

LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET AUX FILLES :

**« un problème mondial de santé publique
d'ampleur épidémique »**

Dre Muriel Salmona, psychiatre-psychotraumatologue présidente de l'association [Mémoire Traumatique et Victimologie](#), janvier 2014

PLAN

I GÉNÉRALITÉ

II ÉTATS DES LIEUX DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET AUX FILLES

III CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET AUX FILLES ET LEURS TRAITEMENTS

IV CONSÉQUENCES SOCIÉTALES DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET AUX FILLES

V COMMENT COMBATTRE EFFICACEMENT CES VIOLENCES

VI CONCLUSION

I GÉNÉRALITÉS

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. »

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. Outre les risques directs pour elles d'être tuées ou d'être blessées physiquement, les violences sont à l'origine de graves blessures neuro-psychiques : les psychotraumatismes. Or, ces blessures qui ont un substrat non seulement psychologique mais aussi neurobiologique, avec des atteintes visibles de certaines structures du cerveau et des atteintes du fonctionnement de circuits cérébraux, vont avoir un impact à long terme très lourd sur la santé mentale et physique des 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 violences 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.

D'après le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) cette violation de leurs droits fondamentaux « a pour conséquences de détruire des vies, fracturer des communautés et freiner le développement» et entraîne «une situation effrayante en termes de conséquences sociales et sanitaires ». Le Secrétaire général de l'ONU, Ban Ki-Moon, a quant à lui déclaré le 8 mars 2007 : « La violence contre les femmes et les filles demeure inchangée dans tous les continents, tous les pays et toutes les cultures. Le tribut payé par les victimes, leur famille et la société dans son ensemble est accablant. La plupart des sociétés interdisent cette violence, mais en réalité elle est trop souvent passée sous silence ou tacitement tolérée ».

LES CHIFFRES NOIRS

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. 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..

En France les chiffres sont impressionnants avec en 2012 : 148 femmes décédées sous les coups de leur conjoint, soit une femme tous les deux jours et demi ; 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). 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 (83 000 pour les femmes adultes, 120 000 pour les mineures) !. Pour les chiffres vous pouvez consulter la [lettre n°1](#) de l'observatoire national des violences faites aux femmes de novembre 2013 (5).

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...).

L'IMPACT SUR LA SANTÉ DES FEMMES ET DES FILLES

Les violences intra-familiales, conjugales et sexuelles que subissent plus spécifiquement les femmes ont de lourdes conséquences sur leur santé et sur celles de leurs enfants qui en sont témoins. Elles sont à l'origine d'une augmentation importante du recours à des consultations médicales, des examens complémentaires, des prises de médicaments, des soins d'urgences, des soins psychiatriques, des hospitalisations et des interventions chirurgicales.

"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 (2).

Les études internationales (6) et l'Organisation mondiale de la santé en 2010 (7) 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. L'étude montre qu'à l'échelle mondiale, 38% des femmes assassinées l'ont été par leur partenaire intime, et 42% des femmes qui ont connu des violences physiques ou sexuelles d'un partenaire ont souffert de blessures. La violence contribue dans une large mesure aux problèmes de santé mentale des femmes comme la dépression, l'alcoolisme. La violence du partenaire et la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire sont corrélées à un risque plus élevé de contracter des infections sexuellement transmissibles et d'avoir une grossesse non désirée ; le rapport montre que la probabilité de se faire avorter est deux fois plus élevée chez les femmes qui connaissent des violences physiques et/ou des violences de leur partenaire sexuel, et que la probabilité d'avoir un enfant de faible poids de naissance est majorée de 16% chez les femmes qui subissent des violences de leur partenaire.

L'ABSENCE DE PRISE EN CHARGE DES FEMMES ET DES FILLES VICTIMES DE VIOLENCES

Pourtant, en 2014, malgré leur fréquence et leur gravité, ces violences faites aux femmes font toujours l'objet au mieux d'une méconnaissance et d'une sous-estimation, au pire d'un déni ou d'une tolérance coupable. Elles font l'objet d'une véritable loi du silence qui leur est imposée avec fréquemment des menaces, des pressions et des manipulations. Cette loi du silence protège les agresseurs en leur assurant l'impunité, et protège également le mythe d'une société patriarcale idéale où les plus forts (les hommes et tout ceux qui détiennent une autorité) protégeraient ceux désignés comme étant les plus faibles ou les plus vulnérables (les femmes et les enfants), créant ainsi de toute pièce une dette leur permettant d'exercer leur domination. Surtout, cette loi du silence abandonne les victimes à leur sort, toutes les victimes. Les femmes et les filles victimes de violences se retrouvent donc seules. Abandonnées, elles ne bénéficient ni de protection, ni de soins spécifiques. Les hommes et les garçons victimes ou témoins de violences sont eux aussi laissés sans soin.

Cet abandon a pour conséquence d'obliger toutes les victimes à survivre seules dans une grande souffrance et une insécurité totale, et à se réparer comme elles peuvent. Et

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.

Comme je le dénonce dans mon ouvrage *Le livre noir des violences sexuelles cet abandon sans protection ni soin de la très grande majorité des victimes de violences est un véritable scandale de santé publique (8)*. D'autant plus que nous disposons depuis plus de 10 ans de toutes les connaissances nationales et internationales sur la réalité des violences et la gravité de [leurs conséquences psychotraumatiques](#) (9). Ces troubles psychotraumatiques peuvent durer des années, des dizaines d'années, voire toute une vie, et ils ont un impact considérable sur leur santé, la santé de leurs enfants, leur insertion sociale et professionnelle et leur qualité de vie. Ils représentent également un coût financier très important pour les États.

Nous savons que ces conséquences sont très fréquentes et que les atteintes sont non seulement psychologiques, [mais également neurologiques avec des dysfonctionnements importants des circuits émotionnels](#) (10) et de la mémoire, visibles sur des IRM. Nous en connaissons depuis plusieurs années les mécanismes psychologiques et neuro-biologiques comme nous le verrons plus précisément.

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), comme je l'explique dans mon article [Lutter contre les violences passe par la protection et le soin des victimes](#) (12).

Pourtant, 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 DOM-TOM. 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 États ont pourtant l'obligation de protéger les femmes contre la violence et d'assurer soins, justice et réparations aux victimes. Dans son article 6 la Convention de l'ONU sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ([CEDAW](#)), invitait en 1979 les États à prendre « toutes les mesures appropriées, y compris les dispositions législatives, pour réprimer, sous toutes leurs formes le trafic des femmes et l'exploitation de la prostitution des femmes » (14). Le Conseil de l'Europe a adopté en 2002 un texte juridique, [« la Recommandation »](#), définissant une approche globale pour mettre fin à la violence envers les femmes (15). En 2005, dans [la Déclaration de Varsovie](#) (16), les chefs d'Etats et les chefs de gouvernement du Conseil de l'Europe ont réaffirmé leur engagement à combattre la violence à l'égard des femmes sous toutes ses formes. la [Convention d'Istanbul](#) (17) du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et de la violence domestique (convention contraignante considérée comme "norme d'excellence" par [l'ONU-Femmes](#)) à la session de la Commission de la Condition de la Femme tenue à New York, la Dre Chan s'est jointe au Secrétaire général des Nations Unies et aux chefs d'autres entités des Nations Unies pour demander que la « tolérance zéro » s'applique à la violence à l'encontre des femmes.

Cependant la violence faite aux femmes reste généralisée et la prise en charge des victimes est notoirement insuffisante dans tous les États du monde. Suivant les Etats, le pourcentage de femmes victimes - nous l'avons vu - peut aller du simple au sextuple. Ces différences sont liées avant tout au degré de violence et de discrimination qui règnent dans chaque État. Le pourcentage de femmes victimes de violences est d'autant plus élevé dans un État que des conflits armés s'y produisent ou s'y sont produits récemment, que le taux de criminalité y est élevé, et que les inégalités de pouvoir entre les hommes et les femmes y sont importantes.

En 2014 l'ignorance des véritables causes de la violence, de ses effets et des mécanismes de sa reproduction sont donc dues avant tout à la méconnaissance de la réalité de la violence faite aux femmes et aux filles, de ses conséquences à long terme sur leur santé, l'insuffisance des moyens mis en œuvre pour lutter contre elle, et l'absence de prise en charge des victimes. Cet état de fait est de plus aggravé par les fausses représentations sur les violences et les stéréotypes sexistes. Ils font de la violence une fatalité, de l'homme un prédateur et de la femme un objet de consommation et d'instrumentalisation. Aussi pour les États et tous acteurs engagés dans la lutte contre les violences faites aux femmes, connaître leur réalité, leurs effets, et en comprendre les mécanismes psychotraumatiques sera indispensable pour pouvoir agir efficacement.

Le [rapport de l'OMS](#) de 2013 (2) préconise des programmes de prévention favorisant des réformes sociales, notamment "la remise en cause les normes sociales qui appuient le contrôle et l'autorité exercés par les hommes sur les femmes et qui cautionnent ou tolèrent la violence à l'encontre des femmes". Le rapport demande aussi d'intégrer ces questions dans la formation des personnels médicaux au dépistage systématique des victimes de violences et à leur prise en charge.

En France il existe un arsenal juridique important qui en prend en compte les violences faites aux femmes, arsenal encore à parfaire mais qui pourrait s'il était réellement appliqué être déjà efficace. De plus en plus d'efforts sont faits pour lutter contre ces violences et il semblerait qu'enfin une prise en compte de ce grave problème de santé publique soit en train d'émerger : nous avons à nouveau [un ministère des Droits des femmes](#), depuis 2012, un haut conseil à l'égalité femmes hommes, un observatoire national des violences faites aux femmes, la [MIPROF](#) (mission inter-ministérielle de lutte contre les violences faites aux femmes et de lutte contre la traite des êtres humains) qui a mis en place un groupe de travail sur la formation des professionnels de santé, [un quatrième plan interministériel triennal de lutte contre les violences faites aux femmes](#) (18) et de nouvelles loi qui améliorent la protection des victimes de violences ([le projet d'une loi cadre sur les droits des femmes](#) (19) avec un volet pour améliorer la protection des femmes victimes de violences qui a été adopté par le Sénat en première lecture le 17 septembre 2013, [loi de renforcement de la lutte contre le système prostitutionnel](#) (20) (adopté par l'assemblée nationale le 4 décembre 2013) et un [projet de loi](#) pour la ratification de la convention d'Istanbul ayant été présenté à l'Assemblée nationale le 15 mai 2013. En 2013 des colloques ont été organisés par le ministère des Droits des femmes et la MIPROF sur les soins des victimes, la prise en charge des auteurs et la formation des professionnels de la santé, la ministre des Droits des femmes et porte parole du Gouvernement, Mme Najat Valaud-Belkacem s'est prononcée [le 3 septembre 2013](#) sur la nécessité que les femmes victimes de violences puissent recevoir des soins rapides sans frais par des professionnels formés : « Ces soins sont de plus en plus pertinents, de mieux en mieux adaptés. Il s'agit de les diffuser, pour qu'ils soient de plus en plus connus. La psycho-traumatologie apporte désormais des réponses solides. Il faut veiller à ce que l'offre de soin soit à la hauteur des besoins. L'objectif est simple : faire en sorte qu'une victime de violences puisse s'inscrire, rapidement et sans frais, dans un protocole de soins établi selon les règles de l'art.» (21)

II ÉTAT DES LIEUX DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Les violences faites aux femmes et aux filles englobent la violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la famille, au sein des relations intimes avec des partenaires, au sein des institutions, du travail, dans le cadre du soin, des études, du sport et dans les espaces publics. Cet ensemble comporte aussi les mariages précoces, les mariages forcés, les violences liées à la dot, les crimes d'honneur, les mutilations sexuelles féminines et les autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme. Il faut y ajouter la violence liée à la traite et à l'exploitation des êtres humains, au proxénétisme et à la prostitution. En font également partie la violence perpétrée ou tolérée par l'Etat, et les crimes commis contre les femmes durant les conflits armés.

Les violences permettent à leurs auteurs d'alimenter maints stéréotypes qui confortent toutes les formes de domination, des hommes sur les femmes, des riches sur les pauvres, des puissants sur les faibles, stéréotypes qui, sans ces violences, auraient dû disparaître.

Connaître la réalité des violences faites aux femmes et aux filles, les chiffrer est essentiel pour mieux lutter contre celles-ci, L'ONU recommande aux états de faire des enquêtes nationales, en France après l'enquête nationale ENVEFF en 2000 (2) qui avait permis de mieux prendre en compte l'ampleur des violences faites aux femmes et de mettre en place des plan de lutte contre celles-ci, l'Institut national d'études démographiques (INED) prépare une nouvelle enquête nationale sur les violences, qui vise à actualiser et approfondir la connaissance statistique des violences faites aux femme Intitulée **Violences et rapports de genre (VIRAGE)** : contextes et conséquences des violences subies par les femmes et par les hommes, elle sera conduite à l'horizon 2015. Le projet d'enquête prévoit d'interroger un échantillon de 35 000 répondant-e-s (17 500 femmes et 17 500 hommes), âgés de 20 à 69 ans. Cette enquête «vise également à combler l'absence de connaissance sur certains sujets, comme les violences au travail ou la situation des enfants dans le cadre de violences conjugales et une attention particulière sera portée à l'étude des trajectoires des victimes. Quels est l'impact des violences sur les parcours scolaires, professionnels, résidentiels, affectifs et sexuels (...). Concernant les violences sexuelles, cette enquête permettra aussi de mieux connaître les violences infligées aux mineurs et en particulier les situations d'inceste.» (cf la [lettre n°1](#) de l'observatoire national des violences faites aux femmes de novembre 2013) (5).

LES VIOLENCES CONJUGALES ET LES VIOLENCES INTRA-FAMILIALES

La violence conjugale est la forme la plus courante des violences subies par les femmes dans le monde. Des études démographiques ont été conduites dans 71 pays pour recueillir des informations sur l'ampleur et la prévalence de la violence conjugale. Il ressort de [l'Étude multi-pays citée par l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes](#) (22) que la prévalence de la violence physique commise par un partenaire intime durant la vie d'une femme oscille entre 13 % et 61 % (23). La prévalence varie entre 23 % et 49 % pour la majorité des lieux étudiés (24). Plus les inégalités sont grandes entre les hommes et les femmes plus la prévalence des violences conjugale est élevée. La prévalence de la violence sexuelle commise par un partenaire intime au cours de la vie d'une femme oscille entre 6 % et 59 % . Plusieurs études conduites dans différents pays en développement indiquent que la violence durant la grossesse oscille entre 4 % et 32 %, et que la prévalence de la violence physique durant la grossesse, de sa forme modérée à sa forme extrême est d'environ 13 % (22). Ces violences qui s'exercent sur une femme en période de vulnérabilité vont avoir de graves conséquences sur la santé physique et psychique de la mère, sur celle de l'enfant à venir et sur l'intégrité du lien mère-enfant après la naissance et ce d'autant plus, que dans la presque totalité des cas (90 %), les violences continuent dans les mois qui suivent la naissance (25).

En France les chiffres sont impressionnants avec en 2012, 148 femmes qui sont décédées sous les coups de leur conjoint, soit une femme tous les deux jours et demi, et 9 enfants ont été tués en même temps que leur mère. L'enquête ENVEFF (3) (enquête nationale sur les violences faites aux femmes) a été faite en 2000, sur un échantillon de 6

970 femmes âgées de 20 à 59 ans, résidant en France métropolitaine montre que 10% de femmes ayant subi des violences conjugales dans l'année qui précède. L'enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les jeunes filles (CSVF) de Seine-Saint-Denis en 2007 confirme que les femmes les plus jeunes (18-21 ans) subissent plus de violences, elles sont 25% à avoir subi des violences conjugales (26).

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. Pour les chiffres vous pouvez consulter la [lettre n°1](#) de l'observatoire national des violences faites aux femmes de novembre 2013 (5).

Dans le cadre de ces 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 perçus 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) (28).

Lors de violences conjugales les enfants vont grandir dans un climat de grande insécurité et de terreur et vont être témoins ou victimes directes de ces violences, la séparation du couple parental les expose souvent à des instrumentalisation de la part u conjoint violent et à un risque d'homicide. La majorité - près de 60 % - de ces enfants, s'ils ne sont pas efficacement protégés et pris en charge, développeront des conséquences psychotraumatiques (29) graves et durables sur leur santé physique et psychique avec une grave souffrance mentale, des retentissements sur leur développement psycho-moteur, leur scolarisation, leur socialisation et leur vie affective à long terme, et auront un risque d'être à nouveau victime de violences tout au long de leur vie, et un risque également important de présenter des conduites agressives, des conduites à risque, des conduites délinquantes et des troubles psychiatriques à l'âge adulte, 40 à 60 % d'hommes violents avec leur partenaires ont été témoins de violences conjugales dans l'enfance. (30)

Dans la famille les jeunes filles ont été particulièrement victimes de violences au cours de l'enfance et de l'adolescence (enquête CVS, : 23% des enquêtées ont subi des violences physiques (coups violents, tabassage, menace armée, tentative de meurtre) au cours de leur vie. Dans la plupart des cas, ces violences ont été exercées par des adultes et le plus souvent dans le cadre de la famille. En effet, près des deux tiers des coups et autres brutalités ont été infligés par un membre de la famille ou un proche (père/beau-père ; mère/belle-mère ; famille et proches), tandis que les tentatives de meurtre sont essentiellement perpétrées à part égale par un membre de la famille ou par un inconnu. 14% des enquêtées

ont subi des agressions sexuelles (attouchements du sexe, tentative de viol, viol) au cours de leur vie. C'est majoritairement dans le cadre de la famille que sont commises ces agressions sexuelles et celles-ci sont principalement perpétrées par des proches (26). Les trois quarts des viols ont été commis par un membre de la famille, un proche ou leur petit ami. Rappelons que [les enfants handicapés subissent quatre fois plus de violence](#), les filles étant les plus touchées par ces violences (31).

LES VIOLENCES SEXUELLES

Les violences sexistes les plus spécifiques faites aux femmes et aux filles sont les violences sexuelles. Les violences sexuelles n'ont rien à voir avec un désir sexuel ni avec des pulsions sexuelles, ce sont des armes très efficaces pour détruire et dégrader l'autre, le soumettre et le réduire à l'état d'objet et d'esclave. Il s'agit avant tout de dominer et d'exercer sa toute puissance. Les violences sexuelles sont fréquentes, suivant les études et les pays elles toucheraient entre 20 et 30 % des personnes au cours de leur vie.

En France 20,4% des femmes ont subi des violences sexuelles dans leur vie (pour 6,8% d'hommes), 16% des femmes qui ont subi des viols et des tentatives de viols dans leur vie dont 6,8% de viols (5% d'hommes dont 1,6% de viols), et 59% ont subi ces viols et tentatives de viols en tant que mineures (67% pour les hommes). Chaque année les femmes subissent 83 000 viols ou tentatives de viol (enquête CVS 2010-2012) dont 26 000 au sein du couple, (30%), si l'on rajoute les filles de moins de 18ans il faut plus que doubler le chiffre de 83 000 puisque 59% les ont subi en tant que mineures : on obtiendrait alors pour les mineures près de 120 000 viols et tentatives de viols par an soit comme chiffre global : 203 000. 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 (5).

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 : Une étude canadienne a montré que 40% des femmes ayant un handicap physique vivront au moins une agression sexuelle au cours de leur vie. De 39 à 68 % des femmes présentant une déficience intellectuelle seront victimes d'au moins une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans.

Le déni et la loi du silence règnent particulièrement à l'intérieur des familles, du couple des institutions et des entreprises : c'est à la victime de ne pas faire de vagues, de ne pas « détruire » la famille, le couple, d'être loyale, compréhensive, d'être gentille, et puis ce n'est pas si grave, il y a bien pire ailleurs !

«**Les violences sexuelles sur le lieu de travail sont une menace sur l'emploi et la carrière**, lesquels sont compromis pour plusieurs raisons : refus d'embauche, détérioration des conditions de travail, notation bloquée, mutation, refus de promotion, "mise au placard", déqualification, licenciement etc. Parmi les victimes reçues à l'AVFT, 95 % d'entre elles ont perdu leur emploi, par licenciement ou démission.» (Association européenne contre les violences faites aux femmes au travail, [AVFT](#)).

Toutes ces violences sexuelles sont le prototype du « crime parfait ». Dans l'immense majorité des cas, les agresseurs restent impunis, quels que soient les pays. En France seulement 10% des viols (12 000 sur 120 000) font l'objet d'une plainte, 3% font l'objet d'un jugement et 1% d'une condamnation (1 200 sur 120 000) (24).

La victime de viol est trop souvent [considérée comme coupable](#). Coupable de mensonges par méchanceté, vengeance ou vénalité, ou pour se rendre intéressante, ou parce qu'elle n'assume pas un acte sexuel... Et même si le viol est avéré, elle est encore considérée comme coupable : de s'être exposée, d'avoir provoqué, d'être celle par qui le scandale arrive, d'être celle qui détruit tout, qui n'est pas capable de se relever, ni de pardonner, d'oublier, d'aller mieux, de passer à autre chose... Qu'elle soit reconnue ou non comme victime de viol, pour ses détracteurs elle a tout faux, elle est de toute façon porteuse d'une faute morale.

Pourquoi les plaintes pour viol aboutissent-elles à si peu de procès et de condamnations ? Par manque de preuves nous dit-on, ce ne serait que parole contre parole si l'accusé nie ! Sauf en cas de meurtre les preuves ADN, les traces de violences ne seraient pas suffisantes pour prouver le non-consentement. La violence en matière d'agressions dites "sexuelles" peut être présumée justifiée et donc non condamnable, la victime étant alors présumée masochiste. La recherche de faisceaux d'indices graves et concordants, est rarement faite avec soin. Les [conséquences psychotraumatiques](#) considérées par la communauté scientifique médicale internationale comme pathognomoniques c'est à dire comme une preuve médicale de l'existence d'un traumatisme, telles la sidération (ne pas pouvoir crier, ni se défendre), le choc émotionnel, la dissociation péri-traumatique (la confusion, les doutes, le sentiment d'étrangeté, la désorientation temporo-spatiale, les troubles de la mémoire : l'amnésie de certains faits), l'instabilité émotionnelle du fait de la mémoire traumatique, non seulement ne sont pas prises en considération comme éléments de preuve, mais sont au contraire utilisées comme des éléments discréditant la crédibilité de la victime (cf mon article [Conséquences des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes neurobiologiques sur la prise en charge médicale, 2009.](#))

Les circonstances considérées par la loi comme des circonstances aggravantes sont aussi le plus souvent retournées contre la victime comme mettant en cause sa crédibilité : le fait d'être un enfant, que l'agresseur soit un conjoint ou un partenaire, d'être

alcoolisée ou droguée, d'être handicapée mentale (d'avoir des troubles psychiatriques). Les événements du passé de la victime qui n'ont rien à voir avec le viol sont aussi utilisés pour mettre en doute sa crédibilité : le fait d'avoir menti sur son passé, d'avoir eu une vie sexuelle considérée comme "débridée", d'être toxicomane ou alcoolique, d'avoir eu des troubles psychiatriques, d'avoir été ou d'être en situation prostitutionnelle, d'avoir commis des délits, ...

Par contamination pornographique, une femme, une adolescente est a priori considérée comme consentante à un acte sexuel : même si celui-ci a lieu avec un inconnu, en quelques minutes, sans préservatif, même si celui-ci a lieu avec plusieurs personnes, ou avec une personne ayant autorité, même si celui-ci a lieu dans un cadre qui se doit d'être protecteur comme la famille, l'école, le milieu sportif, les institutions religieuses, des lieux de soins, le travail..., même s'il est accompagné de violences, d'actes dégradants, humiliants, d'injures, même s'il a lieu dans un contexte de dépendance et de contraintes économiques fortes, même s'il a lieu dans un contexte d'altération du jugement ou de vulnérabilité de la victime : alcool, drogue, médicaments psychotropes, handicap mental, situation d'exclusion... (cf l'article de Sokhna Fall en 2010 : [l'éternel détournement de Dolores Haze](#)).

Le viol bénéficie d'un traitement de faveur, d'un statut à part où les crimes n'en sont pas au prétexte que ces actes seraient dits consentants sans référence aux droits universels des êtres humains à l'intégrité et à la dignité (comme si être consentant pour être tué ou être torturé pourraient justifier ces crimes), où des dominants pourraient avoir le privilège de réduire en esclavage, de séquestrer, d'exercer des sévices, d'injurier, d'humilier sous couvert de désir sexuel, de jeux, voire même d'amour, et pire encore pour le bien celles ou ceux qui en sont victimes puisque ces violences sont censés les faire jouir par masochisme, érotisation de la subordination et de la douleur, la pornographie est là pour en faire la preuve (cf l'article d'Annie Ferrand en 2011 : [Quand un femme est agressée, le doute n'est pas permis](#)).

Certe il est facile de comprendre qu'un accusé ait tout intérêt à nier son crime et à mettre en cause la victime, et qu'il puisse bénéficier de la présomption d'innocence (mais il faudrait en miroir que la victime puisse bénéficier de la présomption de crédibilité). Qu'en est-il de tout ceux qui vont accuser la victime, qui vont banaliser le viol, nier les violences, nier leurs conséquences, s'en prendre au statut de victime en le dénigrant ? Pourquoi le font-ils, alors que pour le sens commun il est évident qu'un viol c'est grave et qu'une victime de viol sera traumatisée ? Pourquoi faudrait-il encore et encore s'escrimer à leur donner des explications, à justifier la parole et les comportements des victimes ? Il est intéressant de braquer les projecteurs sur eux et non plus sur la victime ! **La lâcheté** peut-être une première réponse, pour tout ceux et celles qui sont en conflit flagrant d'intérêt et de "loyauté" avec l'agresseur et qui cherchent à préserver leurs avantages (financier, protection, travail,...). **La collaboration et complicité sexiste** est une deuxième explication, révélant une adhésion aux stéréotypes issue d'une vision pornographique de la femme et de la sexualité. Ses conséquences sur la sécurité des femmes, victimes réelles et potentielles sont catastrophiques. **La position d'agresseur, autre raison rarement évoquée, tant la réalité**

de la violence masculine est rarement évoquée (Patrizia Romito, 2006) : parmi la masse d'anonymes qui vont accuser la victime, il y a une belle proportion d'agresseurs - c'est une certitude statistique. Ceux-là ont un intérêt direct à maquiller, brouiller les cartes et à se disculper de ses crimes, pour assurer son impunité en est une autre - que ce soient des hommes ou certaines femmes - à laquelle on ne pense pas assez. Ces redresseurs de torts savent bien à quel point ils mentent et à quel point leur rhétorique est indécente ! Leurs arguments de modernité néolibérale, de libération sexuelle, ne sont que les alibis de zélés collaborateurs et de criminels. Leurs aboiements font taire toutes les victimes et intimident tout ceux et celles qui voudraient les protéger et les soutenir. Il serait temps qu'ils aient un peu plus peur qu'un regard de réprobation et de suspicion pèse sur eux dès qu'ils prennent la parole.

Le harcèlement sexuel se produit sur les lieux de travail, à l'école, dans la rue et les espaces publics. Dans les pays de l'Union européenne 40 à 50% des femmes subissent des avances sexuelles non désirées ou des agressions sexuelles. Cette situation explique que la majorité des femmes ont peur de marcher seules dans la rue la nuit (c'est le cas pour près de 60% des femmes interrogées à Montréal au Canada, alors que seuls 17% des hommes interrogés ont peur) (25)).

Les violences faites aux femmes lors de conflits armés font partie de stratégies de guerre, particulièrement les violences sexuelles avec l'utilisation fréquente du viol comme arme de guerre, de terreur et de répression, accompagnés parfois de grossesses forcées. Les viols sont reconnus comme crimes de guerre et ils ont été reconnus par le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie (TPIY) et le Tribunal pénal international pour le Rwanda (TPR) comme crimes contre l'humanité. Lors de la guerre en Bosnie 20 000 à 50 000 femmes auraient été violées entre 1992 et 1995, et ce qui est moins connu et qui n'a pas encore été reconnu au Kosovo des milliers de femmes ont été violées systématiquement également. Lors du génocide rwandais 250 000 à 500 000 femmes auraient été violées.

Dans l'est de la République Démocratique du Congo, au moins 500 000 victimes de viols ont été enregistrés depuis 1996 : Des femmes, des petites filles et même des bébés qui ont subi des actes de barbarie inouïs pour terroriser la population., le Dr [Denis Mukwege](#), directeur de l'hôpital de Panzi, à Bukavu qui soigne ces femmes et ses enfants nous le dit *"Rien à voir avec des agissements individuels, ou un fait culturel congolais !* affirme le médecin. *Les viols sont planifiés, organisés, mis en scène. Ils correspondent à une stratégie visant à traumatiser les familles et détruire les communautés, provoquer l'exode des populations vers les villes et permettre à d'autres de s'approprier les ressources naturelles du pays. C'est une arme de guerre. Formidablement efficace.*" (cité dans un article de 2013 du journal [Le Monde](#))

[Jusqu'à 60% de la population féminine](#) aurait, selon certaines estimations, été victime de violences sexuelles au Libéria lors de la guerre civile entre 1989 et 2003. Au Sierra Leone, pays voisin également touché par la guerre civile de 1991 à 2002, entre 5.000 et 10.000 femmes et enfants auraient été violés par les factions en présence selon des ONG de défense des victimes, qui estiment que le problème a perduré depuis, avec 250 cas répertoriés en 2012 et 290 depuis le début de 2013. À Conakry en Guinée, lors du massacre du 28

septembre 2009 qui a fait plus de 157 morts, selon l'ONU 109 femmes ont été violées en public par les forces de sécurité gouvernementales.

De très nombreux viols ont été commis et utilisés comme armes de guerre lors des révolutions libyenne et égyptienne, et de la guerre civile en Syrie.

Fait remarquable à souligner le gouvernement libyen sous la pression courageuse des femmes victimes de viol a élaboré un projet de loi pour reconnaître les femmes violées pendant la révolution comme victimes de guerre, les protéger et leur donner des réparations qui pourrait se révéler être une première mondiale : Le texte – qui concerne également les femmes contraintes de « *satisfaire les désirs de Mouammar Kadhafi et de ses fils durant la sinistre période de son règne* » – prévoit de leur attribuer une pension mensuelle, des soins médicaux, des offres d'études en Libye ou à l'étranger, une priorité pour des emplois publics, l'obtention de prêts immobiliers ou d'achat de véhicule, une assistance dans les poursuites judiciaires contre leurs agresseurs. Des dispositions sont aussi prises pour protéger les enfants issus des viols – il y en a beaucoup, malgré des avortements autorisés exceptionnellement, le temps de la guerre, par une fatwa du grand mufti – et faciliter leur adoption. (cité en novembre 2013 dans le journal Le Monde).

L'ONU a lancé une action contre les violences sexuelles faites aux femmes dans le cadre de conflits (<http://stoprapenow.org/get-cross>).

Les mutilations sexuelles féminines : on estime entre 100 et 140 millions le nombre de filles et de femmes aujourd'hui vivantes ayant subi une mutilation sexuelle, principalement en Afrique et dans certains pays du Moyen-Orient. Et on estime à trois millions le nombre de celles qui courent chaque année le risque de subir une mutilation (26). Près de 5% des victimes de mutilations sexuelles féminines vivent dans les pays du Nord, ce qui représente plus de 6,5 millions de femmes et de filles (27).

La France comptait en 2004, environ **53 000 femmes adultes** qui auraient subi des mutilations sexuelles dont neuf victimes sur dix ont été excisées avant l'âge de 10 ans (28).

LES MARIAGES FORCÉS

Dans le monde plus de 60 millions de filles sont mariées avant l'âge de 18 ans. Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) a estimé à 5 000 le nombre de femmes victimes de « **crimes d'honneur** » chaque année dans le monde.

LES FEMMES MANQUANTES

Dans le monde, d'après les démographes plus de 160 millions de femmes seraient manquantes. Des femmes que l'on n'a pas laissé vivre ou que l'on n'a pas laissé naître, conséquence dramatique de plusieurs siècles d'abandon et infanticide des filles liés à la préférence traditionnelle pour les fils, et surtout plus récemment à l'échographie qui a favorisé des millions d'avortements sélectifs... La prise de conscience mondiale remonte à 1990 lorsque le prix Nobel indien, l'économiste Amartya Sen, publia un article au titre choc : « *Plus de 100 millions de femmes sont portées manquantes* (29).

En Inde et au Vietnam, le chiffre est d'environ 112 garçons pour 100 filles. En Chine avec la politique de l'enfant unique et la préférence pour les garçon, la proportion passe quasiment de 120 pour 100, quand elle n'est pas de 130 garçons pour 100 filles dans certaines régions (la Chine a enfin annoncé en novembre 2013 qu'elle allait assouplir sa politique de contrôle des naissances, dite de l'enfant unique, lancée en 1979 : les couples dont au moins l'un des membres est lui-même enfant unique seront autorisés à avoir deux enfants). Et la tendance se propage : en Azerbaïdjan, en Géorgie, en Arménie, les ratios à la naissance sont tous de l'ordre de plus de 115 garçons pour 100 filles. En Serbie et en Bosnie, on constate le même phénomène.

LA PROSTITUTION, LA TRAITE DES FEMMES ET DES FILLES À DES FINS D'EXPLOITATION SEXUELLE, DE TRAVAIL FORCÉ, D'ESCLAVAGE, DE PRÉLÈVEMENT D'ORGANES, DE GROSSESSES POUR AUTRUI,

La prostitution, la traite des êtres humains et le tourisme sexuel sont en augmentation. Chaque année, environ 2,5 millions de victimes, principalement des femmes et des enfants, sont recrutées et exploitées à travers le monde. Les types d'exploitation dans le cadre de la traite des êtres humains sont multiples : exploitation sexuelle, travail forcé, esclavage domestique, mendicité forcée...

Selon l'Organisation des Nations unies (ONU) et le Conseil de l'Europe, la traite des êtres humains serait la troisième forme de trafic la plus répandue dans le monde après le trafic de drogue et le trafic d'armes. Elle ne générerait pas moins de 32 milliards d'euros de chiffre d'affaires annuel.

Différents outils juridiques et politiques internationaux, européens et nationaux ont été mis en place pour lutter contre la traite des êtres humains, en particulier des femmes et des enfants.

La convention des Nations Unies dite « de Palerme » de 2000 ainsi que son protocole additionnel relatif à la traite. « visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants », est le seul instrument juridique contraignant universel de lutte contre la traite des êtres humains. C'est la première convention internationale qui prévoit une définition large des différentes formes que recouvre la traite des êtres humains. Elle est centrée sur la prévention, la protection des victimes, mais également sur l'importance de la coopération internationale en matière de poursuite et de répression. La France l'a ratifiée en 2002.

La Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains [STCE n° 197] dite Convention de Varsovie du 16 mai 2005 est entrée en vigueur le 1er février 2008. C'est le premier traité européen dans le domaine de la lutte contre la traite des êtres humains, cette Convention est un instrument global axé essentiellement sur la protection des victimes de la traite et la sauvegarde de leurs droits. Elle vise également la prévention de la traite ainsi que la poursuite des trafiquants. En outre, la Convention prévoit la mise en place d'un mécanisme de suivi efficace et indépendant apte à contrôler la mise en œuvre des obligations qu'elle contient. Le Conseil de l'Europe s'est doté d'un organe

conventionnel, le GRETA, qui a pour mission de veiller à la bonne application de cet instrument juridique.

La convention de Varsovie définit la “traite des personnes” comme le recrutement, le transport, le transfert, l’hébergement ou l’accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d’autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d’autorité ou d’une situation de vulnérabilité, ou par l’offre ou l’acceptation de paiements ou d’avantages pour obtenir le consentement d’une personne ayant autorité sur une autre aux fins d’exploitation. L’exploitation comprend, au minimum, l’exploitation de la prostitution d’autrui ou d’autres formes d’exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l’esclavage ou les pratiques analogues à l’esclavage, la servitude ou le prélèvement d’organes; *Il est précisé dans la convention de Varsovie que « Le consentement d’une victime de la traite des personnes à l’exploitation envisagée, [...] est indifférent lorsque l’un quelconque des moyens énoncés dans cet alinéa a été utilisé »*, ce qui signifie que la traite est totalement interdite, même avec le consentement des victimes et ce pour les protéger des pressions. De plus, « le recrutement, le transport, le transfert, l’hébergement ou l’accueil d’un enfant aux fins d’exploitation sont considérés (à eux seuls) comme une “traite des personnes” même s’ils ne font appel à aucun des moyens énoncés ». Des textes additionnels y ont adjoint le commerce des enfants, pour tenir compte des trafics d'[adoption](#).

En France la Mission Interministérielle de lutte contre les violences faites aux femmes et de lutte contre la traite des êtres humains [MIPROF](#), créée en janvier 2013, [est chargée de préparer un plan d’action triennal](#), précédé de consultations approfondies des associations qui travaillent avec les victimes de la traite.

L’exploitation des femmes et des filles est étroitement liée à la prostitution ainsi qu’aux formes cachées de l’exploitation que sont l’esclavage domestique, les mariages par correspondance et le tourisme sexuel. 78 % des femmes victimes de la traite sont, d’une manière ou d’une autre, exploitées à des fins sexuelles. Les femmes et les filles représentent 80% du chiffre estimé de 800 000 personnes victimes de trafic trans-frontalier chaque année (30), la majorité d’entre elles à des fins d’exploitation sexuelle ou de servitude domestique. Il faut rajouter la violence et la marchandisation des corps que représente le trafic d’enfants en vue d’adoption lors de d’abandon d’enfants souvent fait sous pression lors de grossesses dans des contextes de grande précarité et de violences ou de grossesse consécutives à des viols, et avec un manque total de soutien, d’enfants volés, ou de gestation pour autrui (GPA) rémunérées comme en Inde, mais également en Ukraine et dans certains états des Etats-Unis ou compensée financièrement qui instrumentalise et exploite le corps des femmes les plus pauvres et les plus précarisées à des fins de procréation. En France la GPA, est totalement interdite.

La prostitution même en dehors des situation de traite, de proxénétisme et de prostitution des mineurs est considérée comme une violence faites aux femmes et une violation de la dignité humaine et de l’égalité entre les sexes par le parlement européen (résolution du 6 février 2013). La France qui est un pays abolitionniste et qui avait réaffirmé cette position en 2012 vient d’adopter [Le texte de loi pour renforcer la lutte contre le système prostitutionnel](#), mercredi 6 décembre 2013 par un vote solennel à l’Assemblée

nationale. Ce texte renverse la charge pénale de la personne prostituée sur ceux qui exploitent sa situation de vulnérabilité en abrogeant le délit de racolage et en sanctionnant le recours à la prostitution. Il vise aussi une amélioration de l'accompagnement, de la protection et de l'accès aux soins des personnes prostituées – la prostitution étant envisagée comme [une activité à haut risque pour la santé physique et mentale](#) pour de nombreux rapports (voir [le rapport de l'IGAS sur la prostitution](#) et [la tribune de médecins](#) publiée dans le monde le 12/11/2013 (32) – et leur réinsertion avec la mise en place d'un "parcours de sortie de la prostitution", la création d'un fond pour la prévention et l'accompagnement social et professionnel, et de nombreuses dispositions en matière de logement, de revenu de substitution, d'obtention de titres de séjour renouvelables, et de mesures destinées à assurer leur protection.

Et il ne faut pas oublier que **la majorité des situations prostitutionnelles débutent avant 18 ans (en moyenne entre 13 et 14 ans)**. Le système prostitutionnel exploite avant tout la grande vulnérabilité de jeunes femmes isolées, sans ressource et gravement traumatisées qui sont repérés par des réseaux et des proxénètes, ou qui font [le choix désespéré](#) d'entrer en situation prostitutionnelle comme solution de secours et stratégie de survie pour se procurer de l'argent, et pour se déconnecter de leur souffrance. Les jeunes qui ont subi des violences dans l'enfance et plus particulièrement [des violences sexuelles incestueuses](#) (33) ont des facteurs de risque qui peuvent précipiter leur entrée en situation prostitutionnelle.

En Europe une étude (34) montre que 60% des femmes victimes de trafic avaient subi des violences physiques et/ou sexuelles avant la traite. De même la majorité des personnes prostituées ont subi depuis la petite enfance des violences [59% de maltraitances physiques, et de 55% à 90% d'agressions sexuelles](#) (63% avec en moyenne avec 4 auteurs de violences pour chaque enfant dans l'étude de Melissa Farley publiée en 2003, faite dans 9 pays sur 854 personnes prostituées (35).

Les femmes et les filles prostituées subissent des violences graves, fréquentes et répétées. Melissa Farley rapporte que 71% d'entre elles ont subis des violences physiques avec dommages corporels (commis par les clients et les proxénètes), 63% ont subi des viols, 64% ont été menacées avec des armes, 75% ont été en situation de sans-domicile-fixe (SDF) pendant leur parcours.

mission interministérielle chargée d'assurer la coordination, sous mon autorité, de tous les services de l'État et de préparer un plan d'action triennal, précédé de consultations approfondies des associations qui travaillent avec les victimes de la traite.

LES FEMMES SANS TOIT

Les femmes qui vivent dans dans les zones urbaines pauvres, qui sont sans chez-soi, risquent bien plus que les hommes de subir des violences physiques, psychologiques et sexuelles. Une étude de Médecins du Monde faite en 2009 à Marseille (36) a montré qu'une femme sans abri a un risque très élevé d'être maltraitée et violée. Elles ont une espérance de vie en moyenne de 41 ans bien moindre que celle des hommes sans abri, qui est de 56 ans.

LES FEMMES AYANT UN HANDICAP FONCTIONNEL, INTELLECTUEL ET/OU MENTAL, PERSONNES ÂGÉES EN ÉTAT DE DÉPENDANCE ET/OU ATTEINTES DE DÉMENCES

Environ 15% des habitants de la planète vivent avec une certaine forme de handicap, dont 2 à 4% avec de grandes difficultés de fonctionnement. Et le handicap touche de manière disproportionnée les populations vulnérables. Les résultats de l'*enquête sur la santé dans le monde* indiquent une plus forte prévalence dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu élevé. La prévalence est également plus forte dans le quintile le plus pauvre des populations, chez les femmes et chez les personnes âgées (37).

Les femmes et les filles handicapées courent bien plus de risque de subir des violences.

Ces violences sont le plus souvent commises par des hommes que les femmes connaissent, c'est-à-dire les hommes de leur famille (par exemple, le père, le frère, le conjoint, l'ami) et des hommes (rémunérés ou non) qui leur prodiguent des soins ou fournissent des services (y compris des chauffeurs). En France dans 30% des cas, les violences ont lieu en institution, contre 70% pour le milieu familial d'après la « commission sénatoriale d'enquête (38)-présidée par Paul Blanc, constituée en décembre 2002, à l'initiative du sénateur Henri de Raincourt - sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux ». Une étude canadienne (McLeod, 1992) a montré que **40 % des femmes ayant un handicap physique** vivront au moins une agression sexuelle au cours de leur vie. **De 39 à 68 % des femmes présentant une déficience intellectuelle** seront victimes d'au moins une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans.

Selon une étude publiée dans *The Lancet*, en 2012 [les enfants handicapés subissent quatre fois plus de violence](#). (39) Et les plus vulnérables sont ceux présentant un handicap mental ou des déficiences intellectuelles. Ce travail apporte aujourd'hui, les preuves les plus solides jamais présentées en matière de violence aux petits handicapés. Le Pr Park Bellis, de [l'Université John Moores](#) à Liverpool (Royaume-Uni), a pris en compte pas moins de 17 études, qui portaient sur 18 374 enfants handicapés. Des données relatives à 7 pays différents ont été intégrées à ce travail : Espagne, Etats-Unis, Finlande, France, Israël, Royaume-Uni et Suède. Les conclusions sont univoques. Elles indiquent que les enfants handicapés ont un risque 3,7 fois plus élevé d'être victimes d'actes de violence, de quelque sorte que ce soit. Pire, ceux souffrant d'un handicap mental sont 4,6 fois plus exposés que les autres.

Elles cumulent de nombreux facteurs de risque en raison de leur vulnérabilité, de leur manque d'autonomie, de leur dépendance physique et matérielle, de stéréotypes sociaux discriminants et stigmatisants qui leur imposent un statut d'infériorité, les infantilisent, les déshumanisent et les isolent socialement. Les obstacles à l'accessibilité que ce soit chez elles, en institution, pour accéder aux soins de santé, à la réhabilitation, à l'instruction; à l'emploi et aux services d'appui.

ou dans les espaces publics et administratifs aggravent le handicap et rendent les femmes encore plus vulnérables (manque de rampe, d'accès, langage des signes, braille,...). Les femmes ayant des incapacités rapportent plus d'incidents avec plus d'agresseurs et sur une durée plus longue que les femmes non handicapées⁶. Les femmes handicapées mentales et atteintes de démences subissent des violences à un taux quatre fois supérieur aux personnes ne présentant pas ces types de handicaps. Et plus une femme a un nombre élevé d'incapacités, plus sa vulnérabilité augmente.

Les violences peuvent être sexistes intra-familiales, conjugales et institutionnelles. Certaines violences sont des maltraitements spécifiques des handicaps : comme priver la femme handicapée fonctionnelle ou sensorielle de ses appareils (fauteuil roulant, prothèses, appareils auditifs,...), systématiquement ne rien lui faciliter et ne pas prendre en compte ses difficultés, ne pas soulager ses douleurs en ne lui donnant pas d'antalgiques, ne pas lui donner à manger ou de façon inadaptée, ne pas lui prodiguer des soins d'hygiène ou le faire là aussi de façon inadaptée, brusque en ne respectant pas sa pudeur, retarder un besoin d'uriner ou de déféquer et ne pas changer son lit ou ses vêtements souillés, la laisser attaché pendant de nombreuses heures, la laisser seule sans aucune autonomie, etc.

Les violences subies par les femmes en situation de handicap prennent plusieurs formes telles que la violation de leur intimité, les mesures de contention et d'isolement, les fouilles à nu, les agressions sexuelles et les viols par des proches, des membres du personnel aidant ou soignant ou d'un patient/résident d'une institution, elles peuvent subir également des mariages forcés, des avortements forcés et une contraception ou une stérilisation forcée. La perte d'autonomie, les soins médicaux, les soins fonctionnels et les soins d'hygiène répétés sont autant de situations à risque de survenue d'une maltraitance.

Alors qu'il s'agit de circonstances aggravantes et que les faits de violences en France peuvent être signalés auprès du procureur de la République de la police **les violences que les femmes en situation de handicap subissent sont très peu dénoncées**. Les femmes en situation de handicap ne vont pas parler car elles pensent qu'elles ne seront pas crues, ni perçues comme étant crédibles pour la police ou la justice. **Elles peuvent aussi ne pas connaître leurs droits, ni les démarches à faire pour dénoncer les violences et être protégées**. De plus elles sont souvent formatées depuis leur enfance pour être en position de soumission totale et avoir été formatées depuis leur enfance par tous ceux qui les ont agressées pour trouver normal beaucoup de violences, pour considérer qu'elles sont un poids pour leurs proches et les aidants qui s'occupent d'elles et pour penser qu'elles ont contracté une telle dette vis à vis de toutes les personnes qui les aident qu'elles doivent être obéissantes et reconnaissantes quoi qu'il arrive et qu'elles n'ont pas le droit de se plaindre, ni de dénoncer ce qu'on leur impose. Elles ont intégré qu'elles n'ont pas le droit de s'opposer ni de se défendre, que ce serait être très ingrates avec tout ce qui a été fait pour elles, et elles pensent qu'elles courraient un risque énorme d'être rejetées et abandonnées de tous. Et se surajoutent les difficultés d'accès aux moyens de transport, aux services de police et pour certaines aux moyens de communication, la peur de perdre sa sécurité financière, son domicile et ses prestations sociales ainsi que la peur d'être institutionnalisée.

Les prédateurs sexuels recherchent des femmes vulnérables, et les femmes présentant de lourds handicaps seront plus faciles à isoler, à contraindre et à instrumentaliser, et elles seront moins en capacité de se défendre, de parler, d'être entendues et crues.

Concernant les femmes âgées, les seules données chiffrées récentes et disponibles sont fournies par **HABEO** (Handicap, Age, Bienveillance, Ecoute, Orientation) et **ALMA** (Allô Maltraitance Personnes âgées et/ou handicapées) au travers de leur plate-forme d'écoute téléphonique : **75% des appelants sont des femmes** et les maltraitances dénoncées sont surtout des négligences, des traitements dégradants, des abus de confiance, des pressions financières, des violences verbales voire des actes de maltraitance physique, mais également des agressions sexuelles. Comme pour les femmes handicapées l'essentiel des cas de maltraitance a lieu au domicile de la victime (40).

Les conséquences psychotraumatiques des violences vont entraîner chez les victimes des troubles anxieux, des insomnies, un sentiment de danger permanent, des troubles des conduites (conduites auto ou hétéro-agressives, conduites à risque) et du comportement (social, alimentaire, sexuel), une aggravation des troubles cognitifs et souvent de la dépendance qui vont accroître encore la vulnérabilité de ces femmes et augmenter le risque de nouvelles maltraitances.

III CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET AUX FILLES

Les violences faites aux femmes et aux filles ont des **répercussions considérables sur la société** en terme de coût social, de productivité et de développement. Elles sont pour les femmes un facteur important d'analphabétisme, de marginalisation, d'exclusion et de grande pauvreté en freinant leur accès à l'éducation, à l'emploi, à la maîtrise de leur sexualité et de leur fécondité, et en empêchant leur émancipation et à leur autonomie. Et elles sont donc un facteur qui aggrave les inégalités. **les coûts de la violence** à l'égard des femmes et des filles (incluant les dépenses de santé, les aides sociales, les dépenses de police et de justice, l'absentéisme et les pertes de revenus et de production, etc.) sont dans la plupart des pays évalués entre un et plusieurs milliards d'euros (41).

UN FACTEUR DE RISQUE IMPORTANT POUR LA SANTÉ DES FEMMES ET DES FILLES

Les violences physiques et sexuelles ont des conséquences directes sur l'intégrité physique des femmes et des filles, pouvant aller jusqu'à la mort ou l'infirmité. Les femmes qui subissent des violences ont beaucoup plus recours à des consultations médicales, à des soins en urgences, à des hospitalisations en médecine et en psychiatrie, et à des arrêts de travail.

Les violences font partie des facteurs de risques importants pour la santé au même titre que l'hypertension artérielle, le tabagisme et l'obésité (42). Des études nord américaines révèlent qu'entre 22% et 35% des femmes qui recourent aux services d'urgence le font pour des symptômes en rapport avec ce type de violences (Campbell JC, Pliska MJ, Taylor W. Sheridan D. Battered women's experiences in the emergency department. J. Emergency Nursing 1994; 20: 280-8.). Plus de 50% des femmes victimes de violences conjugales présentent des symptômes de dépressiet 29% ont fait au moins une fois une tentative de suicide (Rousanville B, Weissman MM. Battered women: a medical problem requiring detection. Int J Health Services 1979; 9: 461-93. Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse. In: Rosenburg, Fenley, eds. Violence in America; a public health approach. New York, Oxford University Press 1991, pp. 70- 84.). La consommation de psychotropes parmi ces femmes est 4 à 5 fois plus élevée que dans la population générale (Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse. In: Rosenburg, Fenley, eds. Violence in America; a public health approach. New York, Oxford University Press, 1991, pp. 70-84. 22 à 35% des femmes qui consultent dans les services d'urgence présentent des symptômes consécutifs aux violences (Campbell et al., 1994) alors que seulement 2% sont identifiées comme victimes aux urgences (Olson, 1996) 28% des femmes s'adressant à des dispensaires de médecine ont subi des violences conjugales (Gin et al.,1991) 10 à 32 % des femmes examinées dans des services de gynécologie obstétrique ont subi des violences conjugales (Campbel et al., 1992; Stewart et Ceccuti, 1993) 52 à 72 % des femmes hospitalisées dans un service de psychiatrie et 64 % adressées à un psychiatre sont victimes de violences (Maza, 1996)

Les conséquences des violences sur la santé sont actuellement très bien documentées par de très nombreuses études internationales (des revues analytiques très référencées de ces études internationales ont été faites en 2010 par A. McFarlane The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences World Psychiatry, et en juin 2011 par la Dre Michèle C. Blake dans l'American Journal of Lifestyle Medicine : *Intimate parner violence and adverse Health Consequences : implications for clinicians*) et reconnues par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2010, de même l'étude prospective sur 18 000 personnes de Felitti et Adda en 2010 démontrent qu'avoir subi des violences dans l'enfance ou en avoir été témoin est **un des déterminants principaux de l'état de santé d'une personne et ce pendant les violences mais également pendant des années voir même 50 ans après après l'arrêt des violences.**

UN FACTEUR DE RISQUE POUR LA SANTÉ DES MÈRES ET DES FŒTUS PENDANT LA GROSSESSE

Les violences sont à l'origine de risques importants pour la santé de la mère et du fœtus pendant les grossesses (les violences débutent fréquemment lors de grossesse et sont dans ce cas décrites par les femmes comme plus graves ; et d'autre part les viols peuvent être à l'origine de grossesse), avec un risque d'avortements répétés, de mort fœtale, d'accouchement prématuré, d'hypertension artérielle et de diabète pour les mères. Les viols sont à l'origine de grossesses précoces chez des adolescentes, et de contamination par des maladies sexuellement transmissibles, particulièrement par le virus HIV responsable du

SIDA (risque très augmenté lors de violences sexuelles). Les violences nuisent donc gravement à la santé reproductive et maternelle des femme et à la santé de leurs enfants (43, 44).

Les violences pendant la grossesse qui concernent plus de 6 % des femmes enceintes sont un facteur de risque très important pour la santé de la mère, du fœtus et du nouveau-né avec de graves conséquences sur le suivi, le déroulement de la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum, il est d'autant plus nécessaire de dépister ces violences le plus tôt possible.

Les femmes de 15 à 45 ans ont déclaré des taux de violences plus élevés que celles de plus de 45 ans, période (15-45) qui correspond aux années de procréation de la femme (enquête canadienne, Ottawa, 1999) Taux de violence de 6,6% pendant la grossesse en cours, 86,1% avaient déjà subi des violences conjugales, près des 2/3 (63,9%) des femme ont déclaré que la violence s'était aggravée pendant la grossesse (Stewart,1993) 40% des violences conjugales ont débutées pendant la grossesse, les femmes victimes enceintes étaient 4 fois plus nombreuses que les autres femmes victimes à dire qu'elles avaient subi des violences « extrêmement graves » (coups, strangulation, menaces de mort par armes, agressions sexuelles), 45% des femmes victimes de violences ont subi des blessures physiques dont 10% ont déclaré avoir souffert de lésions internes et subi une fausse-couche (enquête nationale canadienne auprès de 12300 femmes, 1993) Chez les femmes qui ont déclaré des violences pendant leur grossesse, 90% ont subi des violences dans les 3 mois suivant l'accouchement, le nombre de violences ayant augmenté après la naissance (Muhajarine, 1999).(45).

DES CONSÉQUENCES NEUROLOGIQUES ET PSYCHOTRAUMATIQUES IMPORTANTES

Au-delà des blessures directes et de leurs séquelles, de nombreuses recherches cliniques et neuro-biologiques depuis plus de 10 ans ont montré que l'impact des violences chez les victimes est non seulement psychologique, mais également neuro-biologique avec des atteintes de circuits neurologiques et des perturbations endocriniennes des réponses au stress. Ces atteintes ont été bien documentées, elles laissent des séquelles cérébrales visibles par IRM, avec une diminution de l'activité et du volume de certaines structures (par diminution du nombre de synapses), et pour d'autres une hyperactivité, ainsi qu'une altération du fonctionnement des circuits de la mémoire et des réponses émotionnelles. Récemment des altération 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. (46)

Et encore plus récemment une étude (47) menée par une équipe de chercheurs internationaux (allemand, américains et canadien) 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 et des violences physiques. Fait remarquable, 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 parties du corps ayant été touchées lors des violences (zones génitales, anales, buccales, etc.). Et l'épaisseur de ces zones corticales est d'autant plus diminuée que les violences ont été plus graves (viols, plusieurs agresseurs,...).

Ces altérations des circuits neurologiques s'accompagnent de la mise en place de troubles psychotraumatiques et d'une mémoire traumatique qui, en refaisant vivre à l'identique le stress extrême généré par les violences aussitôt qu'un lien ou une situation les rappelleront, entraîneront de nombreux troubles psychiatriques et des troubles organiques liés au stress (cardio-vasculaires, imm comme nous allons le voir.

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 psychiques et de troubles psychotraumatiques graves. Les violences subies par les femmes et les filles sont celles qui ont le plus grand potentiel traumatisant en dehors des tortures : 58 % des victimes de violences conjugales risquent de développer un état de stress-post-traumatique contre seulement 24% chez l'ensemble des victimes de traumatismes (48), et 80 % des victimes de viols risquent de développer un état de stress-post-traumatique contre seulement 24% chez l'ensemble des victimes de traumatismes (49). Cela explique que la prévalence des troubles psychotraumatiques soit plus importante chez les femmes que chez les hommes. Ces troubles psychotraumatiques sont chroniques, ils peuvent s'installer sur des années, des dizaines d'années, voire toute une vie. Ils auront alors un impact catastrophique sur la vie des victimes traumatisées si elles ne sont pas prises en charge. Ces femmes présentent alors tout au long de leur vie un état de stress post-traumatique, des troubles dissociatifs, des épisodes dépressifs à répétition, des risques suicidaires, des troubles anxieux généralisés, des troubles de la personnalité, des troubles cognitifs, des troubles du sommeil, du comportement alimentaire, et de la sexualité, des addictions à l'alcool, aux drogues, des troubles des conduites avec des mise en danger, des risques d'accidents à répétition, des maladies liées au stress, une fatigue et des douleurs chroniques. Et la plupart du temps ces troubles psychotraumatiques seront injustement stigmatisés comme des handicaps constitutionnels et seront perçus comme une infériorité justifiant a posteriori la mise sous tutelle déjà exercée et justifiant aussi de nouvelles violences, alors que ce sont des réactions normales à des situations violentes anormales.

De même 60% des enfants qui sont témoins de ces violences faites aux femmes développeront des troubles psychotraumatiques (50). Ils pourront présenter des troubles du comportement (10 à 17 fois plus que des enfants vivant dans un foyer sans violence) dont des comportements agressifs vis à vis des autres enfants et des conduites délinquantes. On note aussi chez ces enfants une augmentation des conduites agressives, des conduites à risque, des conduites délinquantes, du risque de troubles psychiatriques à l'âge adulte (51) et du risque de reproduire à nouveau des violences conjugales ou d'en être victime.

Les mécanismes à l'origine des conséquences psychotraumatique sont bien connus actuellement (cf Rauch SL en 2006 et des revues détaillées en ont été faites par Dennis S. Charney en 2004 par l'American Psychiatric Association *Vulnerability : Implications for successful Adaptation to extrême stress*, et par C. B. Nemeroff en 2009 : *Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-Science Review Influential Publications*, American Psychiatric Association). **Ce sont des mécanismes neuro-biologiques d'adaptation au stress extrême et de sauvegarde par rapport au risque vital généré par ce stress extrême.**

Ces nombreuses recherches ont déjà permis de faire le lien entre les découvertes neuro-biologiques et la clinique des psychotraumatismes. La compréhension du lien fait appel à l'élaboration d'un modèle théorique (Shin, 2006 ; Yehuda, 2007, Salmona, 2008 et 2012), c'est à dire d'une explication qui permette de mieux appréhender la réalité, le modèle ne pouvant prétendre expliquer la réalité dans sa totalité. J'ai largement participé à cette élaboration (que je présente dans mon livre : [Le livre noir des violences sexuelles](#), Dunod, 2013) qui permet de décrire [les mécanismes psychiques et neuro-biologiques](#) à l'œuvre lors des violences, et de donner une explication et une cohérence aux différents [symptômes psychotraumatiques](#), qui sinon paraissent paradoxaux et sont difficilement compréhensibles.

QUELLES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE DES FEMMES ET DES FILLES ?

Les conséquences des violences sur la santé des victimes sont donc à la fois liées :

1. **aux conséquences immédiates des coups et blessures** qui peuvent aller jusqu'à la mort (fractures, brûlures, blessures, strangulation, hématomes, atteintes oculaires et ORL, atteintes neurologiques par traumatisme crânien, atteintes génito-urinaires) et chez les femmes enceintes de nombreuses pathologies obstétricales pouvant provoquer leur mort et/ou la mort du fœtus ou du nouveau-né (avortement, prématurité, menaces d'accouchement prématuré, décollement placentaire, rupture des membranes, hypotrophie fœtale), et lors de viols des infections sexuellement transmissibles et/ou une grossesse.
2. **aux conséquences immédiates du stress extrême subis lors des violences physiques, psychologiques et sexuelles** : état de choc, prostration, perte de connaissance, amnésie lacunaire, dissociation péri-traumatique, états confusionnels, bouffée délirante aïgue désordres métaboliques, troubles somatiques liés au stress aigu (neurologiques, cardio-vasculaires, gastro-entérologiques, broncho-pulmonaires, urogénitales, dermatologiques,...)

3. **aux conséquences différées des mois, années, voir des dizaines d'années après la fin des violences** dues aux séquelles des coups et blessures, et aux troubles psychotraumatiques qui entraînent une atteinte de l'intégrité psychique avec des conséquences sur la santé mentale **avec des pathologies psychiatriques** (troubles anxieux, dépressions (, risques suicidaires : tentatives de suicides répétées et suicides (x 10), addictions (tabac, alcool, drogues), conduites à risques et mises en danger, troubles alimentaires (anorexie et boulimie), troubles du sommeil, troubles cognitifs et troubles de la personnalité), des conduites à risque avec un risque d'**accidents** multiplié par 8, des **addictions** et un stress chronique dû à la mémoire traumatique qui fait revivre les violences à l'identique avec le même stress émotionnel extrême, entraînent **une fatigue et des douleurs chroniques** (douleurs ostéo-musculaires, céphalées de tension, douleurs temporo-maxillaires, fibromyalgies), des conséquences **neurologiques** (migraines, neuropathies, troubles de la mémoire, dysarthries, atteintes démentielles), **cardio-vasculaires** (palpitations, insuffisance coronaire, infarctus du myocarde, hyper-tension artérielle, hyper-cholestérolémie,), **gastro-entérologiques** (constipation, anisme, diarrhée, reflux gastro-œsophagien, ulcères, côlon irritable, colites spasmodiques,...), **immunologiques (maladies auto-immunes)** et **endocriniennes** (syndrome métabolique, diabète), **broncho-pulmonaires**,(asthme, bronchites chroniques, dilatation des bronches), **musculo-squelettique** (inflammations, arthrite, douleurs musculaires et articulaires), **dermatologique et ORL, gynécologiques** (douleurs pelviennes chroniques, dysménorrhées, inflammation pelvienne, infections vaginales, troubles de la sexualité, vaginisme, cystites à répétition,...), **obésité morbide. Tous ces troubles sont augmentés de manière significatives en cas de violences et de troubles psychotraumatiques.**

LES MÉCANISMES PSYCHOTRAUMATIQUES DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET AUX FILLES

La méconnaissance des conséquences psychotraumatiques des violences, des mécanismes neuro-biologiques en jeu, font que les symptômes présentés par les victimes ne sont presque jamais reliés aux violences et les violences ne sont pas identifiées. Il est encore trop rare que les professionnels des secteurs du social et de la santé posent aux personnes qu'ils prennent en charge la question sur l'existence de violences subies, particulièrement sexuelles. Le déni des agressions sexuelles chez les victimes est extrêmement fréquent, et les allégations mensongères des victimes sont rares, inférieures à 3% (58, 59, 60). Le plus souvent c'est la victime qui est considérée comme coupable et doit 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, on lui reproche 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 dû ... », « pourquoi as-tu fait... ? » L'auteur des agressions est le plus souvent considéré comme innocent. Soit il serait victime

d'une machination que la victime aurait mis en place, soit la victime n'aurait pas compris qu'il s'agissait d'un jeu, d'humour, ou qu'il était tout simplement amoureux. Ou bien ce ne serait pas de sa faute : « il est comme ça, tu sais bien !, il a des pulsions », « la victime l'a certainement provoqué », « il avait bu, il ne s'est pas rendu compte, il n'a pas compris que la victime n'était pas consentante... ». De plus, il bénéficie des symptômes psychotraumatiques présentés par la victime à la fois pour se disculper mais aussi pour agresser en toute sécurité.

Les troubles psychotraumatiques sont des conséquences normales 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 (61). Ces mécanismes sont mieux connus depuis une dizaine d'années. Les troubles qui en résultent sont pathognomoniques, c'est-à-dire qu'ils sont spécifiques et qu'ils sont une preuve médicale du traumatisme. Ils ne sont pas liés à la victime mais avant tout à la gravité de l'agression et à l'intentionnalité destructrice de l'agresseur, la vulnérabilité de la victime pouvant les aggraver. Ces troubles psychotraumatiques sont générés par des situations de peur et de stress extrêmes provoquées par les violences.

La violence, ne l'oublions pas, est un formidable instrument de soumission et de dissociation, particulièrement quand elle est terrorisante et qu'elle plonge la victime dans un scénario insensé (comme peuvent l'être des scénarios pornographiques imposés lors de viols). Elle a un effet de sidération du psychisme qui va paralyser la victime, l'empêcher de réagir de façon adaptée, et empêcher le cortex cérébral de contrôler l'intensité de la réaction de stress et sa production d'adrénaline et de cortisol. Un stress extrême, véritable tempête émotionnelle, envahit alors l'organisme et - parce qu'il représente un risque vital pour l'organisme (atteinte du cœur et du cerveau par l'excès d'adrénaline et de cortisol) (62)- déclenche des mécanismes neurobiologiques de sauvegarde qui ont pour effet de faire disjoncter le circuit émotionnel, et d'entraîner une anesthésie émotionnelle et physique en produisant des drogues dures morphine et kétamine-like. L'anesthésie émotionnelle génère un état dissociatif avec un sentiment d'étrangeté, de déconnection et de dépersonnalisation, comme si la victime devenait spectatrice de la situation puisqu'elle la perçoit sans émotion. Mais cette disjonction isole la structure responsable des réponses sensorielles et émotionnelles (l'amygdale cérébrale) de l'hippocampe (autre structure cérébrale, sorte de logiciel qui gère la mémoire et le repérage temporo-spatial, sans elle aucun souvenir ne peut être mémorisé, ni remémoré, ni temporalisé). Et l'hippocampe ne peut pas faire son travail d'encodage et de stockage de la mémoire sensorielle et émotionnelle des violences, celle-ci reste piégée dans l'amygdale sans être traitée, ni transformée en mémoire autobiographique. Elle va rester hors temps, non-consciente, à l'identique, susceptible d'envahir le champ de la conscience et de refaire revivre la scène violente de façon hallucinatoire, comme une machine à remonter le temps, avec les mêmes sensations, les mêmes douleurs, les mêmes phrases entendues, les mêmes odeurs, les mêmes sentiments de détresse et de terreur (ce sont les flashbacks, les réminiscences, les cauchemars, les attaques de panique...). **C'est cette mémoire piégée dans l'amygdale qui n'est pas devenue autobiographique qu'on appelle la mémoire traumatique.**

La mémoire traumatique est au cœur de tous les troubles psychotraumatiques. Elle “explose” aussitôt qu’un lien, une situation, un affect ou une sensation rappelle les violences ou fait craindre qu’elles ne se reproduisent. Elle envahit alors tout l’espace psychique de façon incontrôlable. Comme une “bombe à retardement”, susceptible d’exploser, souvent des mois, voire de nombreuses années après les violences, elle transforme la vie psychique en un terrain miné. Telle une “boîte noire”, elle contient non seulement le vécu émotionnel, sensoriel et douloureux de la victime, mais également tout ce qui se rapporte aux faits de violences, à leur contexte et à l’agresseur (ses mimiques, ses mises en scène, sa haine, son excitation, ses cris, ses paroles, son odeur, etc.). Cette mémoire traumatique des actes violents et de l’agresseur colonise la victime, et lui fera confondre ce qui vient d’elle avec ce qui vient des violences subies ou de l’agresseur. La mémoire traumatique sera souvent responsable, non seulement de sentiments de terreur, de détresse, de mort imminente, de douleurs, de sensations inexplicables, mais également de sentiments de honte, de culpabilité et d’estime de soi catastrophique, qui seront alimentés par la mémoire traumatique des paroles et de la mise en scène de l’agresseur [*« Tu ne vaux rien, tout est de ta faute, tu as bien mérité ça, tu aimes ça »*, etc.] et aussi des émotions violentes et de l’excitation perverse de l’agresseur perçues à tort comme les siennes, ce qui constituera une torture supplémentaire pour la victime. La victime n’a alors que mépris et haine pour elle-même, et elle peut penser avec horreur qu’elle a des fantasmes, une excitation et une jouissance perverse, alors que c’est bien entendu faux, cela appartient à l’agresseur.

Avec cette mémoire traumatique, les victimes contre leur gré se retrouvent à revivre sans cesse les pires instants de terreur, de douleur, de désespoir, comme une torture sans fin, avec des sensations soudaines d’être en grand danger, de panique totale, de mort imminente, d’être projetés par terre, d’être écrasés, frappés violemment, de perdre connaissance, d’avoir la tête ou le corps qui explose, avec des suffocations, des nausées, des douleurs génitales intenses. Elles ont peur d’être folles, et se sentent étrangères aux autres et à elles-mêmes. Avec ces sensations, les agresseurs restent éternellement présents, à imposer aux victimes les mêmes actes atroces, les mêmes phrases assassines, la même souffrance délibérément induite, la même jouissance perverse à les détruire et à imposer leurs mises en scène mystificatrices et dégradantes, avec une haine, un mépris, des injures et des propos qui ne les concernent en rien. Et plus les violences ont eu lieu tôt dans la vie des victimes, plus ces dernières seront obligées de se construire avec ces émotions, ces sensations de terreur, ces actes et ces propos pervers, à devoir lutter contre eux sans les comprendre, et sans savoir où se trouve la ligne de démarcation entre leur vraie personnalité et leur vraie sexualité, et ce qui est dû à leur mémoire traumatique (63).

La mémoire traumatique les hante, les exproprie et les empêche d’être elles-mêmes, pire elle leur fait croire qu’elles sont doubles, voire triples : une personne normale (ce qu’elles sont), une moins-que-rien qui a peur de tout et une coupable dont elles ont honte et qui mérite la mort (ce que l’agresseur a mis en scène et qu’elles finissent par intégrer puisque cela tourne en boucle dans leur tête), une personne qui pourrait devenir violente et perverse et qu’il faut sans cesse contrôler, censurer (ce même agresseur tellement présent et envahissant à l’intérieur d’elles-mêmes qu’elles finissent par le confondre avec elles-mêmes, ce qui les terrorise). Laissons la parole à une victime : *« Je me prends constamment*

la tête, je doute de moi, de mes souvenirs, de ce que je suis... je me dis des choses atroces du genre « je suis une perverse machiavélique menteuse » ou « tu es quelqu'un de mauvais, de méchant »... J'en ai assez de douter tout le temps de moi, de tout, d'avoir peur. Je ne vis que dans la peur et cela m'épuise ! »

La vie devient un enfer avec une sensation d'insécurité, de peur et de guerre permanente. Il faut une vigilance de chaque instant pour éviter les situations qui risquent de faire exploser cette mémoire traumatique. **Des conduites d'évitement et de contrôles** de l'environnement se mettent alors en place. Toute situation de stress est à éviter, il est impossible de relâcher sa vigilance, dormir devient extrêmement difficile.. Mais c'est rarement suffisant, et pour éteindre à tout prix une mémoire traumatique qui «s'allume» ou pour prévenir son allumage, les victimes découvrent très tôt la possibilité de s'anesthésier émotionnellement grâce à **des conduites dissociantes (64)**, c'est-à-dire à des conduites qui augmentent brutalement leur niveau de stress pour arriver coûte que coûte à sécréter suffisamment de drogues dures endogènes (pour disjoncter malgré l'accoutumance), ou des conduites qui renforcent l'effet des drogues endogènes grâce à une consommation de drogues exogènes (alcool, drogues, psychotropes à hautes doses). **Ces conduites dissociantes sont des conduites à risques et de mises en danger** : sur la route ou dans le sport, mises en danger sexuelles, jeux dangereux, consommation de produits stupéfiants, violences contre soi-même comme des auto-mutilations, violences contre autrui (l'autre servant alors de fusible grâce à l'imposition d'un rapport de force pour disjoncter). Rapidement ces conduites dissociantes deviennent de véritables addictions. **Ces conduites dissociantes sont incompréhensibles et paraissent paradoxales à tout le monde** (à la victime, à ses proches, aux professionnels) et sont à l'origine chez la victime de sentiments de culpabilité et d'un rejet par leurs proches et les professionnels qui s'en occupent.

Si la violence est paralysante et dissociante pour la victime, elle est pour l'auteur non seulement un outil de domination et une drogue anesthésiante. L'agresseur instrumentalise les victimes dans le but d'obtenir une anesthésie émotionnelle. La violence devient ainsi une usine à fabriquer de nouvelles victimes et de nouvelles violences (22).

Une prise en charge spécifique par des soignants formés, centrée sur les violences est essentielle. Elle fait malheureusement le plus souvent défaut, et les centres de soins où elle peut-être proposée restent encre très rares en France. À la place des traitements symptomatiques et dissociants sont souvent utilisés, ces traitements sont «efficaces» pour faire disparaître les symptômes les plus gênants et anesthésier les douleurs et les détresses les plus graves, mais ils ne traitent pas la mémoire traumatique des patients, voire parfois ils l'aggravent.

Ces mécanismes sont malheureusement méconnus, et les médecins, qui ne sont pas formés à la psychotraumatologie ne relient pas les symptômes des victimes aux violences qu'elles ont subies. Ils ne proposent donc pas de traitement spécifique. A la place ils

utilisent des traitements symptomatiques ou des traitements qui sont en fait dissociants, mais sans le savoir. Ces traitements dissociants (comme l'enfermement, la contention, les camisoles chimiques, l'isolement, les chocs électriques, voire la lobotomie qui est encore utilisée dans certains pays....) sont «efficaces» pour faire disparaître transitoirement les symptômes les plus gênants et anesthésier ponctuellement les douleurs et les détresses les plus graves, mais produisant des disjonctions ils aggravent la mémoire traumatique des patients. La violence a la triste capacité de traiter les conséquences psychotraumatiques de façon transitoire mais très efficace et très économique pour l'agresseur, tout en les aggravant. Elle est sa propre cause et son propre antidote. Mais à quel prix !

Personne ne cherche réellement à savoir pourquoi ces filles, ces adolescentes et ces femmes vont si mal, personne n'a l'idée que, peut-être, elles subissent ou ont subi des violences, personne ne leur pose directement la question. C'est comme si toutes ces [conséquences](#) habituelles des violences provenaient uniquement des personnes elles-mêmes, comme si elles étaient les propres artisans de leur malheur, et qu'il fallait juste mieux les éduquer, mieux leur expliquer de ne pas s'autodétruire, sans qu'à aucun moment ceux qui les détruisent ne soient mis en cause.

CAS PARTICULIER DES FEMMES ÂGÉES QUI ONT ÉTÉ VICTIMES DE VIOLENCES AU COURS DE LEUR VIE

Avec l'avance en âge, et les événements de vie qui s'accumulent, (deuils, pertes d'autonomie, hospitalisations, passage en maison de retraite), les femmes victimes de violences aux prises avec ces situations d'insécurité et de dépendance à l'autre vont être en grande difficulté pour gérer leur mémoire traumatique. Les stratégies de survie habituelles sont débordées. Le risque est un nouvel allumage de la mémoire traumatique, envahissante, impossible à contrôler particulièrement lors des soins corporels. Ces femmes âgées vont vivre de nombreuses situations comme des agressions en s'y opposant avec des attaques de panique, des crises d'agitation, des pertes de repères temporo-spatiaux, des troubles dissociatifs avec parmi eux des hallucinations visuelles, auditives et cénesthésiques. Elles vont revivre et remettre possiblement en scène par la parole, par des cris, des comportements les agressions qu'elles ont subies (ce qui peut entraîner des situations sexuelles inappropriées, des actes violents, des propos orduriers qui sont ceux du ou des agresseurs).

Pour tenter d'anesthésier émotionnellement cette mémoire traumatique intolérable, le principal mécanisme va être de nouveau l'installation de troubles dissociatifs. Les personnes âgées peuvent alors développer des «délires» de persécution et mettre en scène les violences subies et des «pseudo démences» avec des altérations cognitives. Elles peuvent également s'auto-agresser et se mettre en danger, ou devenir violentes vis à vis d'autrui en tenant des propos violents et obscènes accompagnés ou non de passages à l'acte agressifs (elles vont revivre et remettre possiblement en scène par la parole, par des cris, des comportements les agressions qu'elles ont subies). Ces troubles peuvent rendre les soins très difficiles et être un facteur de risque de rejet et de maltraitance de la part des soignants. Il est essentiel de savoir repérer ces situations, d'abord pour les comprendre puis pour ajuster ensuite en équipe les attitudes personnalisées à mettre en place.

De manière préventive, avant l'éclosion de ces troubles du comportement en institution, lors de la période de pré-admission, il faudrait pouvoir voyager dans le passé, reconstituer des pointillés de l'histoire de vie, rechercher des traumatismes, et plus particulièrement des violences sexuelles. Cette pratique passe par l'observation, l'écoute et des questions posées, avec le plus de tact possible, à la personne elle-même mais aussi à l'entourage.

Et quand certaines victimes arrivent quand même à être entendues, les violences sont fréquemment banalisées et le danger qu'elles courent sous-estimé. Et la plupart, dans un processus d'inversion pervers insensé, vont être considérées comme coupables de n'avoir pas su se protéger, ni se défendre, d'avoir provoqué les violences, d'avoir détruit un couple, une famille. Leur valeur, leurs droits sont mis en question. La police et la justice considèrent des symptômes psychotraumatiques normaux comme la sidération, l'anesthésie émotionnelle, la dissociation, les troubles de la mémoire et les distorsions temporo-spatiales comme des éléments à charge, et demandent aux victimes de se justifier...

Cette prise en charge spécifique consiste à faire cesser les violences, mettre à l'abri et en sécurité, faire appel à la loi, dénoncer les violences et les mensonges de l'agresseur, dénoncer les stéréotypes sexistes véhiculés par la société et les maltraitements familiales et institutionnelles. Il s'agit de remettre le monde à l'endroit, de **donner des informations et d'expliquer les mécanismes psychologiques et neurobiologiques psychotraumatiques** pour que les victimes comprennent ce qui leur arrive, pour qu'elles puissent se déculpabiliser et avoir une boîte à outils pour mieux se comprendre, mieux se protéger et mieux se soigner. Il est nécessaire d'**orienter vers des associations, des services sociaux, des aides juridiques avec lesquels il faut travailler en réseau**. Et il est important également de recevoir, voire de prendre en charge l'entourage de la victime, de l'informer et de lui expliquer les mécanismes et les conséquences psychotraumatiques. Cela permet aussi de les faire participer activement au travail de recherche et d'identification de la mémoire traumatique du fait de leur statut de témoins privilégiés au moment des violences, ou du fait de leur connaissance des symptômes auxquels ils ont été confrontés au jour le jour, symptômes qu'ils peuvent décrire et nous aider à analyser. Cette participation à la prise en charge leur permet d'être moins angoissés et perdus face aux réactions de leur proche traumatisé. Elle leur permet aussi d'avoir des comportements beaucoup plus adaptés, les victimes se sentant dès lors moins seules et moins incomprises. Une approche systémique prenant en compte l'ensemble de la famille et des professionnels entourant une victime peut être très utile (23).

Les soins consistent à soulager la souffrance psychique en priorité, à permettre d'éviter le plus possible les conduites dissociantes et les risques suicidaires, à identifier la mémoire traumatique qui prend la forme de véritables mines qu'il s'agit de localiser, et qu'il faut ensuite patiemment désamorcer, et déminer avec une psychothérapie (de nombreuses techniques psychothérapeutiques sont possibles à

condition d'être centrées sur les violences et la mémoire traumatique). Le travail **psychothérapeutique consiste** à faire des liens et en réintroduisant des représentations mentales pour chaque manifestation de la mémoire traumatique (perfusion de sens), ce qui va permettre de réparer et de rétablir les connexions neurologiques qui ont subi des atteintes et même d'obtenir une neurogénèse. Il s'agit de « réparer » **l'effraction psychique initiale, la sidération psychique liée à l'irreprésentabilité des violences (24, 25).** Effraction responsable d'une panne psychique qui rend le cerveau incapable de contrôler la réponse émotionnelle ce qui est à l'origine du stress dépassé, du survoltage, de la disjonction, puis de l'installation d'une dissociation et d'une mémoire traumatique. Cela se fait en « revisitant » le vécu des violences, accompagné pas à pas par un « démineur professionnel » avec une sécurité psychique offerte par la psychothérapie et si nécessaire par un traitement médicamenteux, pour que ce vécu puisse petit à petit devenir intégrable, car mieux représentable, mieux compréhensible, en mettant des mots sur chaque situation, sur chaque comportement, sur chaque émotion, en analysant avec justesse le contexte, ses réactions, le comportement de l'agresseur. Cette analyse poussée permet au cerveau associatif et à l'hippocampe de re-fonctionner et de reprendre le contrôle des réactions de l'amygdale cérébrale, et d'encoder la mémoire traumatique émotionnelle pour la transformer en mémoire autobiographique consciente et contrôlable. De plus il a été démontré qu'une prise en charge spécialisée permettait de récupérer des atteintes neuronales liées au stress extrême lors du traumatisme, avec une neurogénèse et une amélioration des liaisons dendritiques visibles sur des IRM (Imagerie par Résonance Magnétique)

focus sur l'agresseur

Si les victimes subissent ce mécanisme de sauvegarde anesthésiant qui leur permet de survivre au prix de l'installation d'une mémoire traumatique, les agresseurs, eux, recherchent ce mécanisme pour s'anesthésier, la victime n'étant qu'un fusible pour y parvenir. Si les agresseurs cherchent à s'anesthésier, c'est qu'ils sont eux aussi aux prises avec une mémoire traumatique qui provient de leur passé. Mais, ils convoquent une victime qu'ils se choisissent pour gérer à leur place leurs troubles psychotraumatiques, cette dernière devenant une esclave emprisonnée dans un scénario qui ne la concerne initialement pas. L'agresseur se drogue au stress grâce à la violence qui devient pour lui une véritable toxicomanie. L'anesthésie émotionnelle procurée par les violences lui est utile pour éteindre des angoisses profondes provenant de son histoire et est responsable chez lui d'un véritable état d'anesthésie émotionnel. En fait les auteurs de violence ont expérimenté un choc émotionnel traumatisant, sa disjonction de secours et son anesthésie émotionnelle dans leur enfance lors de maltraitances ou en étant témoins de violences extrêmes dans leur famille comme des violences conjugales. Ce choc émotionnel traumatisant a pu aussi se produire à l'âge adulte lors de guerres, de conflits armés, de répressions, d'actes de terrorisme ou lors d'activités professionnelles exposées à des violences extrêmes (soldats, policiers, pompiers, humanitaires,...). Et n'ayant pas été traités, ils ont développé une mémoire traumatique qu'ils vont autotrainer en s'identifiant aux agresseurs et en cherchant à s'anesthésier aux dépens de victimes qu'ils se choisissent, d'autant plus facile à trouver que la société où ils vivent est inégalitaire. Les femmes et les filles sont alors des victimes idéales pour jouer le

rôle de fusibles et leur permettre de recycler leur troubles psychotraumatiques. Ils peuvent les considérer comme leur appartenant et donc comme instrumentalisables à merci. Cela explique que les violences faites aux femmes et aux filles sont beaucoup plus fréquentes et graves dans des sociétés très inégalitaires et après des conflits armés, des guerres civiles, des génocides.

Pour autant la violence reste toujours un choix, une facilité dont l'agresseur est entièrement responsable. Bien d'autres conduites d'évitement (hypervigilance et contrôle, retrait social, soumission) et anesthésiantes (conduites à risque, alcool, drogue) existent, qu'il connaît pour les avoir presque toujours expérimentées. Mais il préfère exercer des violences qui lui permettent de faire l'économie de nombreuses stratégies d'évitement et de contrôle, et de conduites dissociantes. De plus comme ces violences font socialement l'objet d'un déni et d'une loi du silence, il peut d'autant plus préférer cette stratégie dissociante plutôt que d'essayer de composer avec une souffrance mentale qui risque de l'exclure et le marginaliser. La société dans son ensemble stigmatise plus les troubles psychiatriques et les conduites addictives des victimes que les violences qui leur sont faites. Et il est bien plus valorisant d'être en position de domination, plutôt que de victime. Dans une société inégalitaire, les violences sont un privilège offert à tous ceux qui adhèrent à la loi du plus fort.

Si la violence est paralysante et dissociante pour la victime, elle est donc pour l'auteur un outil de domination et une drogue anesthésiante. La violence permet d'obtenir une anesthésie émotionnelle de l'agresseur (malheureusement largement valorisée dans nos sociétés) en instrumentalisant les victimes comme des fusibles. Elle devient ainsi une usine à fabriquer de nouvelles victimes et de nouvelles violences. Les rationalisations habituelles pour justifier la violence ne sont donc que des leurres :

- **La violence n'est pas une fatalité**, elle ne procède pas d'une pulsion agressive originelle chez l'homme (comme le dit S. Freud), ni d'une cruauté innée (comme le pense F. W. Nietzsche). L'être humain est naturellement empathique comme le prouve toutes les études faites sur des nourrissons. Historiquement et socialement, les violences faites aux femmes et aux enfants sont presque toujours présentées comme inhérentes à la condition humaine, à la nature du désir de l'homme, antécédentes à toute histoire personnelle, ou comme justifiées au nom de l'éducation, de l'amour, de la sécurité, du rendement, de l'économie, etc. Cependant elles ne sont pas « naturelles », ni légitimes, ni logiques, ni cohérentes, que ce soit par rapport au contexte où elles se produisent, ou par rapport à la victime. Ceux qui utilisent la violence prônent le mépris et la haine des victimes considérées comme inférieures et sans valeur, alors qu'ils ne sont violents que parce qu'ils ont été eux-mêmes des victimes. Ils n'ont recours à la violence que parce qu'elle leur est utile, possible et qu'elle est une drogue pour eux.
- **La victime n'est pas responsable de la violence exercée contre elle.** Rien de sa personne ni de ses actes ne la justifie, la victime est toujours innocente d'une violence préméditée qui s'abat sur elle. De fait la victime est interchangeable, et choisie pour jouer par contrainte ou par manipulation un rôle dans un scénario qui ne la concerne pas, monté par l'agresseur.

- **La violence n'est pas utile pour la victime.** Le « c'est pour ton bien » dénoncé par Alice Miller, le « c'est par amour pour toi », le « c'est pour mieux te protéger, t'éduquer, te soigner... » sont des mystifications. La violence n'est utile qu'à son auteur, pour le soulager lui et lui seul, et pour paralyser et soumettre les victimes. Le but de ce dernier est d'imposer à une personne qu'il a choisie d'être son « esclave-soignant et son médicament » pour traiter sa mémoire traumatique. Il instrumentalise sa victime et l'aliène en la privant de ses droits afin de la transformer en esclave soumise qui devra développer des conduites de contrôle et d'évitement à sa place, pour éviter l'explosion de sa mémoire traumatique à lui. Et si l'explosion a quand même lieu, c'est la victime qui devra servir de fusible pour qu'il puisse disjoncter par procuration et s'anesthésier.
- **La violence est un privilège,** elle est l'apanage d'une société inégalitaire qui distribue des rôles de dominants et de dominés, et qui attribue ensuite à chacun une valeur en fonction de la place qu'il occupe dans le système hiérarchique imposé. Les hommes auteurs de ces violences s'autorisent à transgresser une loi universelle, pour imposer une loi traditionnelle à laquelle les femmes doivent se soumettre. Ils se revendiquent comme étant d'une autre essence, et ils adhèrent à une vision du monde profondément inégalitaire où la loi du plus fort pourrait, en toute injustice, régner à leur avantage.

Il est donc évident que laisser des victimes sans soin aux prises avec une mémoire traumatique est irresponsable et alimente la production de futures violences. Il suffit qu'une minorité de victimes deviennent des agresseurs, ils feront alors à leur tour d'autres victimes, dont quelques unes deviendront des agresseurs. Les agresseurs choisiront en priorité des proies qui ont déjà été victimes, car plus isolées et moins protégées, plus faciles à terroriser et à soumettre, plus faciles à réduire à l'état d'esclaves puisqu'elles ont déjà été formatées pour l'être. Les victimes sont donc activement recherchées par les agresseurs et enrôlées de force comme nouvelles victimes dans des scénarios qui n'ont de sens que pour eux.

Trop souvent, les violences ne sont pas reconnues, ni dénoncées, et leurs conséquences psychotraumatiques sont ignorées des professionnels de la santé qui n'ont pas été formés. Il en résultent que les victimes ne peuvent être prises en charge ni soignées efficacement. Pourtant des soins spécialisés permettraient d'éviter la mise en place d'une mémoire traumatique immédiatement après les violences, ou de la traiter si elle est déjà installée. Ces soins éviteraient aux victimes de graves souffrances et de nouvelles violences. Et ils permettraient aussi d'éviter que certaines victimes ne deviennent des agresseurs. Dans un univers sexiste et inégalitaire, un garçon témoin de violences conjugales ou lui-même victime de violences peut facilement s'autoriser à se positionner en dominant et à traiter sa mémoire traumatique en exerçant des violences, ce qui pourrait être évité s'il était pris en charge précocement.

LE RÔLE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les professionnels de la santé sont donc en première ligne, les médecins sont considérés par les femmes et les filles victimes de violences comme des interlocuteurs privilégiés, ils devraient jouer un rôle essentiel en prévention primaire dans le dépistage universel de ces violences dans le cadre de leur parcours de soin (91% des femmes ont un médecin traitant, les femmes victimes de violences conjugales sont 27% à aller voir un médecin, 20% un psychiatre ou un psychologue, et les femmes victimes de violences sont 29% à aller consulter un psychiatre et un psychologue). Pour le professeur Henrion «Il faut inciter les professionnels de santé à dépister les violences conjugales au moindre soupçon », insistant sur le fait qu'en l'absence de signes évocateurs, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique ». Le rôle des médecins est primordial et ne se limite pas aux soins d'urgences et à la rédaction de certificats médicaux. Des études récentes montrent l'intérêt du dépistage systématique universel des violences envers les femmes.

Les médecins jouent un rôle essentiel :

Dans le dépistage et dans le suivi et les soins nécessaires apportés aux femmes et aux filles victimes ; **dans le traitement de toutes les conséquences des violences** sur l'intégrité physiques et psychiques, en évitant des complications et des séquelles en prévention secondaire et tertiaire ; **dans l'évaluation du danger que court la victime de violences et ses enfants** (tentatives de meurtres, menaces de mort, violences extrêmes, armes à la maison) et le risque de suicide (multiplié par 10 à 20 selon les études) et d'accidents (multiplié par 8) ; **dans l'évaluation de la nécessité d'une hospitalisation, d'une mise à l'abri, d'un signalement** aux autorités en cas de victimes mineures et en situation de vulnérabilité (grossesse, handicap, maladie)

Les médecins assurent donc :

Le dépistage des violences ; le dépistage des conséquences des coups et blessures et des viols (fractures, brûlures, blessures, strangulation, hématomes, atteintes oculaires et ORL, atteintes neurologiques par traumatisme crânien, atteintes génito-urinaires, pathologies obstétricales (avortement, prématurité, menaces d'accouchement prématuré, décollement placentaire, rupture des membranes, hypotrophie fœtale) et lors de viols des infections sexuellement transmissibles et/ou une grossesse ; **le dépistage des troubles psychotraumatiques** (état de choc, de stress aigu, dissociation péri-traumatique, état de stress post-traumatique) ; **le dépistage des conséquences des états de stress post-traumatiques** : troubles anxieux, insomnie, dépression, risque suicidaire, conduites addictives, conduites à risque ; **la prise en charge et le traitement** des coups et blessures, des infections sexuellement transmissibles, d'une contraception d'urgence, d'IVG, des troubles psychotraumatiques et de leurs conséquences (ESPT, troubles anxio-dépressifs, de l'insomnie, des douleurs mentales) des douleurs physiques chroniques (douleurs ostéo-musculaires, céphalées de tension, douleurs temporo-maxillaires, fibromyalgies, troubles digestifs), des conséquences somatiques du stress chronique ; **l'évaluation du risques et des dangers que court la victime** ; **l'évaluation des conséquences sur l'activité professionnelle** (arrêt de travail, aménagement du travail, invalidité, MDPH) ; **la prise en**

charge médico-légale avec l'élaboration de certificats de coups et blessures, d'ITT pénale (incapacité totale de travail) physique et psychologique et d'expertises judiciaires.

Les médecins jouent aussi un rôle primordial dans l'information des femmes victimes de violences, dans le rappel de leurs droits, dans la protection des victimes et la prévention de nouvelles violences en prévention secondaire, dans leur orientation vers des services d'assistance spécialisée (juridique, sociale, associatif).

IV CONSÉQUENCES SOCIÉTALES DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET AUX FILLES

Les violences imprègnent de telle façon et depuis si longtemps les rapports humains qu'elles en ont modifié les normes et les représentations que l'on peut s'en faire. Les violences saturent et dénaturent la relation amoureuse, la parentalité, la sexualité, le travail, les soins, etc. Dans notre société, les symptômes psychotraumatiques et les troubles des conduites qui y sont rattachés ne sont jamais reconnus comme des conséquences normales des violences, et sont perçus de façon mystificatrice et particulièrement injuste comme provenant des victimes elles-mêmes, liés à leur personnalité, à de prétendus défauts et incapacités, à leur sexe, à leur âge, voire à des troubles mentaux abusivement diagnostiqués comme psychotiques. Les violences et leurs conséquences psychotraumatiques sont à l'origine de nombreux stéréotypes censés caractériser les victimes qui les subissent, principalement les femmes. Leurs symptômes, au lieu d'être identifiés comme réactionnels, sont injustement considérés comme naturels et constitutifs de leur caractère, de leurs conduites et de leur sexualité. Les femmes seraient plus passives, plus émotives, plus sensibles, plus fragiles et dépressives que les hommes, avec une sexualité bien moins pulsionnelle qu'eux. Les adolescents seraient plus enclins aux conduites à risque et aux mises en danger, plus suicidaires, etc. Et bien sûr, il existe de nombreux stéréotypes «en miroir» sur les hommes qui seraient «naturellement» prédateurs, dominateurs et peu émotifs.

Ces stéréotypes, parasités par la violence omniprésente, altèrent profondément les relations humaines et transforment l'amour en une relation de possession et d'emprise, l'éducation en un dressage et une domination, la sexualité en un besoin d'instrumentaliser et de consommer. **Les stéréotypes sexistes, la domination masculine et les idées fausses concernant la sexualité masculine permettent une équivalence entre sexualité et conduite dissociante agressive « légale », et amènent à tolérer la prostitution, la pornographie et les conduites sexuelles violentes envers les femmes.** Cette confusion entre sexualité et violence est entretenue par l'utilisation d'un vocabulaire et d'un discours dégradant sur la sexualité (la majorité des injures sont à connotation sexuelle, les blagues, les sous-entendus, les remarques « graveleuses » abondent, et le champ lexical de la

sexualité est souvent guerrier et criminel), cela véhicule une image dégradée de la femme réduite et morcelée en tant qu'objet sexuel (omniprésente dans les médias, la publicité, le cinéma et une bonne partie de la presse), et crée une vision prédatrice et pulsionnelle de la sexualité masculine avec des rôles caricaturaux distribués aux hommes et aux femmes. Cette représentation de la sexualité à laquelle presque tout le monde adhère par conformisme à une idéologie ambiante, infecte les relations homme-femme et les relations amoureuses. Elles sont à l'origine d'addictions graves à la prostitution et la pornographie avec une industrie du sexe florissante proposant des pratiques, des films et des images de plus en plus violentes, une montée de la traite d'enfants et de femmes, et du « tourisme » sexuel, d'une importante criminalité sexuelle et d'une grande partie des violences faites aux femmes

Les violences participent au maintien de l'inégalité entre les sexes. Elles privent une majorité d'hommes et de femmes d'un accès à leur sexualité et à une véritable rencontre amoureuse faite de respect, d'échanges et de découverte de l'autre. Elles entretiennent une confusion entre un véritable désir et une excitation douloureuse liée à une mémoire traumatique sensorielle qu'il s'agit d'éteindre à tout prix, une confusion également entre un plaisir et un soulagement brutal lié à une disjonction accompagnée d'une anesthésie émotionnelle, et enfin une confusion entre ce qui paraît être des fantasmes et qui ne sont que des réminiscences visuelles et sensorielles provenant d'une mémoire traumatique.

Nombreuses sont les femmes qui, ayant subi des violences sexuelles, souvent dès l'enfance, se retrouvent à devoir composer avec une sexualité gravement traumatisée et infectée de symptômes psychotraumatiques non identifiés comme tels. Comme elles se retrouvent seules face à cette sexualité traumatisée, sans aucun outil pour la comprendre, pour la relier aux violences subies dans le passé et pour séparer ce qui est sain de ce qui est « infecté » par les violences et leurs conséquences psychotraumatiques (mémoire traumatique, conduites d'évitement et conduites dissociantes), elles n'auront d'autres possibilités que de l'intégrer telle quelle ou de la rejeter en bloc. Elles se retrouvent seules aussi, dans une société baignant dans le déni qui ne leur fournit aucun repère pour s'y retrouver. Au contraire les normes environnantes les enfoncent encore plus dans des représentations sexuelles d'elles-mêmes aliénantes en relayant des stéréotypes mystificateurs sur la prétendue sexualité féminine. En réalité, ces stéréotypes sont construits à partir de symptômes psychotraumatiques : la vierge, la frigide, la femme passive, la nymphomane, la fille facile, la bombe sexuelle, la traînée, la salope, la prostituée, etc. Et tous ceux qui ne veulent pas renoncer à une rencontre véritable et à l'amour, et heureusement ils sont nombreux, doivent se battre pour sortir de ces schémas réducteurs et emprisonnants. Les femmes, mais aussi les hommes, pourraient y gagner beaucoup, en récupérant une sexualité non traumatique, enfin libre, avec un plein accès à leur désir et à leur plaisir. Les violences sexuelles fonctionnent comme un permis d'instrumentaliser les femmes comme des esclaves domestiques et sexuelles pour le confort de privilégiés et comme des fusibles pour s'anesthésier en cas de mal-être ou de tension dus à une mémoire traumatique. Les femmes sont alors formatés depuis leur naissance pour ces fonctions d'esclaves et de « médicaments ». Ce formatage est obtenu par la discrimination sexiste pour pouvoir exercer en toute tranquillité d'autres violences, à la carte.

V COMMENT COMBATTRE EFFICACEMENT CES VIOLENCES :

Pour interrompre la production de violences, il faut éviter l'apparition de nouveaux agresseurs et donc éviter la production de mémoire traumatique chez les victimes. Pour cela il est indispensable de protéger toutes les victimes. Comme les victimes de violences les plus méconnues sont en majorité des femmes il faut dépister ces violences, protéger et prendre en charge les femmes, et lutter contre les inégalité hommes-femmes, la domination masculine et les discriminations. Il faut bien entendu également protéger les hommes lorsqu'ils courent le risque d'être victimes de violences. **Cela passe par une protection sans faille de tout être humain pour qu'il puisse vivre en sécurité et ne subisse pas de violences** (35). Il faut donc protéger les femmes et les filles vivant dans les univers malheureusement connus comme les plus dangereux, comme le couple, la famille, les institutions, le travail. Il faut aussi promouvoir une égalité effective des droits, une information sur les conséquences de la violence, une sensibilisation du public, et une éducation des enfants et des jeunes à la nonviolence. Il faut bien sûr protéger les victimes traumatisées et ne plus les abandonner à leur sort. Aucune victime ne doit être laissée sans prise en charge et sans soin. Les professionnels confrontés à la violence faite aux femmes doivent être formés spécifiquement, et des structures de soutien et d'assistance performantes doivent être mises en place. Rendre justice à toute victime est un impératif absolu, et les auteurs de violences doivent rendre des comptes et être sanctionnés. Mais cela ne suffit pas, il faut que les auteurs de violences soient pris en charge et traités dès les premières violences qu'ils commettent, en recevant des soins spécialisés pour traiter leur mémoire traumatique et leur addiction à la violence.

Comme la violence faite aux femmes et aux filles est une violence sexiste ancrée dans les traditions patriarcales, ces traditions ont trouvé leur expression dans les lois, les institutions, les attitudes et les mentalités. Pendant des siècles, la violence sexuelle faite aux femmes a été considérée essentiellement comme une infraction contre l'époux ou le père (atteinte à l'honneur de la famille). De bonnes lois sont fondamentales pour poser des limites, sans tolérer aucune forme de violence. Il est essentiel d'éliminer toute exception ou condition spéciale donnant à penser que la violence envers une femme est acceptable. Dans beaucoup d'états de grands progrès ont été fait au niveau des lois et des politiques pour lutter contre les violences faites aux femmes, mais l'application de ces lois et de ces politiques laisse encore beaucoup à désirer. La sécurité des femmes lors de violences conjugales est loin d'être optimale, la violence domestique étant encore trop souvent considérée par la police comme une infraction d'ordre privée (un conflit familial). Elle n'est pas assez prise au sérieux, sa gravité est sous-estimée, et le recueil des preuves est rarement correct. Et les auteurs de violences restent très peu poursuivis. Les taux de condamnation pour viols sont en baisse partout en Europe (sauf en Allemagne) alors que les dénonciations ont augmenté selon le Conseil de l'Europe (36).

Nous l'avons vu de nombreux textes politiques et juridiques internationaux, européens et nationaux pour lutter contre les violences faites aux femmes et aux filles et mettre en place une politique plus efficace de prévention des violences et de protection et d'accompagnement des victimes, la France a déposé un projet de loi pour ratifier une convention européenne contraignante considérée comme "norme d'excellence" par [l'ONU-Femmes](#) : la [Convention d'Istanbul](#) du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et de la violence domestique (convention contraignante considérée comme "norme d'excellence" par [l'ONU-Femmes](#))**la convention d'Istanbul et de proposer une loi cadre qui renforce la loi du 9 juillet 2010** relative aux violences faites spécifiquement aux femmes qui avait institué une ordonnance de protection des victimes de violences qui peut être délivrée en urgence par le juge aux affaires familiales et crée renforcer la répression des auteurs de violences faites aux femmes, avec définition d'un nouveau délit de violences psychologiques et de violences habituelles: généralisation du "téléphone grand danger", [ordonnance de protection](#) étendue à six mois, encadrement strict de la médiation pénale uniquement à la demande expresse de la victime, nouvelles mesures sociales, plan de formation des professionnels, lutte contre les inégalités femmes-hommes, etc. Il est urgent de mettre en place des mesures de protection efficaces pour les enfants qui sont exposés aux violences conjugales et intra-familiales et [les victimes de violences sexuelles](#), qui restent toujours les grands oubliés, et d'agir contre l'impunité des auteurs et contre la maltraitance judiciaire des victimes avec des normes et des protocoles d'enquêtes et de procédures. Une information généralisée sur les conséquences des violences sur la santé, et une offre de soins gratuite et accessible pour toutes les victimes, par des professionnels formés, dans des centres de crise et de traitement répartis sur tout le territoire est indispensable. Parce que l'absence de soins est [un scandale de santé publique](#) et une perte de chance pour les victimes.

de réelles avancées et des mesures concrètes avec la mission interministérielle de protection des femmes et de lutte contre la traite des êtres humains ([Miprof](#)), le quatrième plan triennal de lutte contre les violences envers les femmes 2014-2016 La France et la Grèce n'ont que très récemment supprimé du code pénal la mention de la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel (loi du 9 juillet 2010 pour la France).

En ce qui concerne les soins donnés aux femmes victimes de violences, **il reste beaucoup à faire pour former les professionnels de la santé à la psychotraumatologie et à la victimologie, et pour les sensibiliser à la fréquence et à la gravité de toutes violences.** Il est essentiel de mettre en place des formations sur plusieurs thèmes : sur le dépistage des violences, le diagnostic et la prise en charge et sur le traitement spécialisé de leurs conséquences traumatologiques et psychotraumatologiques (violences familiales, maltraitance, violences conjugales, violences sexuelles), sur l'accueil, l'écoute, l'orientation ainsi que sur le droit, la loi et leurs conséquences médico-légales. Ces formations doivent être faites dès les études médicales. Et il est également nécessaire de créer des centres de soins spécifiques et spécialisés accessibles pour toutes les victimes, et d'inciter les professionnels concernés à travailler en réseau. Les services spécifiques de soutien, de conseil, d'accompagnement et d'hébergement, les lignes téléphoniques nationales, les centres de

crises sont fondamentaux pour assurer la sécurité des victimes et leur permettre de trouver des solutions adaptées.

Le dispositif de protection de l'enfance, l'utilisation de syndromes non-validés scientifiquement comme l'aliénation parentale et les faux-souvenirs, et la sur-estimation - alors qu'elles sont très rares - [des fausses allégations de maltraitances lors de séparation](#), particulièrement de violences sexuelle qui disqualifient la parole des enfants ou de leur parent protecteur, donnent souvent la priorité aux droits des parents maltraitants sur l'intérêt de l'enfant. S'ajoute à cela l'idée qu'un parent violent avec son conjoint peut être malgré tout un bon parent même s'il terrorise et traumatise durablement l'enfant.

[Dix points sont incontournables pour y arriver](#)

1- Une vraie politique de santé publique concernant la prévention, le dépistage, la prise en charge et le soin des victimes de violences, s'inscrivant dans une politique globale de lutte contre les violences et contre l'impunité des auteurs, et de protection de l'enfance et de toutes les victimes de violences.

2- Une formation en urgence des professionnels de santé et de tous les autres professionnels qui interviennent dans la prise en charge des victimes de violences : pour les former à la réalité des violences, à leur repérage, à leurs conséquences sur la santé physique et psychique des victimes et des témoins, à la connaissance des dangers que court la victime et des protections à mettre en place en urgence, sans oublier le cadre médico-légal (certificats et expertises).

3- L'élaboration de recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la prise en charge des victimes de violences et le traitement de leurs conséquences psychotraumatiques.

4- La mise en place par décret avec le soutien des agences régionales de santé de centres de santé pluri-disciplinaires pour les victimes de violences (et pour les enfants témoins des violences domestiques, ainsi que pour les proches), accessibles pour toutes les victimes quels que soient leur âge, leur handicap, leur situation sociale et proposant des soins sans frais, et si nécessaire anonymes, par des professionnels compétents et formés dans chaque département, avec une prise en charge globale (médicale, sociale, associative et judiciaire), et une mise à disposition d'information et de documentation.

5- Des campagnes d'information grand public sur les conséquences des violences et la possibilité de les traiter, des campagnes de prévention, et l'élaboration d'outils de prévention et d'information.

6- La création d'un observatoire national sur l'impact des violences et la prise en charge des victimes, avec une étude des parcours de soin.

7- La mise en place d'enquête et de recherches sur les conséquences des violences sur la santé et sur les moyens de prévenir et de traiter ces conséquences.

8- La mise en place d'un centre d'accueil téléphonique d'expertise, de conseil, d'orientation et de documentation pour les professionnels de la santé et tous les intervenants de la prise en charge.

9- La mise à disposition pour les victimes de violences d'un carnet de santé informatif indiquant l'origine traumatique de leur troubles pour éviter des prises en charge inadaptées et des diagnostics erronés, et permettant un travail en réseau de qualité.

10- La protection des professionnels de santé qui signalent des maltraitances sur des mineurs ou des personnes vulnérables, et qui établissent des certificats médico-légaux pour des victimes de violences.

VI CONCLUSION

L'élimination des violences faites aux femmes et aux filles est une question de droit et une priorité humaine et stratégique pour les Etats. La violence sexiste sape les droits humains fondamentaux, l'égalité, la paix, la stabilité sociale, la sécurité, la santé publique, la progression de l'alphabétisation, les possibilités d'amélioration du développement, de la productivité et de la lutte contre la pauvreté.

Pour lutter efficacement contre cette violence, il est absolument nécessaire de ne pas la considérer comme une fatalité et d'en connaître les causes. Seule cette connaissance peut permettre de mettre en place des stratégies efficaces. Comme nous l'avons vu les conséquences psychotraumatiques sont au cœur de la production des violences. Méconnaître les mécanismes psychotraumatiques, c'est se priver d'outils performants pour agir et mettre en place des priorités.

On a tout à gagner à dénoncer ces violences, à ne pas les tolérer, et à faire le pari de protéger toutes les femmes et les filles dès les premières violences : gagner de faire cesser immédiatement les violences et de mettre en sécurité les victimes, gagner de faire respecter les droits des victimes, en leur permettant d'obtenir justice et réparation pour les violences qu'elles ont subies, gagner de leur garantir leur non-répétition, gagner de mettre un terme à l'impunité des auteurs tout en leur proposant des soins précoces pour les sortir de leur addiction à la violence, gagner d'éviter l'installation de troubles psychotraumatiques chroniques chez les victimes grâce à des soins spécialisés précoces. Soigner toutes les victimes est un signal fort donné à tous démontrant la valeur d'une victime : elle est précieuse, on ne l'abandonne pas et il est hors de question qu'elle soit à nouveau victime de violences. Il s'agit aussi de soigner la victime au cœur de chaque auteur de violences. Les auteurs de violences ne sont pas nés comme ça, la violence sexuelle n'est pas inhérente au

désir masculin. Il est possible en traitant la mémoire traumatique des agresseurs de les faire renoncer à une conduite addictive qui n'a alors plus de sens.

Pour s'opposer à la contamination progressive des individus par la violence, il faut lutter contre les conduites dissociantes. Les Etats luttent habituellement contre les toxicomanies, l'alcoolisme et d'autres conduites dissociantes auto-agressives. Mais il faut bien garder à l'esprit que les violences exercées contre autrui constituent la conduite dissociante la plus grave et la plus lourde de conséquences sociales, et qu'elles doivent être combattues avec détermination. Il faut militer pour la mise en place de règles de conduites bannissant toute violence familiale, conjugale, éducationnelle, institutionnelle ou au travail, et pour une réelle égalité. On pourra espérer ainsi rendre la société moins inégalitaire et moins sexiste.

La violence, ça se soigne. Les traitements sont efficaces sur les troubles psychotraumatiques : ils permettent de désamorcer [la mémoire traumatique](#) des violences et d'éviter aux victimes le recours à des stratégies de survie souvent handicapantes (conduite d'évitement et [à risque](#) pour se dissocier et s'anesthésier). De plus, la neuroplasticité du cerveau permet une récupération des atteintes cérébrales.

La violence, ça se soigne aussi du côté des agresseurs : ils doivent répondre devant la justice de leurs actes et ils doivent également être pris en charge pour éviter les récidives et pour traiter les troubles psychotraumatiques qu'ils présentent. En effet, ils ont fréquemment été victimes ou témoins de violences dans leur enfance. Commettre des violences leur sert d'auto-traitement sauvage pour se dissocier et s'anesthésier en instrumentalisant des personnes qu'ils agressent. Mais cela entraîne à nouveau chez eux des psychotraumatismes et une mémoire traumatique, qu'ils s'autoriseront à traiter [par de nouvelles violences contre autrui dans un processus qui sera sans fin si on ne l'arrête pas](#)).

La violence, ça ne se tolère pas. C'est une grave atteinte au droit, à la sécurité, à l'intégrité physique et psychique et à la dignité des personnes. Les victimes ne doivent pas être considérées comme [coupables](#). Ce n'est pas à elles d'organiser seules leur protection, leurs soins, ni de rendre des comptes sur les symptômes qu'elles présentent, comme c'est souvent le cas lors des procédures judiciaires.

La violence, ça se combat sans relâche. En éduquant à la non-violence, à l'égalité et au respect des droits de la personne, particulièrement dans les relations intra-familiales, de couple et dans le cadre de la sexualité, en luttant contre les stéréotypes sexistes, mais également en informant sur les conséquences sur la santé, en identifiant et en traitant les victimes le plus tôt possible.

La violence aggrave les inégalités et renforce les discriminations et les injustices. Elle augmente la vulnérabilité, la précarité, les situations de marginalisation, [le risque prostitutionnel](#) et la pauvreté. Elle met les victimes en danger de subir de nouvelles violences si elles ne sont pas soignées. Elle met en danger la cohésion sociale.

Il est donc urgent de former les professionnels de santé et tous ceux qui accompagnent les victimes, de lancer des campagnes d'information grand public sur la réalité des violences, leurs conséquences sur la santé des victimes et sur leurs traitements, de mettre en place une offre de soins digne de ce nom avec des centres spécialisés qui soient accessibles sur tout le territoire.

Soigner les femmes et les filles victimes de violence, mais également les enfants témoins de ces violences c'est non seulement respecter leurs droits à la santé, reconnaître leurs préjudices, les libérer d'une souffrance et d'une culpabilité permanentes délibérément voulues par les agresseurs. Mais c'est également leur rendre une valeur, une dignité, une liberté d'être soi et de s'appartenir que les agresseurs, dans leurs mises en scène, leur avaient déniées.

Dre Muriel Salmona, janvier 2014

SITES ET NUMÉROS IMPORTANTS :

stop-violences-femmes.gouv.fr
<http://memoiretraumatique.org>
<http://lelivrenoirdesviolencessexuelles.wordpress.com>
<http://www.stopauxviolences.blogspot.fr>

ALLO ENFANCE MALTRAITÉE : **119** appel gratuit 24h/24 <http://www.allo119.gouv.fr>

VIOLENCES CONJUGALES : **39 19** numéro national de 8 à 22h et de 10 à 20 h les jours fériés : <http://www.solidaritefemmes.asso.fr>

VIOLS-FEMMES-INFORMATIONS : **0 800 05 95 95** le numéro vert géré par le CFCV (Collectif féministe contre le viol) appel gratuit,

site internet : <http://www.cfcv.asso.fr>

l'AVFT (Association européenne contre les violences faites aux femmes au travail) au **01 45 84 24 24**, site internet : <http://www.avft.org>

08 VICTIMES : 08 842 846 37 <http://www.08victimes.fr> géré par la fédération Nationale d'Aide aux Victimes Et de Médiation INAVEM <http://www.inavem.org>

FDFA

Le Centre Nationale d'Information des droits des Femmes et des Familles CNIDFF <http://www.infofemmes.com>

Le Mouvement français pour le planning familial : <http://www.planning-familial.org>

<http://www.sosfemmes.com>

Pour en savoir plus sur l'inceste et la pédocriminalité <http://www.crifip.com> , <http://aivi.org>

Pour en savoir plus sur les mutilations sexuelles féminines et les mariages forcés : La fédération nationale GAMS <http://www.federationgams.org>

Pour en savoir plus sur la prostitution et la pornographie : <http://www.prostitutionetsociete.fr> ;

<http://www.abolition2012.fr> ; <http://sisyphe.org> et <http://www.scoop.it/t/prostitution-paroles-de-celles-qu-on-n-ecoute-pas-french-and-english>

Le site SOS Femmes : <http://www.sosfemmes.com>

Pour en savoir plus sur les lois : <http://www.legifrance.gouv.fr>

le site du ministère des Droits des Femmes <http://femmes.gouv.fr>

Hagemann-White C et Bohn S Université d'Osnabrück, Allemagne Protéger les femmes contre la violence : Etude analytique de la mise en oeuvre effective de la Recommandation Rec(2002)5 sur la protection des femmes contre la violence dans les Etats membres du Conseil de l'Europe Direction générale des droits de l'Homme et des affaires juridiques Strasbourg, Conseil de l'Europe 2007

http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/FR-lutte_contre_la_traite-VF_cle8a8692.pdf

McLeod et associées, 1992, Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (RAFH), cité dans le Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, 1995, Ministère de la Santé du Québec,
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-807/95-802.pdf>

1 Déclaration des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes du 20 décembre 1993 du 20 décembre http://www2.ohchr.org/french/law/femmes_violence.htm

2 OMS 2013 Violence à l'encontre des femmes: un problème mondial de santé publique d'ampleur épidémique, De nouvelles lignes directrices cliniques et stratégiques sont publiées pour orienter l'action du secteur de la santé., Communiqué de presse http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/fr/index.html

3 **Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, Maillochon F, Saurel-Cubizolles M, and Schiltz M.** (2003). Les violences envers les femmes en France: une enquête nationale. [Violence against women in France: a national survey]. Paris, La Documentation Française, 309 p. plus annexes et biblio. de 57 pages. In French. **Rapport national ENVEFF**, juillet 2000, disponible sur http://www.euowrc.org/01.euowrc/06.euowrc_fr/france/13france_ewrc.htm

4 **Enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) de 2006, Bajos N., Bozon M. et l'équipe CSF., Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère,** *Population & Sociétés (Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques)*, 445, mai 2008. http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1359/publi_pdf1_pop_soc445.pdf

5 la **lettre n°1** de l'observatoire national des violences faites aux femmes de novembre 2013: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/La_lettre_de_l_Observatoire_national_des_violences_faites_aux_femmes_-_no1_-_nov_2013-2.pdf

6 **Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences Implications for Clinicians,** *Michele C. Black*, PhD, MPH AMERICAN JOURNAL OF LIFESTYLE MEDICINE **September/October 2011** vol. 5 no. 5 **428-439**

7 **World Health Organization** and London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence Geneva: World Health Organization, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf

8 **Salmona M.,** *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013

9 **Louville P. et Salmona M. Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique in dossier : Le traumatisme du viol dans la Revue Santé Mentale de mars 2013 n°176**
<http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/Documents-pdf/Louville-Salmona-syndrome-sychotraumatique.pdf>

10 **Salmona M. Le cerveau des victimes de violences sexuelles serait modifié : ce n'est pas irréversible** Publié le 18-06-2013 sur le site internet le Plus du Nouvel Obs
<http://leplus.nouvelobs.com/contribution/889153-le-cerveau-des-victimes-de-violences-sexuelles-serait-modifie-ce-n-est-pas-irreversible.html>

11 **Felitti VJ, Anda RF. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care.** In Lanius R, Vermetten E, Pain C (eds.). The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

12. **Salmona M. lutter contre les violences passe avant tout par la protection des victimes** : publié sur le blog *un monde en partage*, décembre 2009 consultable sur le site memoiretraumatique.org
<http://memoiretraumatique.org/memoire-traumatique-et-violences/combattre-la-violence.html>

13 **voir l'article : Les étudiants en médecine souhaitent recevoir une formation sur les violences (sondage)** Publié le 19-11-2013 sur internet sur le site du Nouvel Observateur
<http://tempsreel.nouvelobs.com/education/20131119.AFP2596/les-etudiants-en-medecine-souhaitent-recevoir-une-formation-sur-les-violences-sondage.html>

14 **CEDAW Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes**
Adoptée et ouverte à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 34/180 du 18 décembre 1979. Entrée en vigueur : le 3 septembre 1981, conformément aux dispositions de l'article 27 (1) texte disponible <http://www2.ohchr.org/french/law/cedaw.htm>

15 **Recommandation 1450 (2000) du Conseil de l'Europe sur la Violence à l'encontre des femmes en Europe**
<http://assembly.coe.int/mainf.asp?link=/documents/adoptedtext/ta00/frec1450.htm>

16 **Déclaration de Varsovie Sommet de Varsovie - Déclaration de Varsovie (16 et 17 mai 2005)**. Strasbourg Conseil de l'Europe, 2005 Disponible sur <http://www.coe.int/t/dcr/summit/>

17 **Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique Istanbul, 11.V.2011** <http://conventions.coe.int/Treaty/FR/Treaties/Html/210.htm>

18 **vous pouvez consulter le quatrième plan interministériel triennal 2014/2016 de lutte contre les violences faites aux femmes sur le site du ministère des Droits des femmes** http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_22112013.pdf

19 **vous pouvez consulter le projet de loi sur l'égalité entre les femmes et les hommes sur le site Légifrance du gouvernement** : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000027654910&type=general>

20 **vous pouvez consulter le projet de loi sur le renforcement de la lutte contre le système prostitutionnel sur le site de l'assemblée nationale** <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0252.asp>

21 **Discours de Mme la ministre des Droits des femmes et porte parole du Gouvernement, Najat Valaud-Belkacem du 3 septembre 2013 au colloque Violences faites aux femmes : soins des victimes/prise en charge des auteurs** (au cours duquel je suis intervenue) <http://femmes.gouv.fr/violences-aux-femmes-mobilisation-des-professionnels-pour-soigner-les-victimes-et-lutter-contre-la-recidive/>

22 **Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes, Résumé d'orientation du rapport des Nations Unies de 2013** <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/fr/index.html>

23 **Garcia-Moreno, C. et al. (2005) Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO (World Health Organisation) multi-country study on women's health and domestic violence, *Lancet*, 368, 1260**

24 **Butchart A., Garcia-Moreno C., et Mikton C.** Preventing intimate partner and sexual violence against women. Taking action and generating evidence, OMS 2010

25

29 **Rossman, B. B.** (2001). Longer term effects of children's exposure to domestic violence. In S. A. Graham-Bermann & J. L. Edleson (Eds.), *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy* (pp. 35-65). Washington, DC: American Psychological Association.

27

www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/, 2002, 375p

28 Campbell JC. Child abuse and wife abuse : the connections. *Medicine* J 1994; 43: 349-50

Enquête sur le comportement sexistes et les violences envers les jeunes filles (CSVF) en Seine Saint Denis, France, 2007 téléchargeable sur le site memoiretraumatique.org

Astin, Millie C Posttraumatic Stress Disorder and Childhood Abuse in Battered Women: Comparisons with Maritally Distressed Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v63 n2 p308-12 Apr 1995

2 **Garcia-Moreno, C. et al.** (2005) Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO (World Health Organisation) multi-country study on women's health and domestic violence, *Lancet*, 368, 1260

3 **Butchart A., Garcia-Moreno C., et Mikton C.** Preventing intimate partner and sexual violence against women. Taking action and generating evidence, OMS 2010

4 **Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, Maillochon F, Saurel-Cubizolles M, and Schiltz M.** (2003). Les violences envers les femmes en France: une enquête nationale. [Violence against women in France: a national survey]. Paris, La Documentation Française, 309 p. plus annexes et biblio. de 57 pages. In **French.Rapport national ENVEFF**, juillet 2000, disponible sur http://www.euowrc.org/01.euowrc/06.euowrc_fr/france/13france_ewrc.htm

5 **Enquête sur le comportement sexistes et les violences envers les jeunes filles (CSVF)** en Seine Saint Denis, France, 2007 téléchargeable sur le site memoiretraumatique.org)

6 **McLeod et associées**, 1992, Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (RAFH), cité dans le

Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, 1995, Ministère de la Santé du Québec, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-807/95-802.pdf>

7 Rapport annuel 2009 de l'Observatoire National de la Délinquance (OND), *La criminalité en France*

8 **Trafficking in Persons Report, June 2008**, Département d'Etat des Etats-Unis, disponible à <http://www.state.gov/documents/organization/105501.pdf>, cité dans le *Rapport du Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) : Mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles : les faits*

- 8 **Zimmerman, C., Mazedra Hossain, et al.** (2006). *Stolen Smiles: A Summary Report on the Physical and Psychological Health Consequences of Women and Adolescents Trafficked in Europe*. London School of Hygiene & Tropical Medicine: London, United Kingdom.
- 9 **Farley M.** “Bad for the Body, Bad for the Heart”: Prostitution Harms Women Even if Legalized or Decriminalized. *Violence against women*, Vol. 10 No. 10, October 2004, 1087
- 10 **Michaud A** , Guide d'aménagement pour un environnement urbain sécuritaire, Programme Femmes et ville de la Ville de Montréal, 2002, 163 pages. page 15
- 11 **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**. Mutilations sexuelles féminines. *Rapport du Secrétariat*, 20 mars 2008, Point 11.8 de l'ordre du jour, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_11-fr.pdf
- 12 Site du Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants (**Fédération Nationale GAMS**): <http://www.federationgams.org/msf.php>
- 13 *Source : Andro A. et Lesclingand M., Les mutilations sexuelles féminines, in Population & sociétés, n°438, INED, octobre 2007, Chiffres clés 2012, l'égalité entre les femmes et les hommes*
- 14 Etude de mortalité des sans abris à Marseille de Médecins du Monde et de l'équipe mobile santé mentale et communautaire, Marseille janvier 2009
- 15 **McIntosh Julia A. and Prinz Ronald J.**(1993).The incidence of alleged sexual abuse in 603 family court cases. *Law and human behavior*, Volume 17, N°1, 95
- 16 **Thoennes N. and Tjaden Patricia G.**(1990). The extent, nature, and validity of sexual abuse allegations in custody/visitation disputes. *Child Abuse & Neglect*, 14, N°2, 1990, 151
- 17 **Dufresne M.** (1998). Masculinisme et criminalité sexiste. *Recherches féministes*, 11, N° 2,125.
<http://id.erudit.org/iderudit/058007ar>
- 18 ¹ **Salmona M.**, La mémoire traumatique. In Kédia M, Sabouraud-Seguin A (eds.). *L'aide-mémoire en psychotraumatologie*. Paris : Dunod 2008, réédition 2013
- 19 Rauch, S.L., Shin, L.M., and Phelps, E.A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future. *Biol. Psychiatry* 60, 376–382.
- 20 Van der Hart O. and co. *Le soi hanté*, Paris, De Boeck, 2010
- 21 Salmona M., Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In Coutanceau R, Smith J. *Traumas et résilience*. Paris : Dunod, 2012,
- 22 Salmona M. lutter contre les violences passe avant tout par la protection des victimes publié sur le site www.memoiretraumatique.org décembre 2009
- 23 Fall S. (2012), « Causalité circulaire et coresponsabilité, pour une autre approche des violences », www.memoiretraumatique.org
- 24 Van der Kolk, B.A., & Van der Hart, O. (1991) *The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma*. *American Imago* : 48, 425-454

- ²⁵ Foa, E.B., & Keane, T.M., Friedman, M.J., (2000) editors. Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press
- 26 **Résolution A/RES/48/104** adoptée le 23 février 1994 par l'Assemblée générale des Nations Unies Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes texte disponible <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/06/PDF/N9409506.pdf?OpenElement>
- 27 **Vos, T et al.** Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bull World Health Organ* [online]. 2006, vol.84, n.9, pp. 739-744.
- 28 **Garcia-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M. Heise, L. and Watts, C.H.** (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-1269
- 29 ³**Salmona M** Grossesse et violences conjugales : impact sur l'enfant » in *L'observatoire*, n°59, janvier 2009
- 30 **Rapport des Nations Unies** sur toutes les formes de violences à l'égard des femmes, 2006
- 31 **Astin, Millie C** Posttraumatic Stress Disorder and Childhood Abuse in Battered Women: Comparisons with Maritally Distressed Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v63 n2 p308-12 Apr 1995
- 32 **Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E.L.** — Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, 216-222, 1991.
- 33 **Wolfe, V.V. & Lehmann, P.** (1992). The children's impact of traumatic events scale - family violence form (CITES-FVF). Unpublished assessment instrument. Children's Hospital of Western Ontario.
- 34 **Rossmann, B. B.** (2001). Longer term effects of children's exposure to domestic violence. In S. A. Graham-Bermann & J. L. Edleson (Eds.), *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy* (pp. 35-65). Washington, DC: American Psychological Association.
- 35 **Salmona M** Lutter contre les violences passe avant tout par la protection des victimes » publié sur le blog *Un monde en partage*, décembre 2009
- 36 **Hagemann-White C et Bohn S** Université d'Osnabrück, Allemagne Protéger les femmes contre la violence : Etude analytique de la mise en oeuvre effective de la Recommandation Rec(2002)5 sur la protection des femmes contre la violence dans les Etats membres du Conseil de l'Europe
Direction générale des droits de l'Homme et des affaires juridiques Strasbourg, Conseil de l'Europe 2007
- 37³ **Déclaration de Varsovie Sommet de Varsovie - Déclaration de Varsovie (16 et 17 mai 2005)**. Strasbourg Conseil de l'Europe, 2005 Disponible sur <http://www.coe.int/t/dcr/summit/>

Bibliographie sur les violences envers les femmes et leurs conséquences sur la santé

Henrion R. et coll., *Les femmes victimes de violences conjugales. Le rôle des professionnels de la santé.*, Paris, La documentation française, 2001.

Hirigoyen M.-F., *Femmes sous emprise*, Pocket, Paris, 2006.

Jaspard M., *Les violences contre les femmes*, Paris, La découverte, 2005

Bajos N. et Bozon M., *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La découverte, 2008

Romito P. *Un silence de morte, la violence masculine occultée*, Ed Syllepse, 2006

Violences envers les femmes, le NON des femmes handicapées, Paris, L'Harmattan, 2010

Soigner le psycho traumatisme

Crocq L. et al., *Traumatismes psychiques : prise en charge des victimes*, Paris, Masson

Lopez G., Sabouraud-Séguin A., Jehel L., *Psychothérapie des victimes*, Dunod, 2006.

Lopez G., *La victimologie*, Paris, Dalloz, 2010

Lopez G. *Dissociation et mémoire traumatique*, Dunod, 2012

Ferenczi S., *Traumatisme (1935)*, Paris, Payot, coll. Petite bibliothèque Payot, 2006

Salmona M., *Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In Coutanceau R, Smith J. Traumas et résilience.* Paris : Dunod, 2012

Salmona M., *La dissociation traumatique et les troubles graves de la personnalité post-traumatique in Coutanceau R., Smith J., Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie* Dunod, 2013

Lazimi G., Piet E., Casalis M. F. *Violences faites aux femmes en France & rôle des professionnels de santé*, Cahier de santé de santé publique et de protection sociale, 2012

Kédia M., Sabouraud-Seguin et al., *L'aide-mémoire Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, 2008

Miller A., *Notre corps ne ment jamais*, Paris, Flammarion, 2004.

Thurin J.-M., Baumann N., *Stress, pathologies et immunité*, Paris, Flammarion, 2003.

Vaiva G., Lebigot F., Ducrocq F., Goudemand M., *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*, Paris, Masson, 2005

Van der Hart O. and co. *Le soi hanté*, Paris, De Boeck, 2010

Prendre en charge les violences sexuelles

Salmona M., *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013

Le Gaouziou V., *Le viol, aspect sociologiques d'un crime*, Paris, La documentation Française, 2011

Revue de la santé mentale n°176 mars 2013 Dossier sur *le traumatisme du viol*

Morbois C., Casalis M.-F., *L'aide aux femmes victimes de viol*, Paris, L'esprit du Temps, 2002

Foa E. B., Rothbaum B. O., *Revivre après un viol*, Paris, Dunod, 2012 (Introduction de

Salmona M.) et *Traiter le traumatisme du viol*, Paris, Dunod, 2012

Trinquart J., *La décorporalisation dans la pratique prostitutionnelle : un obstacle majeur à l'accès des soins*, thèse de doctorat en médecine, Paris, 2002, téléchargeable sur le site memoiretraumatique.org

Ekman K. E., *L'être et la marchandise*, Quebec, Méditeur, 2013

Horassius N., Mazet P., *Conférence de consensus de la FFP, Conséquences des maltraitements sexuelles : Reconnaître, soigner, prévenir*, sous la direction de, Paris, John Libbey, 2004

Les enfants exposés à la violence envers les femmes

Lopez G., *Enfants violés et violentés*, Paris, Dunod, 2013

Sadlier K., *L'enfant face à la violence dans le couple*, Paris, Dunod, 2010

Salmona M Grossesse et violences conjugales : impact sur l'enfant » in *L'observatoire*, n°59, janvier 2009,

Salmona M. L'impact psychotraumatique des violences sur les enfants : la mémoire traumatique à l'œuvre, in *La revue de santé scolaire et universitaire* 6, Elsevier, 2013

Lazimi G., *Enfants exposés aux violences dans le couple*, La Revue du praticien médecine générale, n° 851, du 29 novembre au 3 décembre 2010.

Les violences envers les femmes au travail

AVFT., *Violences sexistes et sexuelles au travail / Faire valoir vos droits*, 2e éd. 2011

Katz C., *Victimes de harcèlement sexuel : se défendre*, Le Bord de l'eau, 2007

ENQUÊTES ET RAPPORTS :

CEDAW Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes Adoptée en 1979. Entrée en vigueur : le 3 septembre 1981, texte disponible <http://www2.ohchr.org/french/law/cedaw.htm>

Déclaration de l'ONU sur l'élimination de la violence contre les femmes

Déclaration de Varsovie Sommet de Varsovie - Déclaration de Varsovie (16 et 17 mai 2005). Strasbourg Conseil de l'Europe, 2005 Disponible sur <http://www.coe.int/t/dcr/summit/>

OMS 2013 Violence à l'encontre des femmes: un problème mondial de santé publique d'ampleur épidémique, De nouvelles lignes directrices cliniques et stratégiques sont publiées pour orienter l'action du secteur de la santé., Communiqué de presse http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/fr/index.html

Enquête sur le comportement sexistes et les violences envers les jeunes filles (CSVF) en Seine Saint Denis, France, 2007 téléchargeable sur le site www.seine-saint-denis.fr

Enquête sur mariage forcé par l'Observatoire des violences envers les femmes du conseil général de la Seine Saint-Denis, 2008 téléchargeable sur le site www.seine-saint-denis.fr

Enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) de 2006, Bajos N., Bozon M. et l'équipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère,

Population & Sociétés (Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques), 445, mai 2008. http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1359/publi_pdf1_pop_soc445.pdf

Estimation du coût des violences conjugales en Europe, IPV EU_Cost – Psytel, juin 2009.

Etude analytique de la mise en oeuvre effective de la Recommandation Rec 2002 sur la protection des femmes contre la violence dans les Etats membres du Conseil de l'Europe,

Hagemann-White C et Bohn S Université d'Osnabrück, Allemagne Protéger les femmes contre la violence : Conseil de l'Europe 2007

Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales ONDRP, 2012
www.inhesj.fr/

Rapport national enquête nationale sur les violences envers les femmes en France **ENVEFF Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, Maillochon F, Saurel-Cubizolles M, and Schiltz M.** (2003). Les violences envers les femmes en France: une enquête nationale. [Violence against women in France: a national survey]. Paris, La Documentation Française, 309 p. plus annexes et biblio. de 57 pages. In

French. **Rapport national ENVEFF**, juillet 2000, disponible sur http://www.euowrc.org/01.euowrc/06.euowrc_fr/france/13france_ewrc.htm

Rapport de la Mission d'information sur la prostitution en France, rapport présenté à l'Assemblée Nationale en 2011,

Rapport des Nations Unies sur toutes les formes de violences à l'égard des femmes, 2006

Résolution A/RES/48/104 adoptée le 23 février 1994 par l'Assemblée générale des Nations Unies Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes texte disponible <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/06/PDF/N9409506.pdf?OpenElement>

World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence Geneva: World Health Organization, 2010.

Littérature médicale en anglais

- Eisenstat S., Bancroft L., *Domestic violence*, The New England Journal of Medicine, 1999.

- Farley, M. Cotton, A. Lynne, J., & al. Prostitution & Trafficking in Nine Countries : A Update on Violence & posttraumatic Stress Disorder , 2003
- Felitti VJ, Anda RF. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care. *In* Lanius R, Vermetten E, Pain C (eds.). *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological conséquences. *World Psychiatry*. 2010 Feb;9(1):3-10.
- Michèle C. Blake, *Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians* , *American Journal of Lifestyle Medicine* September/October 2011 5: 428-439
- Nemeroff, C.B., & Douglas, J., Bremner, Foa, E. B., Mayberg, H.S., North, C.S., Stein, M.B. (2009). Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-Science Review Influential Publications, *American Psychiatric Association*, 7:254-273.
- Rauch, S.L., Shin, L.M., and Phelps, E.A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future. *Biol. Psychiatry* 60, 376–382.
- Ruiz-Pérez I., Plazaola-Castaño J., Del Río-Lozano M., Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women, *Eur J Public Health*, october 2007.

22 à 35% des femmes qui consultent dans les services d'urgence présentent des symptômes consécutifs aux violences (Campbell et al., 1994) alors que seulement 2% sont identifiées comme victimes aux urgences (Olson, 1996) 28% des femmes s'adressant à des dispensaires de médecine ont subi des violences conjugales (Gin et al., 1991) 10 à 32 % des femmes examinées dans des services de gynécologie obstétrique ont subi des violences conjugales (Campbel et al., 1992; Stewart et Ceccuti, 1993) 52 à 72 % des femmes hospitalisées dans un service de psychiatrie et 64 % adressées à un psychiatre sont victimes de violences (Maza, 1996)

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)

En cas de violences conjugales les enfants sont témoins directs des violences dans 40 à 60% des cas. Pour ces enfants témoins, 2/3 sont eux-mêmes victimes directes de violences familiales, avec des risques d'homicides lors de séparation.

dans 60% des cas les enfants sont témoins des scènes de violence et 40% de cas de maltraitance sur enfants sont liés à la violence conjugale.

Rapport Mondial sur la violence et la santé, OMS, site internet: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/, 2002, 375p.

penser à citer christine delphy françoise lhéritier pour le féminicide (nad)
marie victoire louis
zéro impunity

citer lebras et son rapport pour les objectifs