

LIEN ENTRE VIOLENCES PSYCHOTRAUMATISMES ET TROUBLES COMPULSIFS ALIMENTAIRES

Association Le Regard du miroir et
Université de Reims-Champagne-Ardenne
REIMS, le 19 mai 2017

Dre Muriel Salmona
Psychiatre-psychothérapeute
Présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie

site : memoiretraumatique.org

Violences, psychotraumatismes et troubles alimentaires compulsifs

- **Les études scientifiques internationales ont montré :**
 - ▶ **que les troubles psychotraumatiques (ESPT) sont fréquemment associés à des troubles compulsifs alimentaires (TCA) : anorexie, boulimie et hyperphagie boulimique (Vierling, 2015)**
 - ▶ **que les troubles psychotraumatiques (ESPT) augmentaient le risque d'obésité, particulièrement chez les femmes et les enfants ayant subi des violences (Kubzansky LD, 2014, Masodkar, 2016)**
 - ▶ **que les expériences négatives de l'enfance (ACE Adverse Childhood Experience), sont un facteur de risque majeur de présenter une obésité et des troubles compulsifs alimentaires à l'âge adulte (études épidémiologiques de Felitti et Anda, 1998)**
 - ▶ **que toutes les violences subies dans l'enfance sont fortement associées à des troubles compulsifs alimentaires tout au long de la vie (Caslini, 2016)**
 - ▶ **que plus de 30% des victimes de violences sexuelles présentent des troubles compulsifs alimentaires (IVSEA, 2015)**

Violences, psychotraumatismes et troubles alimentaires compulsifs

- **Les troubles compulsifs alimentaires font partie des conséquences psychotraumatiques des violences, plus particulièrement des violences subies dans l'enfance, des violences sexuelles et des violences conjugales**
- **La plus forte prévalence des troubles compulsifs alimentaires chez les femmes s'explique par le fait qu'elles sont plus touchées par les violences qui sont les plus traumatisantes (violences sexuelles, conjugales)**
- **Les troubles compulsifs alimentaires font partie d'accès de mémoire traumatique ou de stratégies de survie pour échapper au symptôme principal du psychotraumatisme : la mémoire traumatique qui, en faisant revivre à l'identique les pires moments des violences avec les mêmes détresses, terreurs, sensations et souffrances, est une véritable torture.**
- **Les stratégies de survie sont de deux sortes :**
 - ▶ **des conduites d'évitement et de contrôle**
 - ▶ **des conduites dissociantes anesthésiantes : conduites addictives et à risque, et des mises en danger**
- **On retrouve ces deux sortes de stratégies de survie dans les TCA**

Violences, psychotraumatismes et troubles alimentaires compulsifs

- **Il est essentiel de rechercher chez les personnes souffrant de troubles compulsifs alimentaires si elles ont subi ou subissent des violences puisque :**
 - ▶ **la majorité des personnes présentant des troubles compulsifs alimentaires ont subi des violences (jusqu'à plus de 70%) particulièrement dans l'enfance, et le plus souvent sexuelles.**
 - ▶ **les violences que subissent les femmes et les enfants sont fréquentes et se rencontrent à tous les âges et dans tous les milieux.**
 - ▶ **les violences représentent un facteur de risque majeur pour la santé des victimes tout au long de leur vie si les victimes ne sont pas protégées et si leurs troubles psychotraumatiques ne sont pas soignés.**
 - ▶ **la prise en charge des psychotraumatismes est nécessaire pour faire régresser les troubles compulsifs alimentaires et éviter d'autres violences.**
 - ▶ **la reconnaissance des violences subies et de leur impact psychotraumatique dans la genèse des troubles compulsifs alimentaires est déculpabilisante et libératrice pour les victimes, elle leur rend justice, leur permet de mieux se comprendre et de faire des liens qui vont les aider à contrôler leurs troubles, elle est thérapeutique en soi.**

Les violences faites aux filles aux femmes et à leurs enfants

- **Les violences faites aux femmes et aux filles sont avant tout des violences sexistes permises par les inégalités de pouvoir entre les hommes et les femmes, dans un contexte historique de discrimination sexiste et de domination masculine.**
- **La Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1993 (1) donne avec l'article premier la définition suivante de la violence à l'égard des femmes et des filles : « tout acte de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. »**
- **La violence contre autrui étant elle-même définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (2002) comme : « La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme ou un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations. »**

Les violences faites aux filles aux femmes et à leurs enfants

- **La notion de féminicide définie comme le meurtre d'une femme ou d'une fille parce qu'elle est de sexe féminin** (crimes «d'honneur», violence conjugale, meurtres sexuels, meurtre de femmes prostituées, filles éliminées avant ou après la naissance, ...). **est de plus en plus utilisée et intégrée dans les lois de plusieurs pays.**
- **Ces violences faites aux femmes et aux filles massivement commises par des hommes sont un fléau qui transcende les pays, les ethnies, les cultures, les classes sociales et les classes d'âge.**
- **Ces violences sont traumatisantes** et représentent une atteinte grave à l'intégrité physique et psychique des femmes et des filles qui en sont victimes.
- **Ces violences sont une affaire de droit**, la loi des différents pays qualifie la plupart d'entre elles en crimes et délits que la justice est supposée reconnaître, punir et réparer, car ces violence sont une violation de leurs droits fondamentaux à la vie, à la sécurité, à une égale protection de la loi, à ne pas subir de discrimination sous aucune forme, à l'égalité et à la dignité, au meilleur état de santé physique et mentale possible, et à ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Les violences faites aux femmes et enfants dans le monde

- ☒ chiffres de l'OMS 2013 pour les femmes :
 - **1 femme sur 3 a subi des violences physiques ou sexuelles par un partenaire intime (violences les plus fréquentes)**
- ☒ chiffres de l'OMS 2014 pour les enfants (enquête de victimation dans 133 pays):
 - 22,4% des adultes ont subi des violences physiques dans l'enfance
 - 36,3% des violences psychologiques, 16,3% des négligences graves
 - **18% des filles ont subi des violences sexuelles, et 7,6% des garçons**
- ☒ Derniers chiffres de l'OMS 2016 pour les enfants (enquête Hillis janvier 2016)
 - un enfant sur quatre a subi des violences physiques
 - **une fille sur cinq a subi des violences sexuelles au moins une fois dans sa vie**

Les violences faites aux filles, aux femmes et à leurs enfants

- **Les chiffres dans le monde sont accablants** : selon [un rapport de l'OMS](#) (2) en 2013, 35% des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime, ou des violences exercées par d'autres que leur partenaire, et suivant les pays jusqu'à 71 % des femmes subissent des violences. 1 fille/5 a subi des violences sexuelles (OMS, 2016 ; Hillis)
- Toujours selon ce rapport la plupart de ces violences sont commises dans le cadre de la famille et du couple, presque un tiers de toutes les femmes ayant eu une relation de couple ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime et 38% du total des meurtres de femmes sont commis par des partenaires intimes..

Les violences faites aux filles, aux femmes et à leurs enfants

En France les chiffres sont impressionnants avec en 2015 :

- **122 femmes décédées sous les coups de leur conjoint, soit une femme tous les 3 jours ; 22 hommes ont été tués par leur conjointe ; et 36 enfants ont été tués lors de ces homicides. 19% des homicides en France**
- **10% des femmes déclarant dans l'enquête ENVEFF (2000) avoir subi des violences conjugales dans l'année qui précède, ce chiffre passant à 25% pour les femmes les plus jeunes (3). 223 000 femmes en 2014, 14% qui portent plainte**
- **Plus d'1 femme sur 5 (20,4%), déclare dans l'enquête CSF (2008) avoir subi au moins une fois dans sa vie une forme de violences sexuelles (attouchements forcés, tentative de rapports forcés, ou rapports forcés) (4). Parmi elles, 6,8% déclarent au moins un rapport sexuel forcé au cours de leur vie (tandis que les hommes sont 6,8 % à déclarer au moins une forme de violences sexuelles au cours de sa vie et 1,6 % au moins un rapport sexuel forcé).**
- **Les femmes et les filles sont chaque année 203 000 à subir un viol ou une tentatives de viol (84 000 pour les femmes adultes, plus de 120 000 pour les mineures) 10% qui portent plainte**

Les violences sexuelles faites aux enfants en France

- **59% des 16% de femmes victimes pendant leur vie de viols et de tentatives de viols, les ont subi mineures, et 67% des 5% d'hommes (France, INSERM INED CSF, 2008)**
- **Si les études de victimation font état par an de 84 000 viols et de tentatives de viols de femmes majeures et 16 000 viols et de tentatives de viols d'hommes majeurs (CVS-ONDRP 2013) :**
 - ▶ **on estime qu'il y aurait 124000 viols et de tentatives de viols de filles mineures**
 - ▶ **et 30000 de garçons mineurs par an**
- **81% des premières violences sexuelles ont lieu avant 18 ans, 51% avant 11 ans, 21% avant 6 ans (Enquête 2015 MTV)**
- **94% par des proches ; 50% par un membre de la famille (Enquête 2015 MTV)**

Les violences faites aux filles aux femmes et à leurs enfants

- **201 000 femmes subissent des violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint (dont 54 000 de violences sexuelles) par an, ces violences étant souvent répétées.** 16% des femmes victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles portent plainte, 27% ont vu un médecin, 20% un psychiatre ou un psychologue, 8% ont appelé un numéro vert d'aide aux victimes, 10% a rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes et 17% a parlé de sa situation aux services sociaux
- **Enfants victimes des violences conjugales en cas de violences conjugales, les études que cite le Rapport Mondial sur la violence et la santé de l'OMS en 2002 montrent que les enfants sont témoins directs des violences dans 40 à 60% des cas et que 40% de cas de maltraitance sur enfants sont liés à la violence conjugale (27), l'enquête ENVEFF (5) a rapporté que 2/3 des enfants vivant dans des foyers avec violences conjugales en avaient été témoins. Dans le cadre des appels au 119 : 80% des enfants victimes de mauvais traitements ont été témoins de violences conjugales ; pour les parents, les enfants ont été perçu comme cause des violences conjugales dans 19 % des cas ; les violences conjugales augmentent le risque de mauvais traitement aux enfants (6 à 15 fois plus de risque)**

JOURNÉE INTERNATIONALE DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

VIOLS ET AGRESSIONS SEXUELLES EN FRANCE *Premiers résultats de l'enquête Virage*

L'enquête Virage passe en revue les violences sexuelles par espace de vie (études, travail, espace public, conjoint.e, ex-conjoint.e, famille et proches), au cours des douze derniers mois et de la vie entière.

Ces 12 derniers mois,

- **52 400 femmes** ont été victimes d'au moins un **viol**,
- **36 900 femmes** ont été victimes d'au moins une **tentative de viol**,
- **580 000 femmes** ont subi au moins une **agression sexuelle** (dont viol et tentative de viol).

Parmi celles qui ont subi au moins un viol ou une tentative de viol dans leur vie,

- **40 %** les ont vécus durant **l'enfance (avant 15 ans)**,
- **16 %** les ont vécus durant **l'adolescence (entre 15 et 17 ans)**,
- **44 %** les ont vécus à **l'âge adulte (après 18 ans)**.

C'est au sein de l'espace privé que se produisent la plupart des viols et des tentatives de viols*

- **16,1 ‰** des victimes ont été violées par un membre de **la famille**,
- **13,9 ‰** des victimes ont été violées au sein du **couple** (conjoint.e, petit.e-ami.e, ou ex),
- **9 ‰** des victimes ont été violées au sein de **l'espace public**,
- **2,6 ‰** des victimes ont été violées par un **collègue de travail** ou **d'études**.

* Proportion des victimes exprimée en ‰, une même victime peut subir plusieurs viols dans des espaces de vie différents



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

MINISTÈRE
DES FAMILLES,
DE L'ENFANCE
ET DES DROITS DES FEMMES



Les violences faites aux filles aux femmes et à leurs enfants

- **Pour les violences sexuelles dans 80% des cas l'agresseur est connu de la victime** et seules 10% des victimes portent plainte (moins de 2% en cas de viols conjugaux et intra-familiaux) ; 29% des victimes vont consulter un psychiatre et un psychologue, 13% a rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes et 11% a parlé de sa situation aux services sociaux, 9% ont appelé un numéro vert d'aide aux victimes. Pour les chiffres vous pouvez consulter la [lettre n°1](#) de l'observatoire national des violences faites aux femmes de novembre 2013.
- **Les femmes jeunes et les filles sont en plus grand danger de subir des violences sexuelles, toutes les études montrent que près de 50% des violences sexuelles sont commises sur des filles de moins de 16 ans, 60% sur des mineures de 18 ans.** La première expérience sexuelle est forcée pour 3 à 24% des femmes suivant les pays (en France 8,7%), et le pourcentage est encore plus élevé parmi les filles de moins de 15 ans (23). De même les femmes et les filles handicapées subissent 3 à 4 fois plus de violences.

Les violences faites aux filles aux femmes et à leurs enfants

- **Aucune femme, aucune fille dans le monde n'est à l'abri de subir des violences en raison de son sexe.** A tout moment de leur vie, dans leur petite enfance, leur enfance, leur adolescence, à l'âge adulte ou pendant leur vieillesse, les femmes peuvent subir de mauvais traitements physiques ou moraux et des violences sexuelles, et vivre dans la peur.
- **L'auteur des violences est majoritairement un homme, une personne connue de la victime, le plus souvent un proche.** Aucun espace de vie des femmes et des filles n'est protégé. Et les espaces habituellement considérés comme les plus protecteurs - la famille, le couple - où amour, soins et sécurité devraient normalement régner, sont ceux où se produisent le plus de violences.
- **Plus les femmes sont jeunes et/ou en situation de vulnérabilité plus elles subissent de violences :** qu'elles soient mineures, femmes handicapées qui subissent quatre fois plus de violences, femmes sans toit, femmes immigrées, réfugiées, racisées, en situations prostitutionnelles, vivant dans des pays en guerre...).

Des violences traumatisantes

- **Les violences faites aux femmes et aux filles sont particulièrement traumatisantes sur le plan psychologique et neurologique, et elles sont à l'origine de chocs psychologiques et de troubles psychotraumatiques graves et fréquents.**
- **Les violences subies par les filles, les femmes et leurs enfants sont celles qui ont le plus grand potentiel traumatisant en dehors des tortures : jusqu'à 58 % des victimes de violences conjugales et de 60 à 80 % des victimes de violences sexuelles risquent de développer un état de stress-post-traumatique contre seulement 24% chez l'ensemble des victimes de traumatismes (1, 2).**

Un grave problème de santé publique

- "Il s'agit d'un problème mondial de santé publique, d'ampleur épidémique, qui appelle une action urgente", nous dit la Dre Margaret Chan, directeur général de l'OMS dans le rapport établi en 2013 avec des données recueillies pour 81 pays
- Les études internationales et l'Organisation mondiale de la santé en 2010 ont démontré et reconnu qu'avoir subi des violences est un des déterminants principaux de la santé : soins en psychiatrie (état de stress post traumatique, troubles anxieux, dépressions, tentatives de suicide, insomnies, phobies, troubles de la mémoire, troubles alimentaires, addictions, etc.), en médecine générale (stress, douleurs et fatigue chroniques, etc.), en cardiologie, en gynéco-obstétrique, en gastroentérologie, en endocrinologie, etc., hospitalisations répétées, multiplication des arrêts de travail, mise en invalidité...
- Le rapport de l'OMS de 2013 (2) montre que la violence accroît fortement la vulnérabilité des femmes face à toute une série de problèmes de santé à court et à long terme ; il souligne que le secteur de la santé doit prendre plus sérieusement en considération la violence à l'encontre des femmes», a déclaré la Dre Claudia Garcia-Moreno de l'OMS.

Les troubles psychotraumatiques

- **Les troubles psychotraumatiques sont des conséquences normales et universelles des violences** qui s'expliquent par la mise en place de mécanismes neuro-biologiques et psychiques de survie à l'origine d'une mémoire traumatique.
- **les atteintes sont non seulement psychologiques, mais également neurologiques avec des dysfonctionnements importants des circuits émotionnels et de la mémoire, visibles sur des IRM**, dont nous connaissons depuis plusieurs années les mécanismes psychologiques et neuro-biologiques
- **Ils ne sont pas liés à la victime mais avant tout à la gravité de l'agression, au caractère insensé des violences, à l'impossibilité d'y échapper, ainsi qu'à la mise en scène terrorisante et à l'intentionnalité destructrice de l'agresseur.** La vulnérabilité de la victime (liée au handicap, à la maladie, à l'âge et au fait d'avoir déjà subi des violences) est un facteur aggravant de ces psychotraumatismes.

Les troubles psychotraumatiques

- **Sans une prise en charge adaptée ces troubles psychotraumatiques peuvent durer des années, des dizaines d'années, voire toute une vie.**
- **Ils sont à l'origine pour les victimes traumatisées d'une très grande souffrance mentale et d'un possible risque vital (suicide, conduites à risque).**
- **Ils ont un impact considérable sur leur santé démontré par les études internationales que ce soit sur leur santé mentale (troubles anxieux, dépressions, troubles du sommeil, troubles cognitifs, troubles alimentaires, addictions, etc.), leur santé physique (troubles liés au stress et aux stratégies de survie), la santé de leurs enfants et leur qualité de vie.**
- **Les troubles psychotraumatiques liés aux violences sont à l'origine d'une importante demande de soins, d'hospitalisations répétées, d'arrêt de travail, de mise en invalidité, etc. Et nous savons aussi qu'avoir subi des violences est un des principaux déterminants voire le déterminant principal (quand les violences ont été subies dans l'enfance) de l'état de santé des personnes même 50 ans après.**

Les troubles psychotraumatiques

- **Alors que nous disposons depuis plus de 10 ans de toutes les connaissances nationales et internationales, la gravité de leurs conséquences psychotraumatiques fait toujours l'objet au mieux d'une méconnaissance, d'une sous-estimation et parfois même d'un déni que ce soit auprès des professionnels et du grand public.**
- **Et l'immense majorité des femmes victimes de violences se retrouvent seules, abandonnées, sans reconnaissance des préjudices subis, ni de leurs conséquences, sans protection, ni soins adaptés, à elles de survivre dans une grande souffrance et une insécurité totale, de se protéger et se réparer comme elles peuvent.**
- **De plus les stratégies de survie, qu'elles sont dans l'obligation de développer, sont un facteur d'exclusion, de pauvreté, et de vulnérabilité à de nouvelles violences.** Sont en cause une loi du silence implacable qui s'impose à elles, et un manque de formation des professionnels qui ne sauront pas dépister les violences, ni rechercher, diagnostiquer puis soigner les troubles psychotraumatiques.

Les psychotraumatismes

- **Définition du traumatisme :**

- ▶ phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes lié à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'une personne qui y est exposée comme victime, comme témoin ou comme acteur (L. Crocq)

- **Définition du psychotraumatisme :**

- ▶ Personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s) (DSM IV)

- **On distingue deux types de psychotraumatismes :**

- ▶ **Psychotraumatisme de type I** quand l'évènement est unique
- ▶ **Psychotraumatisme de type II** quand l'évènement est répété ou durable

Les troubles psychiques spécifiques

- **L'état de stress aigu** (jusqu'à 1 mois après le traumatisme) avec ou sans dissociation péritraumatique et avec ou sans troubles psychotiques brefs;
- **L'état de stress post traumatique** (> 1 mois), chronique (> 6 mois), différé ; avec la triade de symptômes de l'état de stress post-traumatique soit :
 - **1) syndrome de reviviscence = mémoire traumatique** : pensées récurrentes sur les violences, ruminations, souvenirs intrusifs de tout ou partie de l'évènement (sensations douleurs, bruits, paroles), agissements soudains comme si l'évènement allait se reproduire, flash-back, illusions, rêves répétitifs, cauchemars; vécus intensément avec une forte angoisse et une détresse, l'accouchement peut être une situation de réactivation des réminiscences;
 - **2) syndrome d'évitement** (évitement phobique de toutes situations se rapportant au traumatisme ou pouvant rappeler l'évènement, évitement de la pensée, développement d'un monde imaginaire); évitement de toute situation douloureuse ou stressante, émoussement des affects, désinvestissement des relations interpersonnelles, perte de l'anticipation positive de l'avenir;
 - **3) syndrome d'hypéractivité neuro végétative** (hypervigilance, état d'alerte, sursaut, insomnie, réveils nocturnes, hypersensibilité, irritabilité, colères explosives, troubles de la concentration et de l'attention);
 - **Et des symptômes dissociatifs importants** (troubles de la mémoire, amnésie, absences, perte de connaissance, épisode de confusion, sentiment d'étrangeté, sentiment d'être spectateur de sa vie, activité automatique dépersonnalisation, déréalisation, distorsion du temps et de l'espace, anesthésie affective, indifférence à la douleur, déconnexion, vie imaginaire envahissante, compagnon imaginaire);

Les psychotraumatismes

- **Les psychotraumatismes sont liés à des mécanismes psychologiques et neurobiologiques de sauvegardes exceptionnels (découverts depuis seulement quelques années) mis en place par le cerveau pour échapper à un risque vital intrinsèque cardiovasculaire et neurologique induit par une réponse émotionnelle dépassée et non contrôlée (stress extrême) par un psychisme en état de sidération**
- **Ces mécanismes neurobiologiques de sauvegardes exceptionnels s'apparentent à une disjonction du circuit émotionnel lors d'un survoltage par stress extrême et sont à l'origine d'une mémoire traumatique, de troubles dissociatifs et d'une anesthésie psychique et physique qui vont être responsables des symptômes les plus graves des psychotraumatismes et d'une grande souffrance, et qui peuvent s'installer durablement pendant des années, voir des dizaines d'années.**

les troubles psychotraumatiques

- **Ces troubles psychotraumatiques sont méconnus, sous-estimés, rarement dépistés et diagnostiqués par les professionnels de la santé qui n'ont pas été formés pendant leurs études médicales à la psychotraumatologie et à la victimologie, et qui ne le sont toujours pas**
- **Ces troubles psychotraumatiques sont spécifiques et le symptôme principal : la mémoire traumatique (les réminiscences des violences) est pathognomonique c'est à dire non seulement caractéristique des violences traumatisantes mais aussi pouvant établir la preuve diagnostique d'un traumatisme**
- **Or la prise en charge des troubles psychotraumatiques et de leurs conséquences est essentielle et doit être la plus précoce possible ce qui la rend d'autant plus efficace et ce qui permet d'éviter des vies fracassées, et d'arrêter des violences subies ou agies qui se produisent de générations en générations.**

les troubles psychotraumatiques

- **Mémoire traumatique et dissociation sont responsables de toutes les conséquences médicales (somatiques et psychologiques) les plus sévères les plus chroniques et les plus handicapantes,**
- **Ce sont des conséquences normales et universelles des violences, elles ne sont pas dues à des caractéristiques intrinsèques de la victime, toutes les victimes de violences peuvent développer ces troubles**
- **Ils ne sont pas liés à la victime mais avant tout à la gravité de l'agression, au caractère insensé des violences, à l'impossibilité d'y échapper, ainsi qu'à la mise en scène terrorisante et à l'intentionnalité destructrice de l'agresseur. La vulnérabilité de la victime (liée au handicap, à la maladie, à l'âge et au fait d'avoir déjà subi des violences) est un facteur aggravant de ces psychotraumatismes.**
- **Conséquences sociales des violences sur l'apprentissage, sur les capacités cognitives, sur la socialisation, sur les risques de conduites asociales et de délinquance, sur les risques d'être à nouveau victime de violences ou d'en être auteur (OMS, 2010, Fulu, 2017).**

Les psychotraumatismes

- **Les traumatismes qui ont les plus forts impacts psychotraumatiques sont les violences, et plus particulièrement les violences intra-familiales, conjugales et surtout sexuelles, qui touchent majoritairement les enfants et les femmes**
- **Les impacts psychotraumatiques de ces violences sont particulièrement graves, durables et fréquents :**
 - **violences conjugales et intra-familiales (58 % d'état de stress-post-traumatique/ 24% chez l'ensemble des victimes de traumatismes – Astin, 1995) avec des chiffres encore plus importants quand les violences sont répétées et habituelles pendant des années, et quand ce sont des violences sexuelles (jusqu'à 80 %, Breslau, 1991).**
- **L'impact psychotraumatique dévastateur à court, moyen et long termes des violences sur la vie et la santé des victimes est un problème de santé publique majeur. Pourtant, il reste encore trop peu connu et pris en compte dans le cadre des prises en charge, qu'elles soient médico-psychologiques, sociales ou judiciaires.**
- **Or, connaître les conséquences psychotraumatiques des violences est absolument nécessaire pour mieux protéger, accompagner et soigner les personnes qui en sont victimes. Sans cette connaissance, beaucoup de symptômes et de comportement de victimes sont perçus comme paradoxaux par l'entourage et les professionnels qui les prennent en charge, et sont mal-interprétés, alors que ce sont des réactions normales à des situations traumatiques.**

Les psychotraumatismes

- **La méconnaissance des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes est à l'origine d'une profonde incompréhension et d'un manque de reconnaissance de ce que vivent les victimes, de leurs souffrances, du danger qu'elle courent et de l'emprise qu'elles subissent.** Elle participe à l'abandon où sont laissées la grande majorité des victimes qui doivent survivre aux violences et à leurs conséquences psychotraumatiques sans protection, ni soin. De plus, elle alimente le déni des violences, les idées fausses, la mise en cause et la culpabilisation des victimes.
- **Cette méconnaissance porte donc préjudice aux victimes et représente une grave perte de chance pour elles,** d'autant plus, qu'une prise en charge médico-psychologique de qualité est efficace et permet, en traitant les troubles psychotraumatiques, d'éviter la majeure partie des conséquences des violences sur la santé des victimes, sur leur vie affective, sociale, scolaire ou professionnelle, et sur le risque qu'elles subissent à nouveau des violences (Fulu, 2017).

Mises en cause des victimes : déni à l'oeuvre

Encore aujourd'hui, en 2017, de nombreuses personnes considèrent qu'une femme victime de violences conjugales ou sexuelle est censée s'opposer, partir et porter plainte immédiatement. Si elle ne s'est pas défendue, si elle est restée des années à subir des violences sans les dénoncer ni fuir, si elle porte plainte plusieurs années après, cela suscite des doutes et des incompréhensions :

- Ne ment-elle pas ? N'est-ce pas sa faute puisqu'elle n'a pas réagi ? Et ces violences, ne les a--elle pas provoquées ? N'y a-t-elle pas consenti ? N'y a-t-elle pas trouvé son compte par masochisme puisqu'elle est restée tant d'années avec son conjoint violent, qu'elle y est retournée après s'en être séparée, et qu'elle ne semble pas si traumatisée que cela ?
- Ou bien, n'en fait-elle pas trop à se plaindre tout le temps, ne se complait-elle pas dans la victimisation, n'est-elle pas hystérique, folle ?.....
- **Penser cela, c'est adhérer à une culture de la violence qui culpabilise les victimes et décrédibilise leur parole, et c'est particulièrement injuste (Salmona, 2015).**
- C'est faire l'impasse sur la réalité de l'enfer que ces femmes vivent, sur la gravité des menaces qui pèsent sur elles, sur les nombreuses stratégies des agresseurs qui organisent leur emprise et leur impunité, **et sur les troubles psychotraumatiques qui mettent les victimes hors d'état de réagir et les piège durablement** : telles la mémoire traumatique qui leur fait revivre à l'identique les violences, et la dissociation traumatique qui les anesthésie émotionnellement, qui crée une situation d'emprise, et qui peut entraîner des périodes d'amnésie traumatique.

Les psychotraumatismes

- **Alors que nous disposons depuis plus de 15 ans de toutes les connaissances nationales et internationales sur l'ampleur des violences intra-familiales, conjugales et sexuelles, et sur la gravité de leur impact sur la santé des victimes, ces violences conjugales et leurs conséquences sont encore largement sous-estimées.**
- **De même, les troubles psychotraumatiques et leur traitement ont beau être très bien décrits (MacFarlane, 2010 ; Blake, 2011) :**
 - ▶ ces connaissances sont toujours trop peu diffusées auprès des professionnels et du grand public.
 - ▶ les victimes ne sont pas identifiées, leur trauma n'est pas repéré et face aux nombreuses plaintes psychologiques et somatiques de ces femmes et enfants victimes,
 - ▶ aucun lien n'est fait avec les violences et des diagnostics sont portés à tort avec des traitements essentiellement symptomatiques et anesthésiants, quand ils ne sont pas maltraitants.

Absence de protection des victimes de violences

- **La grande majorité des victimes de violences sexuelles ne sont pas protégés (AMTV, 2015),**
 - ▶ 83% des ne sont pas protégées,
 - ▶ 70% vont subir de nouvelles violences tout au long de leur vie
- **Plus les enfants victimes sont vulnérables, handicapés, plus ils subissent de violences**
 - ▶ 4x plus de violences sexuelles chez les filles ayant un handicap
 - ▶ moins ils seront protégés
- **Il y a une très forte corrélation entre violences subies et violences agies (Felitti, 2010 ; Fulu, 2017)**

La formation des professionnels de santé

- **À l'heure actuelle, les médecins et les autres professionnels de la santé ne sont toujours pas formés ni en formation initiale, ni en formation continue.** Lors d'une enquête récente auprès des étudiants en médecine en 2013 (13) plus de 80 % ont déclaré ne pas avoir reçu de formation sur les violences et 95% ont demandé une formation pour mieux prendre en charge les victimes de violences ; et l'offre de soins adaptés est très rare, et n'est pas répartie sur tout le territoire et les DROM-COM.
- **Le dépistage systématique et universel par les professionnels de santé, seul garant pour un réel dépistage des victimes de violences, et une véritable prévention primaire, et recommandé par les études internationales, est encore très loin d'être mis en place.** En France malgré le rapport Lebas seuls quelques professionnels de santé et quelques services d'obstétrique le font à l'heure actuelle.

Les psychotraumatismes

- **Les études internationales ont démontré qu'avoir subi des violences a un impact considérable :**
 - **sur la santé mentale** : état de stress post-traumatique, troubles anxieux, dépressions, tentatives de suicide, addictions, troubles alimentaires, insomnies, phobies, troubles cognitifs (de la mémoire, de l'attention et de la concentration), etc. ;
 - **et sur la santé physique** ; douleurs et fatigue chroniques, troubles cardiovasculaires, gynéco-obstétricaux, gastroentérologiques, endocriniens, rhumatismaux, neurologiques, dermatologiques, maladies auto-immunes, cancers, etc. (Garcia-Moreno, 2006 ; Felitti et Anda, 2010 ; Blake, 2011).
 - La méconnaissance de l'origine traumatique de ces troubles entraîne de nombreux examens complémentaires inutiles, des errances médicales et des diagnostics erronés (particulièrement psychiatriques et neurologiques : troubles psychotiques, démentiels) accompagnés de lourds traitements inappropriés.

Un problème majeur de santé publique

- **"Il s'agit d'un problème mondial de santé publique, d'ampleur épidémique, qui appelle une action urgente"**, nous dit la Dre Margaret Chan, directeur général de l'OMS dans le rapport établi en 2013 avec des données recueillies pour 81 pays
- **Avoir subi des violences pendant l'enfance, est un déterminant majeur de la santé des adultes (OMS 2016), même cinquante ans après (étude de Felitti et Adda, 2010) si il n'y a pas de prise en charge spécifique, et cela peut faire perdre jusqu'à 20 ans d'espérance de vie (Brown, 2009), avec une corrélation très importante avec la survenue d'accidents cardio-vasculaires, de morts précoces, de suicides, de dépressions, d'addictions, d'obésité, de troubles psychiatriques, de conduites addictives, de marginalisation, de délinquance,**
- **Le rapport de l'OMS de 2013 (2) montre que la violence accroît fortement la vulnérabilité des femmes face à toute une série de problèmes de santé à court et à long terme ; il souligne que le secteur de la santé doit prendre plus sérieusement en considération la violence à l'encontre des femmes», a déclaré la Dre Claudia Garcia-Moreno de l'OMS.**
- **Avoir subi des violences est le déterminant principal pour subir des violences ou en commettre ... (OMS, 2010, Fulu, 2017)**

Les violences faites aux femmes et aux enfants

- **Les violences s'exercent dans le cadre d'un rapport de domination masculine et d'inégalités** : les femmes et les enfants sont de loin les principales victimes et, nous l'avons vu, les personnes vulnérables, jeunes et en situation de discrimination risquent beaucoup plus d'en subir.
- **En miroir, la violence a de lourdes répercussions sociales, elle augmente les inégalités, la vulnérabilité, la précarité et les situations de marginalisation.** Elle met les victimes en danger de subir de nouvelles violences, si elles ne sont pas protégées et soignées.
- **Souvent exercée sous les faux-prétextes de l'amour, de la jalousie, de la frustration, d'un besoin sexuel, d'une nécessaire éducation, de la contrariété, de la fatigue et de l'énervement, de l'alcool, etc.,** elles sont une véritable entreprise de démolition identitaire utilisée pour conditionner la victimes à se soumettre, à se ressentir comme n'ayant aucune valeur, comme étant incapable, coupable, honteuse, inintelligente, sans aucun droit, réduite à une chose.
- **Une véritable culture de la violence transmise de génération en génération règne au sein de beaucoup de couples et de familles.** Cette culture de la violence banalise et minimise les violences, met en cause les femmes et les enfants qui en sont victimes, et organise le déni de leurs conséquences. Elle est alimentée par de nombreux stéréotypes et une profonde méconnaissance du traumatisme de celles et ceux qui en sont victimes (Salmona, 2016).

Les violences envers les femmes

Grave problème de société et enjeu majeur de santé publique

- **Un 5ème plan triennal interministérielle de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2019)**
 - **formation des professionnels** (médecins, policier.e.s, gendarmes et nouveau : sapeur-pompier.e.s) qui sera systématisée,
 - **la protection des femmes victimes, de leurs enfants** (ordonnance de protection, tel. grand danger)
 - **leur prise en charge sociale et médico-psychologique**, médecins référents dans tous les hôpitaux, protocole d'hospitalisation des enfants exposés à un homicide intra-familial)
 - **et la prise en compte des jeunes femmes** particulièrement exposées aux violences, dans le couple et sur internet, Les femmes vivant en milieu rural, des femmes handicapées victimes de violences, des femmes résidant dans les territoires d'outre-mer et des femmes étrangères
 - **La protection des mères et des enfants doit être assurée pendant la séparation**
- **Développer une prise en charge psychologique adaptée en direction des femmes victimes de violences,**
 - première étape incontournable du processus de reconstruction, est un enjeu majeur de santé publique. Les femmes victimes de violences doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge : s'effectuant par un.e professionnel.le formé.e à la spécificité de ce type de psychotraumatisme, privilégiant l'unité de lieu avec la prise en charge somatique.

Les violences envers les enfants

Grave problème de société et enjeu majeur de santé publique

- **Un premier plan interministérielle de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019 vient d'être lancé le 2 mars 2017)**
- **Il comprend 4 axes**
 - **Axe 1 : améliorer la connaissance et comprendre les mécanismes des violences** (recensement annuel des statistiques du nombre d'enfants morts par violences intra-familiales, systématisation des examens post-mortem en cas de mort inattendue du nourrisson, travail d'analyse systématique en cas de mort d'enfant, améliorer les connaissances sur l'inceste)
 - **Axe 2 : sensibiliser et prévenir** (promouvoir une éducation sans violence, prévention exposition à la pornographie, campagnes d'infos, outils sur les violences sexuelles, sensibilisation au syndrome du bébé secoué)
 - **Axe 3 : former pour mieux repérer** (médecins référents dans tous les hôpitaux, formation à la détection, à l'impact des violences conjugales sur les enfants, renforcer les liens entre 119 et 39-19)
 - **Axe 4 : accompagner le enfants victimes de violences** (formation au recueil de la parole de l'enfant, soins pris en charge à 100%, soins spécifiques des psychotraumas, prise en charge immédiate des homicide intra-familiaux)

Les troubles psychotraumatiques

- **Nous savons très bien décrire cliniquement ces troubles psychotraumatiques, les diagnostiquer, et nous savons les traiter efficacement** (avec une récupération des atteintes neurologiques grâce à la neuroplasticité du cerveau), nous savons aussi qu'avoir subi des violences particulièrement dans l'enfance est un des déterminants principal voire le déterminant principal (quand les violences ont eu lieu dans l'enfance) de l'état de santé des personnes même 50 ans après (Felitti et Anda, 2010) (11).
- **Et nous savons enfin que laisser des victimes de violences traumatisées sans soin est un facteur de risque de reproduction de violences de proche en proche et de générations en générations, les victimes présentant un risque important de subir à nouveau des violences, et aussi d'en commettre pour un petit nombre d'entre elles (ce qui suffit à alimenter sans fin un cycle des violences) (Salmona, 2008 ; Fulu, 2017)**

Des troubles neuro-biologiques

- **L'impact des violences chez les victimes est non seulement psychologique avec des troubles psychotraumatiques très fréquents, mais également neuro-biologique**, (avec des atteintes de circuits neurologiques et des perturbations endocriniennes des réponses au stress).
- **Une étude récente menée par une équipe de chercheurs internationaux** (allemands, américains et canadiens), et publiée début juin 2013 dans l'"**American Journal of Psychiatry**", a mis en évidence des **modifications anatomiques visibles par IRM de certaines aires corticales** du cerveau de femmes adultes ayant subi dans l'enfance des violences sexuelles. ces aires corticales qui ont une épaisseur significativement diminuée par rapport à celles de femmes n'ayant pas subi de violences sont celles qui correspondent aux zones somato-sensorielles des du corps ayant été touchées lors des violences
- **Récemment, des altérations épigénétiques ont également été mises en évidence chez des victimes de violences sexuelles dans l'enfance, avec la modification d'un gène (NR3C1) impliqué dans le contrôle des réponses au stress et de la sécrétion des hormones de stress (adrénaline, cortisol), altérations qui peuvent être transmises à la génération suivante.**

Méconnaissance des troubles psychotraumatiques

- **Tradition de sous-estimation des violences faites aux enfants**, de leur gravité, de leur fréquence, tradition de banalisation d'une grande partie de celles-ci, voire de justification (violence éducative : châtiments corporels)
- **Méconnaissance de la gravité des conséquences sur la santé des violences, particulièrement sur la santé psychique**, les violences sont « des situations anormales entraînant des conséquences psychotraumatiques normales » fréquentes, graves et durables liées à la mise en place de mécanismes psychologiques et neurobiologiques de sauvegarde.
- **Méconnaissance des conséquences sociales des violences** sur l'apprentissage, sur les capacités cognitives, sur la socialisation, sur les risques de conduites asociales et de délinquance, sur les risques d'être à nouveau victime de violences ou d'en être auteur.

Méconnaissance des troubles psychotraumatiques

- **Stigmatisation des troubles de la conduite et des troubles du comportement des adolescents** qui masquent **une souffrance non reconnue** et qui sont directement liés à des troubles psychotraumatiques (mémoire traumatique et dissociation).
- **Banalisation de signes de souffrance** mis sur le compte de l'âge de l'enfant, de la crise d'adolescence
- **Dramatisation à l'inverse de symptômes psychotraumatiques** (dissociatifs et intrusifs) étiquetés psychotiques et traités abusivement comme tels.

Les troubles psychotraumatiques

- **Ces troubles psychotraumatiques sont à l'origine :**
 - ▶ **d'une dissociation entraînant une anesthésie émotionnelle** accompagnée de troubles de la conscience (sentiment d'irréalité, d'être spectateur de la scène violente, de dépersonnalisation, absences) qui vont rendre vulnérable la victime et participer aux phénomènes d'emprise
 - ▶ **d'une mémoire traumatique**, véritable bombe à retardement, avec des réminiscences intrusives faisant revivre à l'identique et sans fin les violences avec la même souffrance et la même détresse
 - ▶ **d'une hypervigilance, de conduites de contrôle et d'évitements et conduites à risques** qui sont des stratégies efficaces mais très handicapantes pour échapper à la mémoire traumatique
- **Ils sont aussi à l'origine de troubles cognitifs, de troubles du comportement et de la personnalité**
- **ce sont des conséquences normales et spécifiques de de violences traumatiques**

Les troubles psychotraumatiques

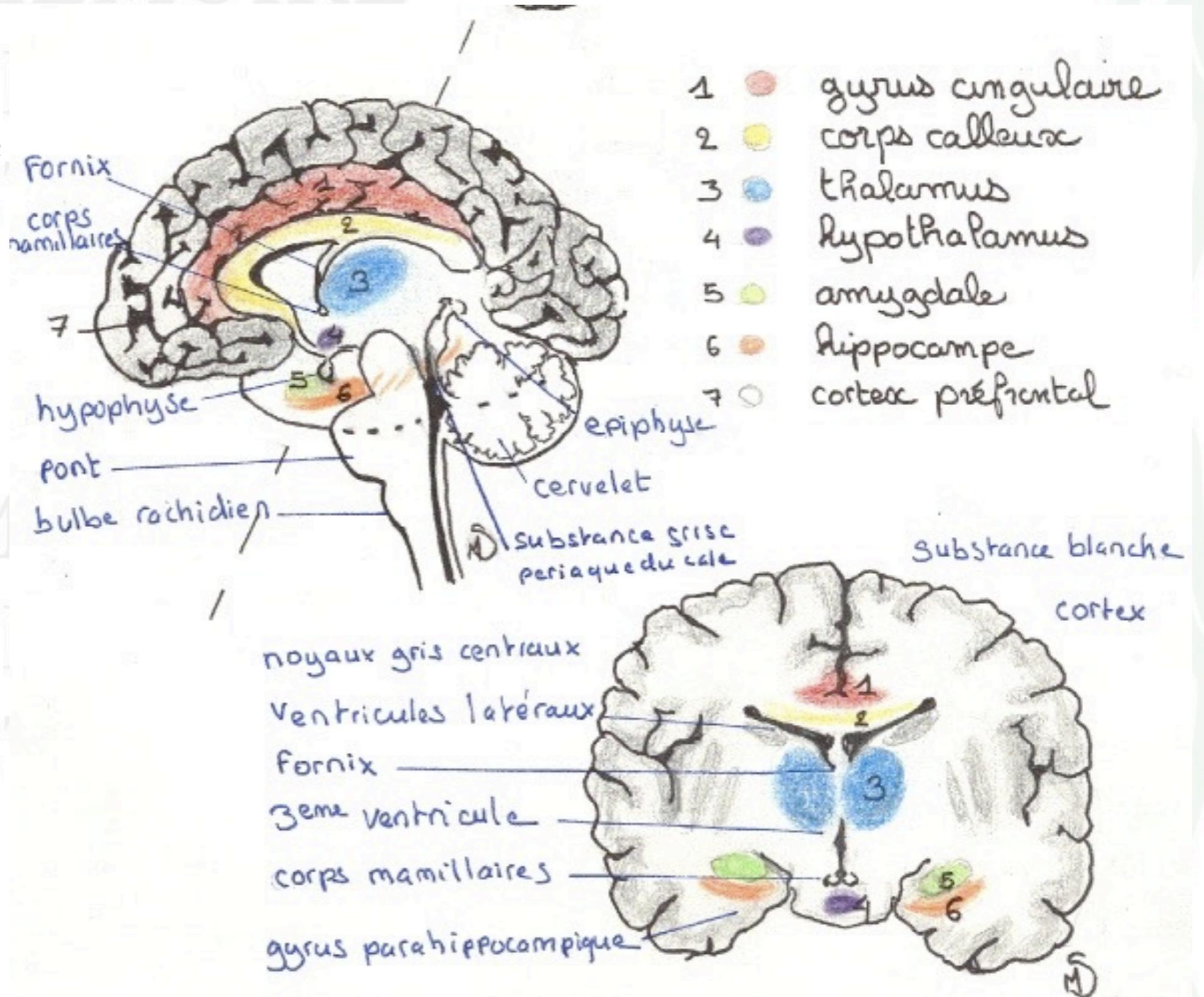
- **Connaître ces conséquences psychotraumatiques permet :**
 - ▶ de mieux comprendre les victimes et leurs comportements,
 - ▶ de mieux les accueillir et conduire un entretien,
 - ▶ de mieux évaluer les risques et les conséquences des violences,
 - ▶ de mieux les protéger, les accompagner, les aider et les orienter et les traiter.
- **Connaître les mécanismes psychotraumatiques permet**
 - ▶ de mieux comprendre aussi les mécanismes de la violence et les stratégies des agresseurs
 - ▶ et de bien mieux évaluer la dangerosité de certaines situations de violences,
 - ▶ et de mieux prévenir les violences et lutter efficacement contre elles.

La réponse émotionnelle normale

- lors d'un danger une structure sous-corticale s'active de façon immédiate incontrôlée et non consciente une structure corticale s'active : **l'amygale cérébrale**
- cette structure commande **une réponse émotionnelle** par l'activation du système nerveux autonome et de l'axe hypothalamo-hypophysaire et la sécrétion d'hormones de stress par les surrénales : **l'adrénaline et le cortisol**
- ces hormones permettent de mobiliser **une grande réserve énergétique** en augmentant le flux sanguin, l'apport d'oxygène et de glucose à tous les organes

Le système limbique

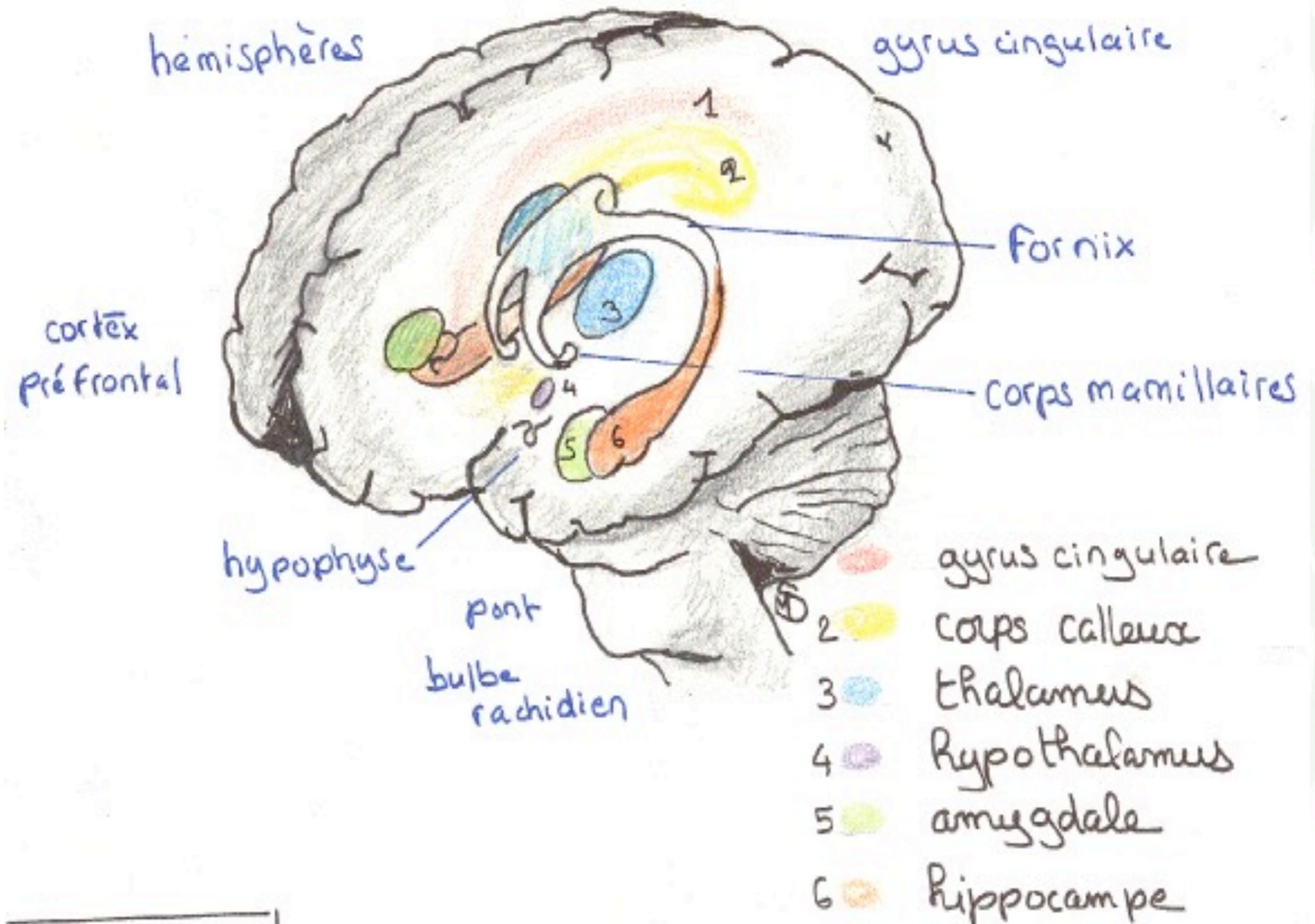
- ☒ coupe frontale
- ☒ et sagittale



MEMOIRE

Le système limbique

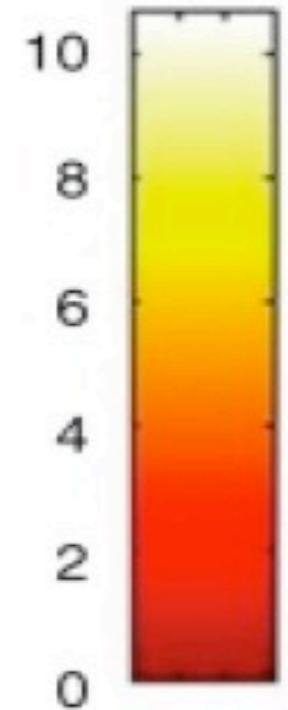
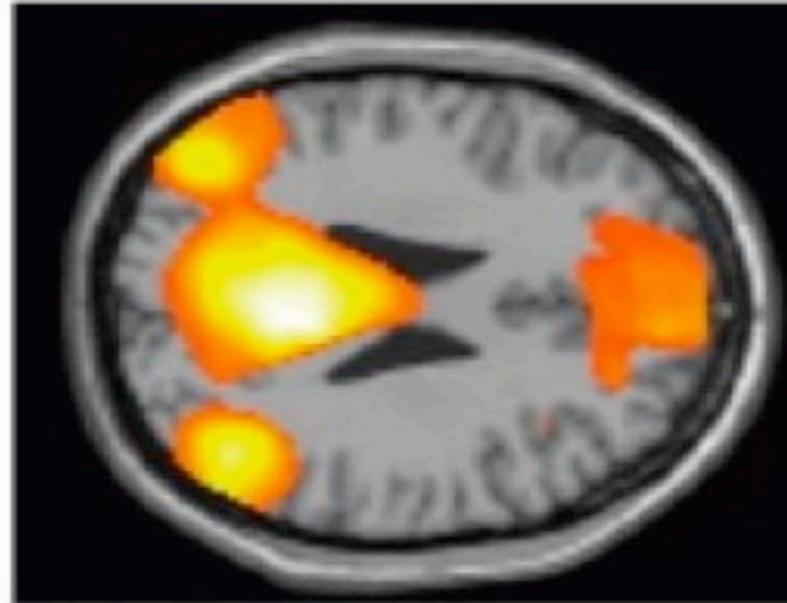
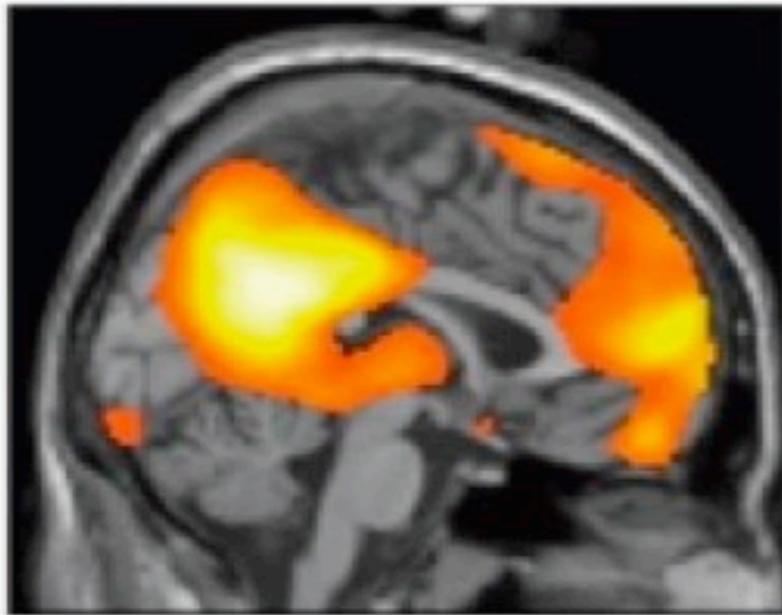
en 3 D



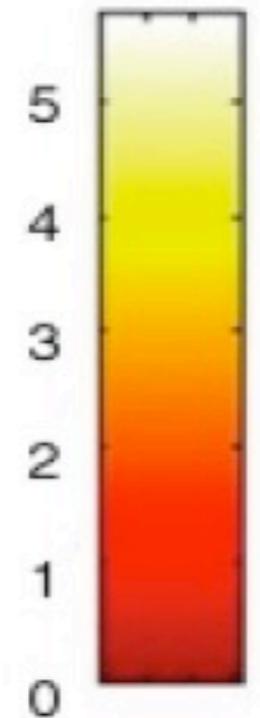
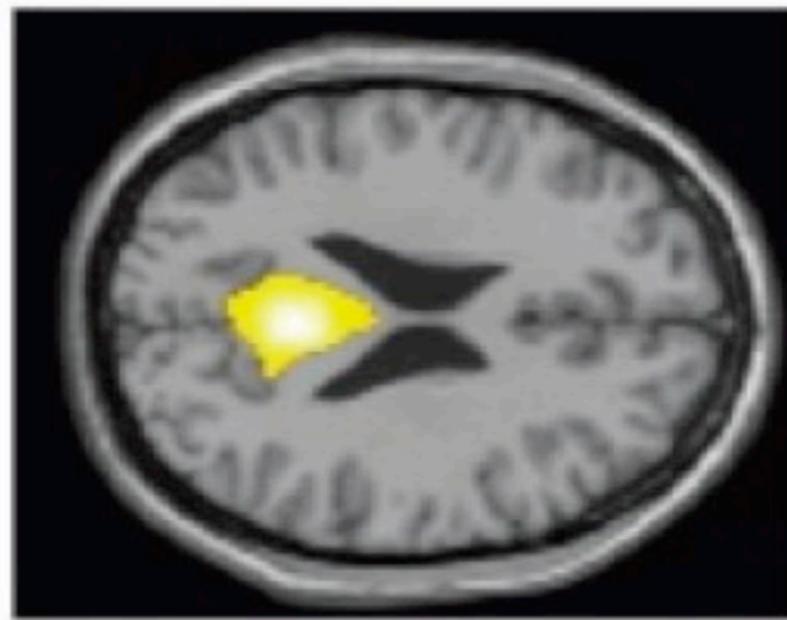
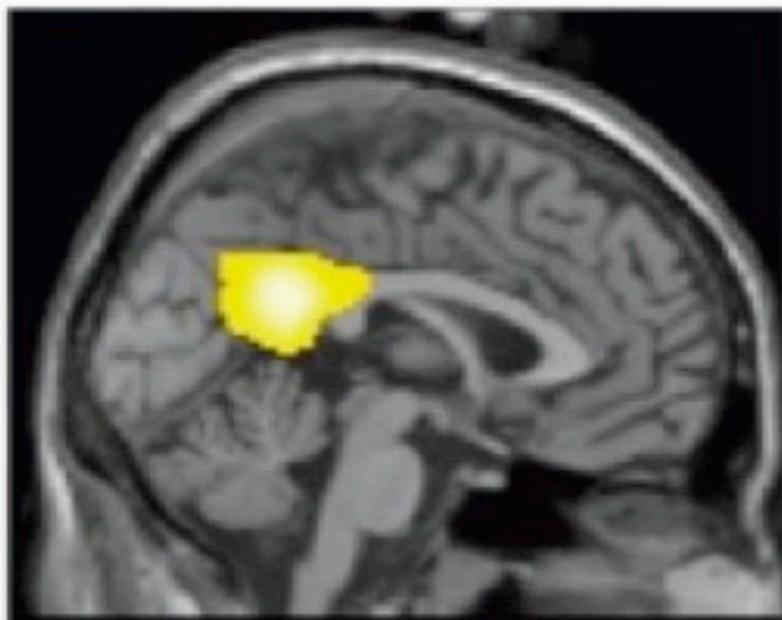
information

Images IRM fonctionnelles mettant en évidence le processus de sidération chez des vétérans de la guerre du Vietnam

Controls: positive correlation 0, -56, 20



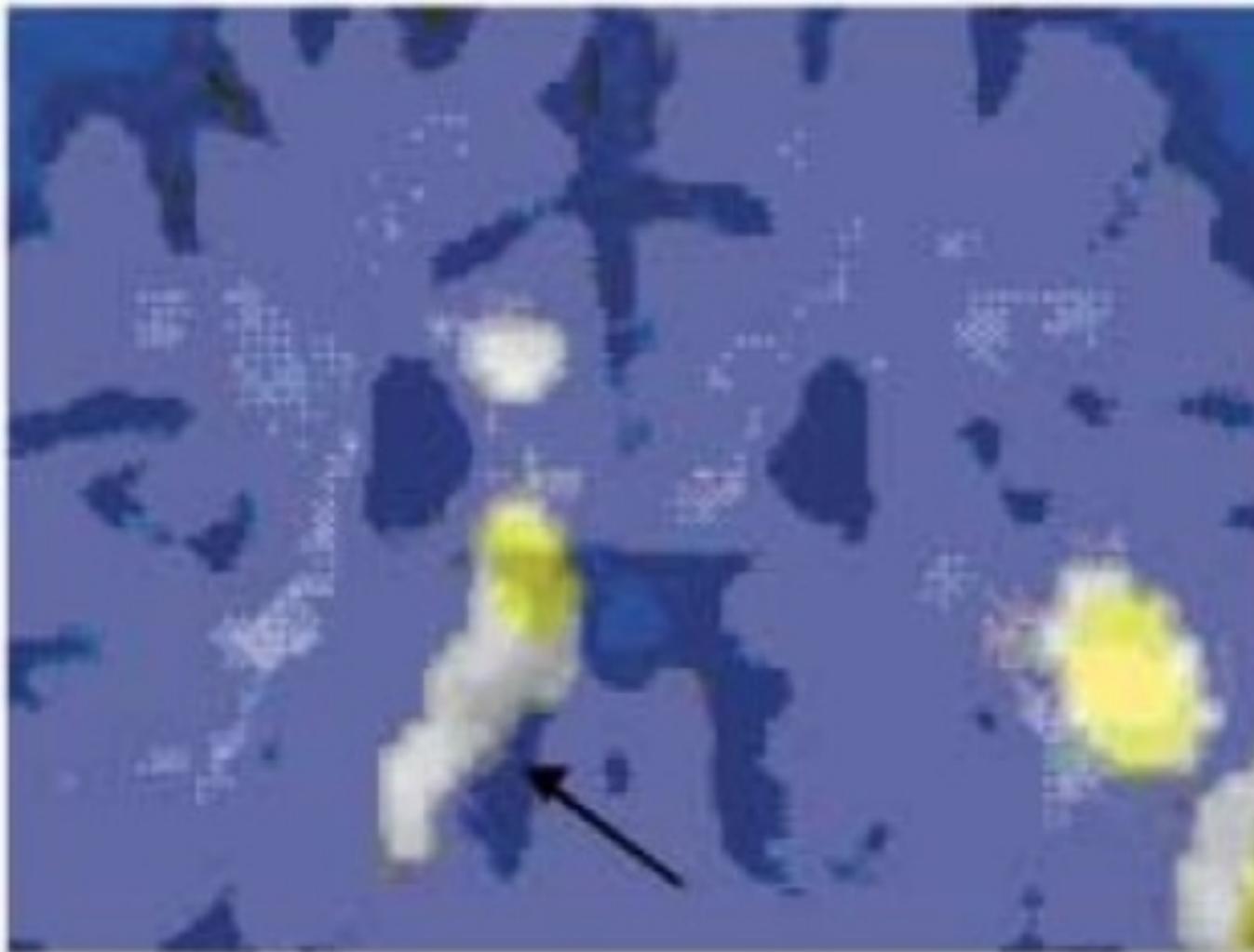
PTSD: positive correlation 0, -56, 20



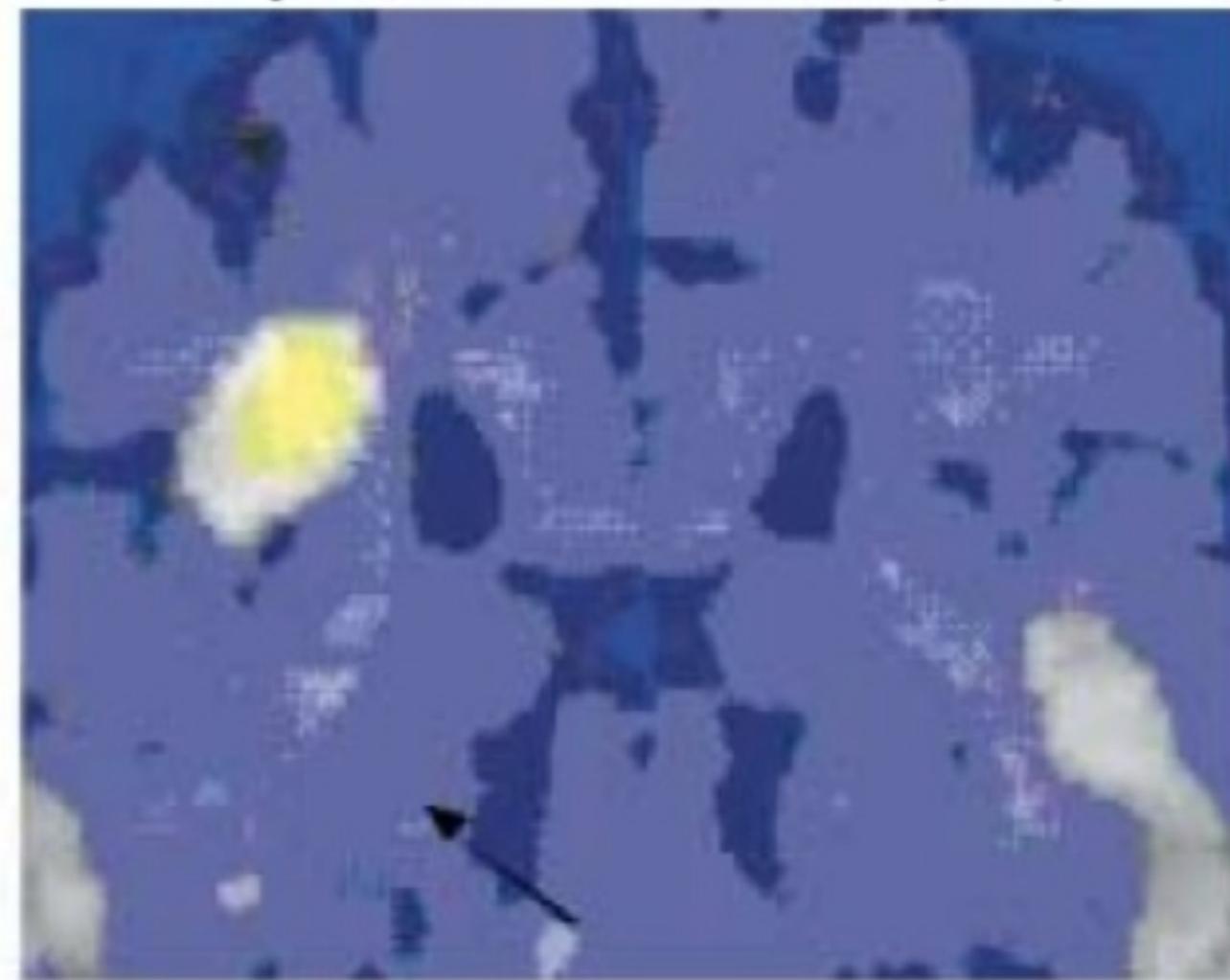
Images IRM fonctionnelles

- ☒ réponse de l'amygdale cérébrale et de l'hippocampe à un stimuli rappelant un traumatisme chez des victimes de violences sexuelles suivant la présence ou non de troubles psychotraumatiques

Subjects With Abuse and Without PTSD (N=12)



Subjects With Both Abuse and PTSD (N=10)



La réponse émotionnelle normale

- ❑ **Au total la situation stressante a généré une réponse émotionnelle** (entraînant un stress physiologique et un stress psychologique) avec une première réaction comportementale et une préparation de l'organisme pour une éventuelle réponse psycho-motrice (a) après analyse corticale de la situation (avec l'aide de l'hippocampe)
- ❑ **L'analyse cortico-hippocampique et la réponse psycho-motrice permettent de moduler la réponse amygdalienne voire de l'éteindre** quand la situation stressante est résolue avec un retour au calme
- ❑ **La mémoire émotionnelle de l'évènement est intégrée par l'hippocampe**, transformée en **mémoire explicite autobiographique** et en **expérience** elle peut créer de nouveaux apprentissages.

La réponse émotionnelle normale

- ❑ l'augmentation du rythme cardiaque, de la fréquence respiratoire, la mobilisation de glucose en grande quantité permettent de faire face au danger ou de le fuir
- ❑ **l'amygdale fonctionne comme une alarme** elle ne va s'éteindre que si le danger est écarté
- ❑ l'activité corticale avec ses fonctions supérieures va permettre par l'analyse des informations sensorielles et émotionnelles, la mobilisation de représentations, de connaissances et d'apprentissage et la prise de décision
- ❑ **c'est l'activité corticale qui va moduler ou éteindre l'amygdale et la réponse émotionnelle**

La réponse émotionnelle traumatique : modèle

- ☒ Lors de violences, l'effroi, l'impuissance, l'incompréhension, le caractère insensé des actes vont entraîner **une sidération et une paralysie psychique**,
- ☒ **l'activité corticale est en panne et ne peut pas moduler ou éteindre la réponse émotionnelle**
- ☒ **la réponse émotionnelle devient extrême** (stress dépassé) avec une sécrétion trop importante d'hormones de stress (adrénaline et cortisol)
- ☒ **il y a survoltage et risque vital cardiovasculaire et neurologique**

La réponse émotionnelle traumatique : modèle

- ❑ Pour protéger les organes et éviter le risque vital le cerveau **va faire disjoncter la réponse émotionnelle** (comme lors un court circuit) **et isoler l'amygdale cérébrale**
- ❑ Avec principalement **des neurotransmetteurs assimilables à des drogues dures morphine-like et kétamine-like**
- ❑ **l'amygdale reste activée mais elle ne peut plus commander de réponse émotionnelle**
- ❑ il y a alors arrêt du risque vital et l'installation **d'une anesthésie émotionnelle et physique**

La réponse émotionnelle traumatique : modèle

- ❑ Le risque vital lié au SURVOLTAGE de l'amygdale va entraîner la mise en place d'une voie de secours exceptionnelle
- ❑ Tout se passe comme dans un circuit électrique, un **survoltage** risque d'endommager gravement les appareils du circuit, pour les protéger, **le circuit disjoncte, les appareils sont déconnectés** et donc protégés mais ils arrêtent de fonctionner
- ❑ C'est ce qui se passe pour le circuit limbique du stress qui va «disjoncter» avec un **effet morphine et kétamine-like**, morphines endogènes secrétées au niveau de l'hypophyse et de la substance grise périacqueducale) et **des antagonistes des récepteurs NMDA** (N-Méthyl-D-Aspartate) du système glutamatergique (avec un **effet Kétamine-like**),
- ❑ **le circuit «DISJONCTE» et DÉCONNECTE l'amygdale**

La réponse émotionnelle traumatique

- ❑ il s 'agit d'une «disjonction» de sauvegarde exceptionnelle qui évite le risque vital et soulage une souffrance émotionnelle et physique intolérable
- ❑ L'amygdale est donc déconnectée du circuit émotionnel, elle reste allumée tant que le danger persiste mais la réponse émotionnelle s'éteint
- ❑ malgré le traumatisme qui se poursuit l'état de stress s'apaise **le Système nerveux sympathique et l'axe HHS ne sont plus stimulés** , il n'y a plus de souffrance psychique = **Anesthésie émotionnelle**, les endorphines provoquent une **Anesthésie physique**, il n'y a plus de souffrance physique;
- ❑ mais cette disjonction déconnecte aussi l'amygdale du cortex et de l'hippocampe

La réponse émotionnelle traumatique

L'amygdale est déconnecté du cortex associatif qui ne va plus recevoir d'information émotionnelle, les stimuli traumatiques vont continuer d'arriver via le thalamus au cortex sensoriel, ils vont être traités par le cortex associatif **mais sans connotation émotionnelle, sans souffrance psychologique, sans souffrance physique, ce qui va donner une impression d'étrangeté, d'irréalité, d'être spectateur de ce qui arrive, de confusion, de dépersonnalisation = c'est la Dissociation traumatique**

La dissociation traumatique

- ❑ **Tant que la victime reste en contact avec son agresseur, le danger et la sidération persistent ainsi que le stress extrême, et le mécanisme de sauvegarde continue d'être enclenché produisant chez la victime un état de dissociation traumatique chronique.**
- ❑ **Cet état déconnecte la victime de ses émotions**, elle se sent spectatrice des événements, comme détachée et privée de ses émotions et de ses ressentis, avec un sentiment d'irréalité. L'anesthésie émotionnelle et physique que produit la dissociation l'empêche d'organiser sa défense et de prendre la mesure de ce qu'elle subit puisqu'elle paraît tout supporter. Les faits les plus graves, vécus sans affect, ni douleur exprimée, semblent si irréels qu'ils en perdent toute consistance et paraissent n'avoir jamais existé (**amnésie dissociative post-traumatique**).
- ❑ **L'entourage et la plupart des professionnels, face à la dissociation de la victime et son apparent détachement, ne vont pas ressentir sa détresse, ni prendre conscience du danger** (Salmona, 2013). La victime se sentira d'autant plus isolée, et sera d'autant moins reconnue et protégée.
- ❑ **De plus, la dissociation est une véritable hémorragie psychique qui vide la victime et qui annihile ses désirs et sa volonté. Elle se sent perdue et ne se reconnaît plus, elle est comme un pantin.** De ce fait, il lui est très difficile de s'opposer, de se projeter dans un autre espace, une autre vie, elle s'en sent incapable. Cet état facilite grandement **l'emprise par l'agresseur** qui en profite pour coloniser le psychisme de la victime et la réduire en esclavage.

La réponse émotionnelle traumatique

L'amygdale est déconnectée de l'hippocampe qui ne va plus recevoir le contenu de la mémoire implicite émotionnelle et sensorielle celle-ci ne pourra pas, soit totalement, soit partiellement être transformée en mémoire déclarative autobiographique et affective = la mémoire émotionnelle piégée est à l'origine **d'un circuit de peur conditionnée permanent** dont l'extinction ne peut pas se faire, **le cortex associatif et l'hippocampe ne pouvant jouer leur rôles modulateurs** = c'est la **mémoire traumatique**

La réponse émotionnelle traumatique

- ☒ **La mémoire traumatique** implicite, inconsciente, émotionnelle des violences est piégée dans l'amygdale, elle va être à l'origine d'un circuit de peur conditionnée, véritable « bombe à retardement » prête à exploser à l'occasion de tout stimulus sensoriel, cénesthésique, algique, contextuel en lien avec les traumatismes et qui va « allumer » une amygdale hypersensible, puisque le cortex et l'hippocampe ne peuvent rien moduler (pas d'information, ni souvenir précis disponible).
- ☒ Elle y est hors temps, hors de toute possibilité d'analyse et de tri. Elle est indifférenciée comme un magma qui contient à la fois tout ce qu'a ressenti la victime, les violences, et les mises en scène, les paroles, la haine et le mépris de l'agresseur.

La mémoire traumatique

☒ L'amygdale hypersensible :

- va alors transmettre **des informations « fantômes »** au cortex des **réminiscences= flash-back, images**, qui peuvent donner l'impression de revivre les violences, mais aussi des sensations, des pensées, des émotions, des douleurs toujours liées aux violences mais sans repères de temps, d'espace et donc incompréhensible
- et **activer les réponses émotionnelles de stress** (axes HHS et SNA) avec **une grande souffrance psychique et une sensation de danger imminent** redéclenchant la même détresse, les mêmes terreurs que lors des violences = **angoisses, détresse, attaques de panique.**
- **La vie devient un terrain miné : avec un sentiment d'insécurité permanent.**

☒ **Mais si la victime reste en contact avec l'agresseur ou le contexte des violence, le mécanisme de sauvegarde reste enclenchée et elle est alors dissociée la mémoire traumatique la colonise, mais elle n'en ressent pas les émotions qui y sont attachées.**

Mémoire et dissociation traumatiques

- ❏ **Mais, aussitôt que la victime n'est momentanément plus en état de dissociation** (par exemple si l'agresseur est absent, si elle est protégée, ou si une violence encore plus extrême dépasse les capacités de disjonction), elle ressent alors lors des flashbacks la même terreur et les mêmes douleurs que celles provoquées par les violences, avec une acuité intolérable sous la forme d'attaques de panique avec des sensations de mort imminente, la dissociation n'étant plus là pour les atténuer.
- ❏ Il y a alors un grand risque qu'elle retourne avec son agresseur qui, en ayant le pouvoir de la dissocier aussitôt, va l'anesthésier ; elle pourra croire qu'elle l'a dans la peau et qu'elle est dépendante de lui et qu'elle ne peut pas s'en passer de lui
- ❏ **Ce comportement, en apparence paradoxal, est un processus psychotraumatique habituel qui aurait pu être traité, ou tout au moins expliqué, ce qui aurait permis à la victime d'anticiper et de désamorcer ces émotions traumatiques trompeuses qui l'empêchent de se libérer de l'agresseur, la condamnant à des allers et retours qui vont encore plus la priver de soutien, les proches et les professionnels ne comprenant et ne supportant pas ces comportements qu'ils jugent incohérents (Salmona, 2015).**

Les stratégies de survie : conduites d'évitement et de contrôle

- ❑ Pour éviter que cette mémoire traumatique ne se déclenche les victimes mettent en place **des conduites d'évitement, des conduites de contrôle et une hypervigilance** :
- ❑ des conduites d'évitement et de contrôles **pour éviter toutes les situations, toutes les sensations, toutes les émotions susceptibles de rappeler les violences et de déclencher la mémoire traumatique**
- ❑ Elles sont à l'origine d'un retrait social et affectif, de phobies, d'obsessions, de peur de tout changement, d'intolérance au stress, de troubles du sommeil et de troubles cognitifs

Les stratégies de survie : conduites dissociantes

- ❧ et quand malgré les conduites de contrôles et d'évitement la mémoire traumatique se déclenche et envahit le psychisme de la victime elle ré-entraîne **la même sidération, la même détresse, le même état de stress dépassé, le même risque vital**
- ❧ soit la disjonction se fait spontanément et une dissociation et une anesthésie émotionnelle et physique s'installe
- ❧ soit la disjonction spontanée ne peut pas se faire en raison de phénomènes de tolérance et d'accoutumance aux drogues du cerveau et un auto-traitement se met alors en place pour obtenir une disjonction provoquée **avec des conduites dissociantes**

Les stratégies de survie : conduites dissociantes

☒ La disjonction provoquée s'obtient de deux façons :

- soit par augmentation de sécrétion des drogues dissociantes endogènes (les neuro-transmetteurs morphine-like et kétamine-like) par le cerveau **en augmentant le niveau de stress ou de douleur par des conduites à risque, des mises en danger, des violences contre soi ou contre autrui**
- soit par adjonction de drogues dissociantes externes : **alcool, drogues**, Les psychotraumatismes sont à l'origine de consommation d'alcool chez 52 % des hommes et 28 % des femmes et de consommation d'autres substances psychoactives chez 35 % des hommes et 27 % des femmes

Les stratégies de survie : conduites dissociantes

- ☒ Ils s'agit de recréer l'état de dissociation et d'anesthésie vécu lors du traumatisme, solution transitoire efficace mais qui à moyen terme va s'avérer catastrophique (car ces solutions vont faire perdurer et augmenter tous les symptômes liés à la déconnexion : troubles de la mémoire, mémoire traumatique, troubles de la personnalité, vulnérabilité au stress, image de soi très négative....)
- ☒ Deux manières de le recréer :
 - **Par le survoltage** : il faut augmenter le niveau de stress soit par des conduites dangereuses qui reproduisent le traumatisme initial , soit par des conduites auto-agressives (se faire mal : automutilations, se mettre en danger), soit par des conduites hétéro-agressives (système agresseur)
 - **Par un effet “déconnexion-like”**: grâce à des drogues ayant un effet dissociant : alcool, cannabis et hallucinogènes (effet antagonistes de la NMDA), héroïne (effet sur les récepteurs opiacés endogènes) ou psychostimulants (effet stress extrême par augmentation des cathécolamines, l'anorexie produit le même effet).

Conduites à risque dissociantes

- ❑ **Ce sont des conduites d'auto-traitement** qui par le stress émotionnel important supplémentaire qu'elles génèrent (par la mise en danger) reproduisent un survoltage et re-déclenche la disjonction du circuit émotionnel
- ❑ **Cette disjonction provoquée entraîne comme lors des violences une dissociation avec anesthésie physique et psychique et va calmer momentanément les angoisses**
- ❑ **Il s'agit donc ou de produire du stress extrême soit en se mettant directement en danger, soit en créant des situations violentes, soit en utilisant des drogues stress-like (amphétamines), ou de produire directement la dissociation avec des drogues disjonction-like (alcool, cannabis, héroïne...).**

Conduites à risque dissociantes

- ▣ Ces conduites qui paraissent paradoxales surtout quand elles reproduisent au plus près les violences subies sont donc des stratégies efficaces pour échapper à une souffrance intolérable mais au prix :
 - d'une aggravation de la mémoire traumatique (qui se recharge et qui va générer de nouvelles angoisses) et donc entraîner des conduites à risques de plus en plus dangereuses et de plus en plus compulsives et addictives (phénomène de tolérance et de dépendance)
 - de symptômes dissociatifs (sentiment d'étrangeté, de coupure) lui donnant l'impression de n'être pas comme les autres, d'être fou,
 - de conséquences catastrophiques sur la vie du couple et la vie familiale (risque vital, risque sur la santé de tous, sur l'intégrité physique et psychique des victimes.

Les conduites à risques

- ❑ **Les conduites à risques sont des mises en danger délibérées** qui auraient normalement pu être prévenues ou évitées, avec même une recherche active voire compulsive de situations, de comportements ou d'usages de produits connus comme pouvant être dangereux à court ou à moyen terme;
- ❑ **Le danger est recherché pour son pouvoir dissociant**, pour sa capacité, par le stress extrême qu'il entraîne, à mettre en place un mécanisme de sauvegarde neuro-biologique exceptionnel qui va déconnecter les réponses émotionnelles et donc créer une anesthésie émotionnelle et un état dissociatif;
- ❑ **Le but est d'échapper à une souffrance psychique intolérable incompréhensible et incontrôlable;**
- ❑ **Cette souffrance étant liée à une mémoire traumatique** produite le plus souvent par des violences subies : maltraitances, violences sexuelles pouvant remonter à la petite enfance ou pouvant être plus récentes;

La violence comme conduite dissociante

- ❑ **Femmes victimes et hommes violents ont très fréquemment subi des violences dans leur enfance ou ont été témoins de violences conjugales.**
- ❑ Une étude de Fulu très récente publiée en 2017 dans une grande revue scientifique internationale montre que « pour les hommes, toutes les formes de traumatismes chez l'enfant étaient associées à toutes les formes de perpétration de violence conjugale. Pour les femmes, toutes les formes de traumatismes chez les enfants ont été associées à la violence conjugale physique et à la violence conjugale sexuelle » (Fulu, 2017).
- ❑ **Les troubles psychotraumatiques qui en sont la conséquence vont être à l'origine d'une mémoire traumatique, de troubles dissociatifs et de stratégies de survie.**
- ❑ **Si on n'est pas responsable des violences qu'on a subi, ni de leurs conséquences traumatiques, en revanche on a le choix des ses stratégies de survie** (conduite d'évitement et conduites dissociantes anesthésiantes). La violence exercée sur autrui en est une, elle fait partie des conduites dissociantes qui permettent de s'anesthésier, comme une drogue.
- ❑ **Une société inégalitaire où les hommes peuvent facilement choisir de mettre en scène une prétendue supériorité au dépens des femmes, facilite le choix de s'autoriser à être violent, en s'identifiant à l'agresseur de son enfance, pour «traiter» une mémoire traumatique**

Troubles alimentaires compulsifs dans le cadre d'allumage de la mémoire traumatique

- **les allumages de mémoires traumatiques qui sont déclenchés par des liens qui rappellent les violences peuvent se présenter sous plusieurs formes dans les TCA sous forme d'anorexie ou de boulimie :**
 - ▶ **sous la forme d'anorexie, il s'agit d'une reviviscence d'une situation de violence avec une restriction alimentaire punitive ou par négligence, cela peut être également la reviviscence d'un état de choc traumatique avec état de confusion accompagné d'anorexie, ou la reviviscence d'un état de dégoût et de nausées ++ lors de violences sexuelles**
 - ▶ **sous la forme de boulimie compulsive suivie de vomissements, il s'agit d'une reviviscence d'une situation de violence avec forçage alimentaire qui est revécu comme contrainte jusqu'à étouffement et vomissement, ou bien de pénétration buccale lors de violences sexuelles revécu également revécu comme contrainte jusqu'à étouffement et vomissement,**

Troubles alimentaires compulsifs dans le cadre d'allumage de la mémoire traumatique

- **les conduites d'évitement et de contrôle peuvent se présenter sous plusieurs formes dans les TCA sous forme d'anorexie :**
 - ▶ **avec une restriction alimentaire pour éviter le rappel de situation de forçage alimentaire, de violences ayant eu lieu lors de repas, ou de violences sexuelles orales (éviter de manger, d'avaler)**
 - ▶ **avec une restriction alimentaire pour éviter de prendre du poids par rapport à des violences psychologiques et verbales concernant l'aspect physique «tu n'es qu'une grosse vache»...**
 - ▶ **avec une restriction alimentaire pour éviter de prendre du poids par rapport à un corps qui ne doit pas rappeler celui qui a subi les violences sexuelles quand celles-ci ont eu lieu avant 4-5 ans quand les enfants ont encore des rondeurs, ou par rapport au corps de l'agresseur s'il était corpulent ; ou pour éviter que son corps devienne féminin et «désirable»**
 - ▶ **des phobies alimentaires de tous les aliments qui peuvent rappeler les violences sexuelles (consistance, aspect, couleur, grosseur, odeur qui font lien avec le sexe de l'agresseur ou sa langue, avec le sperme...)**

Troubles alimentaires compulsifs dans le cadre d'allumage de la mémoire traumatique

- **les conduites d'évitement et de contrôle peuvent se présenter sous plusieurs formes dans les TCA, sous forme d'hyperphagie**
 - ▶ **pour éviter de ressentir la moindre notion de faim s'il y a eu des privations de nourriture.**
 - ▶ **pour prendre du poids pour avoir un corps qui ne rappelle pas celui qui a subi les violences sexuelles quand celles-ci ont eu lieu après 6 ans quand les enfants sont beaucoup plus minces.**
 - ▶ **pour prendre du poids pour avoir un corps qui ne soit pas «désirable» et pour se sentir imposante, impossible à attraper, à soulever ou à immobiliser.**
- **les conduites d'évitement et de contrôle peuvent se présenter sous plusieurs formes dans les TCA sous forme d'hyperphagie.**

Troubles alimentaires compulsifs dans le cadre d'allumage de la mémoire traumatique

- **les conduites dissociantes anesthésiantes peuvent se présenter sous plusieurs formes dans les TCA, sous forme d'anorexie**
 - ▶ **avec une recherche de situation de mise en danger et de stress physique extrême avec une restriction alimentaire très importante qui crée une disjonction permanente avec une anesthésie émotionnelle qui permet d'être soulagé et de ne plus ressentir son corps (dissociation) ce qui engendre une indifférence à son état**
 - ▶ **l'état de jeûn peut avoir pour fonction également de rejouer une scène proche des violences pour déclencher un état de stress qui va faire disjcter**
 - ▶ **il peut y avoir une recherche de production d'un stress important chez l'entourage qui permet également de se dissocier**

Troubles alimentaires compulsifs dans le cadre d'allumage de la mémoire traumatique

- **les conduites dissociantes anesthésiantes peuvent se présenter dans les TCA sous forme de boulimie :**
 - ▶ **avec une recherche de situation de stress physiologique avec une augmentation brutale de la glycémie qui va déclencher une disjonction avec une anesthésie émotionnelle qui permet d'être soulagé momentanément.**
 - ▶ **la boulimie peut avoir pour fonction également de rejouer une scène proche des violences pour déclencher un état de stress qui va faire disjoncter.**

Le traitement des psychotraumatismes

- **Le traitement est essentiellement psychothérapique** : mais il s'agit en urgence d'éviter le risque suicidaire, d'éviter que les violences se poursuivent, d'éviter l'allumage de la mémoire traumatique et la très grande souffrance qu'elle entraîne et ainsi de limiter les conduites à risques
- **1- de mettre en sécurité**
 - ▶ **++ d'évaluer l'urgence, le risque direct que font courir les violences et le risque suicidaire**, d'en parler ++, d'hospitaliser si nécessaire, signalement si nécessaire pour les mineurs ou les personnes vulnérables (procureur de la République), centre d'hébergement
 - ▶ **De sécuriser l'espace de vie du patient, en favorisant dans un premier temps les conduites et les stratégies d'évitement, en favorisant toutes les conduites et situations apaisantes qui ont fait leurs preuves** (++ de questionner le patient sur ce qui l'apaise), en favorisant tous les liens avec les personnes de confiance et en informant celles-ci, en leur donnant tous les outils pour mieux comprendre les conséquences psychotraumatiques des violences pour qu'elles soient à même de sécuriser et d'apaiser le patient, en les faisant prendre en charge si c'est nécessaire
 - ▶ **D'évaluer la sécurité des enfants, de s'assurer qu'ils bénéficient des soins nécessaires** : mesures de protection

Le traitement des psychotraumatismes

- **2- En donnant un traitement efficace pour soulager la souffrance psychique :**
- **3- En donnant un traitement efficace pour soulager la souffrance physique :** ++ traitement antalgique efficace associé, ++ kiné, ++ relaxation,
- **4- En donnant un traitement efficace pour éviter des montées de stress (adrénaline) trop importantes (qui vont réveiller la mémoire traumatique) :** traitement préventif par bêta-bloquant non cardio-sélectifs (avlocardyl)
- **5- En expliquant les mécanismes neuro-biologiques et en donnant toutes les informations nécessaires sur les psychotraumatismes ++ ++**

Le traitement des psychotraumatismes

- **Le traitement est essentiellement psychothérapique, psychothérapie intégrative et humaniste psychothérapie dynamique, thérapies comportementales et cognitives, corporelles avec comme principes de base (suite)**
 - ▶ **Il s'agit de réunir et en replacer toutes les pièces isolées qui vont permettre de reconstruire l'événement traumatique en évitant la sidération, avec cette fois-ci un accompagnement, une chronologie retrouvée et une élaboration de grilles de lecture, de représentations, d'interprétation et d'intégration qui vont être efficaces pour moduler et éteindre les réponses émotionnelles sans le recours à la disjonction et rendre ainsi inutiles les conduites d'évitement et les conduites dissociantes. La mémoire traumatique "démunie", "désamorcée" va pouvoir être réintégrée dans une mémoire explicite narrative et autobiographique libérant l'espace psychique, l'arrêt des conduites dissociantes va permettre une récupération neurologique (neurogénèse) et la récupération d'un sentiment de cohérence et d'unité, de "retrouvaille avec soi-même". Dans les études récentes quand les patients vont mieux on voit sur les IRM et les SCANNER une augmentation du volume de l'hippocampe qui signe une repousse neuronale, les atteintes neuronales ne sont pas définitives +++**

Le traitement des psychotraumatismes

- **le travail psychothérapeutique se fait en identifiant, en comprenant puis en reliant chaque manifestation de la mémoire traumatique aux violences dont elle est la réminiscence, ce qui permet de la différencier (de séparer ce qui revient à la victime et ce qui appartient à l'agresseur), de contextualiser et de réintroduire des représentations mentales qui permettent de rétablir un contrôle émotionnel efficace sur la mémoire traumatique et de pouvoir ainsi la désamorcer.** Ce travail de déminage permet de créer suffisamment de sécurité pour qu'il soit possible de "revisiter" pas à pas le vécu des violences, de toutes les violences, dont très souvent les premières remontent à l'enfance.
- **Il s'agit de "réparer" l'effraction psychique initiale, la sidération psychique liée à l'irreprésentabilité des violences (Van der Kolk, 1991 ; Foa, 2006) pour que le vécu puisse devenir intégrable, car mieux représentable, mieux compréhensible, en mettant des mots sur chaque situation, sur chaque comportement, chaque réaction, chaque émotion, en analysant avec justesse le contexte ainsi que le comportement et la stratégie de l'agresseur.** Cette analyse poussée permet au cerveau associatif et à l'hippocampe de reprendre le contrôle des réactions de l'amygdale cérébrale, de rétablir des connexions neurologiques et d'encoder la mémoire traumatique émotionnelle pour la transformer en mémoire autobiographique consciente et contrôlable (Nijenhuis, 2004).

Le traitement des psychotraumatisme

- **Il est essentiel d'aider le patient à se « re-narcissiser », à retrouver une estime de soi , à reprendre confiance dans ses compétences cognitives et professionnelles, dans ses capacités d'analyses, à se recréer un univers sécurisé et à faire des projets, à restaurer des liens affectifs et sociaux, à redévelopper des activités personnelles (créatives, sportives, associatives)**
- **Il est essentiel d'expliquer les mécanismes à l'oeuvre chez l'agresseur** pour permettre une meilleure compréhension de son comportement (de sa mémoire traumatique), de la position perverse d'emprise de l'agresseur (et de mieux se défendre), de nommer les agressions de faire référence à la loi et de ne plus banaliser les violences, de ne plus être fataliste face à la violence subie, de savoir que l'agresseur peut renoncer à la violence et se faire traiter
 - ▶ **Le système agresseur se construit à la fois :**
 - ☒ **sur un terrain d'inégalité et de discrimination** qui permet le recours à des stratégies d'emprise et de domination, le dominé étant au service du dominant, soumis à ses désirs, instrumentalisé pour offrir au dominant plus de confort matériel, physique, psychologique et sexuel, le domaine familial étant le lieu privilégié où cette domination peut s'exercer (sur les femmes par les hommes, sur les enfants par les adultes) avec la complicité de la société qui ferme trop les yeux sur cette violence.
 - ☒ **et sur un terrain traumatique de l'enfance**, l'agresseur va pouvoir traiter ses angoisses (que l'univers familial, en réactivant une mémoire traumatique, réveille chez lui) aux dépens des plus faibles (ceux qui sont désignés comme « inférieurs », femmes, enfants) en rejouant des scènes traumatiques de son passé mais cette fois-ci en s'identifiant à son ancien agresseur, il se permet grâce à son sentiment de supériorité et d'impunité (offert par une société inégalitaire) d'utiliser le court-circuitage de l'amygdale, que génère le survoltage créé par la crise de violence, pour se soulager grâce à la dissociation et à l'anesthésie procurées. Il n'a pas à gérer lui-même sa souffrance psychique, un ou des « esclaves » sont là pour la gérer à sa place soit en dépensant toute leur énergie pour éviter toutes les situations susceptibles de déclencher chez l'agresseur des crises, soit en cas d' « échec » en subissant la violence qui servira à le soulager.

Les violences sexuelles

- **Les violences sexuelles n'ont rien à voir avec le désir sexuel** ce sont des violences particulièrement efficaces pour exercer sur autrui **une domination, mettre en place une emprise, dégrader, détruire, réduire en esclavage, instrumentaliser** les victimes pour son confort personnel (comme « médicaments », comme « source de revenus », comme « esclave »)]
- **L'auteur des violences est seul responsable de ses actes**, les violences sont intentionnelles et le plus souvent préméditées, la victime est piégée dans un scénario qui ne la concerne pas
- **Elles sont utilisées comme armes de guerre** (de plus en plus), comme **instruments de tortures, comme armes de domination, d'esclavage, de soumission et de prise de possession** du corps et du psychisme des victimes
- **Tout comme la torture la dégradation, l'humiliation, l'atteinte à la dignité humaine génèrent chez les victimes un sentiment de mort psychique et de réification**, elles se perçoivent comme des survivantes et même comme des « mortes vivantes » réduites à des objets, leur vie devient un enfer

Les violences sexuelles

- **Les hommes (majoritairement mais des femmes aussi) peuvent s'autoriser à exercer des violences sexuelles dans le cadre d'un rapport de domination et d'instrumentalisation sur les enfants et les femmes, le plus souvent en toute impunité (en France moins de 10% des viols (12 000/120 000) font l'objet d'une plainte et 3% d'un jugement et 1% d'une condamnation 1200/120 000), parce que notre société inégalitaire banalise voir tolère ces violences**
- **Ces violences sexuelles des adultes sur les enfants et des hommes sur les femmes sont le plus souvent des conduites dissociantes et anesthésiantes, d'auto-traitement. Elles sont une drogue et génèrent une véritable addiction qui permet aux agresseurs d'échapper à une souffrance psychique liée à une mémoire traumatique provenant le plus souvent par de violences subies dans l'enfance.**
- **Ces violences sexuelles sont tellement omniprésentes qu'elles parasitent gravement les relations amoureuses entre les hommes et les femmes du fait des stéréotypes véhiculés mais aussi des symptômes psychotraumatiques qui brouillent les représentations sur la sexualité des hommes et des femmes.**

Le déni et la culture du viol

- **La culture du viol est définie par l'adhésion d'une société à de nombreux mythes sur le viol.**
 - ▶ Lonsway et Fitzgerald (1994) ont défini les mythes sur le viol comme étant des : « Attitudes et croyances généralement fausses, mais répandues et persistantes, permettant de nier et de justifier l'agression sexuelle masculine contre les femmes ».
- **On peut regrouper ces attitudes et croyances en trois catégories :**
 - ▶ 1 « *Il ne s'est rien produit* » : un certain nombre de mythes promeuvent l'idée que les femmes accusent souvent les hommes à tort de viol.
 - ▶ 2 « *Elle l'a voulu ou elle a aimé* » : ce sont les mythes prétendant qu'une femme qui dit « non » pense « oui » ; que la violence est sexuellement excitante pour les femmes ; que la victime aurait pu résister si vraiment elle n'était pas consentante.
 - ▶ 3 « *Elle l'a bien mérité ou cherché* » : ce sont les mythes comme « Elle était habillée de manière trop sexy » ou « Elle marchait seule la nuit ». *Elle ne s'est pas assez protégée*

Un crime ou un délit parfait ?

- **Au total le plus souvent c'est la victime qui est considérée comme coupable, à devoir se justifier :**
 - ▶ **si elle n 'a pas dénoncée les violences sexuelles et/ou l'agresseur** d'être pénible, difficile, tout le temps mal, à se plaindre, à s'isoler, d'être en échec scolaire, professionnel, amoureux, d' avoir des conduites à risques qui font qu'elle est jugée très négativement
 - ▶ **Et si elle a dénoncée les violences sexuelles et/ou les agresseurs** d'être une menteuse, d'exagérer, de ne pas avoir le sens de l'humour, d'être méchante, égoïste, perverse, de l'avoir bien cherché, de ne pas avoir fait ce qu'il fallait pour l'éviter : « tu aurais du ... », « pourquoi tu as fait? »
- **L'auteur des agressions lui est considéré comme innocent :** soit victime d'une machination, soit c'était un jeu, de l'humour, soit il était tout simplement amoureux, soit ce n'est pas de sa faute : il a des pulsions, la victime l'a provoqué, il avait bu, il ne s'est pas rendu compte, il n'a pas compris que la victime n'était pas consentante..... Il bénéficie des symptômes psychotraumatiques présenté par la victime à la fois pour se disculper mais aussi pour agresser en toute sécurité.

Contre le déni et la loi du silence

- **Pour contrecarrer cette loi du silence, cette inversion des culpabilités, cette banalisation, cette injustice terrible, cette atteinte à la dignité et aux droits les plus fondamentaux des personnes**
 - ▶ **Il faut identifier les violences sexuelles, y penser devant un mal-être et des conduites à risques, il faut que les professionnels du social et de la santé posent systématiquement la question : avez-vous subi des violences sexuelles? En les définissant.**
 - ▶ **Il faut savoir écouter et libérer la parole, la croire, dans un climat de bienveillance**
 - ▶ **Il faut rappeler la loi, la possibilité de porter plainte, se positionner contre les violences, contre le système agresseur, dire que rien de ce qu'a fait la victime ne justifie les violences**
 - ▶ **Il faut dépister les troubles psychotraumatiques, savoir évaluer la souffrance, la détresse, le danger encouru, les conduites à risques**
 - ▶ **Il faut expliquer les mécanismes à l'oeuvre dans les psychotraumatismes et le système agresseur**
 - ▶ **Il faut accompagner, soutenir, orienter, travailler en réseau**
 - ▶ **Il faut prévenir les violences sexuelles en informant, en sensibilisant, en formant les professionnels, en luttant contre les discriminations sexistes, les inégalités, en protégeant les enfants.**

Lien entre violences sexuelles dans l'enfance et prostitution

On retrouve dans toutes les études chez les personnes en situations prostitutionnelles des antécédents de violences depuis la petite enfance(étude de Mélissa Farley en 2003 dans 9 pays et 854 personnes prostituées):

- **maltraitance 59%,**
- **agression sexuelles dans l'enfance de 55% à 90%, 63% avec en moyenne 4 auteurs pour chaque enfant,**
- **la majorité des situations prostitutionnelles débutent avant 18 ans (moyenne 13-14 ans)**

Lien entre violences sexuelles dans l'enfance et prostitution

- en 1978 aux États Unis à San Francisco, une étude montre que **80% des personnes prostituées enquêtées ont été victimes de violences sexuelles : 37% d'incestes, 33% de violences sexuelles, 60% de viols**
- en 1981 aux États Unis une étude sur 200 des personnes prostituées montre que **60% avaient été maltraitées sexuellement à un âge moyen de 10 ans**
- en 1986 aux États Unis une étude montre que **60 à 65% des personnes prostituées étudiées ont subi des violences sexuelles**
- en 2003 étude de Mélissa Farley (dans 9 pays et 854 personnes prostituées) : **63% avec en moyenne 4 auteurs pour chaque enfant), début de la prostitution avant 18 ans (moyenne 13-14 ans)**
- en 2008 étude australienne : **75% des personnes prostituées ont subi des violences sexuelles avant 16 ans**
- en mars 2010 le CFCV montre dans une étude faite sur les 187 appels de personnes prostituées reçus à la permanence viols femmes-informations de 1998 à fin 2007 que **100% ont été agressées sexuellement avant d'avoir été exposées à la prostitution. 402 agresseurs ont été dénombrés soit une moyenne de 2,15 agresseurs par victime**

Chiffres des violences sexuelles

- **Enquête du Dr Gilles Lazimi en Seine Saint Denis :**

- ▶ Un médecin généraliste du Centre médical de Romainville le Dr Gilles Lazimi a questionné de façon systématique lors de consultation 100 femmes âgées de 18 à 92 ans sur le thème des violences quelque soit le motif de consultation :
- ▶ **54% déclarent avoir été victimes de violences** (49% de violences verbales; 31% de violences physiques; **21% de violences sexuelles**);
- ▶ **90% en parlaient pour la première fois à un médecin.**
- ▶ L'étude a été refaite en 2006 auprès de 51 médecins et 2 sage femmes qui ont posé, de façon systématique lors de leur consultation, 3 questions à 557 patientes pour dépister des violences verbales, physiques et sexuelles subies au cours de leur vie (quelque soit le motif de consultation) : **63% ont déclaré avoir été victimes de violences** (62,8% de violences verbales; 42,7% de violences physiques; **17,8% de violences sexuelles**);

Les conséquences sur la santé mentale

- **Plus de la moitié des victimes (55%) trouvent que l'impact des violences sur leur santé mentale a été très important.**
- L'impact sur la santé mentale est considéré comme étant plutôt important (somme de très important, important et assez important) par 95% des victimes.
- Dans le cas des victimes de viol par inceste ce chiffre monte à 98%. 98% également pour les violences subies avant l'âge de 5 ans. Plus les violences ont eu lieu tôt, plus l'impact sur la santé mentale déclaré est important.

Les conséquences sur la santé mentale

- **39% de l'ensemble des répondant.e.s ont déjà fait une tentative de suicide.** Les victimes d'agressions sexuelles (sans viol ni inceste) et les victimes de violence autre que agressions sexuelles, viol et inceste, ont moins souvent fait de tentative de suicide que la moyenne des victimes.
- En revanche les victimes d'inceste ou de viol sont plus nombreuses à avoir tenté de se suicider. 47% viol + inceste e 42% inceste sans viol, 39% viol sans inceste
- **Plus de la moitié (52%) des victimes de violences commises avant 5 ans ont tenté de se suicider.** Cette proportion tend à diminuer plus l'âge de l'agression augmente : quand les violences ont eu lieu entre 20 et 24 ans, 19% des victimes ont tenté de se suicider. Le fait d'avoir vécu des violences mineur a une influence positive sur le fait de tenter de se suicider. Les victimes adultes sont moins nombreuses à déclarer avoir tenté de se suicider.

Le site memoiretraumatique.org et compléments

- ▶ le site <http://memoiretraumatique.org/> est un site d'information mis en ligne par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, destiné aux professionnels et au grand public. Il comprend des articles, des informations, la plaquette en téléchargement, des conduites à tenir en cas de violences, un annuaire de ressources, une bibliographie, etc.
- ▶ le blog <http://stopauxviolences.blogspot.com/> où sont publiés de nombreux articles et informations.
- ▶ le blog <http://stopaudeni.com> où sont publiés des témoignages et aussi les campagnes de l'association

CAMPAGNES STOP AU DENI

www.stopaudeni.com
www.memoiretraumatique.org

2014

CLIP : ET POURTANT C'ÉTAIT UN VIOL...
PÉTITIONS

2015

ENQUÊTE : IMPACT DES VIOLENCES
SEXUELLES DE L'ENFANCE
À L'ÂGE ADULTE

2016

ENQUÊTE : LES FRANÇAIS-E-S
ET LES REPRÉSENTATIONS SUR
LE VIOL ET LES
VIOLENCES SEXUELLES



**STOP
AU
DENI**

**Le viol a des conséquences
traumatiques similaires à la
torture.**

Sans aide et sans reconnaissance
du crime qu'elle a subi, elle revivra
sans cesse cette scène.

www.stopaudeni.com

SOYONS SOLIDAIRES
N'abandonons pas les victimes de violences.
www.memoiretraumatique.org

 MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

Photo : Katia Kozanik

IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES DE L'ENFANCE À L'ÂGE ADULTE

DÉNI DE PROTECTION, DE RECONNAISSANCE
ET DE PRISE EN CHARGE : ENQUÊTE NATIONALE
AUPRÈS DES VICTIMES.

ASSOCIATION MÉMOIRE TRAUMATIQUE ET VICTIMOLOGIE
Mars 2015



IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES DE L'ENFANCE À L'ÂGE ADULTE

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE - MARS 2015

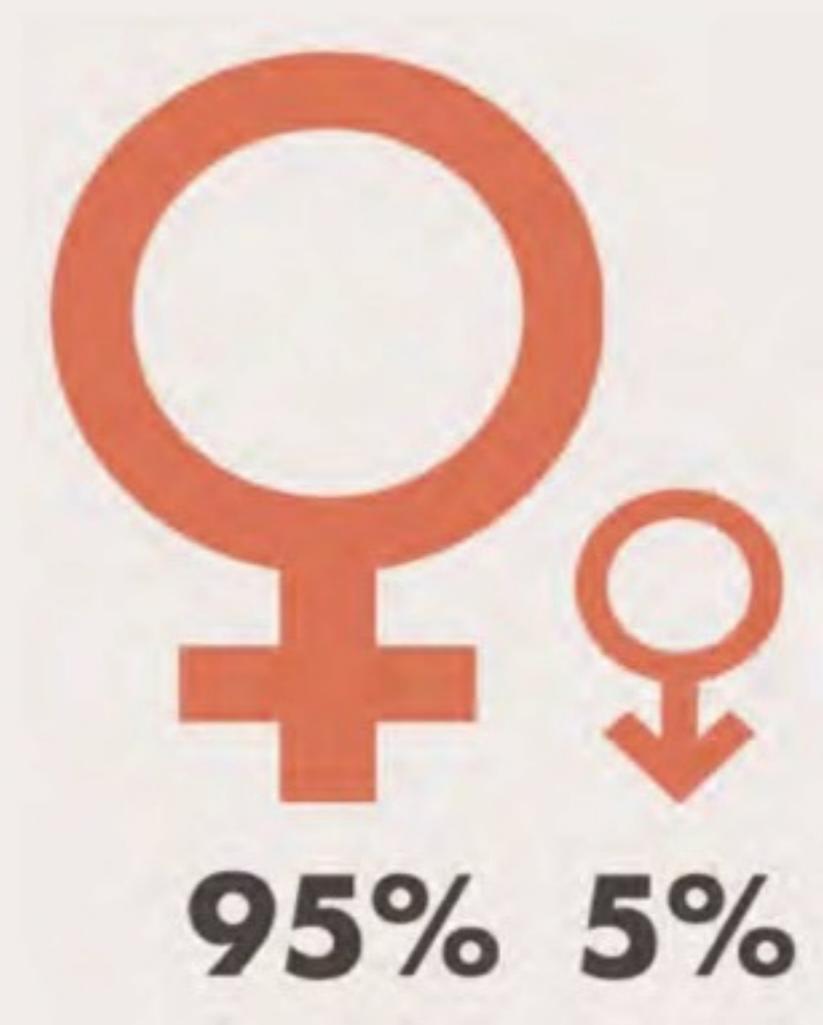
L'ENQUÊTE

MÉTHODOLOGIE

- **Une enquête conduite auprès des victimes : une grande première**
- 1214 répondant-e-s
- 184 questions, dont 122 fermées et 62 ouvertes
- Auto-administration par ordinateur
- Précautions de traitement et d'analyse

LES VICTIMES ET LES VIOLENCES SUBIES QUI SONT LES RÉPONDANT-E-S

- 95% de femmes (1153), 5% d'hommes (61)
- Âgé-e-s de 15 à 72 ans, les tranches d'âge les plus représentées sont les 25-44 ans
- 49% en activité et 25% en situation de précarité (chômage, RSA, arrêt maladie, invalidité)
- La proportion d'hommes en situation de précarité est de 31%



PROTECTION ET JUSTICE

MESURES DE PROTECTION

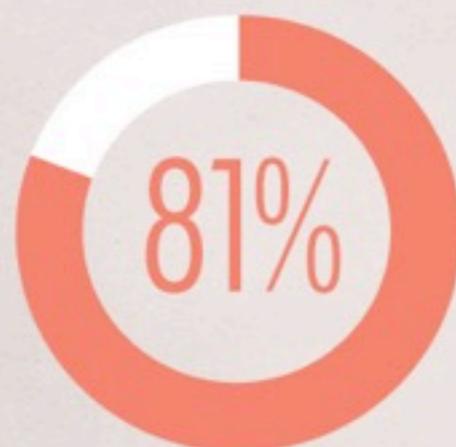
- **83%** des victimes déclarent n'avoir jamais été protégées
- Parmi les personnes interrogées qui ont porté plainte, **67%** n'ont jamais bénéficié de mesures de protection, et près de **70%** lorsqu'elles étaient mineures au moment des faits
- seules **4%** des victimes agressées dans l'enfance rapportent avoir été prises en charge par l'Aide sociale à l'enfance.
- « [J'aurais eu besoin] d'une prise en charge complète et effective de mon cousin, qui lui aurait évité de recommencer. [J'aurais eu besoin de] l'acceptation d'une plainte, plutôt que d'enregistrer seulement "une déposition", car même si nous étions tous les deux mineurs de moins de 13 ans, il a été en capacité de me violer à plusieurs reprises. »

VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

ENQUÊTE DE RECONNAISSANCE
IMPACT & PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES
ENQUÊTE AUPRÈS DES VICTIMES



LES ENFANTS SONT LES PRINCIPALES VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES



Dans 81% des cas
les violences sexuelles
DÉBUTENT AVANT 18 ANS



AVANT 11 ANS
POUR 1 VICTIME SUR 2



AVANT 6 ANS
POUR 1 VICTIME SUR 5



70% des victimes
subiront au moins
UNE AUTRE AGRESSION
À CARACTÈRE SEXUEL
au cours de leur vie

Source :

Enquête nationale (France) auprès des victimes, *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2014



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

Soyons solidaires,
n'abandonnons pas les victimes de violences
www.stopaudeni.com

#EndViolence

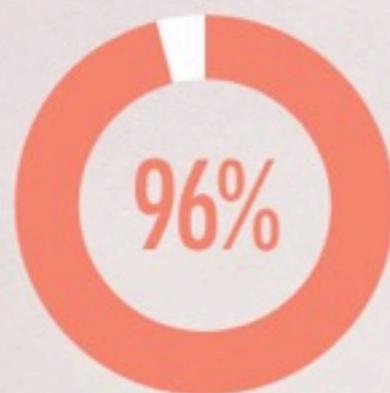
Avec le soutien de
unicef 

VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

ENQUÊTE DE RECONNAISSANCE
IMPACT & PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES
ENQUÊTE AUPRÈS DES VICTIMES



DE LOURDES CONSÉQUENCES



Des conséquences sur
LA SANTÉ MENTALE
pour 96% des victimes agressées dans l'enfance

flash-backs **troubles du sommeil** stress
perte d'espoir **idées suicidaires** dépression **anxiété**
phobies **perte d'estime de soi** hypervigilance

1 victime sur **2**
agressée dans l'enfance
A TENTÉ DE
SE SUICIDER



Des conséquences sur
LA SANTÉ PHYSIQUE
pour 69% des victimes agressées dans l'enfance

pathologies de l'appareil uro-génital
migraines **fibromyalgie** troubles gastro-intestinaux
douleurs chroniques maladies auto-immunes
papillomavirus **dysfonctionnements thyroïdiens** cancers
affections dermatologiques **troubles alimentaires**
fatigue chronique



1 GROSSESSE **5**
consécutives
à un viol sur
AFFECTE UNE
MINEURE

Source :

Enquête nationale (France) auprès des victimes, *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2014



Soyons solidaires,
n'abandonnons pas les victimes de violences
www.stopaudeni.com

#EndViolence

Avec le soutien de
unicef

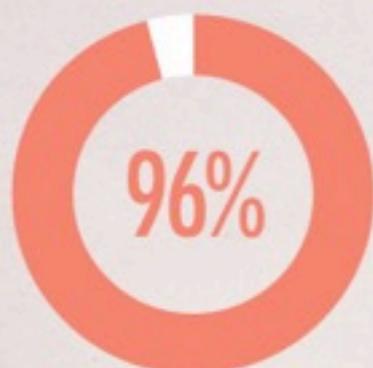


VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

ENQUÊTE DE RECONNAISSANCE
IMPACT & PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES
ENQUÊTE AUPRÈS DES VICTIMES



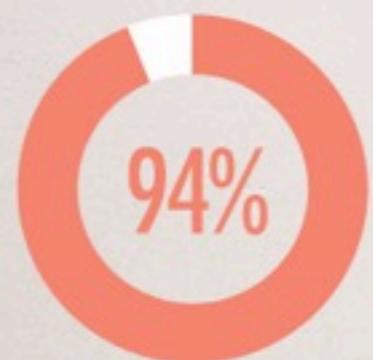
QUI SONT LES AGRESSEURS ?



Dans 96% des cas
**LES AGRESSEURS SONT
DES HOMMES**



1 agresseur sur 4
EST MINEUR



Dans 94% des cas
**LES AGRESSEURS SONT
DES PROCHES**



1 enfant sur 2 est agressé par
UN MEMBRE DE SA FAMILLE

68%

des agresseurs mineurs
**COMMETTENT
DES VIOLS**

Source :

Enquête nationale (France) auprès des victimes, *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2014



Soyons solidaires,
n'abandonnons pas les victimes de violences
www.stopaudeni.com

#EndViolence

Avec le soutien de
unicef



1.

VIOLENCES SEXUELLES

QUI SONT LES AGRESSEURS?



Les agresseurs
sont **DES HOMMES**
dans 97% des cas



Les agresseurs
sont **DES PROCHES**
dans 91% des cas

LORSQUE LA VICTIME EST MAJEURE :



1 viol sur 2
est le fait d'un
PARTENAIRE



Les violences sexuelles
ont lieu **AU SEIN**
DU COUPLE
dans 58% des cas



1 victime sur 5
a été agressée
DANS LE CADRE
DU TRAVAIL

Enquête nationale auprès des victimes, *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*,
Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2014.


ENQUÊTE DE RECONNAISSANCE
IMPACT & PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES
ENQUÊTE AUPRÈS DES VICTIMES

SOYONS SOLIDAIRES,
N'ABANDONNONS PAS
LES VICTIMES DE VIOLENCES
www.stopaudeni.com


MÉMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

AVEC LE SOUTIEN DE L'UNICEF



2.

VIOLENCES SEXUELLES

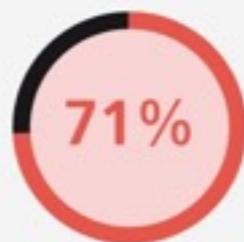
UN IMPACT IMPORTANT



1 victime de viol sur 2 a TENTÉ DE SE SUICIDER



Le risque de **TENTATIVE DE SUICIDE** est **7 fois plus élevé** chez les victimes de violences sexuelles que dans la population générale



71% des victimes déclarent UN IMPACT IMPORTANT À TRÈS IMPORTANT SUR LEUR QUALITÉ DE VIE lorsque l'agresseur est un partenaire



1 victime sur 2 s'est retrouvée en SITUATION DE PRÉCARITÉ OU D'EXCLUSION SOCIALE suite aux violences

Enquête nationale auprès des victimes, *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2014.

3.

VIOLENCES SEXUELLES

DE LOURDES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ



Des **CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ MENTALE** pour **95% des victimes**



1 victime sur 2 est sujette à des **TROUBLES ADDICTIFS**



Des **CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE** pour **69% des victimes**



1 viol sur 12 entraîne une **GROSSESSE**

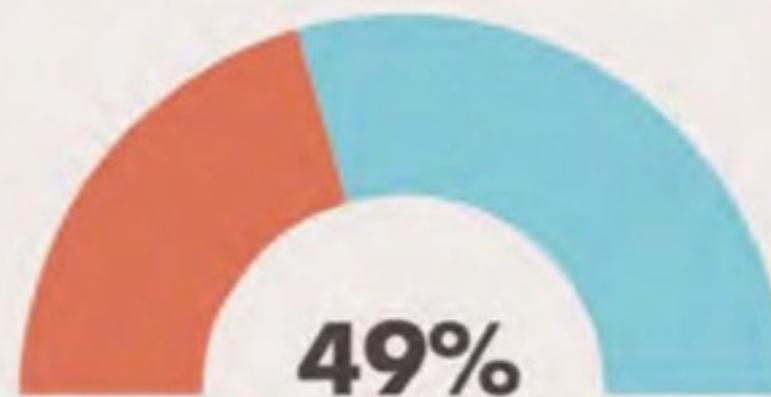


25% des victimes enceintes suite à un viol mènent **LA GROSSESSE À SON TERME**

Enquête nationale auprès des victimes, *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2014.

LES CONSÉQUENCES PRÉCARITÉ DES VICTIMES

- des périodes de chômage sont rapportées par **37%** des répondant-e-s
- **Les victimes de violences sexuelles ont un risque de se retrouver en situation de précarité multiplié par 3 par rapport à la population générale ***



DES VICTIMES ONT TRAVERSÉ
DES PÉRIODES DE PRÉCARITÉ
ET D'EXCLUSION SOCIALE

**1 VICTIME
SUR 2**



A INTERROMPU SA
CARRIÈRE
PROFESSIONNELLE
SUITE AUX
VIOLENCES

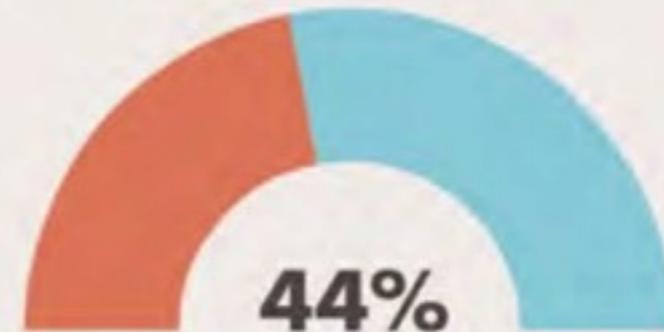
* En France, 18,4% de la population est confrontée à la pauvreté et à l'exclusion

Source : Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, *Crise économique, marché du travail et pauvreté*, Rapport 2011-2012, ONPES, 2012, p.29.

LES CONSÉQUENCES

IMPACT SUR LA VIE

- **Un impact important sur la qualité de vie :**
 - pour **65%** des victimes
 - pour **80%** des victimes de violences sexuelles conjugales
 - pour **83%** des victimes de viol en situation d'inceste
- **Un impact très important sur la vie affective pour 1 victime sur 2**
- **52%** des répondant-e-s déclarent un impact très important sur leur vie familiale.



DES VICTIMES DÉCLARENT UN SENTIMENT DE SOLITUDE MAXIMAL



CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE

- Les victimes de violences sexuelles présentent fréquemment des troubles alimentaires et addictifs dans le cadre de conduites dissociantes.
- **Plus d'un tiers (36%)** des répondant-e-s déclarent avoir souffert de troubles alimentaires anorexiques et **29%** de troubles alimentaires boulimiques.
- **48%** des répondant-e-s rapportent également des conduites addictives (alcool, tabac, drogues, jeux...) et plus d'un tiers mentionnent des compulsions sexuelles et des conduites sexuelles à risques (35%) ainsi que des conduites auto-agressives (34%).



CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ MENTALE

- Les répondant-e-s sont **58%** à évaluer leur souffrance mentale actuelle due aux violences comme importante
- Et **64%** à l'avoir estimée comme maximale au moment où elle a été la plus importante.
- Les symptômes associés aux violences sont multiples

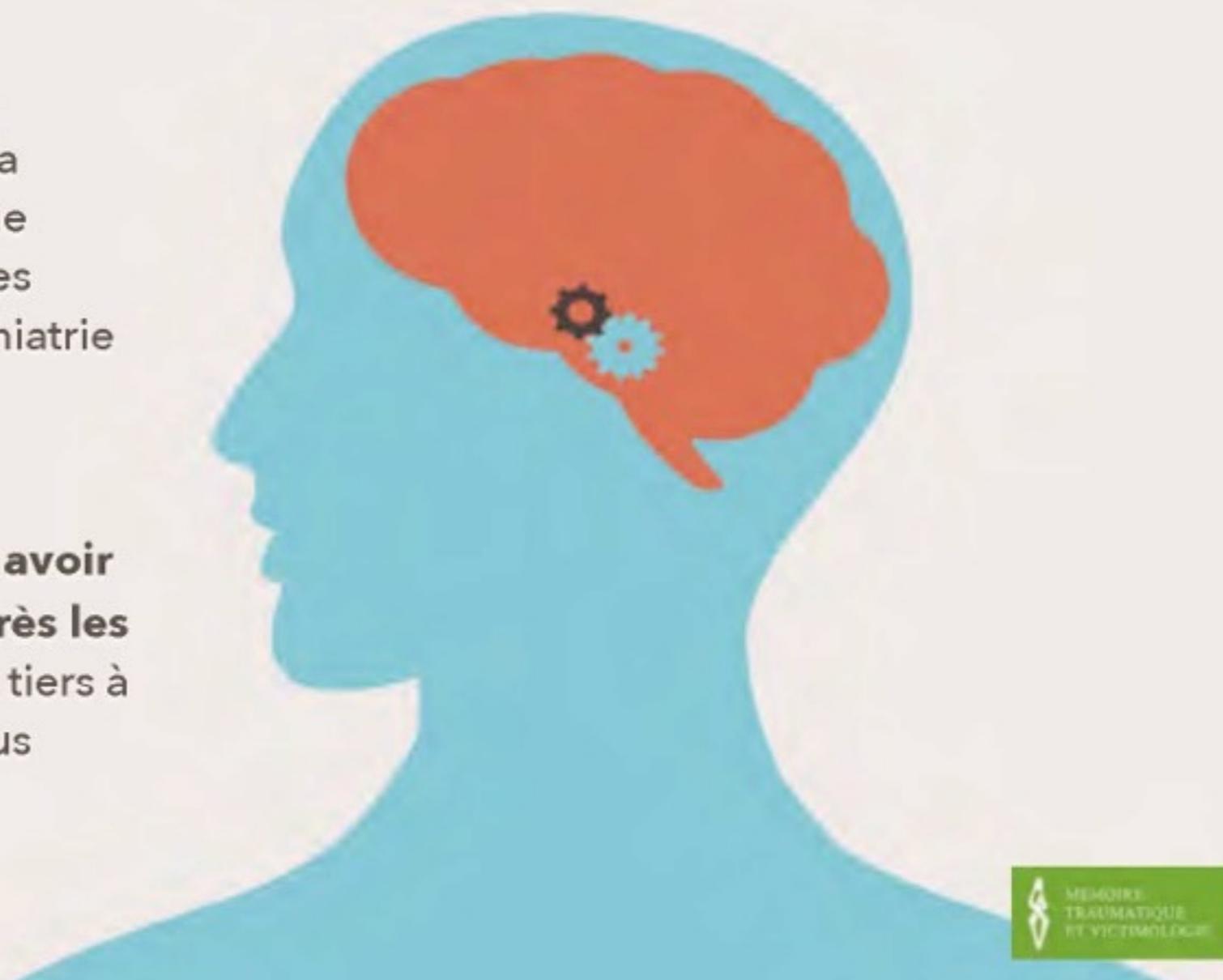
STRESS FLASH-BACKS **ANXIÉTÉ**
IDÉES **SUICIDAIRES** DÉPRESSION
PERTE D'ESTIME DE SOI
AMNÉSIES **TROUBLES DU SOMMEIL**
PERTE D'ESPOIR **PHOBIES** HYPERVIGILANCE



CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ MENTALE

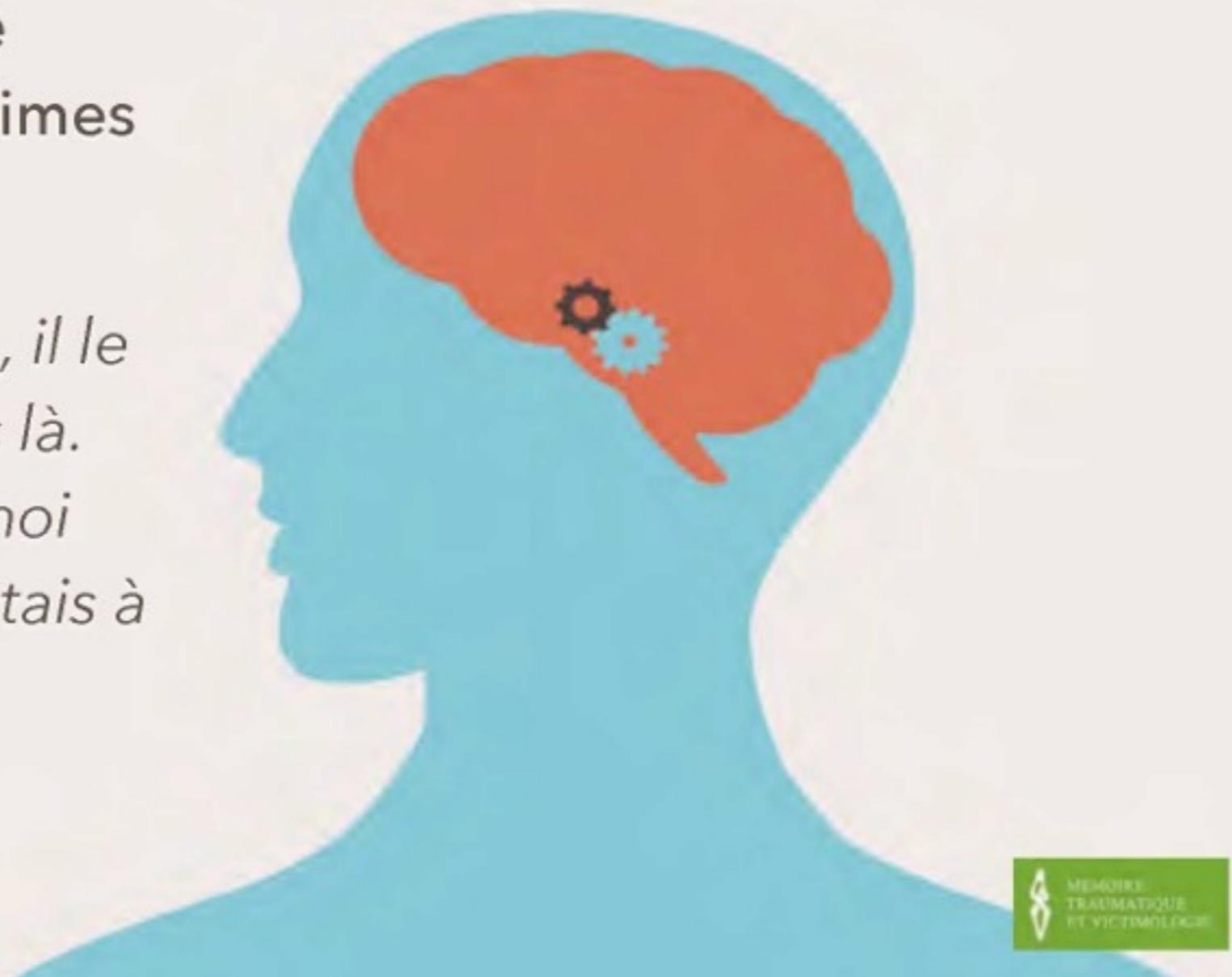
- **10%** des victimes rapportent avoir souffert de « **bouffées délirantes** » et **16%** d'**hallucinations** (auditives, olfactives, visuelles, sensitives). Ces symptômes, qui sont fortement liés à la réactivation de la mémoire traumatique peuvent malheureusement conduire les victimes à une hospitalisation en psychiatrie et/ou à être diagnostiquées comme souffrant de troubles psychotiques
- **16%** des répondant-e-s rapportent avoir été **hospitalisé-e-s en psychiatrie** après les **violences sexuelles subies**, plus d'un tiers à plusieurs reprises et plus d'un tiers sous contrainte.



CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ MENTALE

- Une anesthésie émotionnelle est rapportée par plus de deux tiers (**68%**) des victimes
- *« Complètement. Pour supporter l'insupportable, il le fallait bien. Je n'étais plus là. Je me regardais. C'était moi que je voyais mais moi j'étais à l'extérieur. »*



PROTECTION ET JUSTICE

MESURES DE PROTECTION

- **83%** des victimes déclarent n'avoir jamais été protégées
- Parmi les personnes interrogées qui ont porté plainte, **67%** n'ont jamais bénéficié de mesures de protection, et près de **70%** lorsqu'elles étaient mineures au moment des faits
- seules **4%** des victimes agressées dans l'enfance rapportent avoir été prises en charge par l'Aide sociale à l'enfance.
- « [J'aurais eu besoin] d'une prise en charge complète et effective de mon cousin, qui lui aurait évité de recommencer. [J'aurais eu besoin de] l'acceptation d'une plainte, plutôt que d'enregistrer seulement "une déposition", car même si nous étions tous les deux mineurs de moins de 13 ans, il a été en capacité de me violer à plusieurs reprises. »

PROTECTION ET JUSTICE

MESURES DE PROTECTION

- Les répondant-e-s insistent sur le fait qu'**il faudrait que les professionnel-le-s soient formé-e-s à faire le lien entre un mal-être persistant et d'éventuelles violences subies**, afin de mieux dépister les situations de violences sexuelles.
- « [J'aurais eu besoin] *que pendant mon enfance, mon adolescence, les enseignants, par exemple, soient plus à l'écoute, plus formés et fassent le lien entre mon mal-être et un danger à la maison...* »

PROTECTION ET JUSTICE

LE DÉPÔT DE PLAINTE

- **380 répondant-e-s ont porté plainte, soit 31%**
- *« J'ai tenté de porter plainte pour le deuxième viol subi à 18 ans par l'homme inconnu, trois jours après les faits, mais les policiers ont refusé d'enregistrer ma plainte, mettant en doute ma version des faits, exerçant des pressions pour que je renonce. »*
- Les répondant-e-s portent majoritairement plainte pour être reconnues comme victimes et empêcher l'agresseur de faire de nouvelles victimes
- **82% des victimes ont mal vécu leur dépôt de plainte**

PROTECTION ET JUSTICE

LE DÉPÔT DE PLAINTE

- **82%** des victimes ont mal vécu leur dépôt de plainte
- *« Enfermer une enfant de 14 ans devant un représentant de la loi qui la traite de menteuse et qui lui dit que si elle continue à raconter ce genre de connerie elle finira en prison est inadmissible... J'ai pensé au suicide. »*

PROTECTION ET JUSTICE

L'ENQUÊTE

- **Parmi les 380 répondant-e-s ayant porté plainte, 77% rapportent avoir mal vécu l'enquête policière, les auditions et la procédure judiciaire.**
- *« Quant à l'enquête toujours en cours, il faut savoir qu'à ce jour elle n'a uniquement pour objet que de passer ma vie et ma vie sexuelle au crible. L'auteur n'a toujours pas été inquiété. »*
- *« Auditions en gendarmerie traumatisantes. Maltraitance psychologique et verbale de leur part. Cinq heures d'audition sans pause en essayant de me faire me contredire ou me dédire, me disant que j'allais briser son couple, sa vie... Lui n'a été entendu que 40 minutes ! »*
- *« Pendant la confrontation en gendarmerie ils m'ont laissée seule avec lui [l'agresseur] dans le bureau pendant dix minutes sans aucune surveillance... »*

PROTECTION ET JUSTICE

LE PROCÈS

- **Parmi les victimes qui sont allées jusqu'au procès, 89% d'entre elles déclarent l'avoir mal vécu**
- *« La procédure est longue et c'est douloureux de toujours devoir se répéter sur les faits et donc psychologiquement j'ai revécu ce viol à chaque fois. Je me suis sentie humiliée à chaque moment de cette procédure. »*
- *« Les avocats qui minimisent les faits en disant que c'est sa parole contre la mienne et que le doute profite à l'accusé. Ça me révolte. On a l'impression que c'est le violeur la victime. »*

PROTECTION ET JUSTICE

UN SENTIMENT D'INJUSTICE

- Prescription et correctionnalisation des viols
- **81%** des répondant-e-s pensent que la justice n'a pas joué son rôle
- *« Le manque de compétences et la culpabilisation de la victime sont pour mon expérience systématiques, je n'ai aucune confiance dans le système. »*
- **82%** des répondant-e-s estiment ne pas avoir été protégé-e-s par la justice ou de façon très insuffisante

PROTECTION ET JUSTICE

UN SENTIMENT D'INJUSTICE

- **les répondant-e-s qui ont affirmé qu'ils ou elles ne s'étaient pas senti-e-s reconnu-e-s comme victimes par la police et la justice ont eu plus tendance à tenter de se suicider que les autres.**
- Le parcours judiciaire est vu comme une « seconde peine »



DES VICTIMES NE SE SONT PAS SENTIES RECONNUES PAR LA POLICE ET LA JUSTICE

PROTECTION ET JUSTICE

LE DÉSIR DE RECONNAISSANCE

- Malgré le tableau effrayant qu'elles dressent de la prise en charge judiciaire des violences sexuelles, **62% des victimes seraient prêtes à porter plainte à nouveau si c'était à refaire.**
- Ce chiffre peut s'expliquer par les motivations invoquées pour la plainte : l'espoir d'être reconnue comme victime et la préoccupation pour le sort des autres victimes.

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE

- **Une anesthésie physique est rapportée par de nombreux-ses répondant-e-s.** Plus d'un tiers des répondant-e-s évoquent un seuil de résistance accru à la douleur, les conduisant parfois à laisser évoluer certaines pathologies pendant un long laps de temps avant de consulter un médecin.
- *« Je ne ressens pas les douleurs physiques ce qui m'empêche d'entendre les alertes de santé (péritonite etc.) et a pour conséquence que les médecins banalisent toujours mes symptômes. »*
- *« J'ai pu marcher avec une fracture du fémur pendant 3 semaines. »*



4.

VIOLENCES SEXUELLES

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE



**78% des victimes
N'ONT PAS PU BÉNÉFICIER
D'UNE PRISE EN CHARGE
D'URGENCE**



**Parmi les victimes de viol prises
en charge en urgence, 84%
N'ONT PAS BÉNÉFICIÉ D'UNE
CONTRACEPTION D'URGENCE**



**Un tiers des victimes
N'ONT PAS TROUVÉ
DE PSYCHIATRE OU DE
PSYCHOTHÉRAPEUTES
FORMÉ-E-S à la prise en charge
des violences sexuelles**



**Les soins gynécologiques,
dentaires et kinésithérapiques
(manipulation du corps)
sont CONSIDÉRÉS COMME TRÈS
ANXIOGÈNES par les victimes**

Enquête nationale auprès des victimes, *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*,
Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2014.

Les insuffisances de la prise en charge médicale

- 78% des répondant-e-s n'ont pas eu de prise en charge en urgence
- 1 victime sur 5 parle pour la 1ère fois à un professionnel de santé
- pour 1/3 il n'a pas été possible de trouver des psychiatres ou des psychothérapeutes formés à la prise en charge des violences
- 41% rapportent que les praticiens n'ont pas recherchés ou diagnostiqués des troubles psychotraumatiques et dans 2/3 des cas qu'ils n'ont pas expliqué que les conséquences se soignaient
- une psychose a été diagnostiquée chez près d'1 victime sur 5
- 50% des soins n'ont pas été centrés sur les violences subies
- 50% jugent négativement les soins reçus
- 41% considèrent que certains soins ont été maltraitants

Les victimes mettent 13 ans en moyenne pour trouver une prise en charge adaptée

ENQUÊTE « LES FRANÇAIS-E-S ET LES REPRÉSENTATIONS
SUR LE VIOL ET LES VIOLENCES SEXUELLES »

MÉMOIRE TRAUMATIQUE ET VICTIMOLOGIE



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

POURQUOI UNE TELLE ENQUÊTE

- ▶ Le déni du viol et la mise en cause des victimes sont encore très répandus : trop de personnes y adhèrent et diffusent des idées fausses qui nuisent gravement aux victimes et garantissent l'impunité aux agresseurs.
- ▶ Pour la première fois en France, il s'agissait d'établir une photographie précise des représentations que les Français-e-s peuvent avoir sur le viol et les violences sexuelles pour :
 - évaluer l'impact des campagnes d'information et de sensibilisation sur cette thématique ;
 - analyser sur quels axes prioritaires les efforts doivent être développés afin de mieux lutter contre ces violences.

FICHE TECHNIQUE

- ▶ Une enquête réalisée par IPSOS pour l'association Mémoire Traumatique et Victimologie

FICHE TECHNIQUE



ÉCHANTILLON

1 001 personnes constituant un échantillon représentatif de la population française âgée de 18 ans



DATES DE TERRAIN

Du **25** novembre au **2** décembre 2015.



MÉTHODE

Échantillon interrogé **Internet**
Méthode des quotas : sexe, âge, profession, catégorie



LES CONSÉQUENCES DE LA CULTURE DU VIOL

LES VIOLS SONT FRÉQUENTS



Illustration par Laurence de Beauport

EN FRANCE,
1 FEMME SUR 6 ET 1 HOMME SUR 20
DÉCLARENT AVOIR SUBI DES VIOLS OU DES
TENTATIVES DE VIOL AU COURS DE LEUR VIE

SEULES 10% DES VICTIMES
PORTENT PLAINTE SUITE AUX VIOLS
OU TENTATIVES DE VIOL SUBIS

LES VIOLS SONT PEU DÉNONCÉS



Illustration par Laurence de Beauport

LES VOLEURS RESTENT IMPUNIS



Illustration par Laurence de Beauport

SEULS 1% DES VIOLS
FONT L'OBJET D'UNE CONDAMNATION

POUR 4 FRANÇAIS-E-S SUR 10,
LA RESPONSABILITÉ DU VOLEUR EST
ATTÉNUÉE SI LA VICTIME A EU UNE
ATTITUDE PROVOCANTE EN PUBLIC
OU A FLIRTÉ AVEC LUI

LES VICTIMES SONT MISES EN CAUSE



Illustration par Denis Bort et Mirella Jorgic de Beauport



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

www.memoiretraumatique.org
www.stopauviol.com

SOURCES :

Enquête - Contexte de la sexualité en France - ICSP, INSERM-INED, 2004.
Enquête - Cadre de Vie et Sécurité 2010-2015 -, INSEE-DGDRP.
Bilan annuel - Criminologie et délinquance enregistrées en 2012 - ONDRP 2012.
Enquête - Les Français-e-s et les représentations sur le viol -, Mémoire Traumatique et Victimologie-IPSS, 2015.

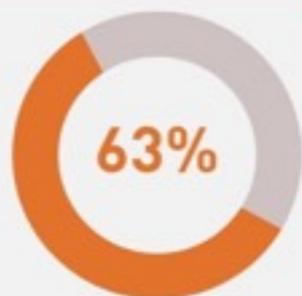
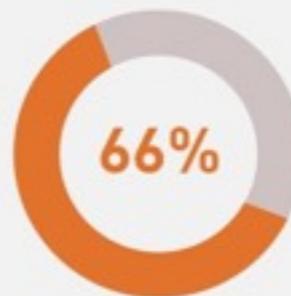


DES STÉRÉOTYPES SEXISTES QUI PERDURENT

2 TIERS DES FRANÇAIS-E-S ESTIMENT QUE
LES HOMMES ONT UNE SEXUALITÉ PLUS
SIMPLE QUE LES FEMMES



SEXISME



63% DES FRANÇAIS-E-S CONSIDÈRENT
QU'IL EST PLUS DIFFICILE POUR LES
HOMMES QUE POUR LES FEMMES DE
MAÎTRISER LEUR DÉsir SEXUEL

SEXISME

3 QUARTS DES FRANÇAIS-E-S ESTIMENT
QUE LES FEMMES ONT PLUS TENDANCE À
CONSIDÉRER COMME VIOLENTS DES
ÉVÉNEMENTS QUE LES HOMMES
NE PERÇOIVENT PAS COMME TELS

SEXISME



1 FRANÇAIS-E SUR 4 CONSIDÈRE QUE
DANS LE DOMAINE SEXUEL, LES FEMMES
NE SAURAIENT PAS VRAIMENT CE QU'ELLES
VEULENT PAR RAPPORT AUX HOMMES

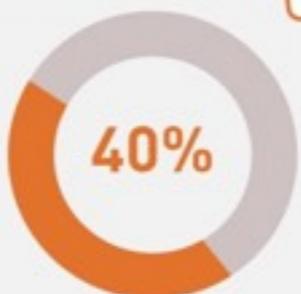
SEXISME



UNE FORTE ADHÉSION À LA CULTURE DU VIOL

1 FRANÇAIS-E SUR 5 CONSIDÈRE QUE BEAUCOUP DE FEMMES QUI DISENT « NON » À UNE PROPOSITION DE RELATION SEXUELLE VEULENT EN FAIT DIRE « OUI »

CULTURE DU VIOL

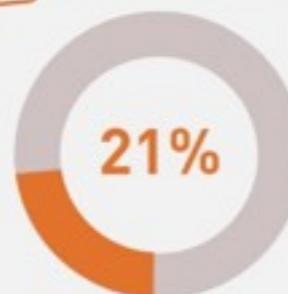


40% DES FRANÇAIS-E-S ESTIMENT QUE SI LA VICTIMÉ A EU UNE ATTITUDE PROVOCANTE EN PUBLIC, CELA ATTÉNUÉ LA RESPONSABILITÉ DU VIOLEUR

CULTURE DU VIOL

1 FRANÇAIS-E SUR 5 JUGE QUE LORS D'UNE RELATION SEXUELLE, LES FEMMES PEUVENT PRENDRE DU PLAISIR À ÊTRE FORCÉES

CULTURE DU VIOL



29% DES FRANÇAIS-E-S PENSENT QU'À L'ORIGINE D'UN VIOL, IL Y A SOUVENT UN MALENTENDU

CULTURE DU VIOL



LA MISE EN CAUSE DES VICTIMES DE VIOL

POUR 27% DES FRANÇAIS-E-S
CELA ATTÉNUÉ LA RESPONSABILITÉ
DU VIOLEUR SI LA VICTIME PORTAIT
UNE TENUE SEXY (MINI-JUPE, DÉCOLLETÉ)



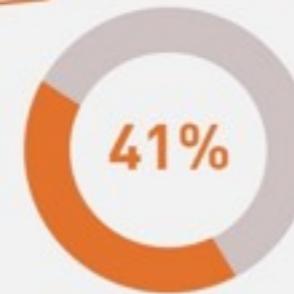
VICTIM-BLAMING*



POUR 15% DES FRANÇAIS-E-S, UNE
VICTIME EST EN PARTIE RESPONSABLE
DE SON VIOL SI ELLE A ACCEPTÉ DE
SE RENDRE SEULE CHEZ UN INCONNU

VICTIM-BLAMING*

4 FRANÇAIS-E-S SUR 10 ESTIMENT QUE
SI L'ON SE DÉFEND VRAIMENT AUTANT QUE
L'ON PEUT ET QUE L'ON CRIE, ON FAIT
LE PLUS SOUVENT FUIR LE VIOLEUR



VICTIM-BLAMING*



1 FRANÇAIS-E SUR 4 CONSIDÈRE QUE
SI L'ON RESPECTE CERTAINES RÈGLES
SIMPLES DE PRÉCAUTION ON N'A QUASIMENT
AUCUN RISQUE D'ÊTRE VICTIME DE VIOL

VICTIM-BLAMING*



LA MÉCONNAISSANCE DE LA DÉFINITION LÉGALE DU VIOL

1 FRANÇAIS-E SUR 4 CONSIDÈRE QUE FORCER UNE PERSONNE À FAIRE UNE FELLATION N'EST PAS UN VIOL, MAIS UNE AGRESSION SEXUELLE

FAUX



1 FRANÇAIS-E SUR 4 CONSIDÈRE QUE RÉALISER UN ACTE DE PÉNÉTRATION AVEC LE DOIGT SUR UNE PERSONNE QUI LE REFUSE N'EST PAS UN VIOL

FAUX

PLUS D'1 FRANÇAIS-E SUR 5 ESTIME QU'IL N'Y A PAS VIOL LORSQUE LA PERSONNE CÈDE QUAND ON LA FORCE

FAUX



17% DES FRANÇAIS-E-S ESTIMENT QUE FORCER SA CONJOINTE À AVOIR UN RAPPORT SEXUEL ALORS QU'ELLE LE REFUSE N'EST PAS UN VIOL

FAUX

« TOUT ACTE DE PÉNÉTRATION SEXUELLE, DE QUELQUE NATURE QU'IL SOIT, COMMIS SUR LA PERSONNE D'AUTRUI PAR VIOLENCE, CONTRAINTE, MENACE OU SURPRISE EST UN VIOL. » - ARTICLE 222-23 DU CODE PÉNAL

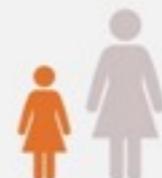


LA MÉCONNAISSANCE DES STATISTIQUES DU VIOL

57% DES FRANÇAIS-E-S CONSIDÈRENT QUE C'EST À L'ADOLESCENCE QU'UN VIOL A LE PLUS DE RISQUE D'INTERVENIR :

PAS SI VRAI

Source : Enquête « Les Français-e-s et les représentations sur le viol », Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015.



51% DES VICTIMES DÉCLARENT AVOIR SUBI LES PREMIÈRES VIOLENCES SEXUELLES AVANT 11 ANS, ET 81% AVANT 18 ANS

Enquête « Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte », Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015.



90% DES VIOLS SONT COMMIS PAR DES PROCHES DE LA VICTIME

Enquête « Cadre de Vie et Sécurité 2010-2015 », INSEE-ONDORP.

44% DES FRANÇAIS-E-S CONSIDÈRENT QUE C'EST PAR UN INCONNU QUE L'ON COURT LE PLUS DE RISQUE D'ÊTRE VIOLÉ-E

FAUX

Source : Enquête « Les Français-e-s et les représentations sur le viol », Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015.

65% DES FRANÇAIS-E-S PENSENT QU'IL Y AURAIT MOINS DE 50 000 VIOLS CHAQUE ANNÉE EN FRANCE

FAUX

98 000 VIOLS ET TENTATIVES DE VIOL SONT RECENSÉS CHAQUE ANNÉE EN FRANCE SUR LES 18-75 ANS, DONT 84 000 SUR DES FEMMES. CE CHIFFRE NE TIENT PAS COMPTE DES MINEUR-E-S, QUI, SELON LES ESTIMATIONS, SERAIENT 154 000 À ÊTRE VICTIMES DE VIOLS ET TENTATIVES DE VIOL CHAQUE ANNÉE

Enquête « Cadre de Vie et Sécurité 2010-2015 », INSEE-ONDORP.



SEULES 10% DES VICTIMES DE VIOL PORTENT PLAINTE

Enquête « Cadre de Vie et Sécurité 2010-2015 », INSEE-ONDORP.

47% DES FRANÇAIS-E-S ESTIMENT QUE LES VICTIMES DE VIOL PORTENT PLAINTE DANS 25% DES CAS

FAUX

Source : Enquête « Les Français-e-s et les représentations sur le viol », Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015.



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

www.memoiretraumatique.org
www.stopaudent.com

SOURCE : Enquête « Les Français-e-s et les représentations sur le viol », Mémoire Traumatique et Victimologie-IPSOS, décembre 2015.



UNE RECONNAISSANCE DE L'IMPACT DES VIOLS

95% DES FRANÇAIS-E-S CONSIDÈRENT QUE LES VIOLENCES SEXUELLES ONT DE GRAVES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES VICTIMES

VRAI

www.memoiretraumatique.org



PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES MALADIES AUTO-IMMUNES
BOULERS CHRONIQUES CANCER TROUBLES NEUROLOGIQUES
TROUBLES ANXIÉUX PATHOLOGIES PULMONAIRES TROUBLES
DU SOMMEIL INSOMNIE HYPERVOLANCE IDÉES SUICIDAIRES
TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES
HYPERFONCTIONNEMENTS THYROÏDIENS DÉPRESSION
MIGRAINES FATIGUE CHRONIQUE FIBROMYALGIE

UN IMPACT SUR LA SANTÉ MENTALE POUR **95%** DES VICTIMES, SUR LA SANTÉ PHYSIQUE POUR **69%** D'ENTRE ELLES.

Enquête - Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte - Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015.



1 VICTIME SUR 2 EST SUJETTE À DES TROUBLES ADDICTIFS

Enquête - Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte - Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015.

81% DES FRANÇAIS-E-S ESTIMENT QUE LES VICTIMÉS DE VIOL ONT PLUS DE RISQUES DE DÉVELOPPER DES CONDUITES ADDICTIVES OU DES TROUBLES PSYCHIQUES

VRAI

www.memoiretraumatique.org

67% DES FRANÇAIS-E-S JUGENT QU'IL EST IMPOSSIBLE DE SE REMETTRE D'UN VIOL.

FAUX

LES CONSÉQUENCES PSYCHOTRAUMATIQUES DES VIOLENCES SEXUELLES NE SONT PAS IRRÉMÉDIABLES, **DES SOINS ADAPTÉS PERMETTENT DE LES TRAITER**

SALMONA, Marjolaine - Violences sexuelles. Les 48 questions-réponses incontournables - Paris, Dunod, 2015.



83% DES VICTIMES N'ONT REÇU AUCUNE PROTECTION

78% N'ONT PAS PU BÉNÉFICIER D'UNE PRISE EN CHARGE EN URGENCE

1 VICTIME SUR 3 N'A PAS PU TROUVER DE PSYCHOTHÉRAPEUTE FORMÉ-E

Enquête - Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte - Mémoire Traumatique et Victimologie, 2015.

72% DES FRANÇAIS-E-S ESTIMENT QUE, DANS L'ENSEMBLE, LES VICTIMES DE VIOL NE SONT PAS BIEN SOIGNÉES ET PROTÉGÉES

VRAI

www.memoiretraumatique.org



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

www.memoiretraumatique.org
www.stopaufeni.com

SOURCE : Enquête - Les Français-e-s et les représentations sur le viol - Mémoire Traumatique et Victimologie-IPSOS, décembre 2015.

RECOMMANDATIONS

1/ Mettre en œuvre une vraie politique de lutte contre ces violences :

- ▶ un plan national spécifique,
- ▶ un observatoire national spécifique pour recenser et faire des études afin d'améliorer la connaissance des violences sexuelles, mais aussi renforcer la prévention de ces violences

2/ Créer des campagnes d'information et de sensibilisation à destination du grand public pour :

- ▶ déconstruire les idées fausses et tous les stéréotypes qui alimentent la culture du viol
- ▶ améliorer la prévention
- ▶ améliorer la connaissance de la loi et des droits des personnes
- ▶ donner des outils de compréhension pour expliquer les réactions des victimes
- ▶ informer sur les conséquences des violences sexuelles sur la santé mentale et physique

RECOMMANDATIONS

3/ Former les professionnel-le-s susceptibles d'être en contact avec des victimes de violences sexuelles :

- ▶ pour améliorer la prévention et le dépistage en population générale
- ▶ améliorer la protection et la prise en charge des victimes

4/ Une prévention des violences sexistes et sexuelles et une éducation à l'égalité femme-homme et au respect des droits des personnes dès le plus jeune âge

5/ Prendre en compte de la gravité des conséquences sur la santé des victimes :

- ▶ avec le renforcement de la formation des professionnel-le-s de la santé
- ▶ et la création immédiate par décret de centres de soins et d'accueil en urgence spécifiques et pluridisciplinaires pour toutes les victimes de violences sexuelles sur l'ensemble du territoire

RECOMMANDATIONS

6/ Créer un observatoire national sur l'impact des violences sexuelles sur la santé, et sur l'accompagnement et le soin des victimes

- ▶ voué à la conduite de programmes de recherche et de collecte de données

7/ Lutter contre l'impunité des agresseurs et pour l'amélioration et l'application effective des lois

8/ Créer une charte en concertation avec les différents médias d'information et de production de contenu

- ▶ afin qu'ils ne participent plus à la diffusion de représentations sexistes, de stéréotypes et d'idées fausses concernant les violences sexuelles

CAMPAGNE

STOP AU DENI

SITE stopaudeni.com

PETITIONS

QUESTIONNAIRE

D'ÉVALUATION

DU PARCOURS DE SOINS

DES VICTIMES DE

VOLENCES SEXUELLES



**STOP
AU
DENI**

**Le viol a des conséquences
traumatiques similaires à la
torture.**

Sans aide et sans reconnaissance
du crime qu'elle a subi, elle revivra
sans cesse cette scène.

www.stopaudeni.com



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

SOYONS SOLIDAIRES

N'abandonnons pas les victimes de violences.

www.memoiretraumatique.org

Dr Muriel Salmona

VIOLENCES SEXUELLES

Les 40 questions-réponses incontournables

Qui sait que 81% des victimes de violences sexuelles ont subi les premières violences avant l'âge de 18 ans ? Qui sait qu'une femme sur 5 et un homme sur 14 ont subi des agressions sexuelles dans leur vie ? que plus de 250 000 viols sont commis chaque année en France essentiellement par des proches et dans tous les milieux sociaux ?

Qui sait que l'impact des violences sexuelles sur la santé des victimes est majeur à court, moyen et long termes ?

Dénoncer les idées fausses, le déni et la loi du silence, demander que les droits des personnes victimes soient respectés, pour qu'elles soient protégées, reconnues et soignées, donner des outils pour mieux les comprendre et en être solidaires, c'est l'objectif de ce livre qui fournit des réponses claires :

- aux questions que personne *ne devrait plus* se poser ;
- mais aussi aux questions que tout le monde devrait se poser.

Un livre qui éclaire d'un jour nouveau un dossier encore trop souvent tabou.



Muriel Salmona est psychiatre, psychotraumatologue, chercheuse et formatrice en psychotraumatologie et en victimologie. Présidente et fondatrice de l'association Mémoire traumatique et Victimologie. Elle a publié en 2013 Le livre noir des violences sexuelles (Dunod).

www.memoiretraumatique.org



xxxxx
ISBN 978-2-100000000



Couverture : Aelster Didier Thimonier

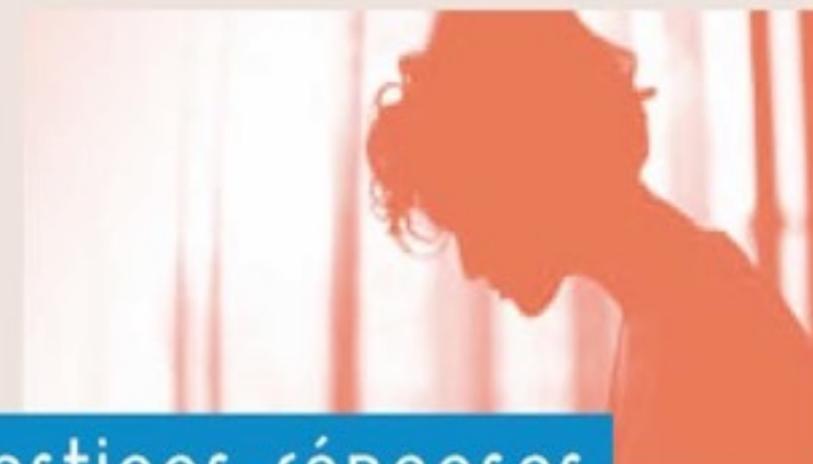


Dr Muriel Salmona

VIOLENCES SEXUELLES
Les 40 questions-réponses incontournables

Dr Muriel Salmona

VIOLENCES SEXUELLES



Les 40 questions-réponses
incontournables





Les Français et les représentations sur le viol
Décembre 2015

Enquête commandée par l'association

Préparé pour Mémoire traumatique et victimologie
Par Etienne MERCIER & Anthony BAREA

GAME CHANGERS

LES ACTUALITÉS DE L'ASSOCIATION

[Toutes les actualités](#)

ACTUALITÉS

Haïce aux essées !



• POURQUOI INTERDIRE LA FESSÉE ?

Le 02 janvier 2017

Le texte de la chronique de Muriel Salmona sur [Allo docteurs](#) [ici](#) (vidéo en bas de la page d'accueil)

ACTUALITÉS

CHÂTIMENTS CORPORELS ET VIOLENCES ÉDUCATIVES



• LE NOUVEAU LIVRE DE MURIEL SALMONA

Le 14 septembre 2016

Châtiments corporels et violences éducatives, Pourquoi il faut les interdire en 20 questions réponses

ACTUALITÉS



• LE RAPPORT IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES DE L'ENFANCE À L'ÂGE ADULTE

Le 02 mars 2015

Qui sont les victimes de violences sexuelles ? Quel est l'impact de ces violences ? Quelles prises en charge, quelle protection

DONS



SOUTENEZ L'ASSOCIATION

ARTICLES DE LA DOCTEUR MURIEL SALMONA

[Voir les articles](#)

- Introduction
- Mécanismes
- Conséquences
- La mémoire traumatique en bref
- Dissociation traumatique
- Conduites à risque
- Troubles cognitifs



ARTICLES DE LA
DOCTEUR MURIEL
SALMONA

Voir les articles

DOCUMENTS À
TÉLÉCHARGER



MÉCANISMES

Page élaborée à partir des travaux du Dr Muriel Salmona sur les mécanismes psychologiques et neurobiologiques psychotraumatiques.

Tous droits réservés, demander l'autorisation de l'auteur drmsalmona@gmail.com avant toute reproduction sur internet ou sur les supports traditionnels.

RÉSUMÉ

Animation présentée par le magazine de la santé de France 5 sur les mécanismes psychotraumatiques lors d'un viol

[Voir le lien externe](#)

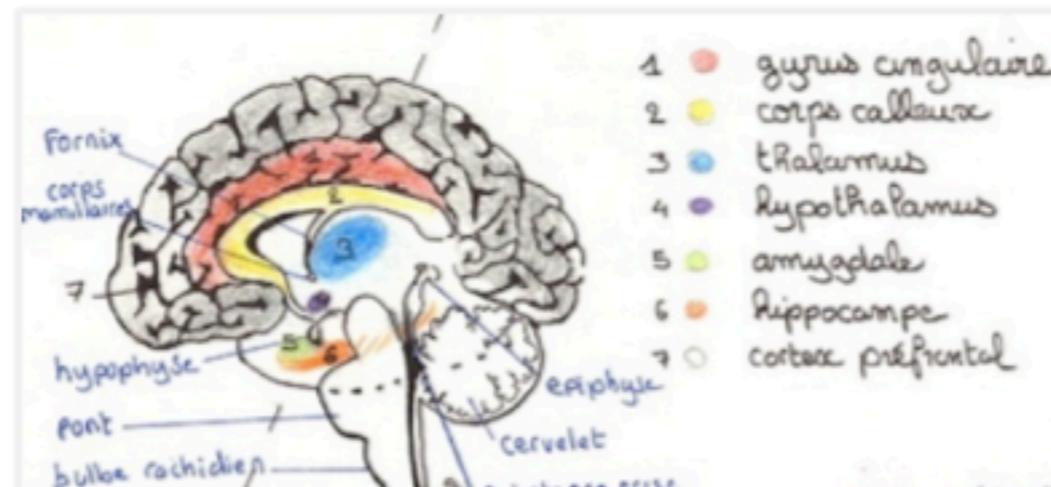
• DÉFINITION

• DESCRIPTION DE LA RÉPONSE ÉMOTIONNELLE

La réponse émotionnelle est initiée et contrôlée par un groupe de structures cérébrales : **LE SYSTÈME LIMBIQUE**.

Ce système limbique joue donc **un rôle essentiel dans les émotions mais aussi dans la mémoire**. Il est formé de : la région septale, le fornix, les hippocampes, les amygdales cérébrales, les zones corticales suivantes : le cortex pré-frontal, cingulaire, parahippocampique.

La **structure principale qui contrôle l'expression des réponses émotionnelles** (réponse de défense de l'organisme, changements physiologiques, réactions comportementales) est l'**AMYGDALE**, petite structure cérébrale sous-corticale, elle est aussi **le siège de la mémoire émotionnelle** dite implicite (c'est à dire non consciente).





- Introduction
- Combattre les violences
- Violences physiques
- Violences psychologiques
- Violences sexuelles
- Violences faites aux femmes
- Violences faites aux enfants
- Violences conjugales
- Violences éducatives
- Terrorisme et attentats



ARTICLES DE LA
DOCTEUR MURIEL
SALMONA

Voir les articles

VIOLENCES CONJUGALES

Page rédigée par le Dr Muriel Salmona, août 2010. Pour en savoir plus lire également :

Articles de la Dre Salmona

La grossesse à l'épreuve des violences conjugales paru dans *Violences conjugales et famille*, ouvrage supervisé par Coutanceau R et Salmona M., Paris, Dunod, 2016.

Comprendre l'emprise pour mieux protéger les victimes de violences conjugales paru dans *Violences conjugales et famille*, ouvrage supervisé par Coutanceau R et Salmona M., Paris, Dunod, 2016

Le changement dans la psychothérapie des femmes victimes de violences conjugales paru dans *Psychothérapie et éducation : la question du changement*, ouvrage collectif sous la direction de R. Coutanceau et J. Smith, Paris, Dunod, 2015.

Grossesse et violences conjugales : impact sur l'enfant, décembre 2008, paru en Belgique dans le n°59 de la revue de l'Observatoire

Articles de la Dre la Dr Judith Trinquart

Prise en charge à l'UMJ des femmes victimes de violences conjugales paru dans *Violences conjugales et famille*, ouvrage supervisé par Coutanceau R et Salmona M., Paris, Dunod, 2016.

Articles de Sokhna Fall

Mauvais conjoint, bon parent ? paru dans *Violences conjugales et famille*, ouvrage supervisé par Coutanceau R et Salmona M., Paris, Dunod, 2016.

- GÉNÉRALITÉS
- LES CHIFFRES
- PROCESSUS, MÉCANISMES ET CONSÉQUENCES
- PRÉVENIR, DÉPISTER ET PROTÉGER - LA LOI
- VIOLENCES CONJUGALES PENDANT LA GROSSESSE
- IMPACT DES VIOLENCES CONJUGALES SUR LES ENFANTS
- MAUVAIS CONJOINT, BON PARENT ?
- DEUX VERSIONS DE CE DERNIER ARTICLE



- Télévisions et radios
- Campagnes
- Autres vidéos



RETROUVEZ-NOUS
SUR TWITTER



Muriel Salmons a retweeté

Ingrid Darroman
@IngridDarroman

On suit
@PayeTonBahut
Elles témoignent du sexisme
des violences ds les étab sco
Elles sont aussi là
facebook.com/payetonbahut/
#outesouries

4h

Muriel Salmons a retweeté

OpalePublic
@OpalePublic

@AndreasBescond ça avait été suivi
d'une conférence de @memoiretrauma
youtu.be/s3C_NO2iVUs

YouTube @YouTube

TÉLÉVISIONS ET RADIOS

9 JANVIER 2017 MODIFIER LES DÉLAIS DE PRESCRIPTION POUR LES CRIMES SEXUELS SUR LES MINEURS



• Texte de cette chronique : http://www.francetvinfo.fr/sante/soigner/abus-sexuels-allonger-les-dela-is-de-prescription-pour-les-mineurs_2009645.html • 09 janvier 2017

7 JANVIER 2017 ALLONGER LES DÉLAIS DE PRESCRIPTION POUR LES CRIMES SEXUELS SUR LES MINEURS



- Télévisions et radios
- Campagnes
- Autres vidéos



RETROUVEZ-NOUS
SUR TWITTER



Muriel Salmons a retweeté

Ingrid Darroman
@IngridDarroman

On suit
@PayeTonBahut
Elles témoignent du sexisme
des violences ds les étab sco
Elles sont aussi là
facebook.com/payetonbahut/
#toutesunies

4 h

Muriel Salmons a retweeté

OpalePublic
@OpalePublic

@AndreaBescond ça avait été suivi
d'une conférence de @memoiretrauma
youtu.be/s3C_NO2tVUs

YouTube @YouTube

AUTRES VIDÉOS

FOCUS 1 - LA SIDÉRATION PSYCHIQUE LORS DES VIOLENCES SEXUELLES



• 2 vidéos par Marinette • 16 août 2016

FOCUS 2 - LA SIDÉRATION : POUR ALLER PLUS LOIN



Étude ACE de Felitti et Anda, 2010

The Adverse Childhood Experiences (ACE Study)

Largest study of its kind ever (almost 18,000 participants)

Examined the health and social effects of adverse childhood experiences over the lifespan

Majority of participants were 50 or older (62%), were white (77%) and had attended college (72%).

ACE score des expériences négatives dans l'enfance: questionnaire

Au cours des 17 premières années de votre vie et avant l'anniversaire de vos 18 ans:

1. Un parent ou un adulte à la maison vous a-t-il **souvent ou très souvent**... dit des injures, insulté, rabaissé ou humilié?

Ou agi d'une manière qui vous faisait craindre des blessures physiques? Oui Non Si Oui entrer **1**

2. Un parent ou un adulte à la maison vous a-t-il **souvent ou très souvent** poussé, empoigné, giflé ou jeté quelque chose sur vous?

Ou frappé si fort que vous aviez des marques sur le corps ou que vous étiez blessé? Oui Non Si Oui entrer **1**

3. Un adulte ou une personne d'au moins 5 ans de plus que vous, vous a-t-il Touché ou caressé ou avez-vous touché leur corps de manière sexuelle?

Ou tenté ou a-t-il effectivement eu des rapports sexuels oraux, anaux ou vaginaux? Oui Non Si Oui entrer **1**

4. Avez-vous ressenti **souvent ou très souvent** que
Personne de votre famille ne vous aimait ou pensait que vous étiez important ou spécial.

Ou Votre famille ne faisait pas attention aux uns et aux autres, ne se sentait pas proche les uns des autres ou n'apportait pas son soutien aux uns et aux autres? Oui Non Si Oui entrer **1**

ACE score des expériences négatives dans l'enfance: questionnaire

5. Avez-vous **souvent ou très souvent** ressenti que... vous n'aviez pas assez à manger, que vous deviez porter des vêtements sales et que vous n'aviez personne pour vous protéger

Ou Vos parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin de vous ou pour vous emmener chez un médecin si vous en aviez besoin?

Oui Non Si Oui entrer **1**

6. Avez-vous perdu un parent biologique à cause d'un divorce ou d'un abandon ou pour une autre raison?

Oui Non Si Oui entrer **1**

7. Est-il arrivé que votre mère ou votre belle-mère soit **souvent ou très souvent** poussée, empoignée, giflée ou envoyait-on contre elle quelque chose?

Ou Parfois, souvent ou très souvent frappée du pied, mordue ou frappée du poing ou avec un objet dur

Ou Frappée à plusieurs reprises pendant au moins plus de quelques minutes ou menacée avec une arme à feu ou un couteau?

Oui Non Si Oui entrer **1**

ACE score des expériences négatives dans l'enfance: questionnaire

8. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui avait un problème de boisson ou était alcoolique ou était toxicomane?

Oui Non Si Oui entrer 1

9. Un membre à la maison souffrait-il d'une dépression ou d'une maladie mentale ou un membre de la maison a-t-il tenté de se suicider?

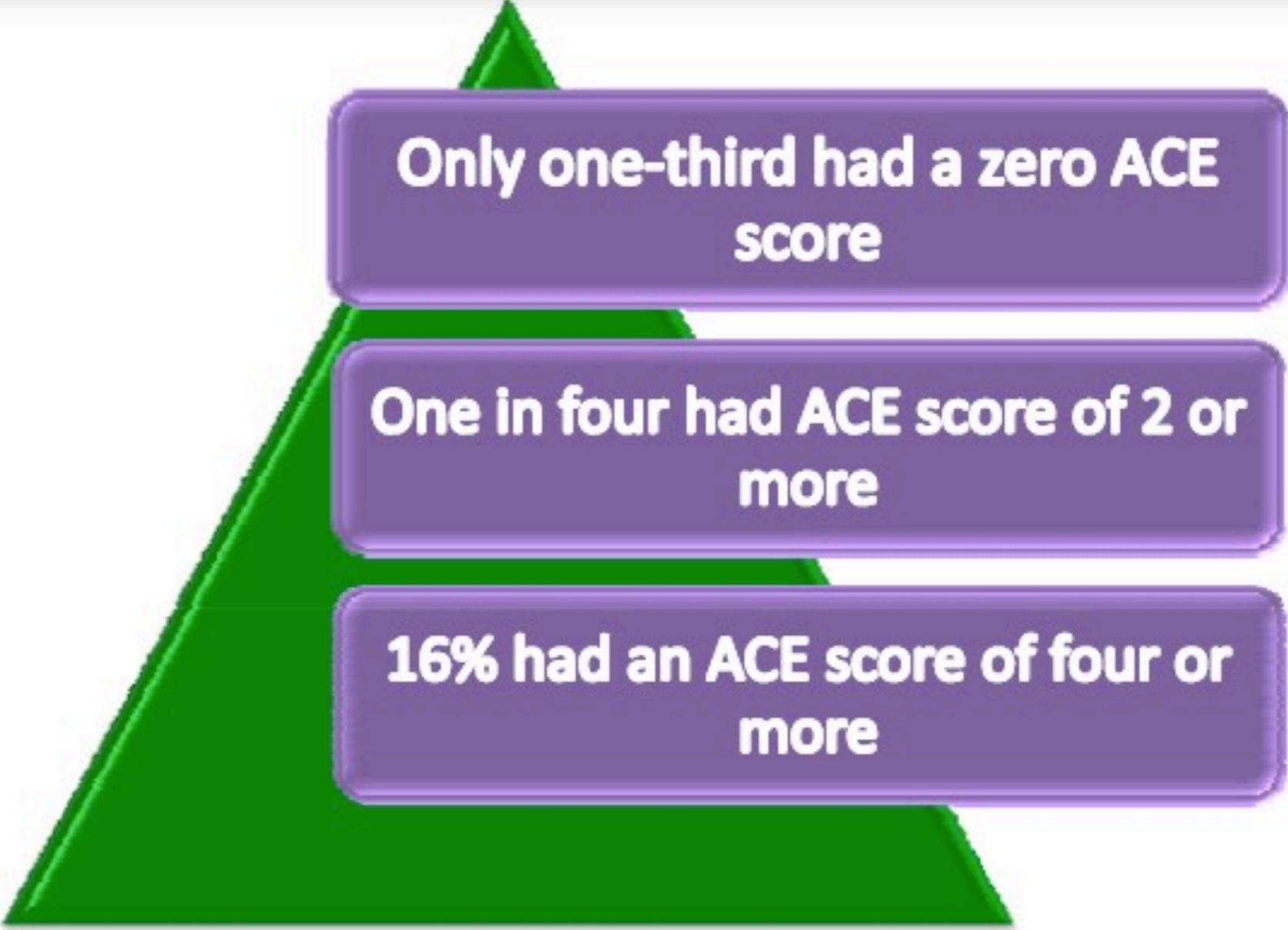
Oiu Non Si Oui entrer 1

10. Un membre de la maison a-t-il été en prison?

Oui Non Si Oui entrer 1

☒ **Maintenant additionner vos réponses "Oui": voici le résultat de votre score ACE_____**

ACE Score



Only one-third had a zero ACE score

One in four had ACE score of 2 or more

16% had an ACE score of four or more

ACE Study

Strong, graded relation to childhood adversity

Smoking

Attempted suicide

COPD

Revictimization

Heart Disease

Teen pregnancy

Diabetes

Fractures

Obesity

Promiscuity

Hepatitis

Sexually transmitted disease

Alcoholism

Poor job performance

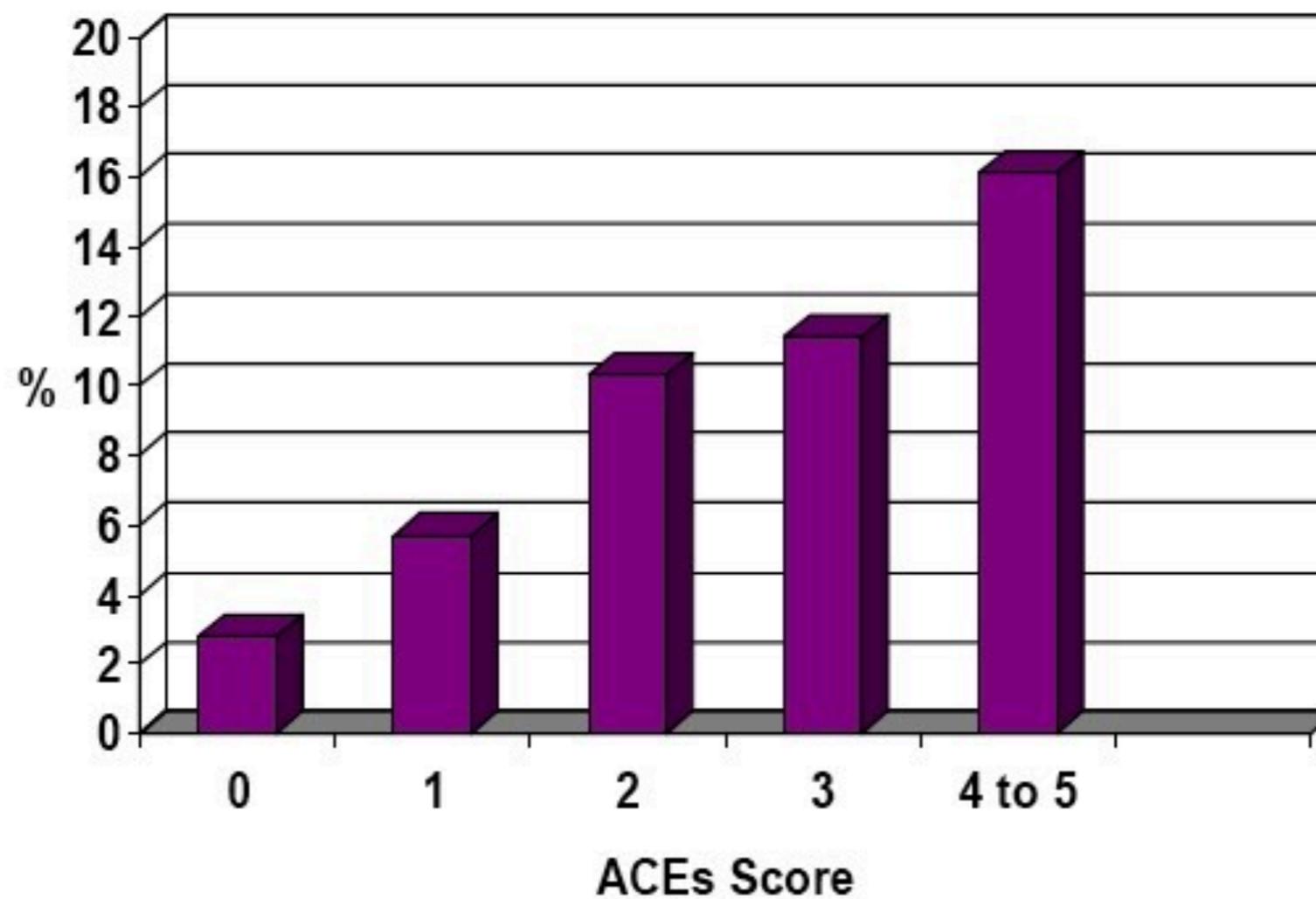
Other substance abuse

Poor self-rated health

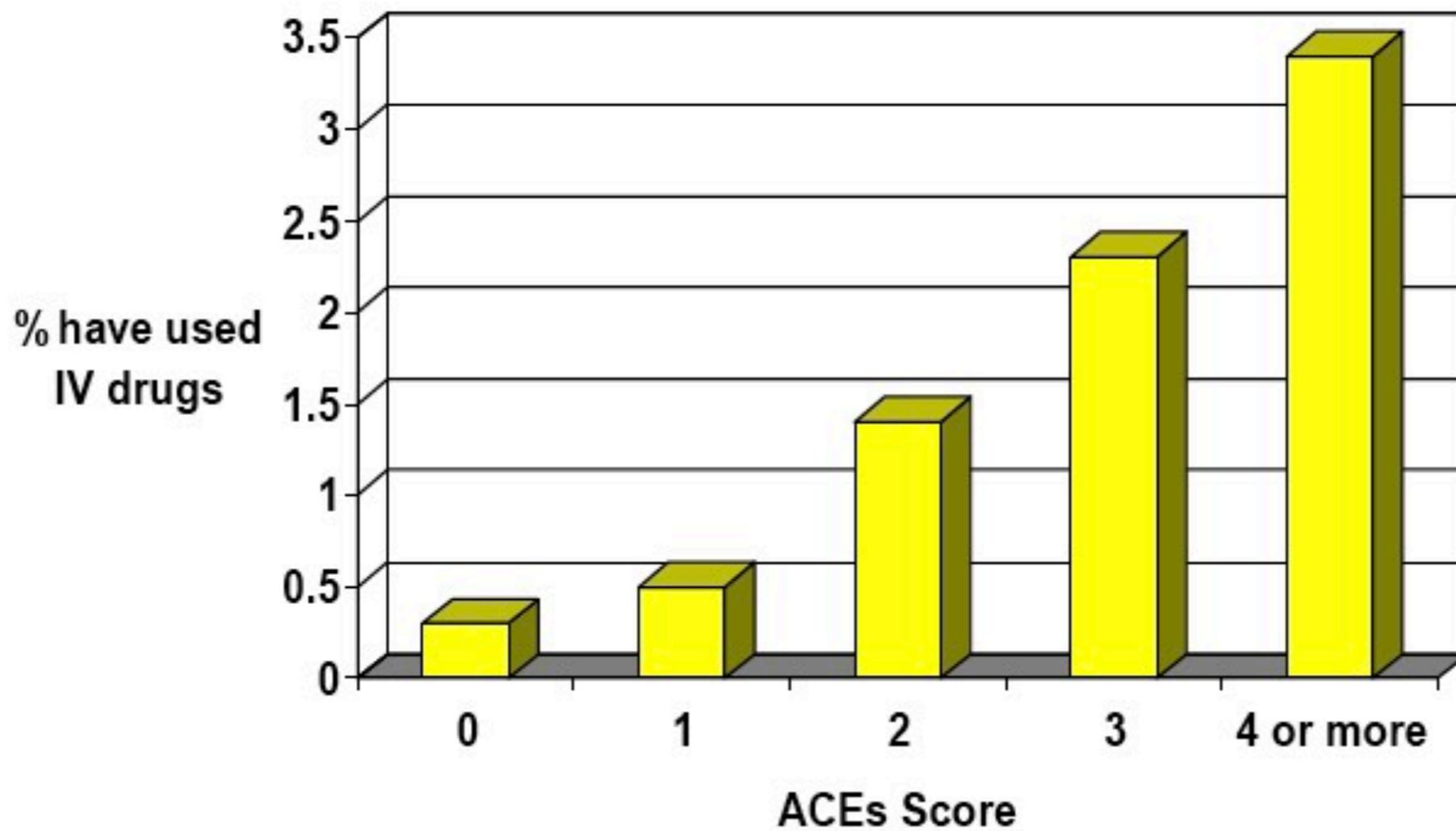
Depression

Violent relationships

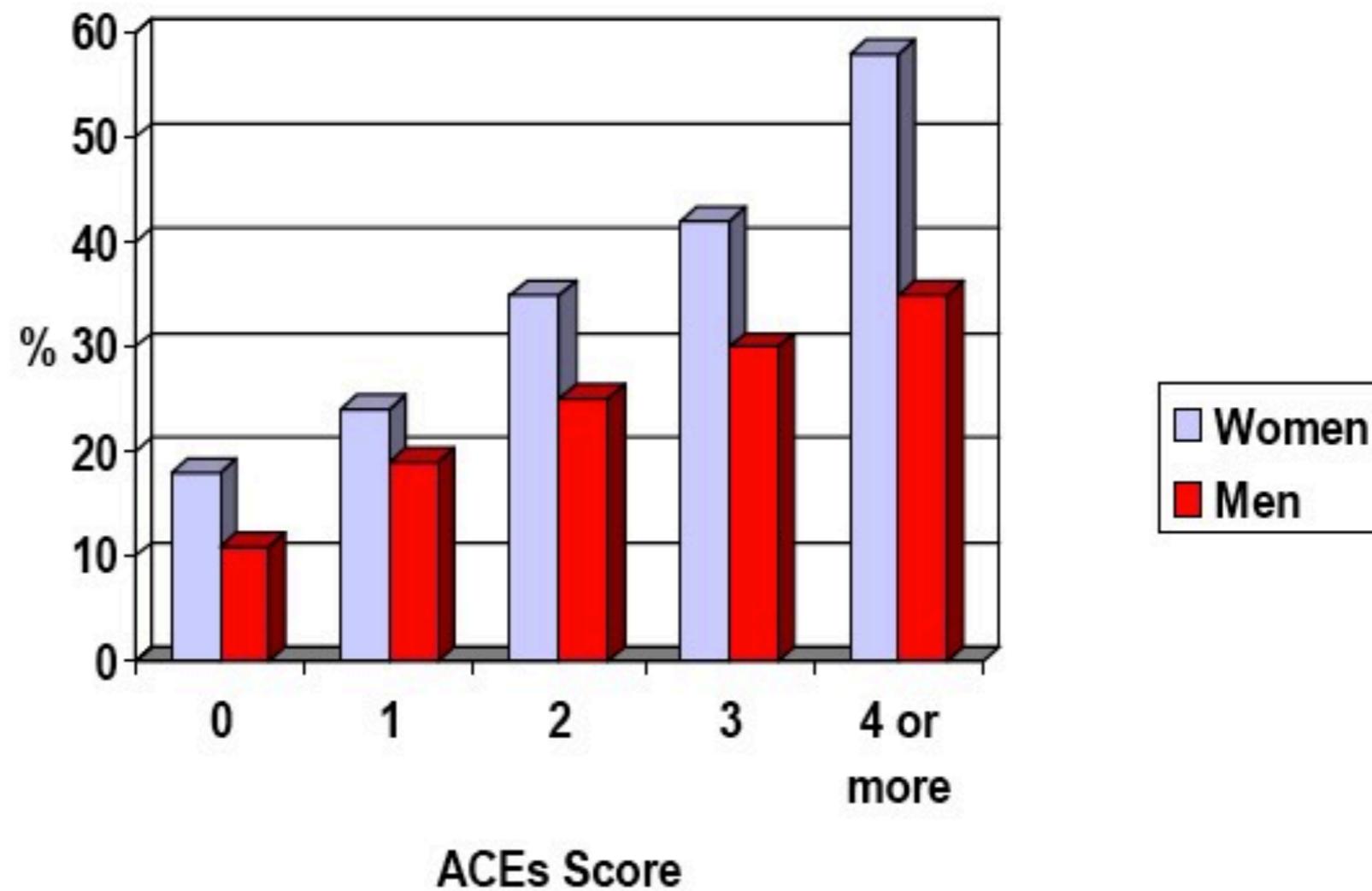
ACES AND ADULT ALCOHOLISM



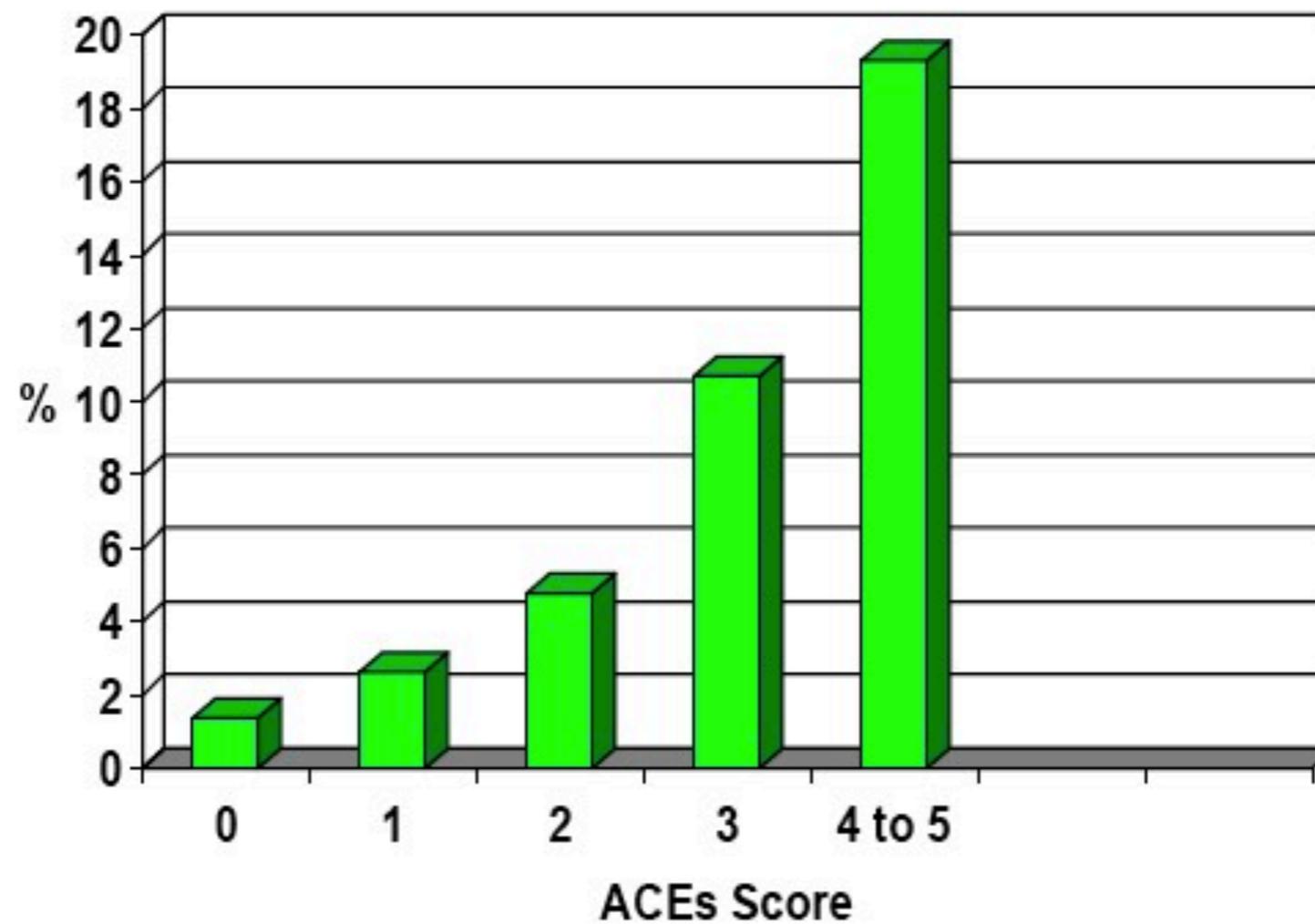
ACES AND IV DRUGS



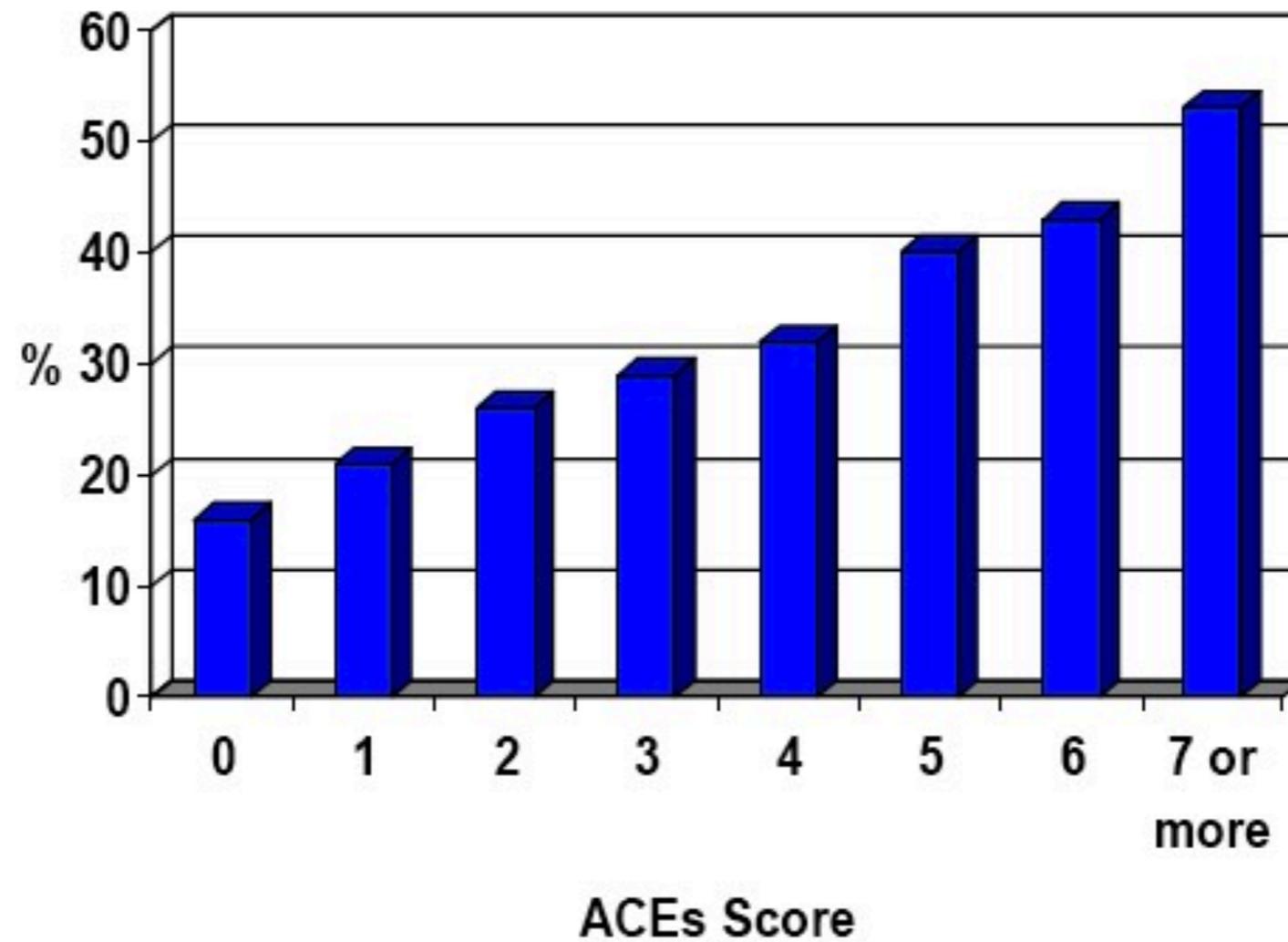
ACES AND CHRONIC DEPRESSION



ACES AND ATTEMPTED SUICIDE



ACES & TEEN PREGNANCY

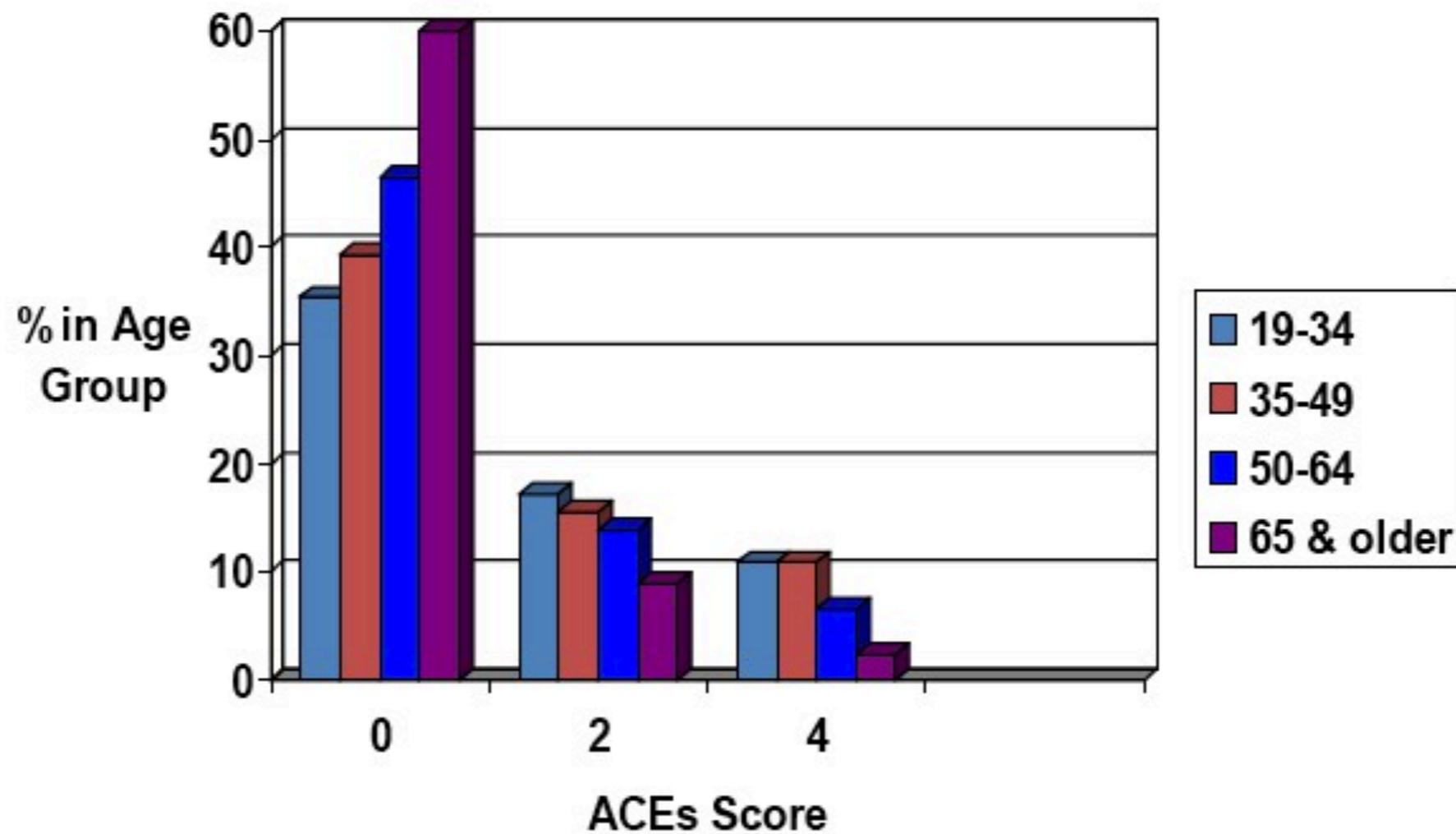


ACEs and Risk of Revictimization

ACE Score	Intimate Partner Violence	Rape
0	1.0	1.0
1	1.9	2.0
2	2.1	2.8
3	2.7	4.2
4	4.5	5.3
5 or more	5.1	8.9



EFFECT OF ACES ON MORTALITY



Many chronic diseases in adults are determined decades earlier, in childhood.



ACE

Extrait de la conclusion du Dr Felitti-2002 **(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12407494>)**

En médecine, notre attention est généralement axée sur les conséquences des violences... Les causes primaires sont bien masqués par les conventions sociales et les tabous.

Nous, les médecins, nous nous limitons à la plus petite partie du problème, à cette partie où nous nous sentons à l'aise en tant que prescripteurs de médicaments. Quel choix diagnostique ferons nous ? Qui le fera ? Et, si ce n'est pas maintenant, quand ?