

PSYCHOTRAUMATISMES CHEZ LES VICTIMES DE VIOLENCES



conférence ENM Bordeaux, le 16 juillet 2019

Dre Muriel SALMONA

Psychiatre-psychothérapeute

Présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie

site : memoiretraumatique.org

Les psychotraumatismes

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

Les 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

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

Les 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.

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.

Les psychotraumatismes

- **Les événements stressants précoces (ACE ou ELS) sous forme de violences, de maltraitance et/ou de négligence** sont associée à une augmentation de la vulnérabilité à la violence, à des troubles psychiatriques majeurs et autres troubles médicaux, y compris dépression majeure, tentatives de suicide, troubles bipolaire, troubles de stress post-traumatique, alcoolisme et toxicomanie, voire même schizophrénie, ainsi que l'obésité, les migraines, les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles immunitaires, de nombreux troubles gynécologiques etc.
- **avec des conséquences biologiques et neurobiologiques** sur l'architecture du cerveau des ACE ou ELS **et des mécanismes moléculaires et cellulaires** à l'origine de leurs sur la vulnérabilité aux maladies
- **avec des conséquences neuroendocriniennes et immunologiques** et une interaction avec des facteurs génétiques de vulnérabilité aux maladies.
- **des conséquences épigénétiques**
- **des effets neurobiologiques persistants illustrés par l'imagerie cérébrale structurelle et fonctionnelle**

Les psychotraumatismes

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

Les stratégies de survie face aux psychotraumatismes

- **Tout au long de leur vie les victimes traumatisées vont osciller** entre des périodes de dissociation quand ils restent confrontés aux violences ou à leurs contextes, ou d'explosions de la mémoire traumatique quand ils sont protégés des violences.
- **pour survivre aux explosions de la mémoire traumatique ils mettent e place 2 stratégies de survie**
 - 1 conduites d'évitement de contrôle d'hypervigilance
 - 2 conduites dissociantes anesthésiantes
 - avec des produits dissociants
 - avec des comportements dissociants : mises en danger, conduites à risques, auto-mutilations, violences envers autrui
- **des périodes sont à risque parce qu'elles entraînent une déstabilisation et des fractures dans le mode de vie avec des pertes de repères et de contrôles** : adolescence, entrée dans le monde adulte, l'arrivée des enfants, la maladie, le handicap et la vieillesse, la perte d'autonomie et l'entrée en EPAD

les troubles psychotraumatiques

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

Des violences faites aux femmes et enfants dans le monde très fréquentes et très traumatisantes

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

Les violences sexuelles en France

- Les principales victimes sont les mineures, et les personnes vulnérables : femmes handicapées mentales subissent 6x plus de violences sexuelles, les femmes autistes sont 88 à 90% victimes de violences sexuelles
- 59% des 16% de femmes victimes pendant leur vie de viols et de tentatives de viols, les ont subi mineures, et 67% des 5% d'hommes (France, INSERM INED CSF, 2008)
- Si les dernières études de victimation font état par an de 94 000 viols et de tentatives de viols de femmes majeures et 16 000 viols et de tentatives de viols d'hommes majeurs (CVS-ONDRP 2017) :
 - on estime qu'il y aurait **130 000 viols et de tentatives de viols de mineures et 35 000 de mineurs par an**
- **81% des premières violences sexuelles ont lieu avant 18 ans, 51% avant 11 ans, 21% avant 6 ans** ([Enquête 2015 MTV](#))
- **94% par des proches ; 50% par un membre de la famille** ([Enquête 2015 MTV](#)), en dessous de 15 ans 80% des viols sont incestueux
- **27% des français connaissent au moins une victime d'inceste dans leur entourage.** Au total 6% des Français déclarent avoir été victimes d'inceste, une proportion qui monte à 9% chez les femmes, soit 4 millions de français (sondage AIVI/Harris Interactive, 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.stopaudenti.com

#EndViolence

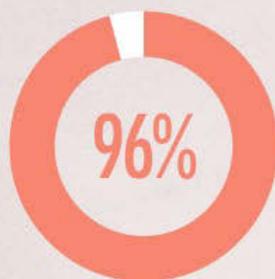
Avec le soutien de
unicef

VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

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



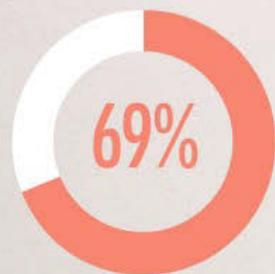
DE LOURDES CONSÉQUENCES



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

flash-backs **troubles du sommeil** anxiétés **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
psyllonavirus **dysfonctionnements thyroïdiens** cancers
affections dermatologiques **troubles alimentaires**
fatigue chronique



1 GROSSESSE
consécutive
à un viol sur **5**
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



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

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

#EndViolence

Avec le soutien de
unicef

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

En France les chiffres sont d'une ampleur considérable En France, 1 femme sur 4 a subi des violences par un partenaire depuis l'âge de 15 ans. et aujourd'hui 25 femmes et 3 enfants ont été tués depuis le début de l'année:

- **En 2017 : 130 femmes tuées par leur conjoint, partenaire ou leur ex-conjoint, ex-partenaire, soit une femme tous les 3 jours ; 33 depuis le début de l'année 2019, 21 hommes ont été tués par leur conjointe ; et 25 enfants ont été tués - 11 lors de féminicides, 14 en situation de séparation. Dans 11 cas sur les 16 où l'auteur de l'homicide est une femme (soit 70 %), la victime masculine avait commis des violences antérieures sur sa partenaire. 19% des homicides en France. 33% des féminicides ont lieu dans 1 contexte de séparation (principale circonstance après «dispute») 50% des cas violences antérieures connues, 65% des cas auteurs en inactivité, 30% assassinats 10% des femmes déclarant dans l'enquête ENVEFF (2000) avoir subi des violences conjugales dans l'année qui précède, ce chiffre passant à 25% pour les femmes les plus jeunes (3). 225 000 femmes en 2016, 140 000 enfants vivent dans un foyer violent**
- **19% qui portent plainte pour violences conjugales, 8% de condamnations ; 5% qui portent plainte pour viol conjugal, 0,01% de condamnations en cour d'assise (fréquemment correctionnalisés en délits).**
- **Plus d'1 femme sur 5 (20,4%), déclare dans l'enquête CSF (2008) avoir subi au moins une fois dans sa vie une forme de violences sexuelles (attouchements forcés, tentative de rapports forcés, ou rapports forcés) (4). Parmi elles, 6,8% déclarent au moins un rapport sexuel forcé au cours de leur vie (tandis que les hommes sont 6,8 % à déclarer au moins une forme de violences sexuelles au cours de sa vie et 1,6 % au moins un rapport sexuel forcé).**
- **Les femmes et les filles sont chaque année 203 000 à subir un viol ou une tentatives de viol (93 000 pour les femmes adultes (46% par un conjoint ou ex-conjoint), plus de 130 000 pour les mineures) 10% qui portent plainte, 1% de condamnations**

Un problème majeur de santé publique

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

Les violences faites aux enfants

- **Les violences démarrent très tôt**
- **Les violences subies par les mineurs sont graves, fréquentes, spécifiques et intentionnelles**, elles touchent tous les âges et toutes les couches de la société et sont commises le plus souvent par des proches et des personnes connues de l'enfant
- **Les violences faites aux enfants sont une atteinte à l'intégrité physique et mentale et une atteinte au droit fondamental des enfants à vivre en sécurité**
- **elles restent sous-estimées et peu identifiées et dénoncées : déni, loi du silence**
- **en l'absence de prise en charge spécialisée elles ont un impact psychotraumatique majeur avec de graves conséquences sur la santé mentale et physique à long voire très long terme**

Le continuum des violences

- **Le facteur de risque principal de subir ou de commettre des violences est d'en avoir déjà subi** : x 19 pour des femmes ayant subi des violences sexuelles et physique dans l'enfance, de subir des violences à l'âge adulte et tout au long de la vie, x16 pour les hommes d'en commettre (Fulu, 2017)
- **Continuum et accumulation des violences subies tout au ont de la vie pour les victimes, commises pour les agresseurs** avec des troubles psychotraumatiques de plus en plus sévères, jamais dépistés, jamais soignés
- **en l'absence de prise en charge spécialisé elles ont un impact psychotraumatique majeur** avec de graves conséquences sur la santé mentale et physique à long voire très long terme
- **obligation pour les victimes traumatisées de survivre aux violences et aux conséquences des violences** avec des stratégies de survie : conduites d'évitement et conduites dissociantes

Les violences envers les enfants une réalité sous-estimée et méconnue,

- **Avoir subi des violences dans l'enfance**
 - est la principale cause de décès précoces à l'âge adulte,
 - le déterminant principal de la santé 50 ans après,
 - et peut faire perdre 20 ans d'espérance de vie,
 - comme l'ont démontré de grandes études épidémiologiques internationales sur les **ACE** et les **ELS** depuis 1998 (Adverse Childhood Experience, les expériences négatives de l'enfance : Felitti et Anda, 1998, 2010, Brown, 2009, Hillis, 2016, Nemeroff, 2017), voir page OMS-ACE.
 - **Ces études révèlent que les principaux facteurs de risque pour la santé et les principales maladies mentales et physiques à l'âge adulte ont de très forts liens avec des violences subies dans l'enfance** (revue Hillis, OMS, 2016).
 - **Ce risque est gradué en fonction du nombre de violences et de leur gravité.**

•

Les violences envers les enfants une réalité sous-estimée et méconnue,

- **Avoir subi plusieurs formes de violences dans l'enfance (4 ACE adverse childhood Experiences) est le principal risque, tout au long de sa vie (Felitti, Anda, 1998, 2010)**
 - de se suicider ou de faire des tentatives de suicides,
 - d'être alcoolique, toxicomane, tabagique,
 - d'être obèse,
 - d'avoir des comportements à risque
 - d'être déprimé, d'avoir des troubles bi-polaires, un ESPT
 - d'avoir une grossesse précoce,
 - de se retrouver en situation de précarité, de marginalisation ou de situations prostitutionnelles,
 - de subir de nouvelles violences, ou de commettre des violences,
- **De très forts liens sont également retrouvés avec de nombreux troubles psychiatriques et somatiques**, cardio-vasculaires, endocriniens (diabète) et gynécologiques, avec des maladies auto-immunes et neurologiques, des infections sexuellement transmissibles, côlon irritable, des cancers, des ostéo-arthrites, des douleurs chroniques, etc.
- Avoir subi 5 ACE fait perdre 20 ans d'espérance de vie (Brown, 2009)

Les violences envers les enfants une réalité sous-estimée et méconnue,

- Pour ces enfants victimes de violences cette absence de protection et de prise en charge est **une lourde perte de chance** en termes de santé, de développement, de vie affective, de scolarité, d'insertion sociale et professionnelle, elles aggravent les inégalités et mettent en danger la cohésion sociale.
- Cette perte de chance est d'autant plus scandaleuse que les soins sont efficaces et permettent d'éviter la répétition des violences et la plupart des conséquences à long terme (Hillis, OMS, 2016).

Les violences une réalité sous-estimée et méconnue,

- **Tradition de sous-estimation des violences**, de leur gravité, de leur fréquence, tradition de banalisation d'une grande partie de celles-ci, voire de justification
-
- **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** sur l'apprentissage, sur les capacités cognitives, sur la socialisation, sur les risques de conduites asociales et de délinquance, sur les risques d'être à nouveau victime de violences ou d'en être auteur.

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

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

Absence de protection des victimes de violences

- **La grande majorité des victimes de violences sexuelles ne sont pas protégés (AMTV, 2015),**
 - 83% des ne sont pas protégées,
 - 70% vont subir de nouvelles violences tout au long de leur vie
- **Plus les enfants victimes sont vulnérables, handicapés, plus ils subissent de violences**
 - 4x plus de violences sexuelles chez les filles ayant un handicap, 90% des filles ayant des troubles du spectre de l'autisme ont subi des violences sexuelles
 - moins ils seront protégés
- **Il y a une très forte corrélation entre violences subies et violences agies (Felitti, 2010 ; Fulu, 2017)**

La formation des professionnels de santé

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

Les psychotraumatismes

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

Les psychotraumatismes

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

Les psychotraumatismes

- **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 et d'une dissociation 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. On peut les traiter et les atteintes se réparent.
- **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 psychotraumatismes

- **En population générale française**, l'exposition à un événement potentiellement traumatique sur la vie entière est évaluée à 30 %.
- **En population psychiatrique** on retrouve une exposition à un événement potentiellement traumatogène chez 72 % des patients interrogés, dont 74 % de poly-expositions et 64 % de femmes. 66 % des sujets exposés étaient mineurs lors de la primo exposition, certainement beaucoup plus en raison de l'amnésie traumatique
- **Les violences sont les plus traumatisantes**, particulièrement les maltraitances, les violences intra-familiales et conjugales (60% de risque de développer un psychotraumatisme /24%) et surtout les violences sexuelles (80% pour les viols sur adultes 100% sur les enfants)
- **Avec un impact sur la santé mentale et physique à long terme très important : il s'agit d'un problème de santé publique majeur**

Des violences traumatisantes

- **Les violences faites aux femmes et aux enfants sont particulièrement traumatisantes sur le plan psychologique et neurologique**, et elles sont à l'origine de chocs psychologiques et de troubles psychotraumatiques graves et fréquents.
- **Les violences subies par les filles, les femmes et leurs enfants sont celles qui ont le plus grand potentiel traumatisant en dehors des tortures** : jusqu'à 58 % des victimes de violences conjugales et de 60 à 80 % des victimes de violences sexuelles risquent de développer un état de stress-post-traumatique contre seulement 24% chez l'ensemble des victimes de traumatismes (1, 2).
- **Les chiffres des violences faites aux femmes étant particulièrement accablants avec le tiers des femmes qui rapportent avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles dans leur vie**, le nombre de femmes présentant des troubles psychotraumatiques est très important

Les violences faites aux filles aux femmes et à leurs enfants

- **220 000 femmes subissent des violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint (dont 54 000 de violences sexuelles) par an, ces violences étant souvent répétées.** 16% des femmes victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles portent plainte, 27% ont vu un médecin, 20% un psychiatre ou un psychologue, 8% ont appelé un numéro vert d'aide aux victimes, 10% a rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes et 17% a parlé de sa situation aux services sociaux
- **Enfants victimes des violences conjugales en cas de violences conjugales, les études que cite [le Rapport Mondial sur la violence et la santé de l'OMS en 2002](#) montrent que les enfants sont témoins directs des violences dans 40 à 60% des cas et que 40% de cas de maltraitance sur enfants sont liés à la violence conjugale (27), l'enquête ENVEFF (5) a rapporté que 2/3 des enfants vivant dans des foyers avec violences conjugales en avaient été témoins. Dans le cadre des appels au 119 : 80% des enfants victimes de mauvais traitements ont été témoins de violences conjugales ; pour les parents, les enfants ont été perçus comme cause des violences conjugales dans 19 % des cas ; les violences conjugales augmentent le risque de mauvais traitement aux enfants (6 à 15 fois plus de risque)**

Les troubles psychotraumatiques

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

Les troubles psychotraumatiques

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

Des troubles neuro-biologiques

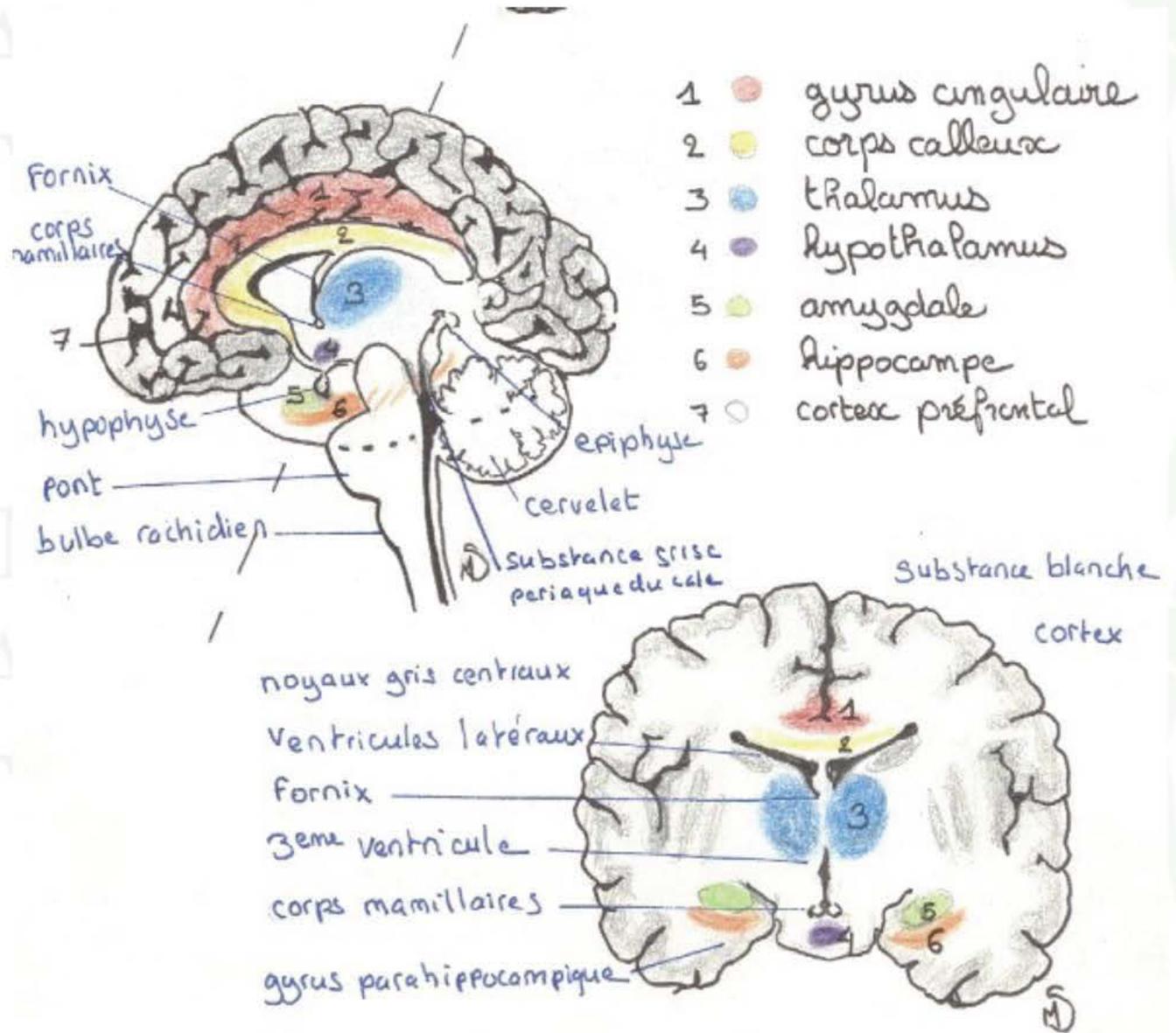
- L'impact des violences chez les victimes est non seulement psychologique avec des troubles psychotraumatiques très fréquents, mais également **neuro-biologique**, (avec des atteintes de circuits neurologiques et des perturbations endocriniennes des réponses au stress).
- Une étude récente menée par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

La réponse émotionnelle normale

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

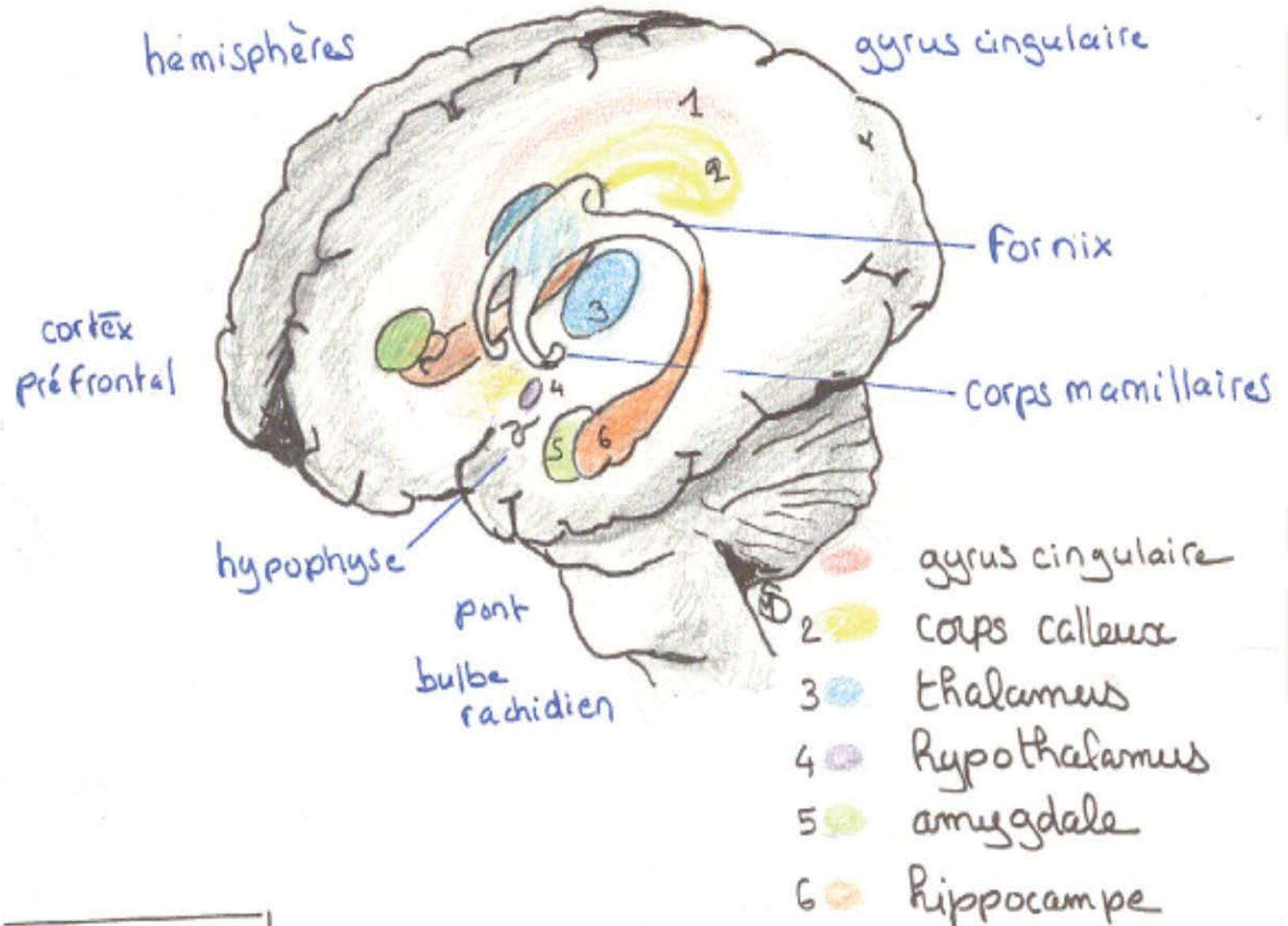
Le système limbique

- coupe frontale
- et sagittale



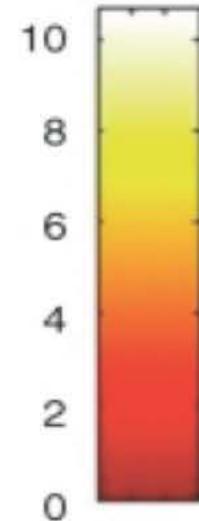
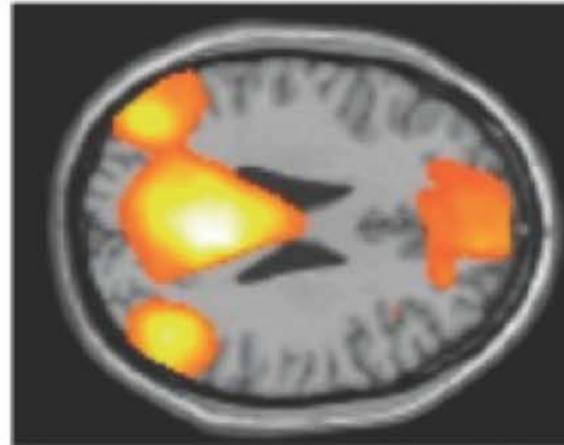
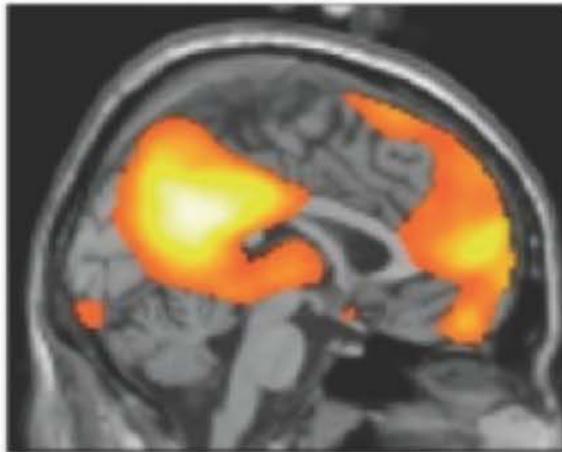
Le système limbique

- en 3 D

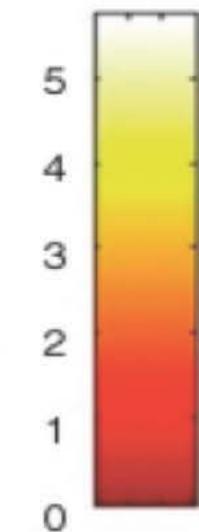
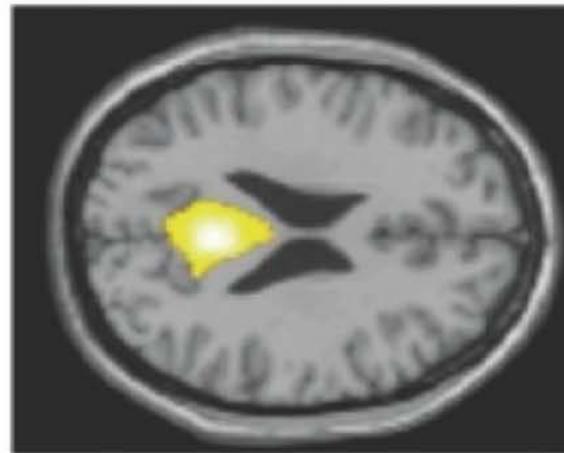
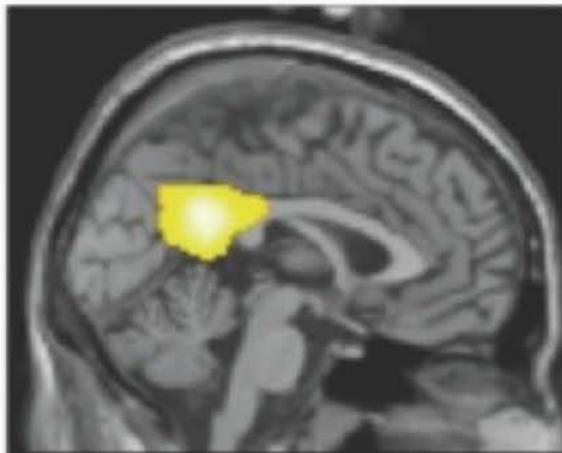


images IRM fonctionnelles mettant en évidence le processus de sidération chez des vétérans de la guerre du Vietnam

Controls: positive correlation 0, -56, 20



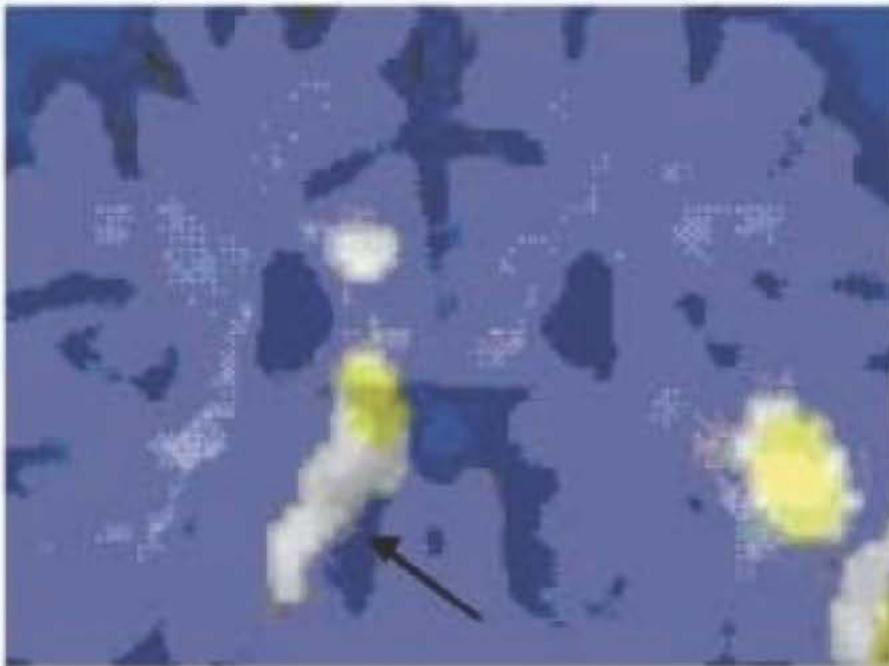
PTSD: positive correlation 0, -56, 20



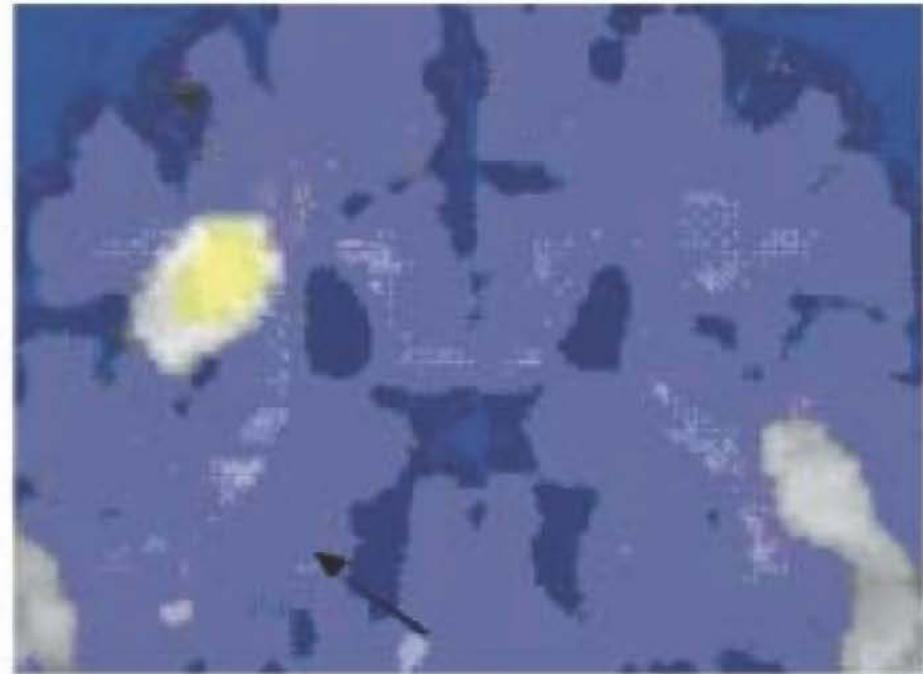
Images IRM fonctionnelles

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

Subjects With Abuse and Without PTSD (N=12)



Subjects With Both Abuse and PTSD (N=10)



La réponse émotionnelle normale

- 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

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

La réponse émotionnelle normale

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

La réponse émotionnelle traumatique

- 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

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

La réponse émotionnelle traumatique

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

La mémoire traumatique

- **L'amygdale hypersensible :**

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

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

Mémoire et dissociation traumatiques

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

La réponse émotionnelle traumatique : conséquences

- 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

La réponse émotionnelle traumatique : conséquences

- 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**

La réponse émotionnelle traumatique : conséquences

- **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**
 - **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

La réponse émotionnelle traumatique : conséquences

- **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**

LES TROUBLES PSYCHIQUES SPÉCIFIQUES

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

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

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

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

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

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

- **Le traitement est essentiellement psychothérapique, psychothérapie dynamique, thérapies comportementales et cognitives avec comme principes de base (suite)**
 - **3 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

- **4 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)**
- **5 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.

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

- **Les agresseurs peuvent et doivent se faire traiter**, il s'agit de les « désintoxiquer » de leur recours à la violence comme conduites dissociantes, de les sortir de leur anesthésie affectives (attention souvent quand les agresseurs renoncent à leur conduites violentes et ne sont plus dissociés et anesthésiés ils y a un grand risque qu'ils se dépriment +++ en prenant consciences de la gravité des violences qu'ils ont commises, risque suicidaire +++), il faut un accompagnement +++ et un traitement efficace de leur souffrance psychique
- **L'accompagnement social, associatif et juridique est essentiel**
 - +++ de travailler en réseau, avec les médecins généralistes, spécialistes, avec des assistantes sociales les professionnels de l'éducation nationale, les travailleurs sociaux, l'ASE, les missions locales, la justice, la PJJ et les associations des juristes, de connaître les associations utiles
 - +++ d'avoir une connaissance minimale du droit pénal et civil (lois, parcours judiciaire), du droit du travail (recours : médecin du travail, inspection du travail, médecin inspecteur du travail, CH-CT, droit de retrait, accident du travail, maladie professionnelle), du droit de la sécurité sociale (ALD : troubles graves de la personnalité, article L. 322-3 15 (soins gratuits pour les victimes d'agressions sexuels sur mineurs))
 - +++ pour les plus jeunes de connaître les possibilité d'aides en cas d'handicap lié à la santé (médecine scolaire, cliniques études, unité psycho pédagogique, aménagement de la scolarité PAI, 1/3 temps, contrat d'intégration, CNED, DAEU) de la réinsertion professionnelle (missions locales) de la réinsertion sociale), d'orientation (DAEU)

En conclusion

- **Les violences sont un problème lié à une société inégalitaire et qui ne protège pas assez les plus vulnérables, les plus faibles, les femmes, les enfants**
- **La mère, les enfants se retrouvent en situation d'esclaves instrumentalisés** pour mettre en place à la place du père des conduites d'évitement et quand ces conduites échouent servent de « médicaments anesthésiants » en subissant une violence qui est une conduite dissociante
- **Les hommes violents peuvent s'autoriser à exercer des violences sur leur femme, les enfants,** le plus souvent en toute impunité, sans se poser de question sur leur comportement incohérent
- **Ces violences des agresseurs sur les femmes et les enfants sont des conduites dissociantes, anesthésiantes, d'auto-traitement** qui permettent à l'agresseur d'échapper à une souffrance psychique liée à une mémoire traumatique produite le plus souvent par des violences subies dans l'enfance. Par exemple les pleurs d'un enfant réveille la mémoire traumatique de l'adulte (les pleurs rappellent des violences subies) et génère une souffrance et une angoisse importante, l'enfant est considéré comme responsable « tu vas me faire devenir fou » et une compulsion à la violence va permettre à l'adulte de disjoncter et de s'anesthésier. À l'enfant sont imposées des conduites d'évitement pour ne pas allumer la mémoire traumatique de l'adulte.
- **Il est essentiel de faire prendre conscience aux adultes violents des mécanismes de disjonction, de la gravité de leur conduite et de les aider à calmer leur mémoire traumatique**
- **Il est essentiel de protéger les victimes et leurs enfants, et de leur proposer des soins adaptés**
- **les agresseurs doivent être pris en charge et doivent répondre de leurs actes face à la justice**

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/>

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

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

ASSOCIATION MÉMOIRE TRAUMATIQUE ET VICTIMOLOGIE
Mars 2015



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

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE - MARS 2015

L'ENQUÊTE

MÉTHODOLOGIE

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

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

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



PROTECTION ET JUSTICE

MESURES DE PROTECTION

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

VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

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



LES ENFANTS SONT LES PRINCIPALES VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES



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



AVANT 11 ANS
POUR 1 VICTIME SUR 2



AVANT 6 ANS
POUR 1 VICTIME SUR 5



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

Source :

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



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

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



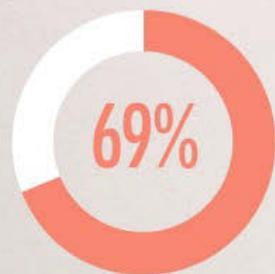
DE LOURDES CONSÉQUENCES



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

flash-backs **troubles du sommeil** anxiétés **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
psyllonavirus **dysfonctionnements thyroïdiens** cancers
affections dermatologiques **troubles alimentaires**
fatigue chronique



1 GROSSESSE
consécutive
à un viol sur **5**
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



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

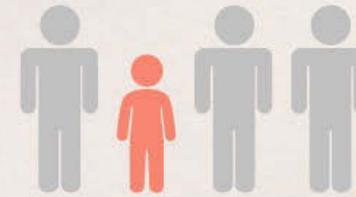
ENQUÊTE DE RECONNAISSANCE
IMPACT & PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES
ENQUÊTE AUPRÈS DES VICTIMES



QUI SONT LES AGRESSEURS ?



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



1 agresseur sur 4
EST MINEUR



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



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

68%

des agresseurs mineurs
**COMMETTENT
DES VIOLS**

Source :

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



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**



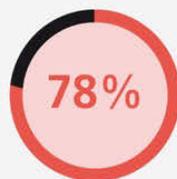
25% des victimes enceintes suite à un viol mènent **LA GROSSESSE À SON TERME**

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.

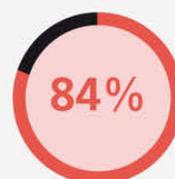


VIOLENCES SEXUELLES

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**



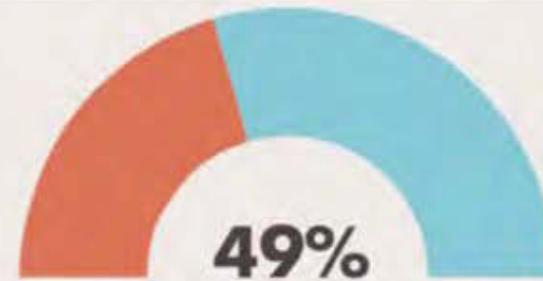
**Les soins gynécologiques,
dentaires et kinésithérapiques
(manipulation du corps)
sont **CONSIDÉRÉS COMME TRÈS
ANXIOGÈNES** par les victimes**

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 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

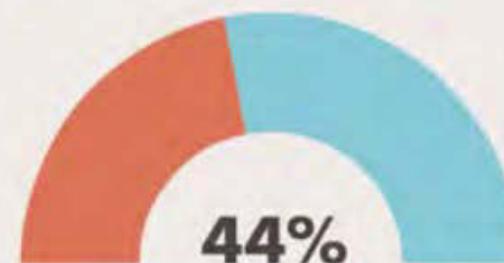
Source : Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, *Crise économique, marché du travail et pauvreté*, Rapport 2011-2012, ONPES, 2012, p.29.



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

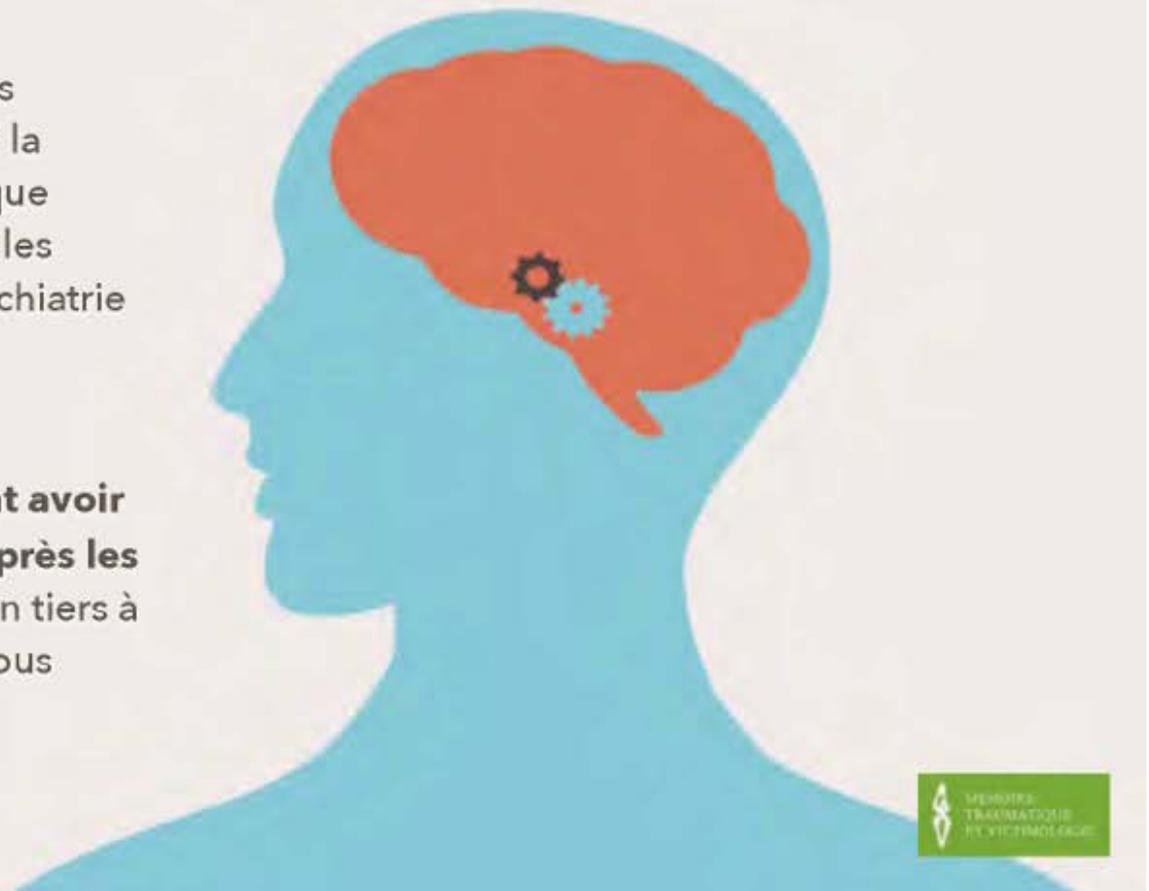
STRESS FLASH-BACKS **ANXIÉTÉ**
IDÉES **SUICIDAIRES** DÉPRESSION
PERTE D'ESTIME DE SOI
AMNÉSIES **TROUBLES DU SOMMEIL**
PERTE D'ESPOIR **PHOBIES** HYPERVIGILANCE



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.

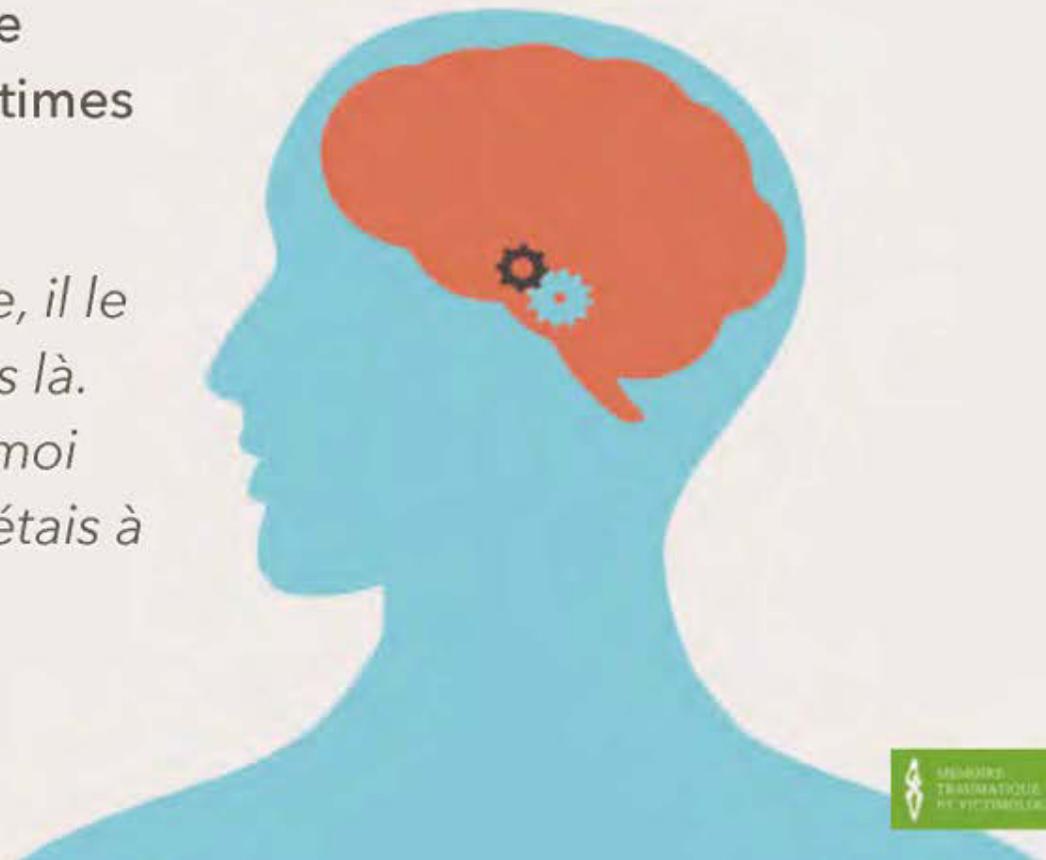




CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

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. »*



PROTECTION ET JUSTICE

MESURES DE PROTECTION

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

PROTECTION ET JUSTICE

MESURES DE PROTECTION

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

PROTECTION ET JUSTICE

LE DÉPÔT DE PLAINTE

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

PROTECTION ET JUSTICE

LE DÉPÔT DE PLAINTE

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

PROTECTION ET JUSTICE

L'ENQUÊTE

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



PROTECTION ET JUSTICE

LE PROCÈS

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

PROTECTION ET JUSTICE

UN SENTIMENT D'INJUSTICE

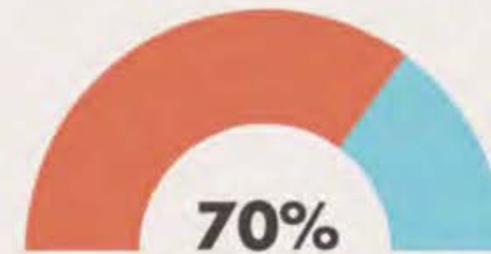
- Prescription et correctionnalisation des viols
- **81%** des répondant-e-s pensent que la justice n'a pas joué son rôle
- *« Le manque de compétences et la culpabilisation de la victime sont pour mon expérience systématiques, je n'ai aucune confiance dans le système. »*
- **82%** des répondant-e-s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



PROTECTION ET JUSTICE

UN SENTIMENT D'INJUSTICE

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



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

PROTECTION ET JUSTICE

LE DÉSIR DE RECONNAISSANCE

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

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ PHYSIQUE

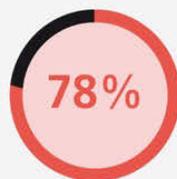
- **Une anesthésie physique est rapportée par de nombreux-ses répondant-e-s.** Plus d'un tiers des répondant-e-s évoquent un seuil de résistance accru à la douleur, les conduisant parfois à laisser évoluer certaines pathologies pendant un long laps de temps avant de consulter un médecin.
- *« Je ne ressens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



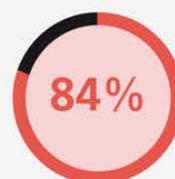


VIOLENCES SEXUELLES

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE



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



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



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



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

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

Les insuffisances de la prise en charge médicale

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

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

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

MÉMOIRE TRAUMATIQUE ET VICTIMOLOGIE



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

POURQUOI UNE TELLE ENQUÊTE

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

FICHE TECHNIQUE

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

FICHE TECHNIQUE



ÉCHANTILLON

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



DATES DE TERRAIN

Du 25 novembre au 2 décembre 2015.



MÉTHODE

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



LES CONSÉQUENCES DE LA CULTURE DU VIOL

LES VIOLS SONT FRÉQUENTS



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



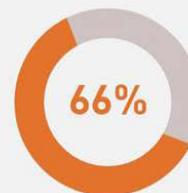


DES STÉRÉOTYPES SEXISTES QUI PERDURENT

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



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

www.memoiretraumatique.org
www.stopaudent.com

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



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 »

19%

CULTURE DU VIOL

40%

40% DES FRANÇAIS-E-S ESTIMENT
QUE SI LA VICTIMÉ A EU UNE ATTITUDE
PROVOCANTE EN PUBLIC, ÇELA 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

21%

CULTURE DU VIOL

29%

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

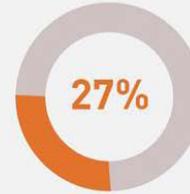
CULTURE DU VIOL





LA MISE EN CAUSE DES VICTIMES DE VIOL

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



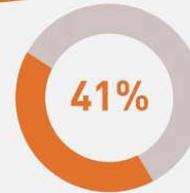
VICTIM-BLAMING*



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

VICTIM-BLAMING*

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



VICTIM-BLAMING*



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

VICTIM-BLAMING*



LA MÉCONNAISSANCE DE LA DÉFINITION LÉGALE DU VIOL

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

FAUX



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

FAUX

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

FAUX



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

FAUX

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



LA MÉCONNAISSANCE DES STATISTIQUES DU VIOL

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

PAS SI VRAI

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



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

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



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

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

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

FAUX

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

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

FAUX

98 000 VIOLS ET TENTATIVES DE VIOL SONT RECENSÉS CHAQUE ANNÉE EN FRANCE SUR LES 18-75 ANS, DONT 84 000 SUR DES FEMMES. CE CHIFFRE NE TIEN 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-ONDIP.



SEULES 10% DES VICTIMES DE VIOL PORTENT PLAINTE

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

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

FAUX

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



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.crit par Clara Kerr de Béné Projeet



PATHOLOGIES CARDIO-VASCULAIRES MALADIES AUTO-IMMUNES
DOULEURS CHRONIQUES CANCER TROUBLES NEUROLOGIQUES
TROUBLES ANXIÉUX PATHOLOGIES PULMONAIRES TROUBLES
DU SOMMEIL PHOBIES HYPERVIGILANCE IDÉES SUICIDAIRES
TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES
TRAUMES HYPERACTIVITÉ/TYMOIDITE 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.crit par Willem Joripen de Béné Projeet

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, Mariet, « 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.crit par Willem Joripen de Béné Projeet

RECOMMANDATIONS

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

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

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

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

RECOMMANDATIONS

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

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

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

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

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

RECOMMANDATIONS

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

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

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

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

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

CAMPAGNE

STOP AU DENI

SITE stopaudeni.com

PETITIONS

QUESTIONNAIRE

D'ÉVALUATION

DU PARCOURS DE SOINS

DES VICTIMES DE

VOLENCES SEXUELLES

**STOP
AU
DÉNI**

**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



D^r Muriel Salmona

VIOLENCES SEXUELLES
Les 40 questions-réponses incontournables

Couverture - Abécédair'Éditions Thématiser



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

Ipsos Public Affairs

GAME CHANGERS

LES ACTUALITÉS DE L'ASSOCIATION

Toutes les actualités

ACTUALITÉS

Malice aux essées !

POURQUOI INTERDIRE LA FESSÉE ?

ACTUALITÉS

CHÂTIMENTS CORPORELS ET VIOLENCES EDUCATIVES

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

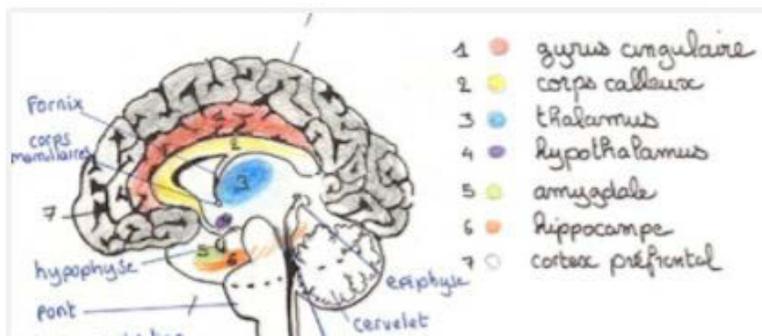
[Voir le lien externe](#)

- 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 préfrontal, 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 si ge 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

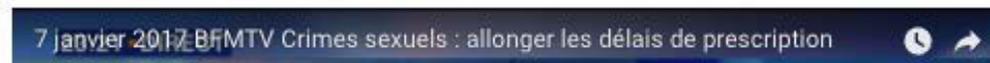
TÉLÉVISIONS ET RADIOS

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

Muriel Salmona a retweeté

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



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_____**

Étude ACE de Felitti et Anda, 2010

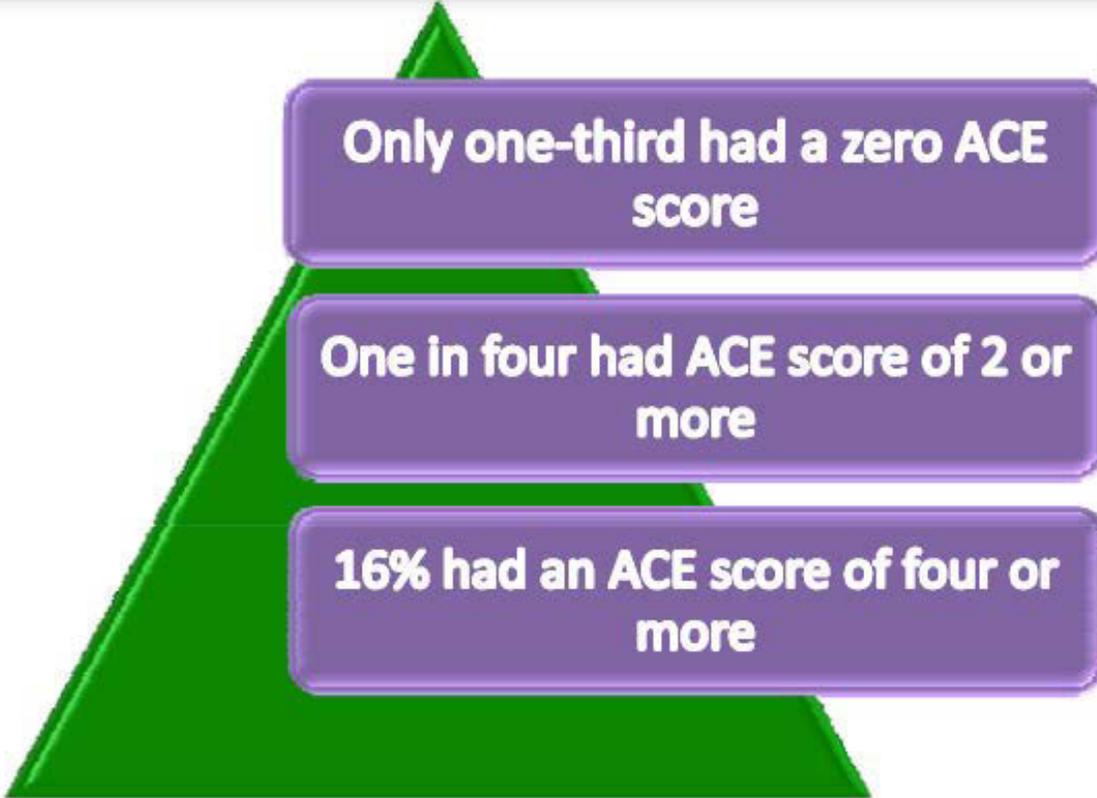
The Adverse Childhood Experiences (ACE Study)

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

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

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

ACE Score



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

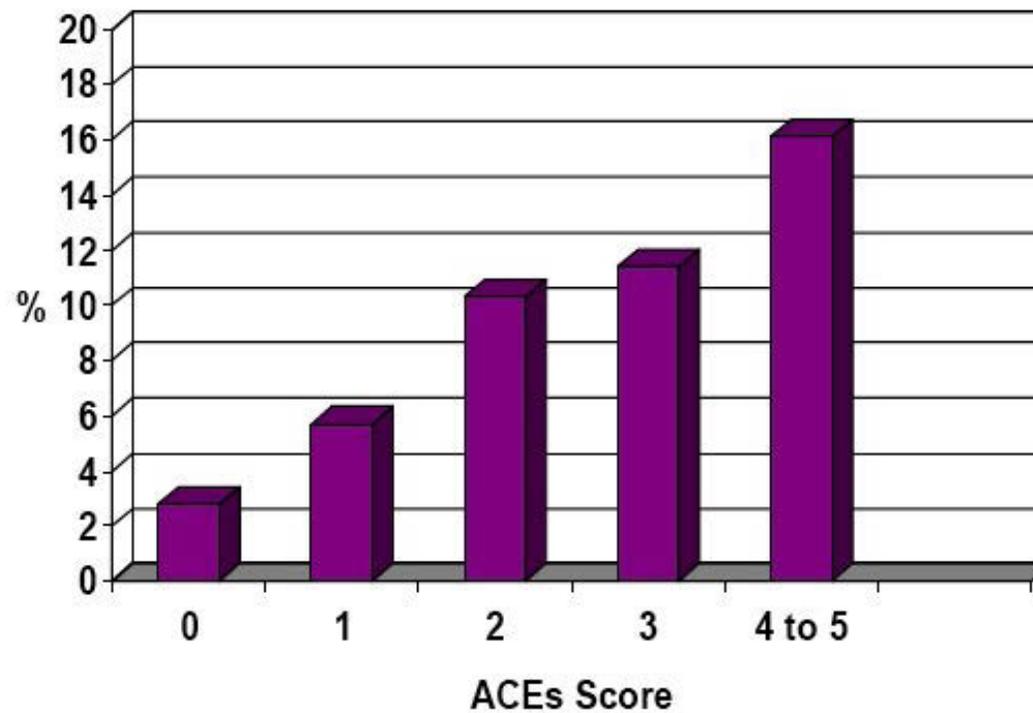
Other substance abuse

Poor self-rated health

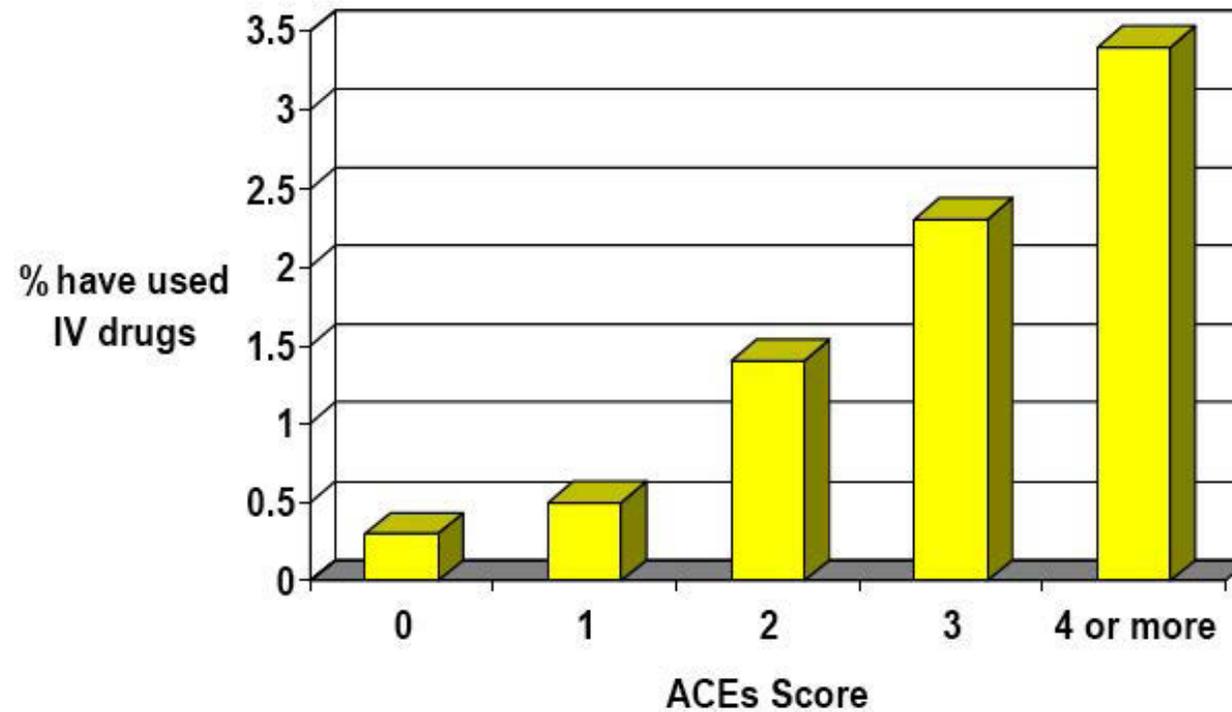
Depression

Violent relationships

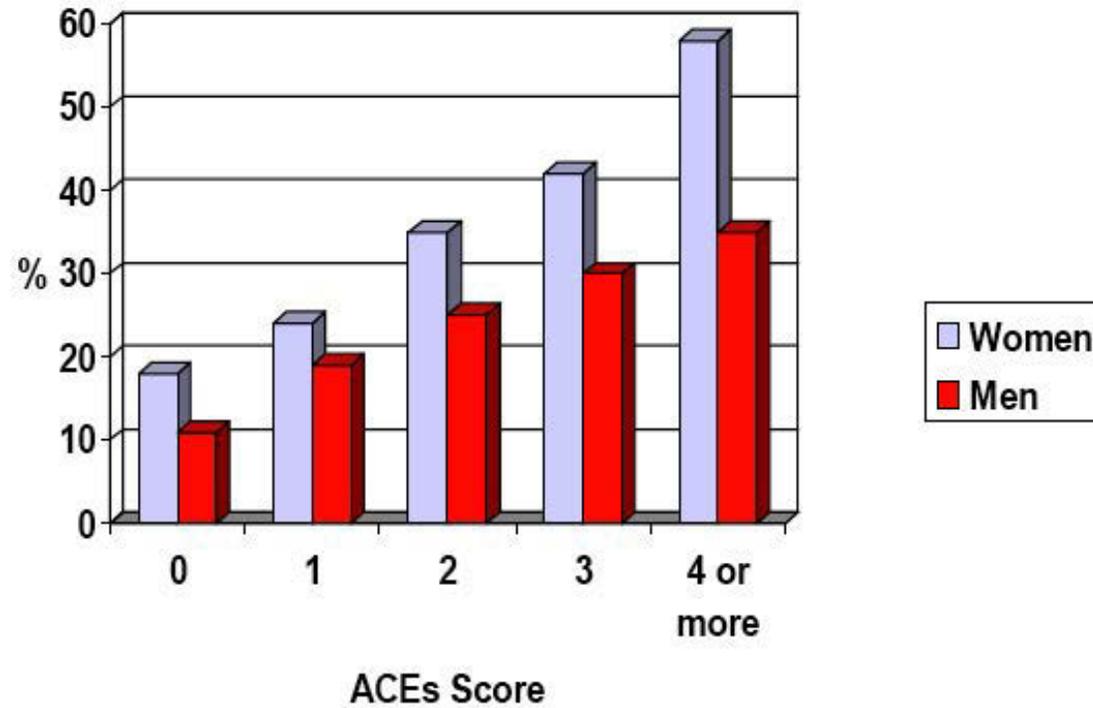
ACES AND ADULT ALCOHOLISM



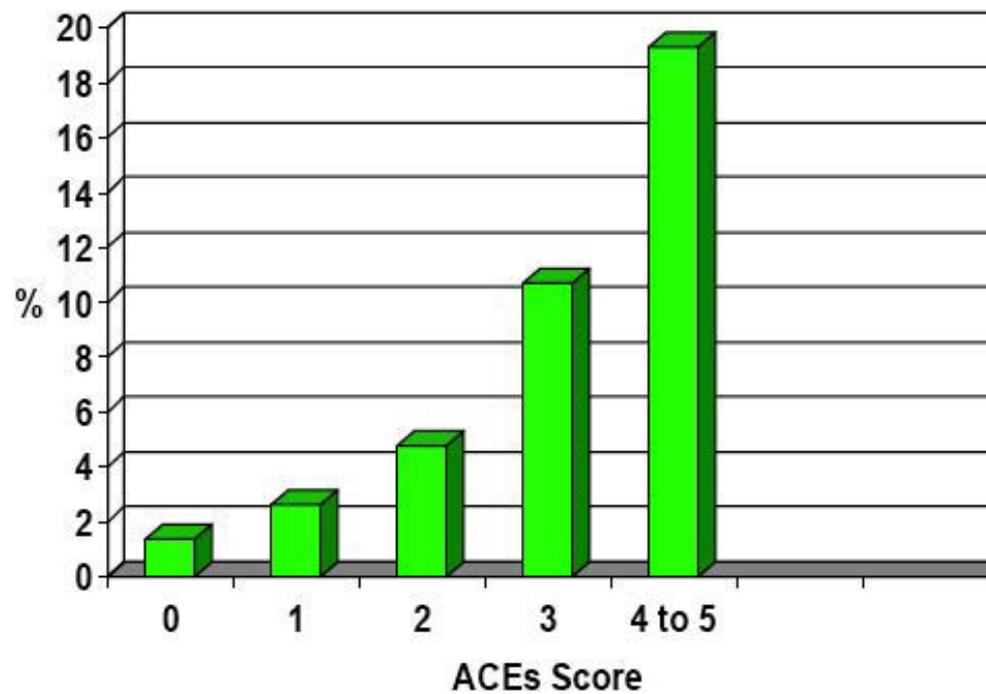
ACES AND IV DRUGS



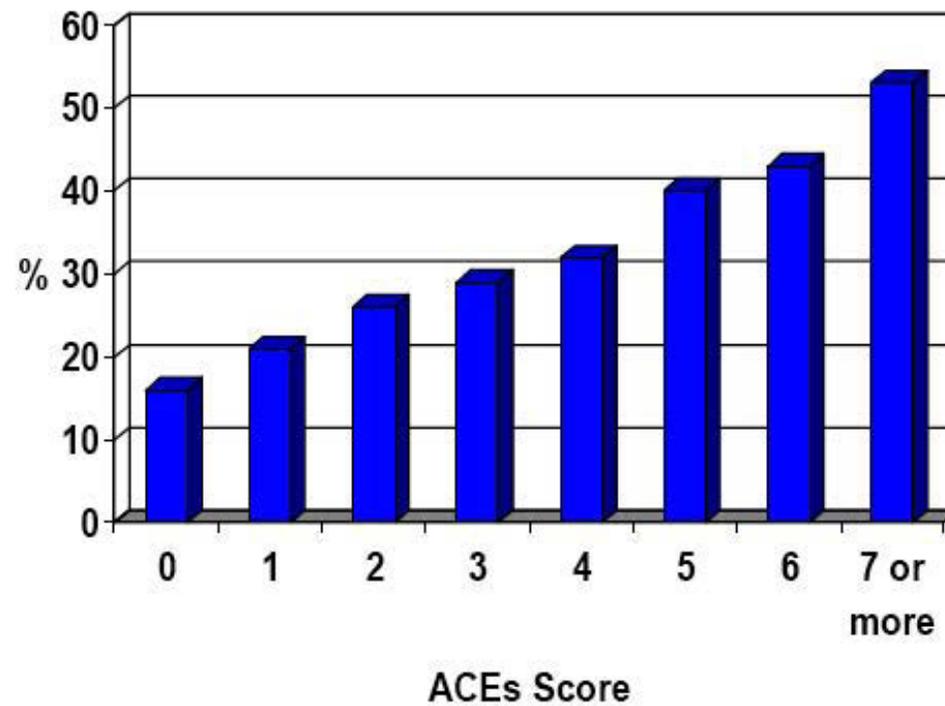
ACES AND CHRONIC DEPRESSION



ACES AND ATTEMPTED SUICIDE



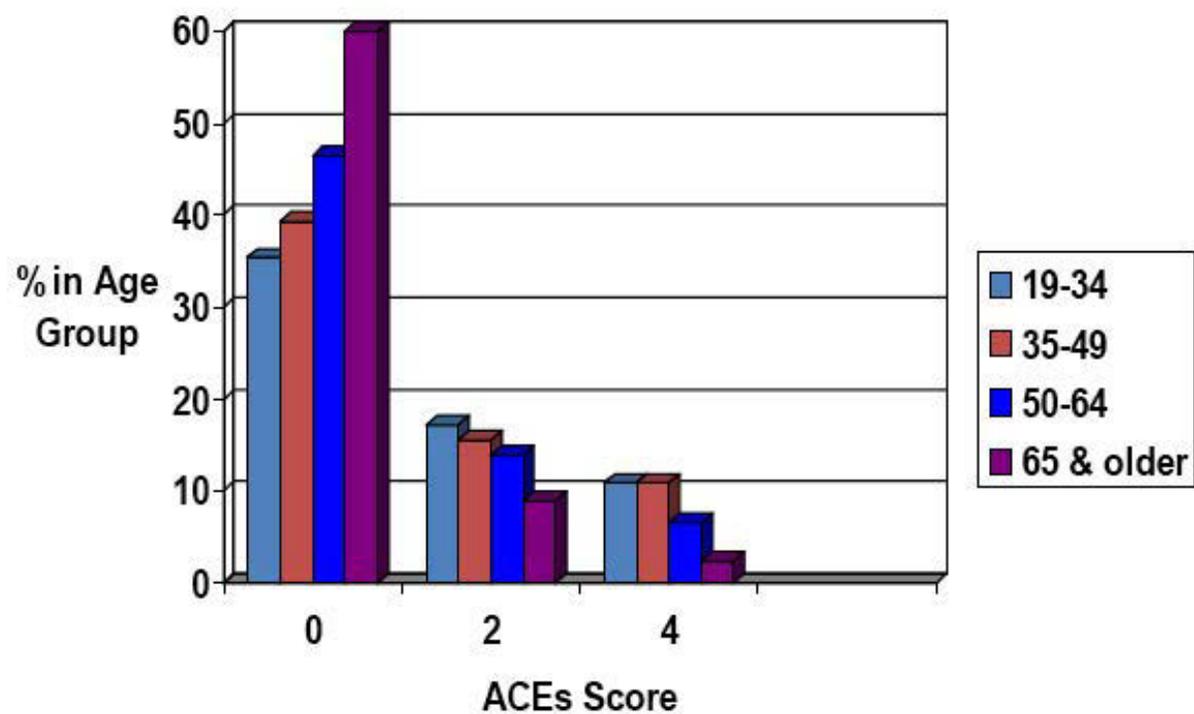
ACES & TEEN PREGNANCY



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.