un parcours adapté. Les **Femmes Repaires**, ayant elles-mêmes traversé des réalités similaires, jouent un rôle essentiel pour accompagner les bénéficiaires dans le soin de leur santé physique et mentale.

Partenaires

- Armée du Salut
- Emmaüs France
- Halte Aide aux Femmes Battues (HAFB)

Contact

<https://adsfasso.org>
contact@adsfasso.org

**ALLIANCE POUR
LA SANTÉ MENTALE**

Alliance Pour la Santé Mentale

France

Association œuvrant à la **promotion de la santé mentale pour tous et à tous les âges**, en luttant contre la stigmatisation des troubles psychiques et en favorisant une meilleure connaissance du sujet. Elle vise à prévenir, sensibiliser et démocratiser la santé mentale en la positionnant comme une priorité nationale. Sa directrice générale, **Angèle Malâtre-Lansac**, œuvre depuis 12 ans à **faire de la santé mentale et de la psychiatrie des priorités politiques** dans différentes fonctions occupées au sein de l'Institut Montaigne, du Ministère de la santé et aux Etats-Unis.

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Grande cause nationale*

Co-animé par l'Alliance pour la Santé Mentale et Santé Mentale France, ce collectif réunit plus de 3 400 acteurs issus de la prévention, du soin, de la recherche et du monde associatif. Ce projet vise à faire de la santé mentale une priorité politique et sociétale en poursuivant trois objectifs majeurs : informer et sensibiliser le grand public, améliorer la prévention et le repérage précoce des troubles, et lutter contre la stigmatisation des personnes concernées. Tout au long de l'année 2025, un calendrier d'initiatives sera déployé, incluant une grande campagne de communication nationale, des rencontres parlementaires et citoyennes, ainsi que la mobilisation d'acteurs variés – de la jeunesse au monde de l'entreprise et de la culture – pour diffuser largement les messages au-delà du champ sanitaire.

Partenaires

- Association SPS (Soins aux Professionnels de la Santé)
- Croix-Rouge Française
- Fédération des acteurs de la solidarité

Contact

<https://alliance-sante-mentale.org>
presse@alliance-santementale.org





Begum

Afghanistan

Organisation non-gouvernementale franco-afghane qui œuvre pour **l'éducation, l'autonomisation et la défense des droits des femmes afghanes**. Elle développe des médias indépendants conçus par et pour les femmes afin de leur redonner une voix dans un contexte de répression. Ses projets incluent une radio éducative diffusée depuis Kaboul, une plateforme numérique gratuite proposant des cours en ligne pour collégiennes et lycéennes privées d'école, et une chaîne satellitaire offrant des contenus éducatifs et culturels accessibles à toutes.

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Radio Begum*

Radio afghane 100 % féminine qui donne la parole aux femmes, les soutient et les éduque à travers des programmes produits en dari et en pashto. Chaque jour, elle propose des cours radiophoniques, des émissions de santé, de bien-être et de spiritualité, ainsi qu'un talk-show de soutien psychologique. La radio permet de toucher une large partie de la population, notamment les femmes les plus isolées et celles qui ne sont pas alphabétisées. Elle atteint aujourd'hui en moyenne 3 millions d'auditrices dans 19 provinces. Le soutien actuel permet de renforcer le talk-show psychothérapeutique quotidien, de former les équipes à l'écoute active et de préparer un format télévisé diffusé depuis Paris.

Partenaires

- Association Du Handicap Psychique International (A.H.P.I)
- Happy Homes
- Indian Women's Friendship Association Paris

Contact

<https://begum.ngo>
info@begum.ngo



Brise le silence

Mons, Belgique

Association dédiée à **l'aide aux victimes de violences sexuelles**. Elle propose un accompagnement gratuit à travers des **groupes de parole, ateliers créatifs, d'écriture ou de théâtre**, ainsi que des activités thérapeutiques comme **l'hippothérapie**. Toutes ces activités sont encadrées par **un binôme composé d'une pair-aidante et d'une professionnelle psycho-sociale**. En parallèle, l'association mène un travail de sensibilisation et de formation auprès des professionnels, des étudiants et du grand public afin de renforcer la lutte contre les violences et les discriminations liées au genre ou à l'orientation sexuelle.

Projet soutenu par la Fondation Erié : Développer la prise en charge des victimes de violences sexuelles

Faisant face au nombre croissant de demandes d'aide de la part des victimes de violences sexuelles et/ou de leurs proches, l'association Brise le silence renforce sa capacité de prise en charge des victimes et étend ses actions. Elle propose un suivi thérapeutique plus régulier, renforce la permanence téléphonique, le soutien juridique ainsi que l'accompagnement psychosocial. Elle développe ses activités de soutien en groupe, lui permettant ainsi réduire la taille des groupes et de diversifier les approches au travers de groupes d'expression corporelle, de sophrologie, de relaxation, ou encore de gestion émotionnelle. Elle crée également de nouveaux groupes, dédiés aux victimes adolescentes.

Partenaires

- CPAS Mons
- VIF Borain
- Vie Féminine

Contact

<https://www.briselesilence.be>
<https://www.briselesilence.be/contact>



CHRU de Nancy

Nancy, France

Le CHRU de Nancy est un établissement public de santé et centre hospitalo-universitaire de référence. Sa mission fondamentale est d'assurer un **accès aux soins à tous les patients**, 7j/7, 24h/24, 365 jours par an. Il fait bénéficier aux patients de son haut niveau d'expertise médico-chirurgicale, de ses équipements de pointe, de son offre de téléexpertise et du travail en réseau mené sur le territoire avec ses partenaires sanitaires, médico-sociaux et associatifs.

Contact

<https://www.chu-nancy.fr/index.php/contacts>



Centre régional du psychotrauma (Lille)

Lille, France

Le Centre régional du psychotrauma (CRP) Hauts-de-France – CHU de Lille – Le CRP Hauts-de-France est un dispositif spécialisé de **prise en charge globale du trouble de stress post-traumatique (TSPT)**, assurant **accueil, orientation et traitement** pour les **enfants, adolescents et adultes**. Adossé au **CHU de Lille**, il mobilise des équipes **formées au psychotraumatisme** afin de proposer des soins adaptés à chaque situation. Le CRP a aussi une mission d'**expertise et de diffusion de ressources** pour améliorer la prise en charge des psychotraumatismes, notamment via le **développement de formations**. Enfin, il contribue à la structuration du parcours sur le territoire en **identifiant les professionnels de santé** et en travaillant en **collaboration** avec les acteurs de l'accompagnement des victimes (associations, services sociaux, etc.).

Contact

<https://www.chu-lille.fr/services/medico-psychologie-regionale/>

Délégation d'aide aux victimes, Police de Versailles

Yvelines, France

La Délégation d'aide aux victimes des Yvelines (DAV78) est une structure de coordination et d'orientation de la Police nationale dans les Yvelines, dédiée à l'accompagnement des victimes, avec un focus fort sur les **violences faites aux femmes**. Elle assure le lien opérationnel entre les demandes (plateformes, commissariats, partenaires) et les dispositifs de prise en charge (associations, intervenantes sociales, psychologues, unités médico-judiciaires). Elle met en place des **solutions concrètes** pour sécuriser et simplifier le parcours des victimes (transport adapté, soutien matériel), contribue à **homogénéiser les pratiques** et conduit un important volet **formation** auprès de professionnels variés (collectivités, hôpitaux, police). La DAV78 porte aussi des innovations de terrain (plainte hors les murs, conservation de preuves sans plainte) pour renforcer l'accès aux droits et la réponse institutionnelle.

Contact

<https://plainte-en-ligne.masecurite.interieur.gouv.fr/trouvez-la-demarche-adaptee-a-votre-situation#pel-help-procedures-type-of-offence>

DROIT

PLURIEL

Droit Pluriel

Ile-de-France, France

Droit Pluriel œuvre pour une **justice accessible à tous**, en particulier aux **personnes en situation de handicap**. Elle agit à la fois auprès des justiciables et des professionnels du droit pour faire évoluer les pratiques et les représentations. Ses activités reposent sur trois axes : **l'information juridique** des publics en situation de handicap, la **formation** des professionnels à l'accueil inclusif et au droit du handicap, et le **plaidoyer** pour une société plus attentive à l'égalité d'accès au droit. Elle s'appuie sur un réseau d'avocats, de juristes et sur un maillage de permanences physiques et dématérialisées pour accompagner concrètement les personnes dans leurs démarches.

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Agir Écoute*

Le projet vise à lever les obstacles juridiques rencontrés par les personnes vivant avec des troubles psychiques, souvent victimes de discriminations et de non-respect de leurs droits. Pour y répondre, Droit Pluriel renforce ses permanences juridiques en les dotant d'un binôme juriste-psychologue et en les déployant en Ile-de-France. Elle met en place des groupes de parole mensuels croisant thématiques juridiques et santé mentale (violences, emploi, parentalité...), et crée une formation dédiée aux professionnels du médico-social pour mieux accompagner les personnes en institution. Ces dispositifs gratuits constituent une offre unique en France, déjà reconnue par des acteurs de référence comme le Groupe Hospitalier Universitaire (GHU) de Paris et la Fondation Falret.

Partenaires

- Association Française des Aidants
- Plateau Urbain
- Share It

Contact

<https://droitpluriel.fr>
ask@droitpluriel.fr



Ethnotopies

Bordeaux, France

Association œuvrant pour la valorisation de la diversité culturelle et la lutte **contre les discriminations**. Elle propose des actions de médiation interculturelle, des **ateliers de sensibilisation**, ainsi que des événements artistiques et culturels pour favoriser le dialogue entre les communautés. L'association accompagne également les personnes issues de **l'immigration** dans leur **intégration sociale et professionnelle**, et intervient dans les écoles pour sensibiliser les jeunes à la diversité. Elle mène des **projets de recherche** et de formation visant à promouvoir l'inclusion et à déconstruire les stéréotypes liés aux cultures et aux origines.

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Soutien Structurel*

Le projet vise à soutenir les personnes exilées à travers quatre axes d'intervention. L'association propose des consultations transculturelles pour plus de 100 bénéficiaires, un accompagnement spécifique pour les femmes victimes de violences, incluant des entretiens d'accueil et des ateliers thérapeutiques, ainsi que des ateliers de prévention de la radicalisation pour 40 jeunes MNA. Enfin, des ateliers de soutien à la périnatalité sont organisés pour renforcer le lien parent-enfant, en proposant des cycles de massage et des ateliers culturels. Ces actions visent à améliorer l'accompagnement global des personnes exilées dans leur parcours d'intégration.

Partenaires

- CHU de Saint André de Bordeaux,
- Maison Départementale des Solidarités de Saint Michel Bordeaux,
- Maison des familles à Bordeaux

Contact

<https://sointransculturels-ethnotopies.org>
<https://sointransculturels-ethnotopies.org/contact/>

Fédération des acteurs de la solidarité

Ile-de-France, France

Cette fédération regroupe près de 4.000 associations et structures d'accueil agissant contre l'**exclusion** en France. Elle soutient ses membres en offrant des **formations**, des **conseils techniques** et des outils pour améliorer leurs interventions. L'organisation **milite pour les droits des personnes en précarité** en menant des actions de **plaidoyer** auprès des pouvoirs publics. Elle porte des projets innovants pour améliorer l'accompagnement des personnes en difficulté, notamment dans le domaine de l'emploi et de l'accès à la culture.

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Travail Pair et Santé Mentale*

Ce projet vise à améliorer la santé mentale des personnes en grande précarité, en intégrant le travail pair au sein des structures d'inclusion et du médicosocial. L'objectif est de former des travailleurs pairs spécialisés en santé mentale, pour sensibiliser et orienter les personnes vers des soins adaptés (**cf. p13**). Deux promotions de cinq structures par an seront accompagnées dans cette démarche, grâce à un référent dédié et des formations avec Alfapsy, organisme de formation et de conseil en santé mentale et sociale. Les travailleurs pairs joueront un rôle clé dans la sensibilisation et le relais vers des professionnels de santé. Une page web sera également créée pour relayer des ressources et des offres d'emploi liées à la pair-aidance. L'impact du projet sera mesuré et utilisé pour modéliser et étendre cette approche.

Partenaires

- Alfapsy
- GHU Paris
- Samdarra

Contact

<https://www.federationsolidarite.org>
contact@federationsolidarite.org

Femmes et Santé

Bruxelles, Belgique

ASBL féministe active à Bruxelles et en Wallonie, dédiée à la **promotion de la santé des femmes** à travers une approche de genre critique. Elle s'attache à déconstruire la médicalisation des cycles de vie féminins, promouvoir l'**auto-santé** comme moyen d'autonomisation individuel et collectif, et valoriser les savoirs des femmes plutôt que de laisser la médecine dicter les normes. L'association développe des **ateliers participatifs**, met à disposition un **fonds documentaire**, organise des **formations et événements de sensibilisation**, et intervient comme un service **support en genre**, pour accompagner les acteurs du secteur social et de la santé à intégrer une perspective de genre dans leurs pratiques et politiques.

Partenaires

- Sorialia
- Fédération Laïque de Centres de Planning Familial
- Vie Féminine

Contact

<https://femmesetsante.be>
info@femmesetsante.be

Fondation du Domicile

France

La Fondation du Domicile, reconnue d'utilité publique, soutient des projets qui placent **l'habitat et le domicile** au cœur de l'accompagnement des personnes fragilisées. Elle finance et accompagne des initiatives favorisant le **maintien à domicile**, **l'habitat inclusif et solidaire**, ainsi que **l'adaptation des logements** aux besoins liés à l'âge, au handicap ou à la perte d'autonomie. Sa mission est de promouvoir le domicile comme facteur clé de santé, d'autonomie et d'inclusion sociale.

Contact

<https://fondationdomicile.fr>
<https://fondationdomicile.fr/nous-contacter/>



Fondation Œuvre Croix Saint Simon

Ile-de-France, France

Créée en 1906 et reconnue d'utilité publique depuis 1922, La Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon répond aux **besoins sanitaires et médico-sociaux des personnes vulnérables**, de la naissance à la fin de la vie.

Elle accompagne près de 100 000 usagers, patients et familles par an, au sein de ses 50 structures sanitaires et médico-sociales et de son Institut de Formation Paramédicale et Sociale (IFPS).

Contact

<https://www.croix-saint-simon.org/>

Fondation Santé des étudiants de France

Ile-de-France, France

Institution spécialisée dans la **santé des adolescents et des jeunes adultes**. Elle propose des **prises en charge globales et transdisciplinaires**, intégrant soins somatiques et psychiques, scolarité ou projet de formation, afin de permettre à chacun de construire un parcours de vie favorable malgré la maladie ou le handicap. Présente à travers un réseau national d'établissements sanitaires et médico-sociaux, elle accompagne chaque année de nombreux jeunes de 12 à 25 ans. La FSEF s'appuie aussi sur la **recherche** et **l'innovation** via un pôle hospitalo-universitaire qui développe de nouveaux modèles de soins et forme les futurs professionnels de santé.

*Projet soutenu par la Fondation Erié : **Equipe mobile de prise en charge des troubles des conduites alimentaires***

Cette équipe intervient auprès des adolescent.es et jeunes adultes souffrant de TCA, tels que l'anorexie mentale, la boulimie ou l'hyperphagie boulimique. Elle propose des consultations spécialisées, une coordination des soins somatiques et psychiques, ainsi qu'un soutien à l'entourage. L'objectif est d'offrir une prise en charge précoce et adaptée, en lien avec les structures sanitaires, sociales et éducatives, afin de favoriser le rétablissement et la réinsertion scolaire et sociale des jeunes concernés.

Partenaires

- BAPU Pascal (Bureau d'Aide Psychologique Universitaire – Paris 5^e arrondissement)
- Centre de santé Colliard – Université Paris Réseau TCA francilien

Contact

<https://www.fsef-sante-etudes.fr>
fset@fsef.net

HOVIA

Paris, France

Association fondée en 2021 par la fusion du Moulin Vert et de l'OHT, deux structures centenaires engagées dans la solidarité. HOVIA œuvre pour **l'inclusion et l'accompagnement des personnes vulnérables**. Reconnue d'utilité publique, elle gère un large réseau d'établissements et de services présents sur plusieurs régions (Ile-de-France, Hauts-de-France, Bretagne et Normandie). Ses domaines d'intervention couvrent la **protection de l'enfance**, **l'accompagnement du handicap** et **l'accueil des personnes âgées dépendantes**. HOVIA place la notion de parcours de vie au cœur de ses projets, favorisant l'autonomie, la participation sociale et la qualité de vie des personnes accompagnées.

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Espace*

Le projet "Espace" s'inscrit dans cette dynamique en proposant un accompagnement personnalisé et inclusif aux personnes en situation de handicap. Il vise à favoriser la co-construction du projet de vie avec les usagers, en impliquant activement les familles et les professionnels. Ce dispositif innovant repose sur des valeurs de solidarité, de respect et de bienveillance, et s'appuie sur une démarche éthique et participative pour répondre au mieux aux besoins spécifiques de chacun.

Partenaires

- Nexem
- Amicale du Nid
- Institut Mutualiste Montsouris

Contact

<https://www.hovia.fr>
hoviasiege@hovia.org

Institut Mutualiste Montsouris

Paris, France

Établissement de santé privé à but non lucratif, reconnu d'utilité publique et participant au service public hospitalier. Situé à Paris, il propose une prise en charge complète en **médecine, chirurgie et psychiatrie**, notamment dans les domaines de la **cardiologie**, de l'**oncologie**, de la **chirurgie digestive et thoracique**, et de la **santé mentale**.

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Projet Trait d'Union*

Renforcer la lutte contre les violences faites aux femmes et aux mineurs. Ce programme offre un accompagnement pluridisciplinaire aux victimes, incluant des consultations médicales, un soutien psychologique, des dépistages et une orientation vers des structures adaptées. Il prévoit également la formation de professionnels de santé et de travailleurs sociaux pour améliorer la détection et la prise en charge des victimes de violences. En renforçant ses ressources humaines et logistiques, l'IMM entend pérenniser ses actions et élargir son champ d'intervention pour mieux répondre aux besoins des femmes et des mineurs confrontés à des violences.

Partenaires

- Centre de santé du Square de la Mutualité (Paris 5^e arrondissement)
- Centre de Santé de Paris de la MGEN (Paris 15^e arrondissement)



La Maison de Marthe et Marie

France

La Maison de Marthe et Marie propose des **colocations solidaires** entre femmes enceintes ou jeunes mères en difficulté et jeunes femmes volontaires, dans un **esprit de soutien mutuel**. Présente dans plusieurs grandes villes françaises, l'association offre un hébergement stable, une vie communautaire **bienveillante** et un **accompagnement personnalisé**, favorisant l'autonomie des mères et un environnement sécurisant pour les bébés, jusqu'à leur première année.

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Colocation Solidaire de Bordeaux*

Le projet de colocation solidaire à Bordeaux, ouvert en 2024 dans le quartier du Bouscat, accueillera jusqu'à 11 femmes et 7 bébés dans un lieu de vie chaleureux et adapté. Il combine un immeuble rénové et une échoppe mitoyenne, favorisant la convivialité et la solidarité. Encadrée par une responsable d'antenne et soutenue par un réseau de bénévoles, chaque résidente y bénéficie d'un accompagnement sur mesure. Ce projet innovant incarne l'engagement de l'association à créer des solutions concrètes et humaines pour les mères isolées, avec le soutien de partenaires publics et privés

Partenaires

- Maison des Familles
- Maison des Solidarités
- PMI du Bouscat

Contact

<https://www.martheetmarie.fr>
contact@martheetmarie.fr



L'burn

Bordeaux, France

L'association propose un **accompagnement pluri-disciplinaire et genré**, combinant **pair-aidance**, soutien médical, psychologique, social et juridique. Elle organise des permanences d'écoute, des groupes de parole, des ateliers de reconstruction et un **programme de remobilisation professionnelle**. Elle mène aussi des actions de sensibilisation auprès du grand public et des entreprises, à travers des conférences, formations et actions de prévention.

*Projet soutenu par la Fondation Erié : Prévention
et accompagnement des femmes souffrant de
burn-out*

Le projet vise à proposer une réponse globale, genrée et structurée au burn-out féminin, souvent invisible et mal pris en charge. Il repose sur une approche pluridisciplinaire mêlant pair-aidance, accompagnement psychologique, médical, social et professionnel. À travers des permanences d'écoute, des ateliers de reconstruction, un suivi individualisé et des actions de sensibilisation, le projet permet aux femmes concernées de sortir de l'isolement, de reprendre confiance et de retrouver un chemin d'autonomie. L'association développe également des relais sur tout le territoire pour essayer ce modèle innovant, pensé par et pour les femmes.

Partenaires

- CARSAT
- CPAM
- Pôle Emploi

Contact

<https://lesburn-ettes.com/lburn>
direction@lesburn-ettes.com



L'Étoile du Berger

Grenoble, France

L'Étoile du Berger est une association qui soutient les **familles brisées par les violences intrafamiliales**. Elle offre un **accompagnement personnalisé et pluridisciplinaire** aux victimes – **psychologique, social, juridique, éducatif ou encore lié à l'emploi** – dans un **lieu sécurisé**, afin d'éviter le basculement dans l'urgence sociale et de prévenir les risques de **féminicides**, de **placement d'enfants** ou de **détresse psychique**. L'association développe également un réseau d'entraide pour répondre aux besoins concrets des familles (logement, garde d'enfants, insertion professionnelle) et propose des **formations en entreprise** pour **détecter et accompagner** les salariés confrontés à ces violences, faisant ainsi émerger **l'impact de ce fléau sur la santé mentale et la qualité de vie au travail**.

Partenaires

- Cyjena
- France Victimes 38
- Vicat

Contact

<https://letoileduberger.org>
contact@letoileduberger.org



SORTIR DU SANS-ABRISME

L'Ilot

Belgique

L'Ilot est une **structure de référence dans la lutte contre le sans-abrisme et la grande précarité**. Elle propose un accompagnement global aux personnes sans chez-soi ou mal logées à travers cinq axes : **accueil d'urgence, hébergement temporaire, logement, formation et emploi, santé alimentaire**. L'association gère plusieurs dispositifs d'hébergement et de logements de transition à Bruxelles et en Wallonie, deux centres de jour dont un entièrement dédié aux femmes sans chez-soi (Circé de L'Ilot) ainsi que des services travaillant à la création de logement et assurant l'accompagnement des personnes vers et dans le logement. Elle développe également deux projets d'économie sociale proposant des programmes de formation professionnelle : La Recyclerie de L'Ilot et Les Cuisines de L'Ilot. L'association s'engage particulièrement auprès des **femmes en situation de précarité**, en leur proposant un **accompagnement spécifique et sécurisé**. Elle a récemment créé un Centre d'étude "Femmes, Précarité et Travail social".

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Centre de Femmes "Palais"*

Projet d'accueil et d'hébergement pensé pour les femmes sans-abri. Implanté à Schaerbeek, il repose sur la rénovation de trois maisons, chacune dédiée à une étape du parcours de sortie de rue : un centre de jour pour l'accueil d'urgence, une maison d'accueil pour un hébergement temporaire et des logements de transition ou durables. Le projet vise à offrir un accompagnement global et sécurisé aux femmes, seules ou avec enfants, en combinant hébergement, soutien psychosocial et accès à un logement stable. Le centre de Femmes "Palais" constitue une réponse structurelle aux violences et précarités subies par les femmes sans chez-soi, dans un cadre pensé pour leur dignité et leur autonomie.

Partenaires

- COCOF
- Fonds BEC
- Viva For Life
- Solidarité Femmes
- Université des Femmes
- Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles

Contact

<https://ilot.be>
info@ilot.be





Le Petit Vélo Jaune

Bruxelles, Belgique

Association qui accompagne **les parents isolés ou en situation de précarité** dès la grossesse et pendant les premières années de l'enfant. Son approche repose sur la création de **binômes entre une famille et un-e bénévole de proximité, appelé-e "coéquipier-e"**, qui s'engage à rendre visite chaque semaine pendant une année entière. Présente sur l'ensemble du territoire bruxellois, l'association vise à **renforcer les liens familiaux, valoriser les compétences parentales et lutter contre l'isolement social** par un accompagnement régulier, bienveillant et humain.

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Développement des antennes à Bruxelles*

Le projet de développement d'antennes locales répond au besoin de renforcer l'ancrage territorial et la proximité avec les familles accompagnées. En 2024, Le Petit Vélo Jaune a ouvert deux nouvelles antennes à "Sud" et "Nord", afin d'offrir un soutien plus accessible et connecté aux réalités locales. Ces antennes permettent de nouer des partenariats plus étroits avec les acteurs de terrain, de mieux recruter et encadrer les bénévoles, et de favoriser des accompagnements plus réactifs et adaptés. Ce maillage local vise à consolider l'impact de l'association dans les quartiers où les besoins sont les plus criants.

Partenaires

- Casa Legal
- Maison des parents solos
- Office de la Naissance et de L'enfance

Contact

<https://www.petitvelojaune.be>
info@petitvelojaune.be



Maison des femmes de l'AP-HP

Paris, France

Le service de psychiatrie de l'adulte de l'Hôpital Hôtel-Dieu offre une prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire : **psychiatrie d'urgence et médico-légale, psycho-traumatologie, addictologie, suicidologie et médecine psychosomatique**. Il dispose de deux unités d'hospitalisation complète non sectorisées, de consultations externes et de liaison, notamment au sein du service des urgences et de l'unité médico-judiciaire. Le service héberge la **Maison des Femmes**, dédiée aux femmes victimes de violence qu'elles soient **physiques, psychologiques, sexuelles, conjugales, intrafamiliales ou migratoires**.

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Vox Psy*

Vox Psy est une équipe mobile spécialisée, composée d'une sage-femme et d'une infirmière en psychiatrie, intervenant auprès des femmes victimes de violences sexuelles souffrant de troubles psychiatriques, afin de faciliter leur accès à des soins adaptés et au respect de leurs droits. Le projet propose un accompagnement médical, juridique et psychologique innovant, ainsi que des actions de formation et de sensibilisation auprès des équipes soignantes, améliorant ainsi la prise en charge et la protection des patientes les plus vulnérables.

Partenaires

- Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)
- Pôle Somatique en Santé Mentale – GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences (PPN)
- Union nationale de familles et amis de personnes malades psychiques (UNAFAM)

Contact

<https://www.aphp.fr>
maisondesfemmes.bichat@aphp.fr

Maison des Femmes Marseille Provence

Marseille, France

Structure de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, située à proximité de l'Hôpital de La Conception. Elle offre un accompagnement global aux femmes victimes de violences, qu'elles soient physiques, psychologiques, sexuelles, administratives ou économiques, dans divers contextes tels que le couple, la famille, le milieu professionnel ou l'espace public. La Maison des Femmes Marseille Provence incarne ainsi un modèle de soin intégré et accessible, soutenant les femmes dans leur parcours de reconstruction et d'autonomisation face aux violences.

Partenaires

- Aix-Marseille Université
- Réseau régional de périnatalité Méditerranée
- Agence Régionale de Santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur

Contact

<https://lamaisondesfemmes13.fr/>
maisondesfemmes@ap-hm.fr

PsyteL

France

Coopérative d'experts engagés dans la prévention des violences faites aux femmes, aux enfants et aux adolescents. L'association conçoit des outils d'aide à la décision en santé publique, développe des bases de données et mène des études sur l'impact des violences et les réponses à y apporter. Elle participe à des projets européens autour de la protection des victimes et de l'accompagnement des auteurs, et forme les professionnels de terrain à une approche intégrée et systémique des violences. PSYTEL intervient également dans les secteurs de la justice, de la santé et du social pour sensibiliser et renforcer les pratiques professionnelles.

Partenaires

- Hôpital Cochin
- Maison des Femmes de Seine Saint Denis
- MIPROF

Contact

<https://psyteL.eu>
psyteL@psyteL.eu



Ose Libérer ta parole

Mayotte, France

Ose libérer ta parole est une association qui lutte contre les violences sexuelles et/ou sexistes faites aux femmes et aux enfants à Mayotte avec un volet spécifique sur l'inceste. À travers ses campagnes, elle vise à **briser le tabou**, libérer la parole et renforcer la **prévention** en sensibilisant aux mécanismes de l'emprise, afin d'aider familles, éducateurs et communauté à **repérer plus tôt, écouter et protéger efficacement les enfants**.

Contact

oseliberertaparole@gmail.com



Samusocial Paris

Ile-de-France, France

Le Samusocial Paris est un **dispositif d'urgence et d'accompagnement** créé pour venir en aide aux personnes sans abri et en grande précarité. Il organise chaque jour des **maraudes** pour aller à la rencontre des personnes à la rue, leur proposer un **hébergement d'urgence**, un **suivi médical et social**, et les orienter vers des structures adaptées. L'association gère également des **centres d'hébergement et de soins**, un **numéro d'urgence (115)**, et développe des actions de **recherche et d'observation sociale** afin d'adapter les politiques publiques aux réalités de l'exclusion. Sa mission est d'apporter une **réponse immédiate aux besoins vitaux** tout en favorisant un accompagnement vers l'**insertion durable**.

Partenaires

- Agence régionale de santé Ile-de-France
- Préfet de la région d'Ile-de-France
- Région Ile-de-France

Contact

<https://www.samusocial.paris>
benevolat@samusocial-75.fr



Un Abri qui Sauve des Vies

France

Première structure en France dédiée à l'**hébergement citoyen des victimes de violences conjugales et intrafamiliales**. Elle mobilise un réseau de particuliers, appelés **abritant.e.s**, qui mettent temporairement à disposition une chambre ou un logement pour accueillir des personnes en danger. L'association assure un encadrement des hébergements, avec vérification des profils, accompagnement des bénévoles et suivi des victimes. En 2024, elle a renforcé son action grâce à un réseau élargi d'abritant.e.s et de bénévoles, permettant de multiplier les solutions d'hébergement sécurisé sur le territoire.

Partenaires

- Fédération France Victimes
- La Poste
- OuiCare

Contact

<https://unabriquisauvedesvies.fr>
contact@unabriquisauvedesvies.fr



Un Maillon Manquant

France

Un Maillon Manquant a pour vocation de **former les professionnels de santé** au repérage et à la prise en charge des violences faites aux femmes et aux enfants. L'association développe des **formations spécialisées** pour que médecins, sages-femmes, infirmier·e·s et autres soignant·e·s puissent **reconnaître, dépister systématiquement** et prendre en charge efficacement les conséquences somatiques et psychologiques des violences subies.

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Formation "Ouvrir la voix/e"*

Le programme vise à former les professionnels de santé à toute forme de violence à l'égard des femmes et des enfants afin qu'ils puissent reconnaître, dépister systématiquement lors d'une consultation avec les patientes et prendre en charge efficacement les pathologies de santé liées aux violences subies. Ce programme de formation complet, consistant en deux journées en présentiel, est destiné aux professionnels soignants de diverses spécialisations, sur l'entièreté du territoire national.

Partenaires

- En Avant Toutes
- Femmes Pour le Dire, Femmes Pour Agir (FDFA)
- Gynécologies Sans Frontières

Contact

<https://unmaillonmanquant.org>
contact@unmaillonmanquant.org



Vivre Femmes

Vaucluse, France

Association basée dans le Sud de la France, spécialisée dans **l'accueil, l'écoute et l'accompagnement des femmes victimes de violences** ainsi que de leurs enfants. Elle propose un **hébergement sécurisé**, un soutien **psychologique et social**, et un **accompagnement vers l'autonomie** pour aider les femmes à se reconstruire. L'association développe aussi des **actions de prévention et de sensibilisation** auprès du grand public et des professionnels, afin de mieux repérer et accompagner les situations de violence et de renforcer la lutte contre les violences faites aux femmes.

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Transition'Elles*

Le projet consiste à créer une structure d'hébergement de moyenne durée pour des femmes victimes de violences familiales, actives mais à faibles revenus et sans enfants à charge et vivant en milieu rural. L'accompagnement proposé est global : soutien psychologique (groupes, ateliers bien-être, équithérapie), appui social, administratif et juridique, ainsi que des mesures de sécurisation des lieux. Grâce aux partenariats de l'association, les femmes pourront ensuite chercher un logement à loyer modéré et accéder à un suivi de réinsertion, favorisant une reconstruction durable.

Partenaires

- ATI
- Habitat et Humanisme
- MonSheriff

Contact

www.vivrefemmes.fr
sandra.barba@vivrefemmes.fr





Womanity

Kaboul, Afghanistan

La Fondation Womanity œuvre pour l'**émancipation des femmes et des filles**, en favorisant l'**accès à l'éducation, à l'emploi et à l'égalité des droits**. Présente en Afghanistan depuis 2007, elle soutient des programmes éducatifs innovants dans les domaines des sciences, des technologies et du numérique, afin de renforcer l'autonomie des filles et leur participation active à la société.

*Projet soutenu par la Fondation Erié :
Programme d'encouragement à l'éducation des filles*

Programme d'éducation primaire communautaire, qui permet à des milliers de filles exclues du système scolaire formel d'accéder à une scolarité de qualité, dispensée selon des modèles approuvés par le gouvernement. Et un programme Girls Can Code, un programme de formation au codage, à la littératie numérique et au développement web, destiné aux lycéennes et étudiantes, visant à combler la fracture numérique et à ouvrir des perspectives professionnelles dans le secteur technologique. Depuis son lancement, Womanity a soutenu plus de 38.000 filles dans 16 écoles afghanes, en leur offrant des compétences clés pour construire un avenir meilleur pour elles-mêmes et leurs communautés.

Partenaires

- Salam University
- Top in Town

Contact

<https://womanity.org>
info@womanity.org



Women Safe & Children

Auvergne Rhône-Alpes, Bretagne, Corse, Ile-de-France, France

Association pionnière en France dans la **prise en charge pluridisciplinaire et gratuite des femmes et des mineurs victimes de violences**. Basée à Saint-Germain-en-Laye (Yvelines) et présente en Auvergne Rhône-Alpes, Bretagne et Corse, elle réunit dans un même lieu des **professionnels de santé, juristes, psychologues et thérapeutes** pour offrir un **accompagnement pluridisciplinaire**, de l'**urgence** à la **reconstruction**. L'association agit également en prévention via son Académie de formation et des actions de sensibilisation sur le terrain.

Projet soutenu par la Fondation Erié : Soutien structurel à la lutte contre les violences faites aux femmes et aux mineurs

Le soutien s'appuie sur le déploiement d'équipes pluridisciplinaires, composées de professionnels de santé, juristes, psychologues et thérapeutes, qui interviennent directement auprès des femmes et mineurs en situation de grande précarité. Ces équipes proposent un accompagnement global : consultations médicales, un soutien psychologique, des dépistages et une orientation vers des structures adaptées. Le projet prévoit la formation de professionnels de santé et de travailleurs sociaux pour améliorer la détection et la prise en charge des victimes de violences.

Partenaires

- Conseil de l'ordre des avocats
- Fédération d'Hospitalisation Privée FHP
- Métropole CHU de Brest

Contact

<https://www.women-safe.org>
frederique.martz@women-safe.org

F O N D A T I O N
ERIE

info@fondation-erie.org