

MÉMOIRE TRAUMATIQUE DE L'ENFANT À L'ÂGE ADULTE VIOLENCES SEXUELLES

Colloque "De la sexualité à la violence sexuelle »

L'ensemble des professionnel.le.s s'engagent
sur la prise en charge des femmes et des enfants victimes
de violences sexuelles

organisé par Gynécologie Sans Frontières
Clermont-Ferrand le 29 novembre 2017

Dre Muriel SALMONA

Psychiatre-psychothérapeute

Présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie

site : memoiretraumatique.org

Les violences sexuelles

- **Les violences sexuelles sont fréquentes et très graves**, plus de 260 000 viols et tentatives de viols (93 000 sur des femmes adultes, 15 000 sur les hommes adultes, 130 000 sur des mineures, 30 000 sur les mineurs) en France par an, 16% de femmes ont subis des viols ou des tentatives de viols dans leur vie (59% avant 18 ans), 5% des hommes ont subis des viols ou des tentatives de viols dans leur vie (67% avant 18 ans), 3% des français déclarent avoir été victimes d'inceste.
- Suivant les études et les pays les violences sexuelles toucheraient entre **20 à 30 % des personnes au cours de leur vie, 18% de filles et 7,5% de garçons (OMS 2014) et 1 fille sur 5 (OMS 2016) enquête Hillis janvier 2016**
- Questionnaire Stop au déni 2015 première violences sexuelles : **81% avant 18 ans, 51% avant 11 ans, 21% avant 6 ans**

LES VIOLENCES SEXUELLES EN 2016



Source :
Enquête « Cadre
de vie et
sécurité » 2012-
2017, INSEE-
ONDRP-
SSM-SI

- **93 000 femmes** âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été victimes de viols et/ou de tentatives de viol sur une année.
- **9 victimes sur 10** connaissent l'agresseur. Dans **45%** des situations, l'agresseur est leur conjoint ou ex-conjoint
- **Moins d'une victime sur dix** déclare avoir déposé plainte
- **Près de la moitié** n'ont fait aucune démarche auprès d'un.e professionnel.le ou d'une association



Source :
Ministère de
l'Intérieur

- **37 000 victimes** de violences sexuelles, mineures et majeures, ont déposé plainte ou ont fait l'objet d'une constatation par les services de police et de gendarmerie
- **85 % sont des femmes**
- **1 viol sur 3** commis sur une femme majeure, parmi ceux enregistrés par les forces de sécurité, est le fait de son **partenaire ou ex-partenaire**
- **Plus de la moitié** des victimes de violences sexuelles connues des forces de sécurité sont **mineures**. Parmi elles, 8 sur 10 sont des **filles**.
- **1 agression sur 3** commises sur un mineur a eu lieu dans le cercle familial



Source :
Ministère de la
Justice

- **6 064 personnes** ont été condamnées pour des faits de violences sexuelles
- **99 % sont des hommes**
- **1 personne condamnée sur 2** pour viol ou agression sexuelle l'est pour des faits commis sur des **majeurs de 15 ans**

JOURNÉE INTERNATIONALE DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

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

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

Ces 12 derniers mois,

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

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

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

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

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

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

Les violences sexuelles

- **Pour les violences sexuelles dans 90% des cas l'agresseur est connu de la victime** pour les femmes et 94% pour les mineurs ; 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](#), 4 et 6 de l'observatoire national des violences faites aux femmes de novembre 2015.
- **Elles sont spécifiques touchant majoritairement les femmes et les enfants et sont très majoritairement commises par les hommes.**

Les violences sexuelles

• **Les violences sexuelles restent sous-estimées, méconnues, non identifiées, souvent déniées voir tolérées par une société encore très inégalitaire et discriminante par rapport aux femmes et qui véhicule de nombreux préjugés sur la sexualité (avec une confusion entre sexualité et violence, confusion entre désir et excitation liée au stress, confusion entre orgasme et disjonction, avec un vocabulaire sexuel appartenant au registre de la guerre, une majorité des injures à connotation sexuelle, une banalisation de violences sexuelles faites aux femmes comme la prostitution et la pornographie)**

Absence de protection

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

Les violences faites aux enfants et négligences : impact sur la santé

- **Avoir subi des violences, en être témoin, avoir subi des négligences surtout pendant l'enfance, est un déterminant majeur de la santé des adultes (ONU), même cinquante ans après (étude de Felitti et Adda, 2010) s'il n'y a pas de prise en charge spécifique, avec une corrélation très importante avec la survenue de cancers (x 2,4), d'accidents cardio-vasculaires (AVC x5,8), d'atteintes pulmonaires, hépatiques, troubles gynécologiques et obstétricaux, IST, VIH, de morts précoces (20 ans de perte d'espérance de vie, OMS 2014), de suicides (x 49), de dépressions, d'addictions, d'obésité, de troubles psychiatriques, de conduites addictives, de marginalisation, de délinquance, et en cas de 4 types de violences ou de négligences associés cela peut faire perdre jusqu'à 20 années d'espérance de vie**
- **Avoir subi des violences est le déterminant principal pour subir des violences ou en commettre ... (OMS, 2010, 2014)**
- **c'est un problème majeur de santé publique (OMS, 2014)**

Les violences faites aux enfants

- **Les violences, sont pour les enfants qu'ils en soient témoins ou victimes directes, à l'origine d'importants traumatismes psychiques et de conséquences graves et durables sur leur santé psychique et physique, qui sont particulièrement fréquents chez les enfants exposés aux violences: 60% / 24 % chez l'ensemble des victimes de traumatismes, quand des violences sexuelles sont présentes >80 %/ 24% - (Breslau et al., 1991)**
- **Ces conséquences sont liées à l'installation de troubles psychotraumatiques sévères qui sont particulièrement fréquents chez les enfants victimes de violences**
- **Ces troubles psychotraumatiques sont méconnus des professionnels de la santé et très peu identifiés et diagnostiqués et encore moins traités**
- **Les victimes traumatisées restent pour la plupart abandonnées, sans secours ni protection, sans soins spécifiques à devoir survivre seules en s'auto-traitant**
- **il est essentiel pour tout professionnel confronté à des victimes de violences de connaître ces conséquences psychotraumatiques**

Les violences faites aux enfants : impact sur le cerveau

- **L'impact psychotraumatique des violences est non seulement psychologique mais également neuro-biologique** : avec des atteintes des circuits neurologiques émotionnels et de la mémoire, de certaines structures neurologiques et avec des perturbations endocriniennes des réponses au stress
- **Une étude récente de 2013 publiée 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 des violences sexuelles dans l'enfance** : avec un amincissement des aires corticales correspondant aux zones somato-sensorielles touchées par les violences, cet amincissement étant proportionnel à la gravité des violences
- **Des altérations épigénétiques ont été aussi mises en évidence chez des victimes de violences sexuelles dans l'enfance** : avec la modification par méthylation d'un gène NR3C1 régulateur du stress, cette méthylation est proportionnelle à la gravité des violences et elle est transmissible aux générations suivantes entraînant une plus grande vulnérabilité au stress

Les troubles psychotraumatiques

- **Les mécanismes psychotraumatiques sont à l'origine :**

d'une dissociation entraînant une anesthésie émotionnelle accompagnée de troubles de la conscience (sentiment d'irréalité, d'être spectateur de la scène violente, de dépersonnalisation, absences)

d'une mémoire traumatique, véritable bombe à retardement, avec des réminiscences intrusives faisant revivre sans fin les violences avec la même souffrance et la même détresse, et entraînant un sentiment de danger permanent

d'une hypervigilance, de conduites de contrôle et d'évitements et conduites à risques dissociantes qui sont des stratégies efficaces mais très handicapantes pour échapper à la mémoire traumatique

- **Ils sont aussi à l'origine de troubles cognitifs, de troubles du comportement, de l'alimentation, du sommeil, de la personnalité, ce sont des conséquences normales et spécifiques des traumatismes**
- **Ils entraînent une souffrance psychique très importante (cf étude sur le 92 en 2008 auto-évaluée à 9 sur une échelle de 1 à 10) et des risques suicidaires**

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

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

ASSOCIATION MÉMOIRE TRAUMATIQUE ET VICTIMOLOGIE
Mars 2015

VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

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



LES ENFANTS SONT LES PRINCIPALES VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES



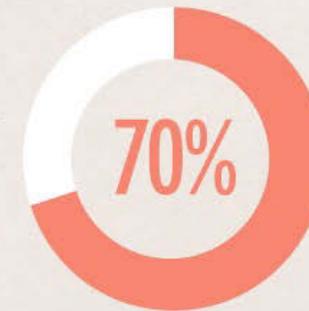
Dans 81% des cas
les violences sexuelles
DÉBUTENT AVANT 18 ANS



AVANT 11 ANS
POUR 1 VICTIME SUR 2



AVANT 6 ANS
POUR 1 VICTIME SUR 5



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

Source :

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



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

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

#EndViolence

Avec le soutien de
unicef 

VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

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



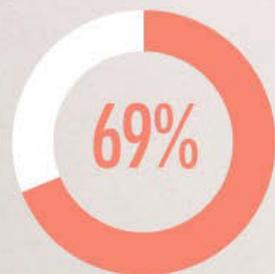
DE LOURDES CONSÉQUENCES



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

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

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



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

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



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

Source :

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



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

#EndViolence

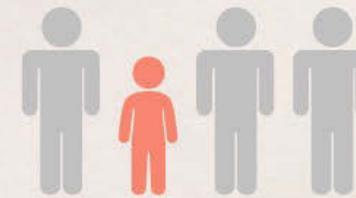
Avec le soutien de
unicef

VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

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



QUI SONT LES AGRESSEURS ?



1 agresseur sur 4
EST MINEUR



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

68%
des agresseurs mineurs
**COMMETTENT
DES VIOLS**

Source :

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



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

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

#EndViolence

Avec le soutien de
unicef



VIOLENCES SEXUELLES

QUI SONT LES AGRESSEURS?



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



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

LORSQUE LA VICTIME EST MAJEURE :



1 viol sur 2
est le fait d'un
PARTENAIRE



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



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

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



VIOLENCES SEXUELLES

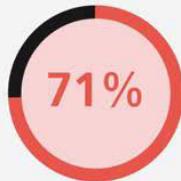
UN IMPACT IMPORTANT



1 victime de viol sur 2 a TENTÉ DE SE SUICIDER



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



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



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

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



3.

VIOLENCES SEXUELLES

DE LOURDES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ



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



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



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



1 viol sur 12 entraîne une **GROSSESSE**



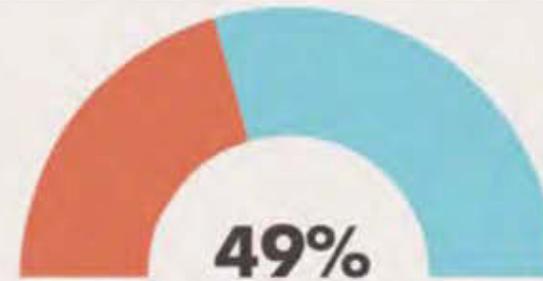
25% des victimes enceintes suite à un viol mènent **LA GROSSESSE À SON TERME**

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

LES CONSÉQUENCES

PRÉCARITÉ DES VICTIMES

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



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

**1 VICTIME
SUR 2**



A INTERROMPU SA
CARRIÈRE
PROFESSIONNELLE
SUITE AUX
VIOLENCES

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

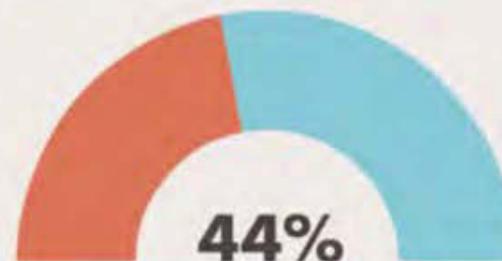
Source : Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, *Crise économique, marché du travail et pauvreté*, Rapport 2011-2012, ONPES, 2012, p.29.



LES CONSÉQUENCES

IMPACT SUR LA VIE

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



44%

DES VICTIMES DÉCLARENT UN
SENTIMENT DE SOLITUDE
MAXIMAL

**1 VICTIME
SUR 3**

A ROMPU
AVEC UNE
PARTIE DE SA
FAMILLE SUITE
AUX
VIOLENCES



CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE

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



CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ MENTALE

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

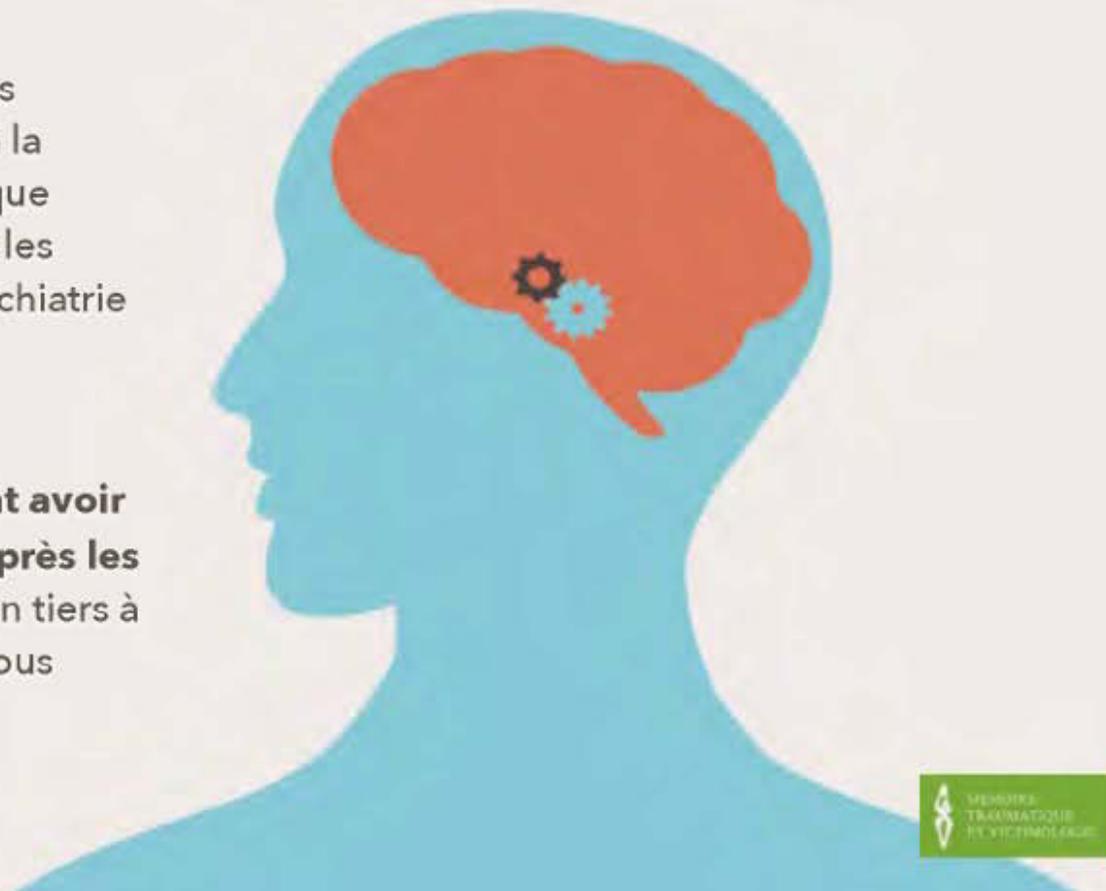
STRESS FLASH-BACKS **ANXIÉTÉ**
IDÉES **SUICIDAIRES** DÉPRESSION
PERTE D'ESTIME DE SOI
AMNÉSIES **TROUBLES DU SOMMEIL**
PERTE D'ESPOIR **PHOBIES** HYPERVIGILANCE



CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ MENTALE

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

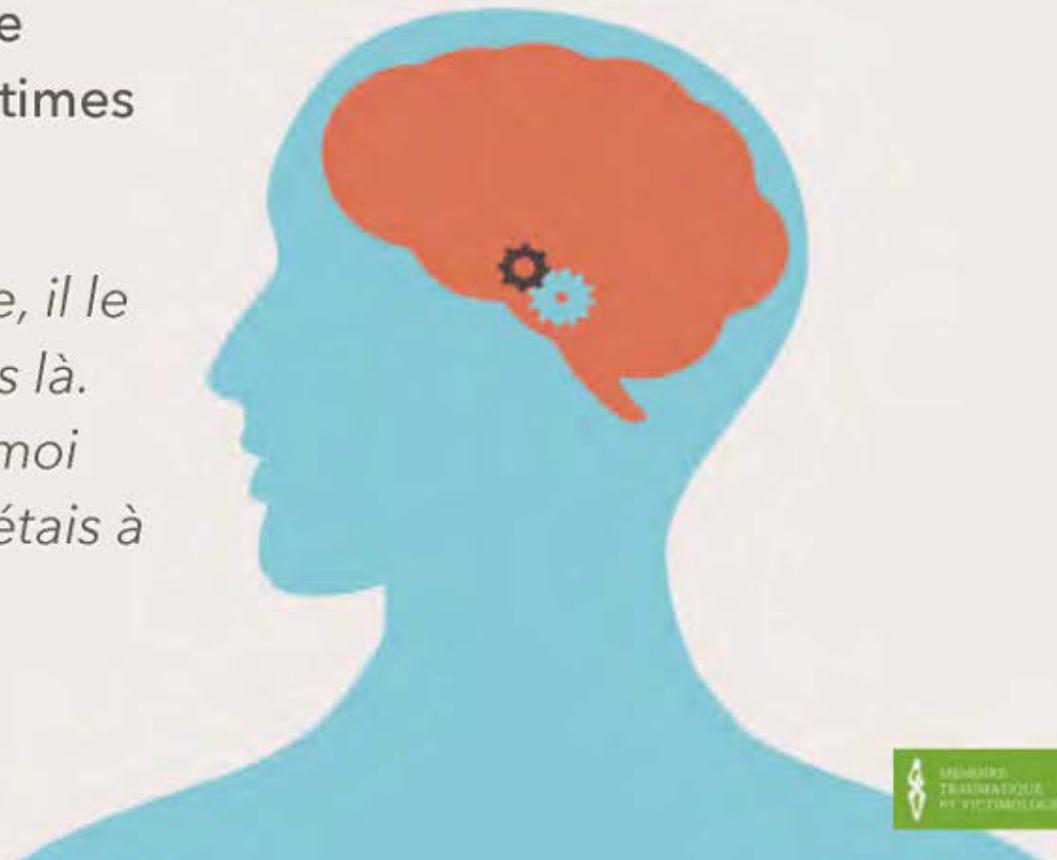




CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ MENTALE

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

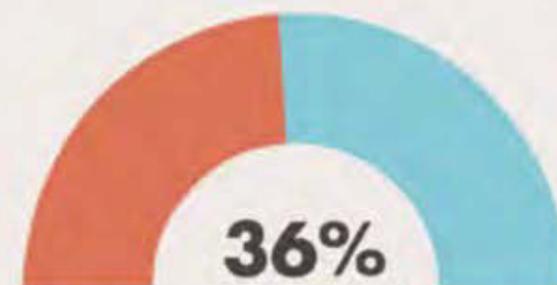




CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE

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

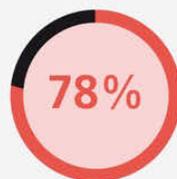


DES VICTIMES ÉVOQUENT
UN SEUIL DE RÉSISTANCE
ACCRU À LA DOULEUR

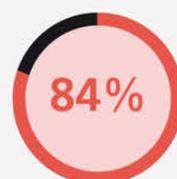


VIOLENCES SEXUELLES

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE



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



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



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



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

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

Les insuffisances de la prise en charge médicale

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

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

Un grave problème de santé publique

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

Les troubles psychotraumatiques

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

Les troubles psychotraumatiques

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

Les troubles psychotraumatiques

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

Les conséquences sur la santé mentale

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

Les conséquences sur la santé mentale

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

Les troubles psychotraumatiques un scandale de santé publique

- **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.** 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](#) .
- **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.

Les troubles psychotraumatiques

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

La formation des professionnels de santé

- **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.

Des textes internationaux et européens

- **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 » .**
- **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 .**
- **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.**

Des soins adaptés nécessaires

- Mme Najat Valaud-Belkacem, qui était ministre des Droits des femmes 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.»

Des troubles neuro-biologiques

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

Un problème majeur de santé publique

- ¹ Avoir subi des violences, surtout pendant l'enfance, est un déterminant majeur de la santé des adultes (ONU), même cinquante ans après (étude de Felitti et Adda, 2010) si il n'y a pas de prise en charge spécifique, avec une corrélation très importante avec la survenue d'accidents cardio-vasculaires, de morts précoces, de suicides, de dépressions, d'addictions, d'obésité, de troubles psychiatriques, de conduites addictives, de marginalisation, de délinquance,**
- ¹ Avoir subi des violences est le déterminant principal pour subir des violences ou en commettre ... (ONU, 2010)**
- ¹ c'est un problème majeur de santé publique**

Un problème majeur de santé publique

- 1 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
- 1 **A. McFarlane** The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences *World Psychiatry*,
- 1 **et en juin 2011 par la Dre Michèle C. Blake** dans l'*American Journal of Lifestyle Medicine : Intimate partner violence and adverse Health Consequences : implications for clinicians*)
- 1 **et reconnues par [l'Organisation Mondiale de la Santé en 2010](#),**

Les violences sexuelles

- **Les violences sexuelles sont une atteinte à la dignité et aux droits fondamentaux des personnes, elles ne sont pas une fatalité, ce sont des infractions punies par la loi qui les prend de plus en plus en compte et qui doivent faire pour les mineurs et les personnes vulnérables l'objet de signalements.**
- **Les violences sexuelles sont les violences qui ont les plus graves conséquences sur la santé psychiques et physiques et les plus durables, elles peuvent faire courir un risque vital et elles sont responsables d'une atteinte à l'intégrité physique et psychique des victimes. Près de 80 % des victimes de viols et de 60 % de victimes d'agressions sexuelles peuvent présenter des troubles psychotraumatiques (contre 24 % lors de traumatismes en général, Breslau et Al., 1991)**
- **Les violences sexuelles ont un impact catastrophique sur la qualité de vie des victimes, avec une dégradation de leur vie personnelle, familiale, amicale, amoureuse, sociale, scolaire et professionnelle.**

Les violences sexuelles : une réalité sous-estimée et méconnue,

- **Tradition de sous-estimation des violences faites aux mineurs et aux femmes**, de leur gravité, de leur fréquence, tradition de banalisation d'une grande partie de celles-ci, voire de justification (idées reçues sur la sexualité masculine)
- **Méconnaissance de la gravité des conséquences sur la santé des violences, particulièrement sur la santé psychique, et sur les mécanismes en cause** les violences sont « des situations anormales entraînant des conséquences psychotraumatiques normales » fréquentes, graves et durables liées à la mise en place de mécanismes neurobiologiques de sauvegarde.
- **Méconnaissance des conséquences sociales des violences sexuelles** sur l'apprentissage, sur les capacités cognitives, sur la socialisation, sur la vie sexuelle et amoureuse, sur les risques de conduites à risques, asociales et de délinquance, **sur les risques d'être à nouveau victime de violences sexuelles ou autres** ou d'en être auteur.

Les violences sexuelles : une réalité sous-estimée et méconnue,

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

Les violences sexuelles

Grave problème de société et enjeu majeur de santé publique

- **Elles posent, particulièrement pour les enfants et les personnes vulnérables, aux professionnels des problèmes légaux engageant leur responsabilité**, la loi impose aux professionnels de signaler les personnes vulnérables et les enfants en danger ou en risque et ce jusqu'à 18 ans art 434-1 et 434-3, art 226-13 (sur la levée du secret professionnel)
- **Elles posent des problèmes de santé publique majeurs reconnus par l'Organisation Mondiale de la Santé** et elle représentent un risque vital pour les enfants, les adolescents et les femmes
- **Elles posent des problèmes politiques au niveau mondial de protection des Droits de l'enfant, de lutte contre les violences faites aux enfants** (déclaration des Droits de l'enfant, Convention des Nations Unies des droits de l'enfant de 1989 ratifiée en 2001 par 191 États, article 19), **de lutte contre les violences faites aux femmes**

Les violences sexuelles

Grave problème de société et enjeu majeur de santé publique

- **Elles sont très peu dépistées et leurs conséquences sont rarement diagnostiquées par les professionnels de la santé qui n'ont pas été formés pendant leurs études et qui ne le sont d'ailleurs toujours pas. Actuellement la majorité des victimes sont abandonnées sans soin spécifique et vont devoir développer des stratégies de survie et d'auto-traitement.**
- **Or la protection et la prise en charge des victimes de violences sexuelles sont essentielles et doivent être les plus précoces possibles** ce qui les rendent d'autant plus efficaces et permet d'éviter des vies fracassées, mais aussi d'arrêter des violences subies ou agies qui se produisent de générations en générations.
- **La prévention des violences sexuelles faites est un devoir pour tout professionnel** importance d'en connaître la fréquence, les conséquences et les mécanismes, de les dépister, de les faire cesser, d'orienter les victimes vers des prises en charge spécialisées.

Les violences sexuelles

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

Les violences sexuelles

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

Un crime ou un délit parfait ?

- **Les violences sexuelles sont le prototype de « crime parfait »**
- **Dans l'immense majorité les agresseurs restent impunis** (pour les viols seulement 10 % font l'objet de plaintes, 3% de jugement)
- **La loi du silence règne particulièrement à l'intérieur des familles, du couple des institutions des entreprises**, c'est à la victime de ne pas faire de vagues, de ne pas « détruire » la famille, le couple..., d'être compréhensive, d'être gentille, que ce n'est pas si grave, qu'il y a pire ailleurs ...
- **Un pourcentage important des victimes mineures de violences sexuelles 38 % vont être totalement amnésique des faits à l'âge adulte (étude WILLIAM, 1994)** ou être amnésique 59 % lors de période plus ou moins longues(étude Briere, 1993)
- **La méconnaissance des conséquences psychotraumatiques des violences, des mécanismes neuro-biologiques en jeu**, font que les symptômes présentés par les victimes sont presque jamais reliés aux violences, les professionnels des secteurs du social et de la santé posent encore trop rarement la question des violences subies particulièrement sexuelles
- **Le déni des agressions sexuelles chez les victimes est extrêmement fréquent et que les allégations mensongères des victimes sont rares < à 3% et que 22% des victimes par peur se rétractent**

Le déni et la culture du viol

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

Un crime ou un délit parfait ?

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

Contre le déni et la loi du silence

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

LES VIOLENCES SEXUELLES

- **Ce sont des violences qui se définissent comme (def. OMS):**
- La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même ou contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations
- **Ce sont des traumatismes majeurs qui se définissent comme :**
- Personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur et ayant développé des troubles psychiques lié à ce(s) traumatisme(s)= syndrome psychotraumatique
- Avec deux types de traumatismes : **de type I** unique, et **de type II** multiples, répétés
- **La loi les interdit, les définit et les punit comme des crimes ou des délits en tenant compte de circonstances aggravantes**

Lien entre prostitution et violences sexuelles dans l'enfance et prostitution

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

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

lien entre violences sexuelles subies pendant l'enfance et entrée en prostitution :

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

Chiffres des violences sexuelles

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

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

- **Conséquences traumatiques des violences sexuelles pour la santé mentale et physique**

Troubles psychotraumatiques spécifiques et troubles co-morbides, états de stress aigu, états de stress post traumatique, états dissociatifs, état de stress post-traumatique complexe, troubles de l'humeur, de la personnalité, Troubles anxieux généralisés, symptômes dissociatifs, troubles psychotiques aigus, troubles des conduites et des comportement (à risques, sexuels, addictif, alimentaire..), troubles du sommeil, de l'attention, de la concentration, troubles cognitifs, troubles relationnels et de la personnalité...

-Conséquences physiques directes des violences : homicide, état de choc, coma, coups et blessures : lésions gynécologiques, anales, buccales, contusions, lacérations, inflammation, érosions, hématome, plaies, perforation, hémorragies, fistule, infection, MST, contamination HIV, hépatite B, douleurs pelviennes, dyspareunie, conséquences obstétricales (grossesse, et quand les violences ont lieu sur une femmes enceinte interruption de grossesse, accouchement prématuré, mort foétale in-utéro) fractures, brûlures, luxations, traumatisme cranien, hématome, lésions organiques, lésions ophtalmiques (plaies oculaires, décollement de la rétine), perforation du tympan

-Maladies liées aux stress : douleurs et fatigue chroniques, risques cardio-vasculaires, diabète, hyper tension artérielle, atteinte de l'immunité, troubles dermatologiques, ORL, gastro-intestinaux, génito-urinaires, endocriniens, musculo-squelettique, céphalée, asthénie....

Conséquences à l'examen clinique biologiques

- **L'examen clinique peut-être normal dans la majorité des cas**
- **L'examen clinique général peut montrer des signes cliniques de violences physiques** : plaies, contusions, plaies, hématomes, brûlures, fractures, lésions oculaires et/ou tympaniques
- **L'examen clinique général peut montrer des signes cliniques de conséquences somatoformes des violences**
- **L'examen des organes génitaux, du périnée, de l'anus, de la bouche, des seins peut montrer des lésions** : Très évocatrices d'agressions sexuelles : lésions vulvaires excoriations, déchirures surtout postérieures, cicatrices de l'hymen, béances anales, fissures (pas seulement sagittales), lésions herpétiques, condylomes acuminés
- **Des prélèvements à la recherche de spermatozoïdes peuvent être positifs** (dans les 48 h) dans le vagin, sur la vulve et le périnée, dans l'anus, dans la bouche
- **Un test de grossesse peut être positif**
- **Une recherche de MST peut-être positive** : fortement suspectes d'agressions sexuelles gonococques, Trichomonas, Chlamidia, sérologie syphilis, HIV; évocatrices herpès, mycoplasmes, hépatite B, hépatite C

Au total les signes d'appel de violences sexuelles chez l'enfant sont :

- **1 Un changement brutal de comportement** (agitation, tristesse, propos dépressifs, repli, mutisme, pleurs, mise en danger, accidents à répétitions, agressivité....)
- **2 Des comportements sexuels inappropriés +++** (masturbation compulsive, exhibitions, auto-mutilations sexuelles, comportements et propos sexualisés, dessins et jeux sexualisés compulsifs, agressions sexuelles sur d'autres enfants)
- **3 Des symptômes régressifs** (angoisse de séparation, sucer son pouce, parler bébé, balancement, énurésie, perte de l'autonomie....)
- **4 Apparition soudaines de comportements phobiques** (peur du noir, phobies sociales, phobie de l'école d'attaques de panique, peur de certains adultes et de situations, peur d'être enfermé, peur de la toilette, d'aller au WC....)
- **5 Des douleurs, des lésions et des symptômes génito-urinaires et anaux, des douleurs et des troubles digestifs et alimentaires** (constipation, encoprésie, nausées, vomissements, anorexie et/ou boulimie....)
- **6 Des troubles du sommeil, de la concentration et de l'attention, des troubles cognitifs** (chute des résultats scolaires, arrêt des activités extra-scolaires)
- **7 De nombreux enfants victimes traumatisés peuvent ne présenter aucun signe d'appel évident et même paraître hyperadaptés** (+++ de poser la question)

Au total les signes d'appel de violences sexuelles chez l'adolescent sont :

- **1 Des conduites à risques** : mises en danger, accidents à répétition, jeux dangereux, délinquances, violences âgées, conduites addictives +++ : alcool, tabac, drogues, jeux internet, sites pornographiques, fugues, conduites sexuelles compulsives, violentes avec partenaires multiples, sans protection, prostitution, grossesse précoce
- **2 Des conduites auto-agressives** : tentatives de suicides, auto-mutilations, scarifications, piercings et tatouages multiples,
- **3 Des troubles de l'humeur, des troubles phobo-anxieux et de la personnalité**, douleur morale, idées suicidaires, un isolement, des comportements d'évitement phobiques, retrait, phobie sociale, crises d'angoisse, refus de la sexualité, de grandir, de devenir adulte, sentiment d'étrangeté, d'être différent, incompris, perte de confiance, mauvaise estime de soi, personnalité border-line, mouvance gothique, hard-rock
- **4 Des troubles du comportements alimentaires** (anorexie et/ou boulimie, phobies alimentaires) **et du sommeil**
- **5 Échec, abandon scolaire, absentéismes**, troubles de la concentration et de l'attention
- **6 Des symptômes somatiques** (fatigue, céphalées, cystites à répétition, règles très douloureuses, douleurs pelviennes, ballonnements, nausées, vomissements, palpitations
- **7 De nombreux adolescents victimes traumatisés peuvent ne présenter aucun signe d'appel évident et même paraître hyperadaptés** (+++ de poser la question)

Au total les signes d'appel de violences sexuelles chez l'adulte sont :

- **1 Troubles de l'humeur, phobo-anxieux, obsessionnels chroniques**(douleur morale, idées suicidaires, dépression chronique, crise d'angoisse, d'attaques de panique, phobies sociale, insécurité, hypervigilance, irritabilité, sentiment de honte, de culpabilité, d'étrangeté, mauvaise estime de soi, troubles de la personnalité
- **2 Troubles addictifs** (alcool, tabac, drogues, jeux) **et conduites à risques**, victimes d'agressions à répétition, accidents à répétition, conduites violentes
- **3 Troubles alimentaires** anorexie et/ou boulimie, phobie alimentaire, obésité
- **4 Troubles du sommeil, de la mémoire, de la concentration et de l'attention**
- **5 Troubles de la sexualité, sexualité à risque compulsive, avec pratiques violentes, x des partenaires, prostitution ou au contraire vaginisme, anorgasmie, absence de sexualité, absence de désir de grossesse ou d'enfant**
- **6 Plaintes somatiques chroniques** (x consultations, examens, interventions, prises médicamenteuses), fatigue et douleurs chroniques, maladies liées au stress, troubles cardiovasculaires et respiratoires, digestifs, génito-urinaires, endocriniens, diabète, épilepsie, dermatologique, ORL,
- **7 Difficultés sociales, professionnelles, personnelles**, isolement, retrait, échecs, désinsertion, marginalisation

Violences sexuelles et psychotraumatismes

- **Les violences sexuelles sont les violences les plus fréquemment à l'origine de psychotraumatismes**
- **Définition des psychotraumatismes :**
 - **Personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s)**
- **Dans plus de 80 % des cas une victime de viol va développer des troubles psychotraumatiques contre 24 % des cas pour des traumatismes en général**
- **Dans plus de 60% des cas une victime d'agression sexuelle va développer des troubles psychotraumatiques contre 24 % des cas pour des traumatismes en général**

les troubles psychotraumatiques

- **Ces troubles psychotraumatiques sont à l'origine :**
 - d'une dissociation entraînant une anesthésie émotionnelle** accompagnée de troubles de la conscience (sentiment d'irréalité, d'être spectateur de la scène violente, de dépersonnalisation, absences)
 - d'une mémoire traumatique**, véritable bombe à retardement, avec des réminiscences intrusives faisant revivre sans fin les violences avec la même souffrance et la même détresse
 - d'une hypervigilance, de conduites de contrôle et d'évitements et conduites à risques** qui sont des stratégies efficaces mais très handicapantes pour échapper à la mémoire traumatique
- **Ils sont aussi à l'origine de troubles cognitifs, de troubles du comportement, de l'alimentation, du sommeil, de la sexualité et de la personnalité**
- **ce sont des conséquences normales et spécifiques de de violences traumatiques**
- **Ils entraînent une souffrance psychique très importante (cf étude sur le 92 en 2008 auto-évaluée à 9 sur une échelle de 1 à 10)**

Violences sexuelles et psychotraumatismes

- **Les troubles psychiques spécifiques liés au traumatisme :**
Ils sont liés à des **mécanismes de sauvegarde psychologiques et neurobiologiques exceptionnels** déclenchés lors du stress extrême et du risque vital que génère le traumatisme, ces mécanismes sont responsables d'une déconnexion du circuit de réponse au stress entraînant **une mémoire traumatique, une dissociation avec anesthésie affective et physique**
- **ces troubles psychotraumatiques s'ils ne sont pas traités :**
Vont être à l'origine **des conséquences les plus graves, les plus fréquentes des violences sexuelles et les plus durables**
Vont être à l'origine **d'un état de souffrance permanent**
Vont être à l'origine **de conduites à risques paradoxales difficilement compréhensibles pour les victimes et les professionnels**
Vont transformer la vie des victimes en **“un enfer”, en “un état de guerre permanente”, « sans espoir de s'en sortir »**
Ce sont des conséquences normales de situations anormales

Les troubles psychotraumatiques

- **Connaître ces conséquences psychotraumatiques** permet de mieux comprendre les victimes et leurs comportements, de mieux les accueillir et conduire un entretien, de mieux évaluer les conséquences des violences, de mieux les accompagner, les aider et les orienter et les traiter (le traitement est efficace).
- **Connaître les mécanismes psychotraumatologiques** permet de mieux comprendre aussi les mécanismes de la violence, les stratégies des agresseurs et de bien mieux évaluer la dangerosité de certaines situations de violences, et de mieux prévenir les violences et lutter efficacement contre elles.

Les troubles psychotraumatiques sont méconnus : Historique

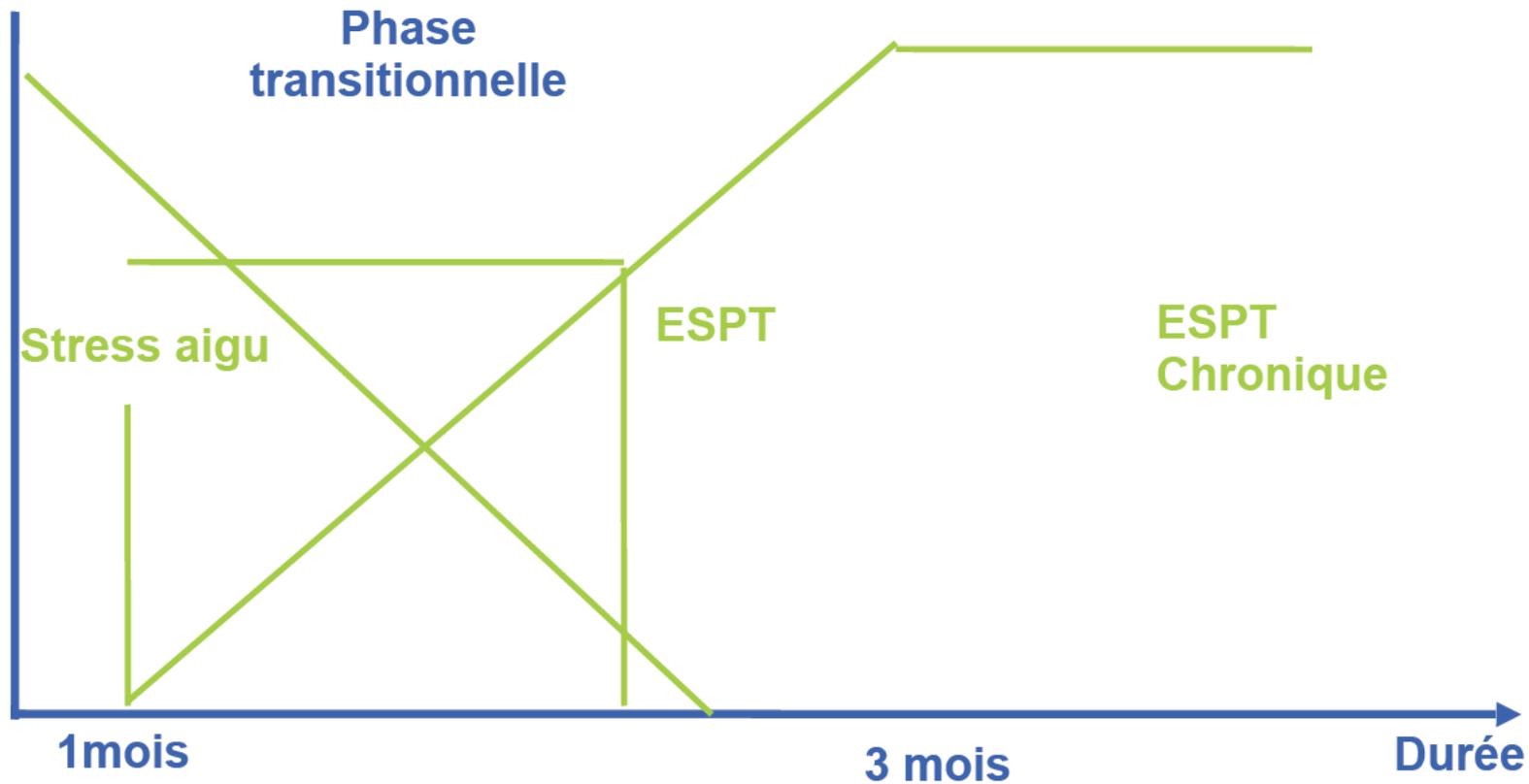
- Décrits pour les premières fois à la fin du XIX ème siècle (accidents de trains, de travail), **névrose traumatique** (Oppenheim), **hystérie** (Charcot) **dissociation** (Janet) pour Janet et pour Freud dans un premier temps avec **la théorie de la séduction** les violences sexuelles de l'enfance sont à l'origine des névroses hystériques chez la femme, Freud abandonnera sa théorie de la séduction en 1897 pour la remplacer par **une théorie sur les fantasmes et par le complexe d'Oedipe**, seul Ferenczi continuera à garder le concept de théorie de la séduction (confusion de langue), pour la majorité des psychanalistes les névroses traumatiques sont des conséquences anormales liées à des conflits intra psychiques, la fréquence et l'impact des violences sexuelles ne sont pas reconnues, la sexualité est considérée comme traumatique en soi sans violence subie
- **parallèle fait entre les survivants des camps de concentration et d'extermination de la deuxième guerre mondiale et les survivantes de viols** (mêmes symptômes),
- Les troubles psychotraumatiques sont reconnus spécifiquement comme des conséquences normales de situations anormales en **1980 DSM III, définition de l'état de stress post traumatique**
- **Nombreuses études sur les violences sexuelles, la mémoire traumatique et les dissociations aux USA et au Canada à partir des années 1980**
- étudiés en France depuis seulement les années 90, **Prise de conscience de l'ampleur du phénomène depuis 2000**

Quelques dates importantes

- **1962 syndrome de l'enfant battu de Kemper Silverman**
- **1967 massacre de My Lay au Vietnam** (reconnaissance de l'impact traumatique de la guerre sur tous les soldats)
- **années 70 mouvements féministes** : dénonciation des violences masculines particulièrement des violences sexuelles subies par les femmes et de leurs conséquences
- **1976 prise d'otage d'enfants à Chowchilla** : étude de Laurence Terr
- **années 80 : définition de l'ESPT chez l'adulte puis chez l'enfant** (réaction normale à une situation anormale)
- **Définition du viol en France en 1980**
- **À partir de 1989** les victimes mineures de viol peuvent porter plainte jusqu'à 10 ans après la majorité si l'agresseur est un ascendant ou une personne ayant autorité
- **À partir de 1995** les victimes mineures d'agressions sexuelles peuvent porter plainte jusqu'à 3 ans après la majorité
- **Loi guigou 1998** élargit à 10 ans après la majorité la prescription pour les victimes mineures quelque soit l'agresseur et à 3 ans après la majorité pour les agressions sexuelles sur mineurs à 10 ans en cas de circonstances aggravantes
- **Loi Perben du 10 mars 2004** élargit à 20 ans après la majorité la prescription pour les viols sur mineurs, pour les agressions sexuelles sur mineurs la prescription est de 10 ans après la majorité et de 20 ans si circonstances aggravantes

Phases évolutives de l'ESPT

TRAUMATISME



les troubles psychotraumatiques

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

LES PSYCHOTRAUMATISMES

- **Il y a psychotraumatismes quand la situation stressante ne va pas pouvoir être intégrée corticalement, on parle alors d'effraction et de sidération psychique (situation d'effroi)**
- **Les traumatismes qui sont susceptibles d'être à l'origine de psychotraumatismes sont ceux qui sont vont menacer :**
 - l'intégrité physique** : confrontation à sa propre mort ou à la mort d'autrui, quand il y a **menace de mort** ;
 - l'intégrité psychique** : situations terrorisantes par leur **anormalité**, leur **non-sens**, leur caractère dégradant, inhumain, humiliant, injuste, incompréhensible (l'horreur de la situation va être à l'origine d'un état de stress dépassé représentant un risque vital), situations d'**impuissance** totale
- **La violence intentionnelle, l'impuissance, la soudaineté, l'imprévisibilité, le caractère inexplicable, monstrueux, particulièrement injuste du traumatisme sont en cause.** La transformation incompréhensible d'un parent, d'un proche ou d'un conjoint en « monstre », la mise en scène de meurtre du viol

LES PSYCHOTRAUMATISMES

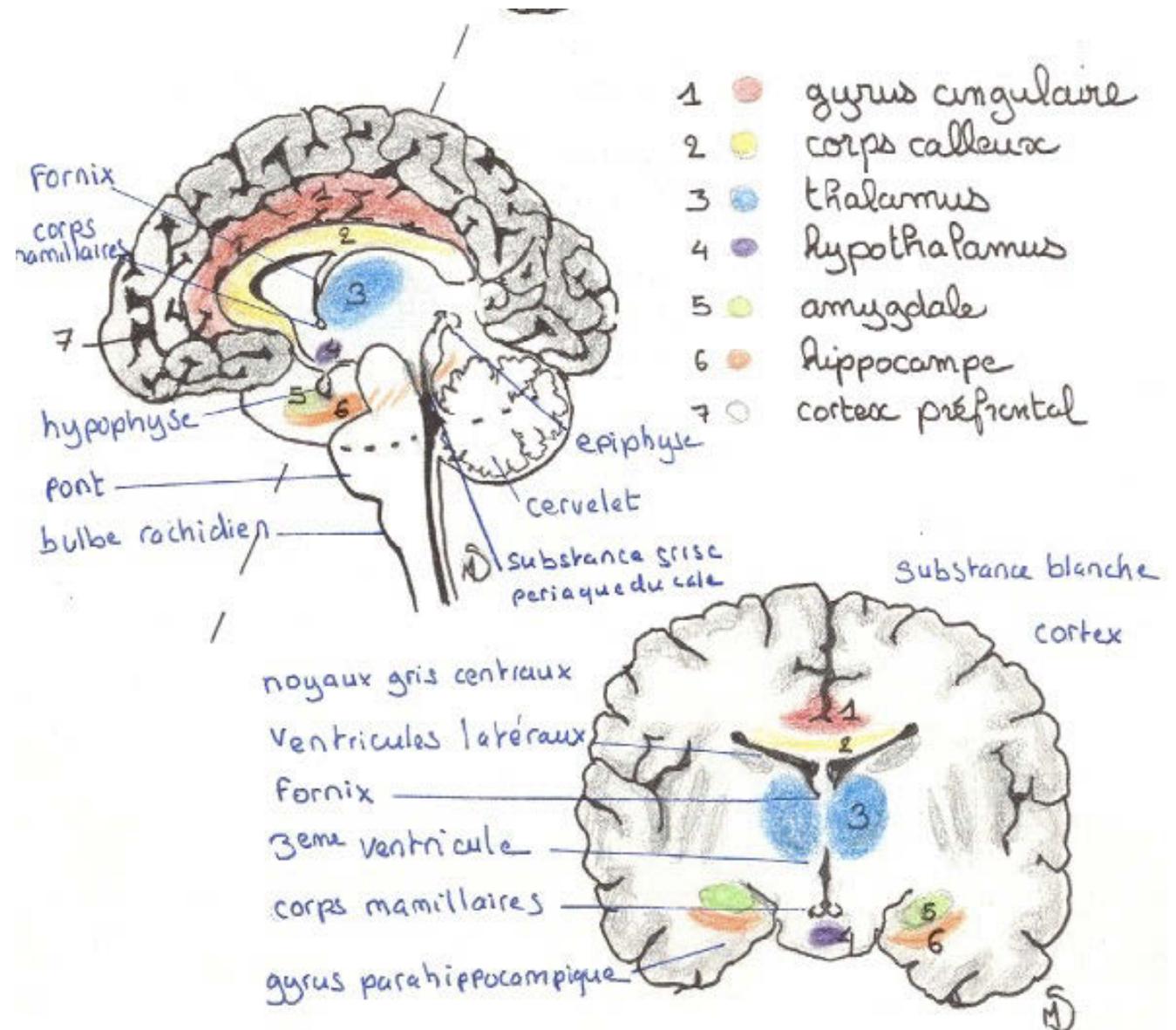
- **Les psychotraumatismes sont liés à des mécanismes psychologiques et neurobiologiques de sauvegardes exceptionnels (découverts depuis seulement quelques années, cf travaux Dr Muriel Salmona) mis en place par le cerveau pour échapper à un risque vital** intrinsèque cardiovasculaire et neurologique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

La réponse émotionnelle

- **La réponse émotionnelle à un danger est initiée et contrôlée par un groupe de structures cérébrales : LE SYSTÈME LIMBIQUE** (cf schémas)
- **Ce système limbique joue donc un rôle essentiel dans les émotions mais aussi dans la mémoire**
- **Il est formé de : la région septale, le fornix, les hippocampes, les amygdales, les zones corticales suivantes** : le cortex pré-frontal, cingulaire, parahippocampique
- **La structure principale qui contrôle l'expression des réponses émotionnelles** (réponse de défense de l'organisme, changements physiologiques, réactions comportementales) est : **L'AMYGDALE** elle est aussi **le siège de la mémoire émotionnelle** dite implicite (c'est à dire non consciente)

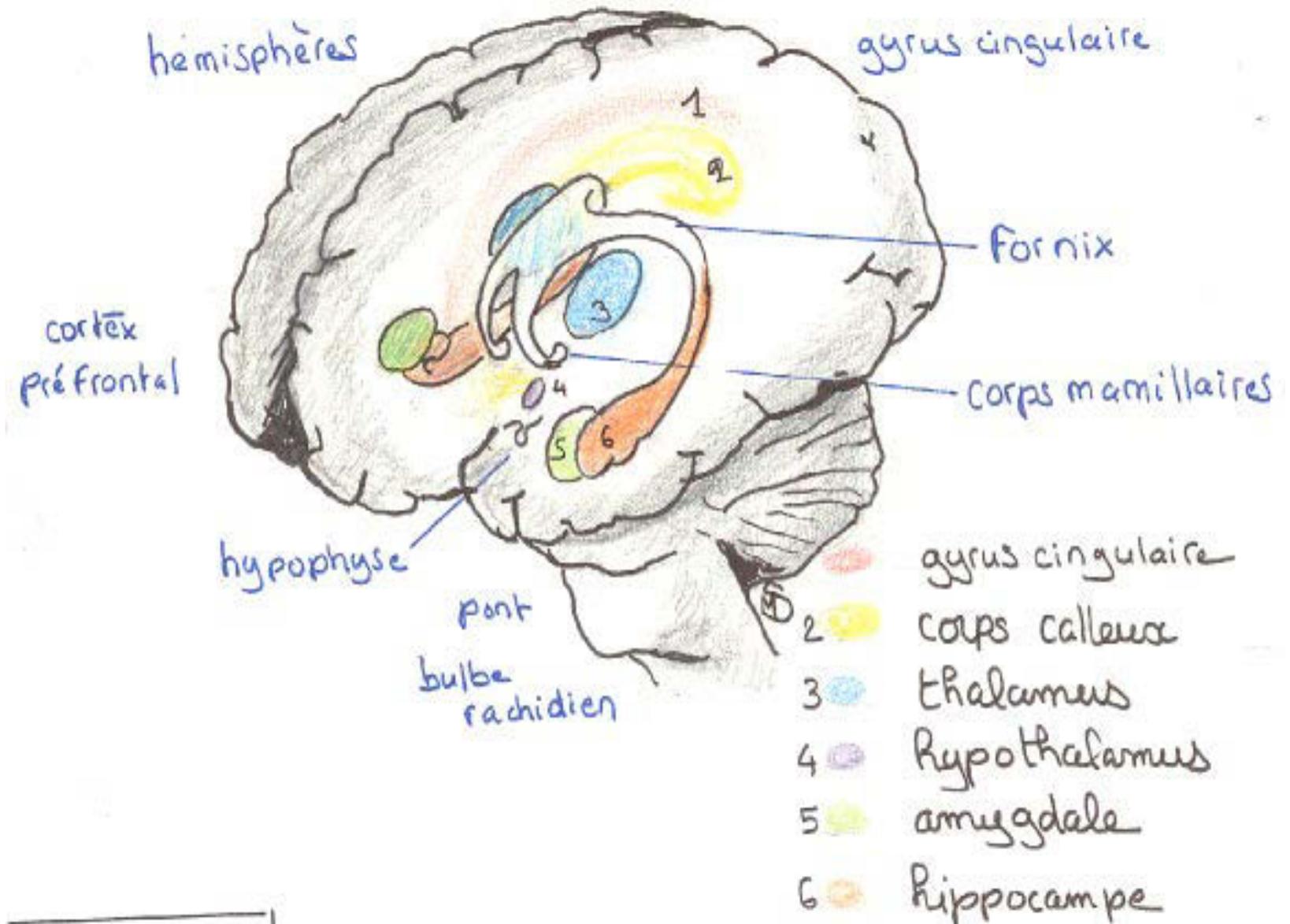
Le système limbique

- coupe frontale
- et sagittale



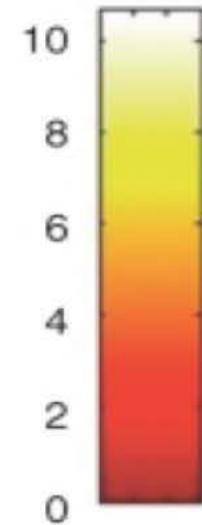
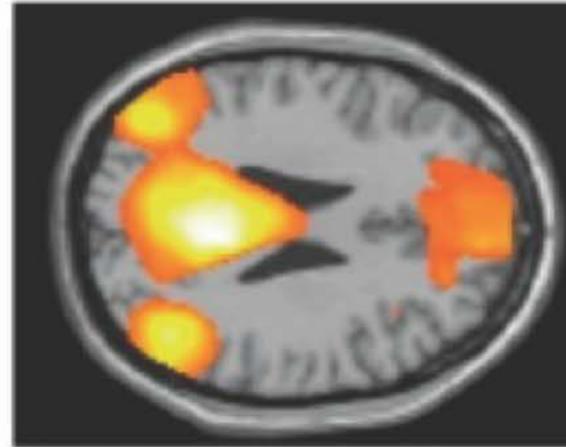
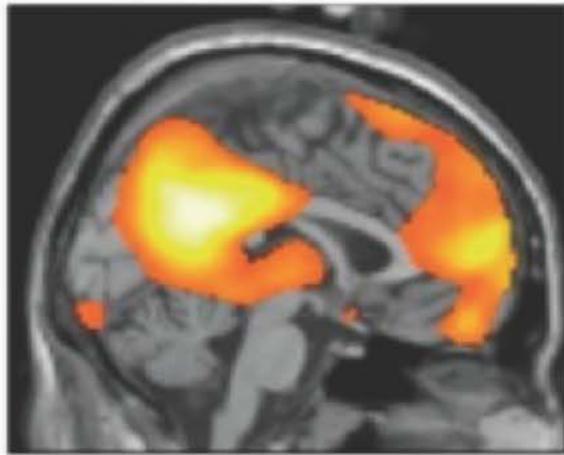
Le système limbique

- en 3 D

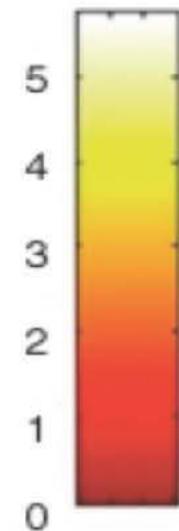
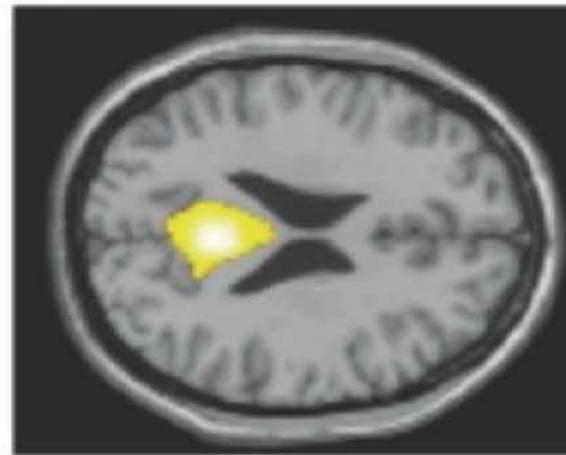
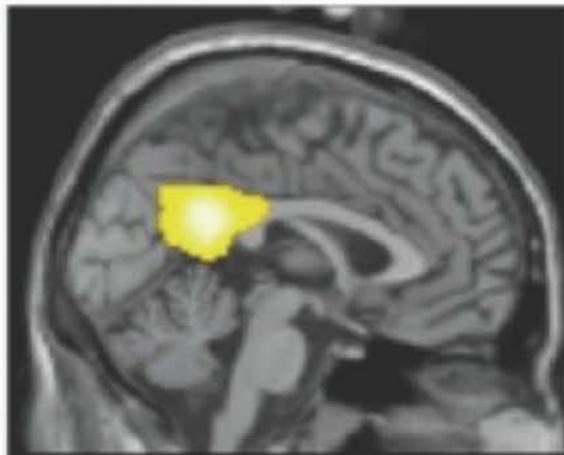


images IRM fonctionnelles

Controls: positive correlation 0, -56, 20



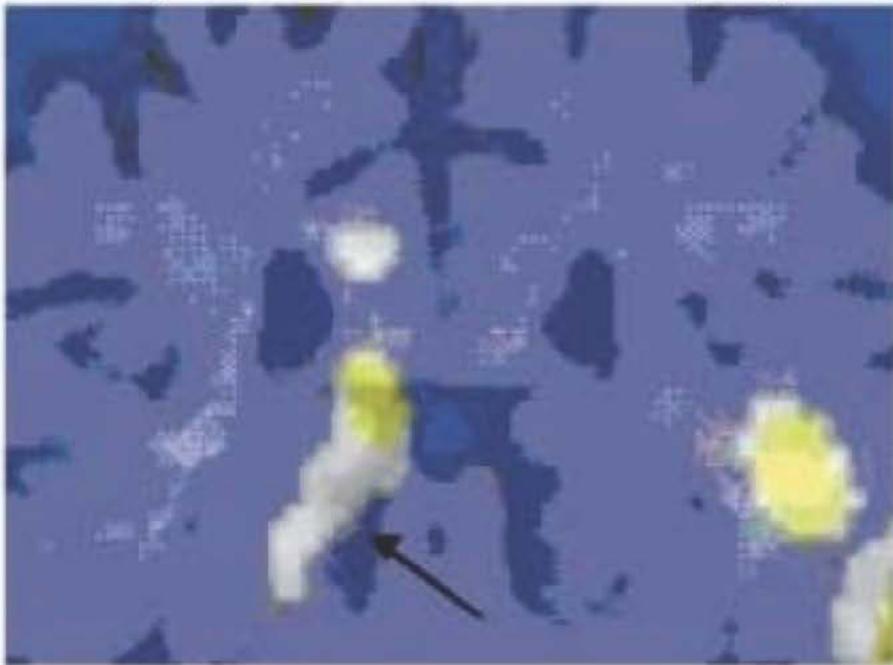
PTSD: positive correlation 0, -56, 20



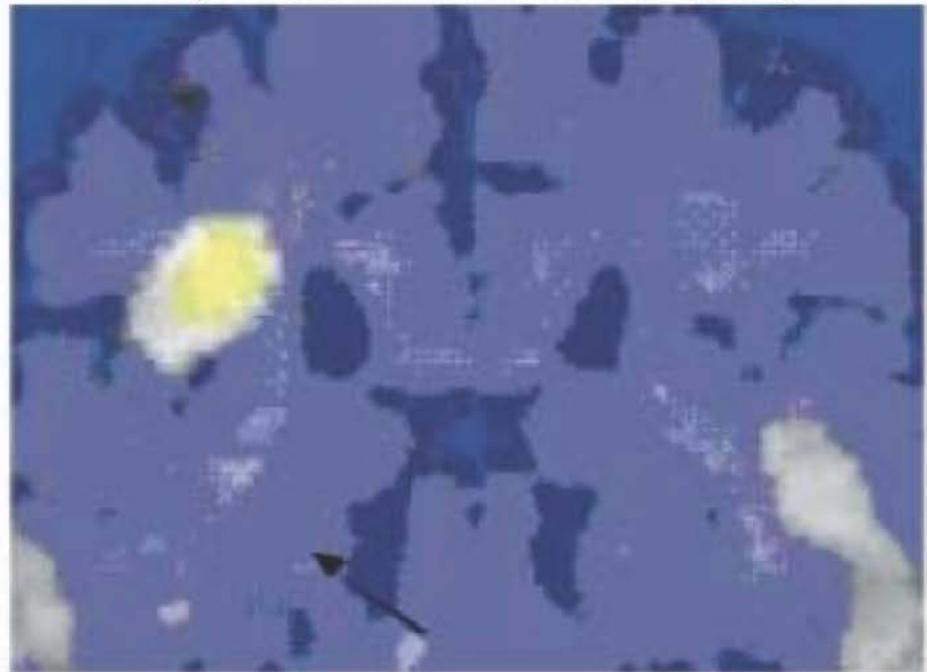
Images IRM fonctionnelles

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

Subjects With Abuse and Without PTSD (N=12)



Subjects With Both Abuse and PTSD (N=10)



La réponse émotionnelle normale

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

La réponse émotionnelle normale

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

La réponse émotionnelle normale

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

La réponse émotionnelle traumatique

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

La réponse émotionnelle traumatique

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

La réponse émotionnelle traumatique

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

La réponse émotionnelle traumatique

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

La dissociation traumatique

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

La réponse émotionnelle traumatique

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

La réponse émotionnelle traumatique

- **La mémoire traumatique** implicite, inconsciente, émotionnelle des violences est piégée dans les amygdales, elle va être à l'origine d'un circuit de peur conditionnée, véritable « bombe à retardement » prête à exploser à l'occasion de tout stimulus sensoriel, cénesthésique, algique, contextuel en lien avec les traumatismes et **qui va « allumer » une amygdale hypersensible**, puisque le cortex et l'hippocampe ne peuvent rien moduler (pas d'information, ni souvenir précis disponible).

La mémoire traumatique

- **L'amygdale hypersensible :**
 - va alors transmettre **des informations « fantômes »** au cortex des **réminiscences= flash-back, images**, qui peuvent donner l'impression de revivre les violences, mais aussi des sensations, des pensées, des émotions, des douleurs toujours liées aux violences mais sans repères de temps, d'espace et donc incompréhensible
 - et **activer les réponses émotionnelles de stress** (axes HHS et SNA) avec **une grande souffrance psychique et une sensation de danger imminent** redéclenchant la même détresse, les mêmes terreurs que lors des violences = **angoisses, détresse, attaques de panique.**
 - **La vie devient un terrain miné : avec un sentiment d'insécurité permanent.**
- **Mais si la victime reste en contact avec l'agresseur ou le contexte des violence, le mécanisme de sauvegarde reste enclenchée et elle est alors dissociée la mémoire traumatique la colonise, mais elle n'en ressent pas les émotions qui y sont attachées.**

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

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

Les stratégies de survie : conduites dissociantes

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

Les stratégies de survie : conduites dissociantes

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

Les stratégies de survie : conduites dissociantes

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

Conduites à risque dissociantes

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

Conduites à risque dissociantes

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

Les conduites à risques

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

La violence comme conduite dissociante

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

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

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

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

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

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

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

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

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

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

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

Les violences sexuelles

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

Les violences sexuelles

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

Le déni et la culture du viol

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

Un crime ou un délit parfait ?

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

Contre le déni et la loi du silence

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

Lien entre prostitution et violences sexuelles dans l'enfance et prostitution

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

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

lien entre violences sexuelles subies pendant l'enfance et entrée en prostitution :

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

Chiffres des violences sexuelles

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

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

Les conséquences sur la santé mentale

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

Les conséquences sur la santé mentale

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

Le site memoiretraumatique.org

Site d'information de l'association **Mémoire Traumatique et Victimologie**

www.memoiretraumatique.org

pour les professionnels et le grand public qui comprend des articles, des informations, la plaquette en téléchargement, des conduites à tenir en cas de violences, un annuaire de ressources, une bibliographie, etc.

Un blog [stopauxviolences](http://stopauxviolences.blogspot.com) où sont publié de nombreux articles et informations :

- le site <http://memoiretraumatique.org/>
- le blog <http://stopauxviolences.blogspot.com/>

CAMPAGNE

STOP AU DENI

SITE stopaudeni.com

PETITIONS

QUESTIONNAIRE

D'EVALUATION

DU PARCOURS DE SOINS

DES VICTIMES DE

VOLENCES SEXUELLES

**STOP
AU
DENI**

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

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

www.stopaudeni.com



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

SOYONS SOLIDAIRES

N'abandonnons pas les victimes de violences.

www.memoiretraumatique.org

D^r Muriel Salmona

VIOLENCES SEXUELLES

Les 40 questions-réponses incontournables

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

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

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

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

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



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

www.memoiretraumatique.org



9 782100 721863

xxxxx
ISBN 978-2-xxxxxx



Couverture - Atelier Océane Thionville

D^r Muriel Salmona

VIOLENCES SEXUELLES
Les 40 questions-réponses incontournables

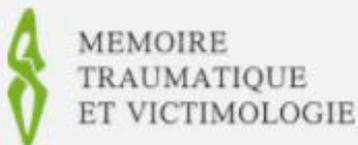
D^r Muriel Salmona

VIOLENCES SEXUELLES



Les 40 questions-réponses
incontournables

DUNOD



ESPACE PRESSE

ESPACE PROFESSIONNELS ET INTERVENTIONS



L'ASSOCIATION

CAMPAGNES & COLLOQUES

PUBLICATIONS & RESSOURCES

PSYCHOTRAUMATISMES

VIOLENCES

QUE FAIRE EN CAS DE VIOLENCES

VIDÉOS

Les Français et les représentations sur le viol
 Décembre 2015

Enquête commandée par l'association

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

GAME CHANGERS

LES ACTUALITÉS DE L'ASSOCIATION

Toutes les actualités

ACTUALITÉS

Malice aux essées !

• POURQUOI INTERDIRE LA FESSÉE ?

ACTUALITÉS

CHÂTIMENTS CORPORELS ET VIOLENCES ÉDUCATIVES

• LE NOUVEAU LIVRE DE MURIEL SALMONA

ACTUALITÉS

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



ARTICLES DE LA

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



ARTICLES DE LA
DOCTEUR MURIEL
SALMONA

Voir les articles

DOCUMENTS  
TÉLÉCHARGER

MÉCANISMES

Page élaborée à partir des travaux du Dr Muriel Salmona sur les mécanismes psychologiques et neurobiologiques psychotraumatiques.
Tous droits réservés, demander l'autorisation de l'auteur drmsalmona@gmail.com avant toute reproduction sur internet ou sur les supports traditionnels.

RÉSUMÉ

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

[Voir le lien externe](#)

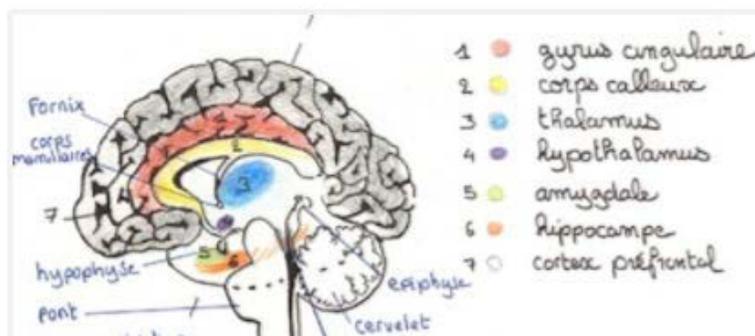
• DÉFINITION

• DESCRIPTION DE LA RÉPONSE ÉMOTIONNELLE

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

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

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



- [Introduction](#)
- [Combattre les violences](#)
- [Violences physiques](#)
- [Violences psychologiques](#)
- [Violences sexuelles](#)
- [Violences faites aux femmes](#)
- [Violences faites aux enfants](#)
- [Violences conjugales](#)
- [Violences  ducatives](#)
- [Terrorisme et attentats](#)



VIOLENCES CONJUGALES

Page r dige e par le Dr Muriel Salmona, août 2010. Pour en savoir plus lire également :

Articles de la Dre Salmona

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

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

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

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

Articles de la Dre la Dr Judith Trinquart

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

Articles de Sokhna Fall

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

- [GÉNÉRALITÉS](#)
- [LES CHIFFRES](#)
- [PROCESSUS, MÉCANISMES ET CONSÉQUENCES](#)
- [PRÉVENIR, DÉPISTER ET PROTÉGER - LA LOI](#)
- [VIOLENCES CONJUGALES PENDANT LA GROSSESSE](#)
- [IMPACT DES VIOLENCES CONJUGALES SUR LES ENFANTS](#)

- Télévisions et radios
- Campagnes
- Autres vidéos



RETROUVEZ-NOUS
SUR TWITTER



Muriel Salmona a retweeté

Ingrid Darroman
@IngridDarroman

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

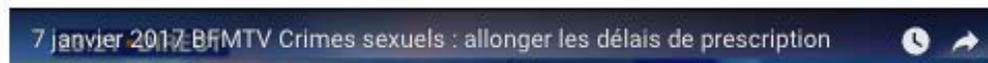
TÉLÉVISIONS ET RADIOS

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



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

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



- Télévisions et radios
- Campagnes
- Autres vidéos



RETROUVEZ-NOUS SUR TWITTER



Muriel Salmona a retweeté

Ingrid Darroman
@IngridDarroman

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

AUTRES VIDÉOS

FOCUS 1 - LA SIDÉRATION PSYCHIQUE LORS DES VIOLENCES SEXUELLES



2 vidéos par Marinette • 16 août 2016

FOCUS 2 - LA SIDÉRATION : POUR ALLER PLUS LOIN



POURQUOI PARLE-T-ON DE SIDERATION APRES UN VIOL

syndrome post-traumatique viol Partager Plus d'infos



l'imagine de la santé

DITES-MOI POURQUOI PARLE-T-ON DE SIDERATION LORS D'UN VIOL ?

[Pourquoi parle-t-on de sidération après un viol](#)

BAGNEUX, LE 12 MARS 2011 - UPP FEMMES DEBOUT - MURIEL SALMONA



UPP Femmes debout - Muriel Salmona
Desirsdavenir92
21:05

Dailymotion

UPP Femmes debout - table ronde Violences & Léopard des femmes - intervention de Muriel Salmona



[Mécanismes psychotraumatiques lors du viol : interview de Muriel Salmona par Cristelle Joly pour PratiSTV](#)

MÉCANISMES PSYCHOTRAUMATIQUES LORS DES VIOLENCES SEXUELLES : INTERVIEW DE MURIEL SALMONA PAR CRISTELLE JOLY POUR PRATISTV



ACE score des expériences négatives dans l'enfance: questionnaire

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

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

Ou

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

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

Ou

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

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

Ou

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

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

Ou

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

ACE score des expériences négatives dans l'enfance: questionnaire

- 5. Avez-vous **souvent ou très souvent** ressenti que...

Vous n'aviez pas assez à manger, que vous deviez porter des vêtements sales et que vous aviez

personne pour vous protéger

Ou

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

Oui Non Si Oui entrer 1

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

Oui Non Si Oui entrer 1

7. Est-il arrivé que votre mère ou votre belle-mère soit

Souvent ou très souvent poussée, époignée, giflée ou envoyait-on contre elle quelque chose?

Ou

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

Ou

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

Oui Non Si Oui entrer 1

ACE score des expériences négatives dans l'enfance (10) : questionnaire

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

Oui Non Si Oui entrer 1

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

Oiu Non Si Oui entrer 1

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

Oui Non Si Oui entrer 1

- **Maintenant additionner vos réponses "Oui": Voici le résultat de votre score ACE_____**

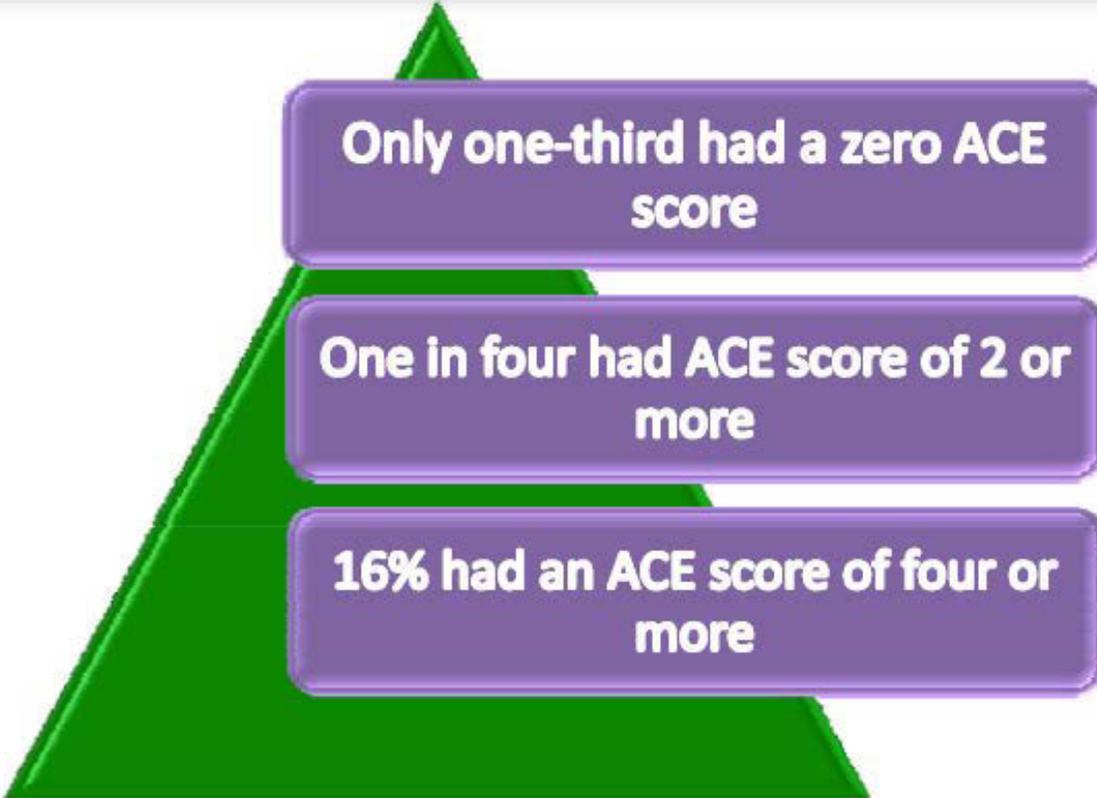
The Adverse Childhood Experiences (ACE Study)

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

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

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

ACE Score



Only one-third had a zero ACE score

One in four had ACE score of 2 or more

16% had an ACE score of four or more

ACE Study

Strong, graded relation to childhood adversity

Smoking

Attempted suicide

COPD

Revictimization

Heart Disease

Teen pregnancy

Diabetes

Fractures

Obesity

Promiscuity

Hepatitis

Sexually transmitted disease

Alcoholism

Poor job performance

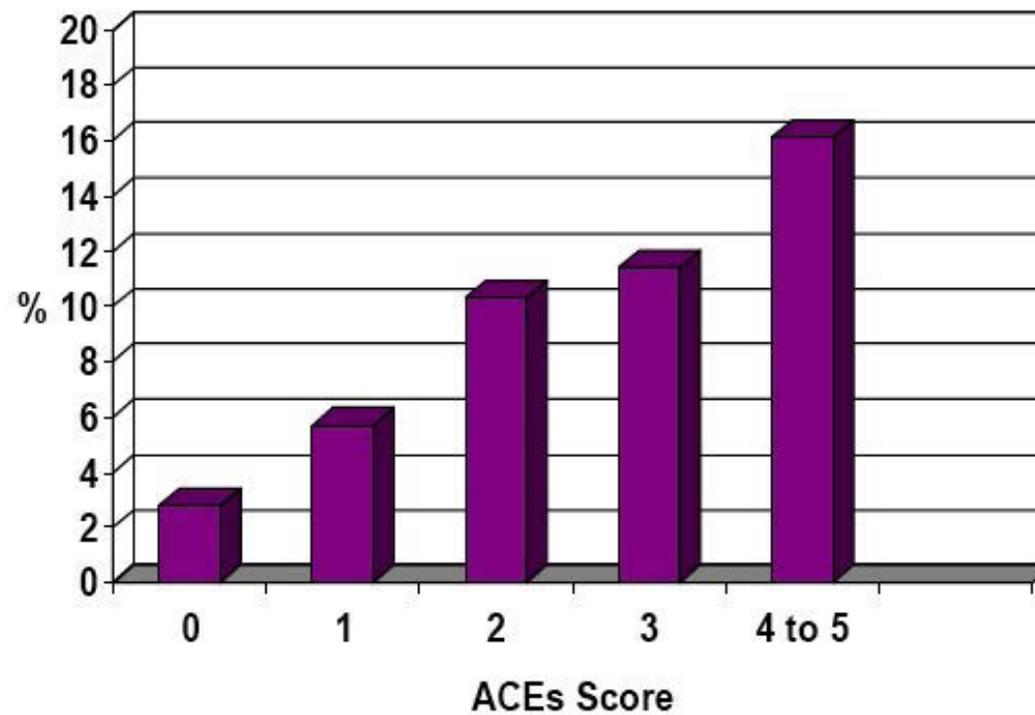
Other substance abuse

Poor self-rated health

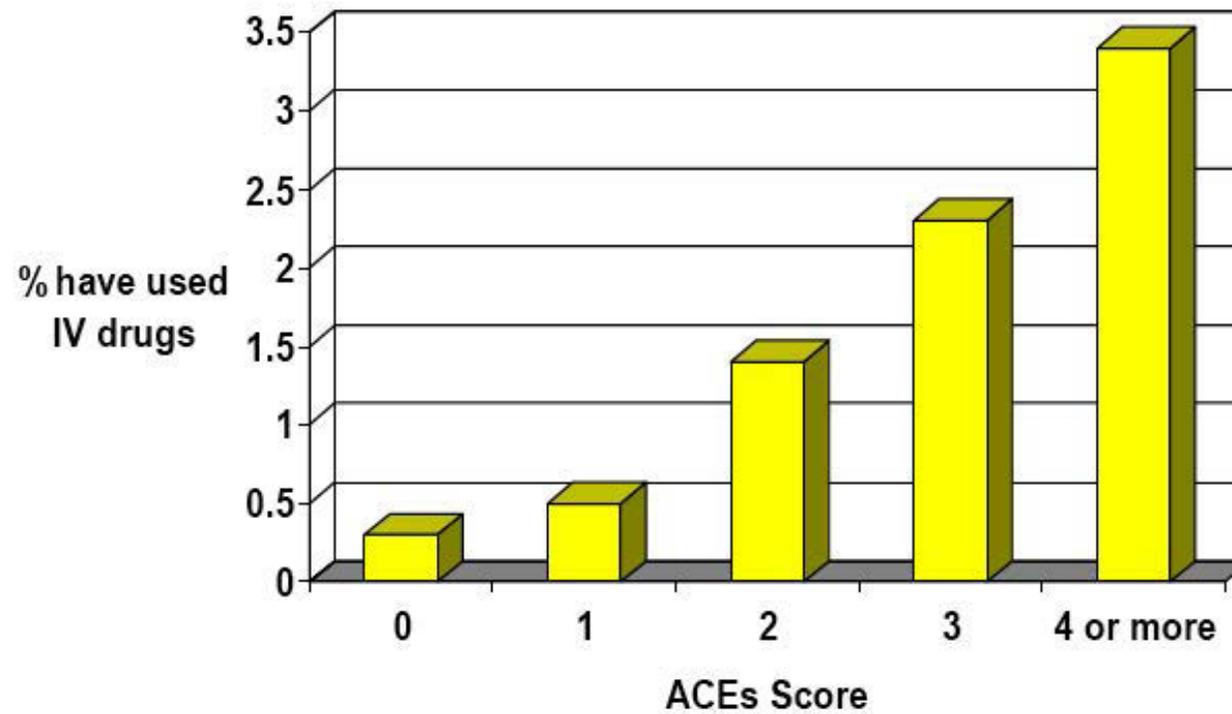
Depression

Violent relationships

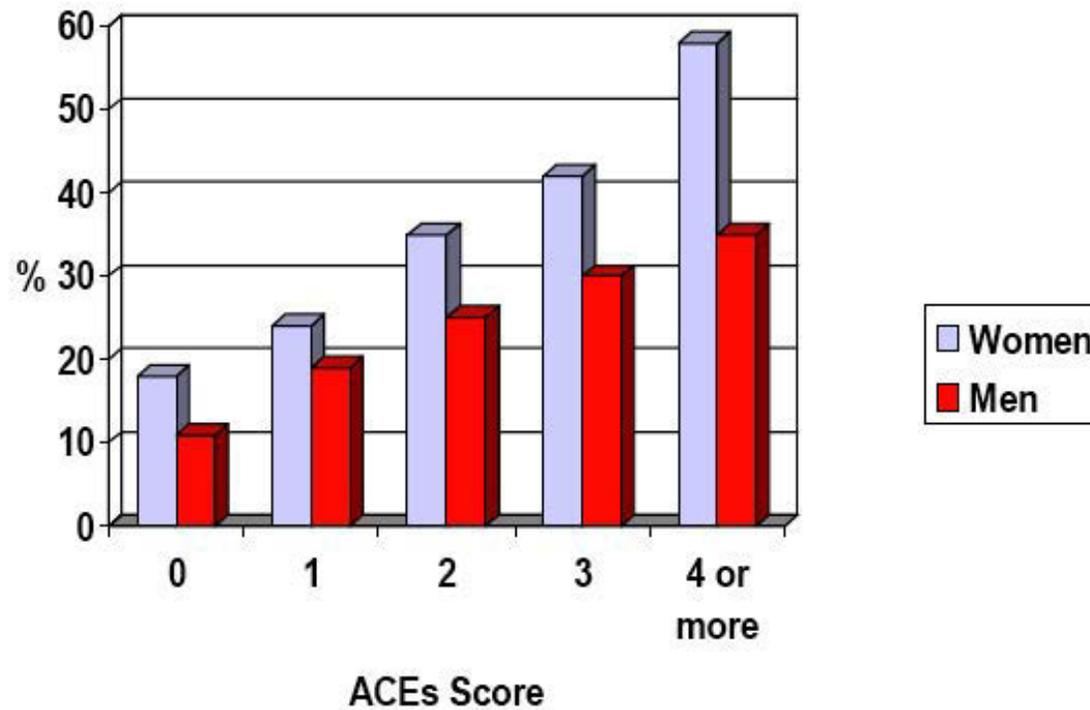
ACES AND ADULT ALCOHOLISM



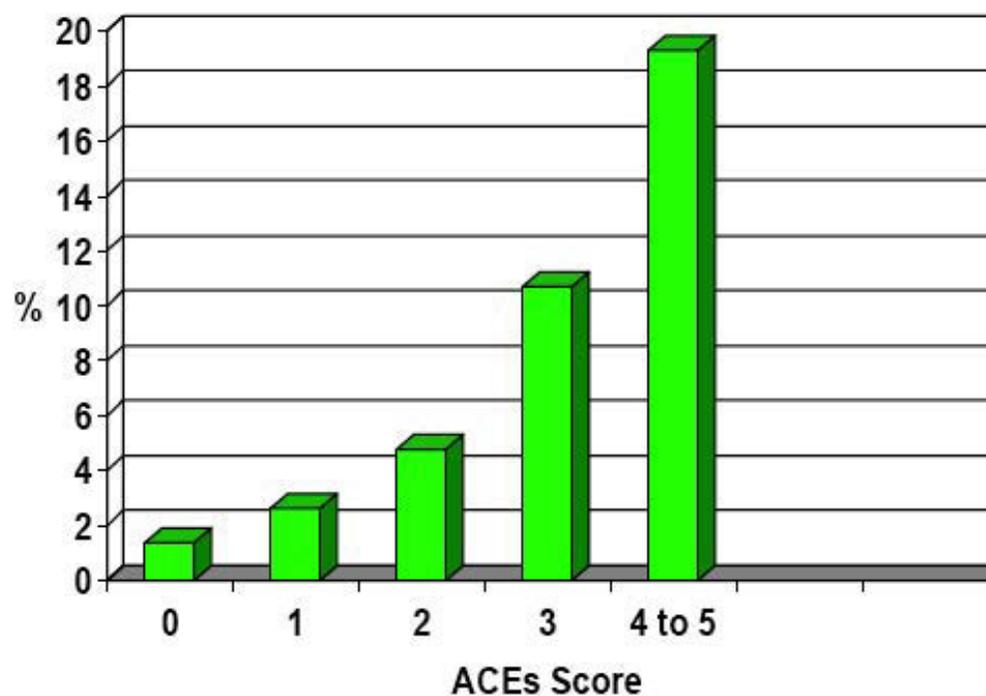
ACES AND IV DRUGS



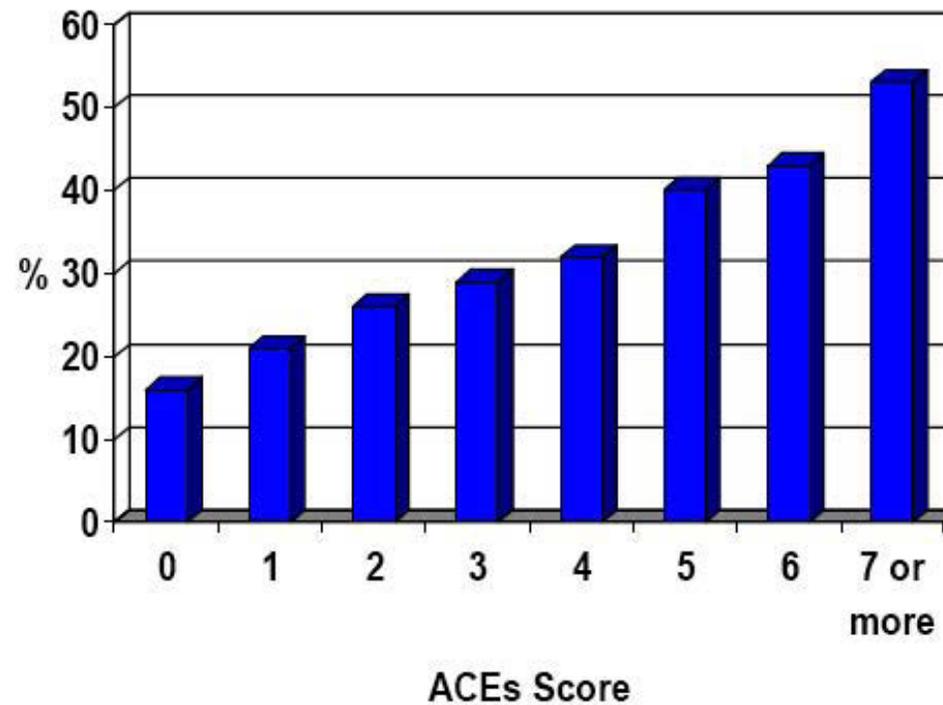
ACES AND CHRONIC DEPRESSION



ACES AND ATTEMPTED SUICIDE



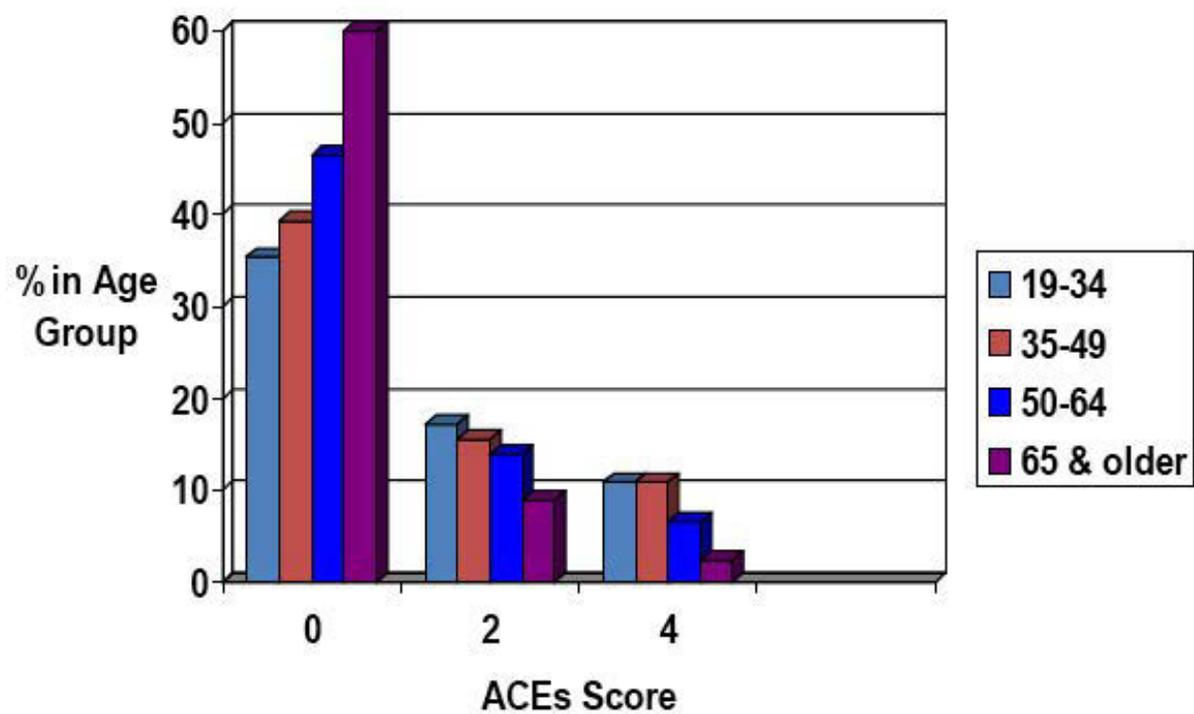
ACES & TEEN PREGNANCY



ACEs and Risk of Revictimization

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

EFFECT OF ACES ON MORTALITY



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

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

MÉMOIRE TRAUMATIQUE ET VICTIMOLOGIE



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

POURQUOI UNE TELLE ENQUÊTE

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

FICHE TECHNIQUE

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

FICHE TECHNIQUE



ÉCHANTILLON

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



DATES DE TERRAIN

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



MÉTHODE

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



LES CONSÉQUENCES DE LA CULTURE DU VIOL

LES VIOLS SONT FRÉQUENTS



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

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

LES VIOLS SONT PEU DÉNONCÉS



LES VOLEURS RESTENT IMPUNIS



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

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

LES VICTIMES SONT MISES EN CAUSE



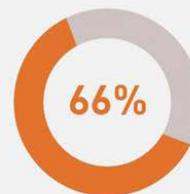


DES STÉRÉOTYPES SEXISTES QUI PERDURENT

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



SEXISME



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

SEXISME

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

SEXISME



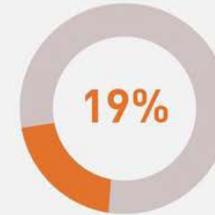
1 FRANÇAIS-E SUR 4 CONSIDÈRE QUE
DANS LE DOMAINE SEXUEL, LES FEMMES
NE SAURAIENT PAS VRAIMENT CE QU'ELLES
VEULENT PAR RAPPORT AUX HOMMES

SEXISME



UNE FORTE ADHÉSION À LA CULTURE DU VIOL

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



CULTURE DU VIOL



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

CULTURE DU VIOL

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



CULTURE DU VIOL



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

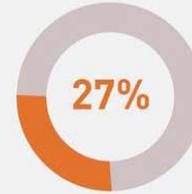
CULTURE DU VIOL





LA MISE EN CAUSE DES VICTIMES DE VIOL

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



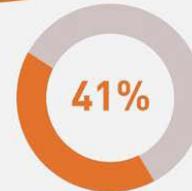
VICTIM-BLAMING*



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

VICTIM-BLAMING*

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



VICTIM-BLAMING*



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

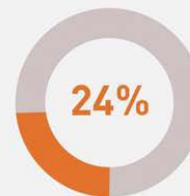
VICTIM-BLAMING*



LA MÉCONNAISSANCE DE LA DÉFINITION LÉGALE DU VIOL

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

FAUX



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

FAUX

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

FAUX



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

FAUX

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



LA MÉCONNAISSANCE DES STATISTIQUES DU VIOL

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

PAS SI VRAI

Source : Enquête sur la violence de sexe féminin



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

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



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

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

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

FAUX

Source : Enquête sur la violence de sexe féminin

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

FAUX

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

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



SEULES 10% DES VICTIMES DE VIOL PORTENT PLAINTE

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

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

FAUX

Source : Enquête sur la violence de sexe féminin



UNE RECONNAISSANCE DE L'IMPACT DES VIOLS

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

VRAI

viol 2017 par Denis Kéri de Neos Project



PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES MALADIES AUTO-IMMUNES
DOULEURS CHRONIQUES CANCER TROUBLES NEUROLOGIQUES
TROUBLES ANXIÉUX PATHOLOGIES PULMONAIRES TROUBLES
DU SOMMEIL PHOBIES HYPERVOLANCE IDÉES SUICIDAIRES
TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX AFFECTIONS DENTAIRES
BOUCLES HYPOSPÉCTACULAIRES TENDINOLOGIE DÉPRESSION
MIGRAINES FATIGUE CHRONIQUE FIBROMYALGIE

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

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



1 VICTIME SUR 2 EST SUJETTE À DES TROUBLES ADDICTIFS

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

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

VRAI

viol 2017 par Wilma Jurgé de Neos Project

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

FAUX

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

SALMONA, Mariel. « Violences sexuelles. Les 40 questions-réponses incontournables », Paris, Dunod, 2015.



83% DES VICTIMES N'ONT REÇU AUCUNE PROTECTION

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

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

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

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

VRAI

viol 2017 par Wilma Jurgé de Neos Project