

La mémoire traumatique à l'œuvre chez les victimes et les auteurs de violences sexuelles

GCS - CRIAVS de Picardie

Vécus traumatiques et ravages identitaires

Centre Hospitalier de Soissons le 27 mai 2016

Dre Muriel SALMONA

Psychiatre-psychothérapeute

Présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie

site : memoiretraumatique.org

Les violences sexuelles

- **Les violences sexuelles sont fréquentes et très graves**, plus de 240 000 viols et tentatives de viols (84 000 sur des femmes adultes, 124 000 sur des mineures) en France par an, 16% de femmes ont subis des viols ou des tentatives de viols dans leur vie (59% avant 18 ans), 5% des hommes ont subis des viols ou des tentatives de viols dans leur vie (67% avant 18 ans), 3% des français déclarent avoir été victimes d'inceste.
- Suivant les études et les pays les violences sexuelles toucheraient entre **20 à 30 % des personnes au cours de leur vie, 18% de filles et 7,5% de garçons (OMS 2014)**
- Questionnaire Stop au déni 2015 première violences sexuelles : **81% avant 18 ans, 51% avant 11 ans, 21% avant 6 ans**

Les violences sexuelles

- **Pour les violences sexuelles dans 90% des cas l'agresseur est connu de la victime** pour les femmes et 94% pour les mineurs ; et seules 10% des victimes portent plainte (moins de 2% en cas de viols conjugaux et intra-familiaux) ; 29% des victimes vont consulter un psychiatre et un psychologue, 13% a rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes et 11% a parlé de sa situation aux services sociaux, 9% ont appelé un numéro vert d'aide aux victimes. Pour les chiffres vous pouvez consulter la [lettre n°1](#), 4 et 6 de l'observatoire national des violences faites aux femmes de novembre 2015.
- **Elles sont spécifiques touchant majoritairement les femmes et les enfants et sont très majoritairement commises par les hommes.**

Les violences sexuelles

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

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

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

ASSOCIATION MÉMOIRE TRAUMATIQUE ET VICTIMOLOGIE
Mars 2015

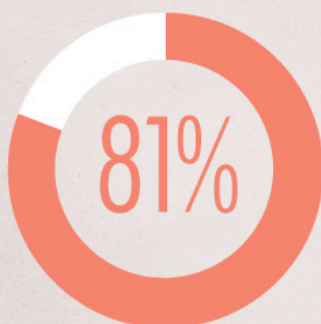


VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

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



LES ENFANTS SONT LES PRINCIPALES VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES



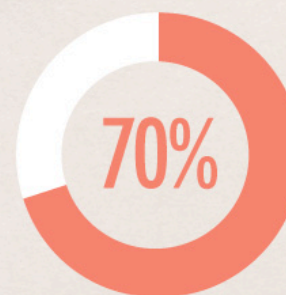
Dans 81% des cas
les violences sexuelles
DÉBUTENT AVANT 18 ANS



AVANT 11 ANS
POUR 1 VICTIME SUR 2



AVANT 6 ANS
POUR 1 VICTIME SUR 5



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

Source :

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



MEMOIRE
TRAUMATIQUE
ET VICTIMOLOGIE

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

#EndViolence

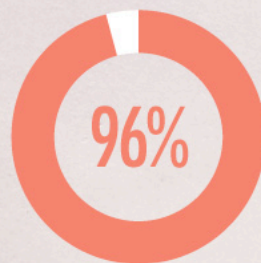
Avec le soutien de
unicef 

VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

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



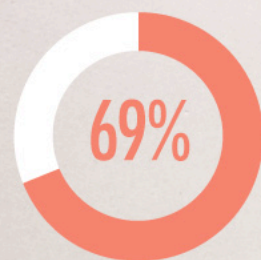
DE LOURDES CONSÉQUENCES



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

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

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



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

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



1 GROSSESSE
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

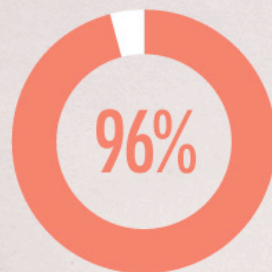
Avec le soutien de
unicef 

VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

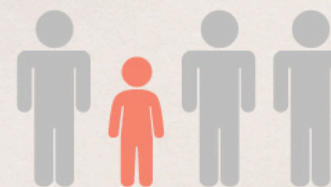
ENQUÊTE DE RECONNAISSANCE
IMPACT & PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES
ENQUÊTE AUPRÈS DES VICTIMES



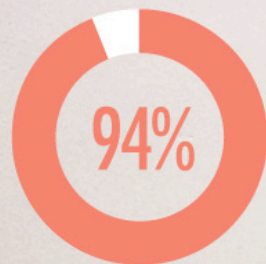
QUI SONT LES AGRESSEURS ?



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

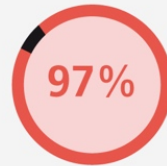
#EndViolence

Avec le soutien de
unicef 

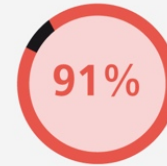


VIOLENCES SEXUELLES

QUI SONT LES AGRESSEURS?



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

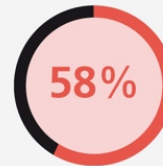


Les agresseurs
sont **DES PROCHES**
dans 91% des cas

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.



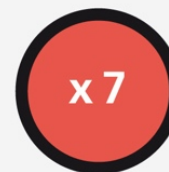
2.

VIOLENCES SEXUELLES

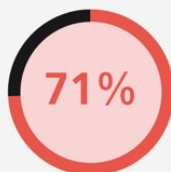
UN IMPACT IMPORTANT



**1 victime de viol
sur 2 a TENTÉ DE
SE SUICIDER**



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



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



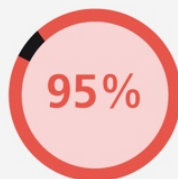
**1 victime sur 2 s'est
retrouvée en SITUATION DE
PRÉCARITÉ OU D'EXCLUSION
SOCIALE** suite aux violences

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

3.

VIOLENCES SEXUELLES

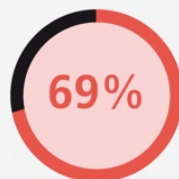
DE LOURDES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ



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



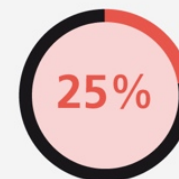
1 victime sur 2 est sujette à des **TROUBLES ADDICTIFS**



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



1 viol sur 12 entraîne une **GROSSESSE**



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

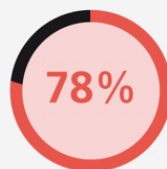
Enquête nationale auprès des victimes, *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2014.



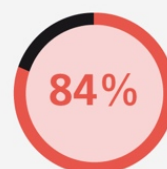
4.

VIOLENCES SEXUELLES

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE



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



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



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



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

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

Un grave problème de santé publique

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

Les troubles psychotraumatiques

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

Les troubles psychotraumatiques

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

Les troubles psychotraumatiques

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

Les conséquences sur la santé mentale

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

Les conséquences sur la santé mentale

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

Les troubles psychotraumatiques un scandale de santé publique

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

Les troubles psychotraumatiques

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

La formation des professionnels de santé

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

Des textes internationaux et européens

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

Des soins adaptés nécessaires

- Mme Najat Valaud-Belkacem, qui était ministre des Droits des femmes s'est prononcée [le 3 septembre 2013](#) sur la nécessité que les femmes victimes de violences puissent recevoir **des soins rapides sans frais par des professionnels formés** : « Ces soins sont de plus en plus pertinents, de mieux en mieux adaptés.
- **Il s'agit de les diffuser, pour qu'ils soient de plus en plus connus. La psycho-traumatologie apporte désormais des réponses solides.** Il faut veiller à ce que l'offre de soin soit à la hauteur des besoins. L'objectif est simple : faire en sorte qu'une victime de violences puisse s'inscrire, rapidement et sans frais, dans un protocole de soins établi selon les règles de l'art.»

Des troubles neuro-biologiques

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

Un problème majeur de santé publique

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

Un problème majeur de santé publique

- 1 Les conséquences des violences sur la santé sont actuellement très bien documentées par de très nombreuses études internationales (des revues analytiques très référencées de ces études internationales ont été faites en 2010 par
- 1 **A. McFarlane** The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences World Psychiatry,
- 1 **et en juin 2011 par la Dre Michèle C. Blake** dans l'American Journal of Lifestyle Medicine : *Intimate partner violence and adverse Health Consequences : implications for clinicians*)
- 1 **et reconnues par [l'Organisation Mondiale de la Santé en 2010](#),**

Les violences sexuelles

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

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

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

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

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

Les violences sexuelles

Grave problème de société et enjeu majeur de santé publique

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

Les violences sexuelles

Grave problème de société et enjeu majeur de santé publique

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

Les violences sexuelles

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

Les violences sexuelles

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

Un crime ou un délit parfait ?

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

Le déni et la culture du viol

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

Un crime ou un délit parfait ?

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

Contre le déni et la loi du silence

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

LES VIOLENCES SEXUELLES

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

Lien entre prostitution et violences sexuelles dans l'enfance

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

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

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

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

Chiffres des violences sexuelles

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

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

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

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

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

Conséquences à l'examen clinique

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

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

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

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

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

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

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

Violences sexuelles et psychotraumatismes

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

les troubles psychotraumatiques

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

Violences sexuelles et psychotraumatismes

- **Les troubles psychiques spécifiques liés au traumatisme :**

Ils sont liés à des **mécanismes de sauvegarde psychologiques et neurobiologiques exceptionnels** déclenchés lors du stress extrême et du risque vital que génère le traumatisme, ces mécanismes sont responsables d'une déconnexion du circuit de réponse au stress entraînant **une mémoire traumatique, une dissociation avec anesthésie affective et physique**

- **ces troubles psychotraumatiques s'ils ne sont pas traités :**

Vont être à l'origine **des conséquences les plus graves, les plus fréquentes des violences sexuelles et les plus durables**

Vont être à l'origine **d'un état de souffrance permanent**

Vont être à l'origine **de conduites à risques paradoxales difficilement compréhensibles pour les victimes et les professionnels**

Vont transformer la vie des victimes en **“un enfer”, en “un état de guerre permanente”, « sans espoir de s'en sortir »**

Ce sont des conséquences normales de situations anormales

Les troubles psychotraumatiques

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

Les troubles psychotraumatiques sont méconnus : Historique

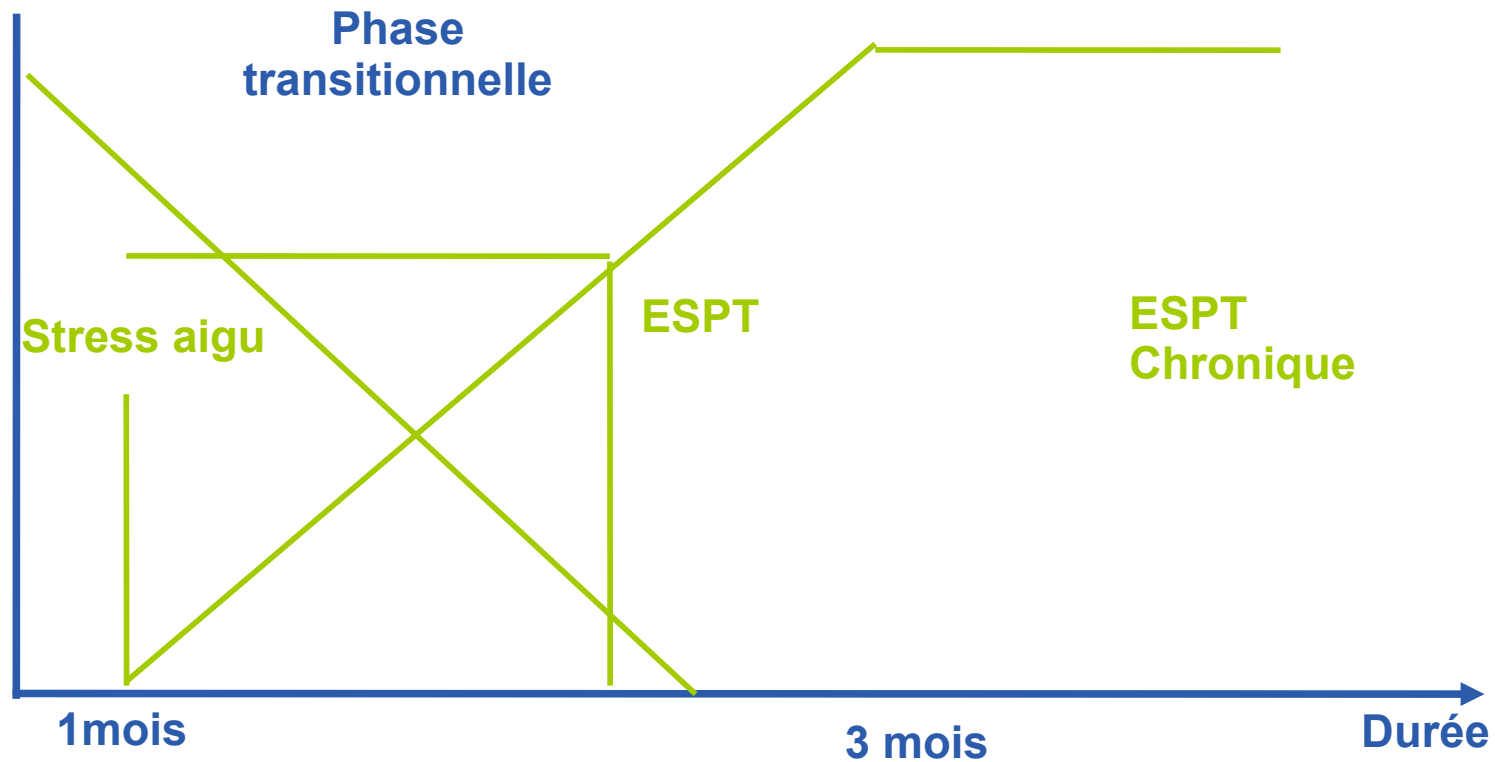
- Décrits pour les premières fois à la fin du XIX ème siècle (accidents de trains, de travail), **névrose traumatique** (Oppenheim), **hystérie** (Charcot) **dissociation** (Janet) pour Janet et pour Freud dans un premier temps avec **la théorie de la séduction** les violences sexuelles de l'enfance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

Quelques dates importantes

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

Phases évolutives de l'ESPT

TRAUMATISME



les troubles psychotraumatiques

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

LES PSYCHOTRAUMATISMES

- Il y a psychotraumatismes quand la situation stressante ne va pas pouvoir être intégrée corticalement, on parle alors d'effraction et de sidération psychique (situation d'effroi)

- Les traumatismes qui sont susceptibles d'être à l'origine de psychotraumatismes sont ceux qui sont vont menacer :

l'intégrité physique : confrontation à sa propre mort ou à la mort d'autrui, quand il y a menace de mort ;

l'intégrité psychique : situations terrorisantes par leur **anormalité**, leur **non-sens**, leur caractère dégradant, inhumain, humiliant, injuste, incompréhensible (l'horreur de la situation va être à l'origine d'un état de stress dépassé représentant un risque vital), situations d'**impuissance** totale

- **La violence intentionnelle, l'impuissance, la soudaineté, l'imprévisibilité, le caractère inexplicable, monstrueux, particulièrement injuste du traumatisme sont en cause.** La transformation incompréhensible d'un parent, d'un proche ou d'un conjoint en « monstre », la mise en scène de meurtre du viol

LES PSYCHOTRAUMATISMES

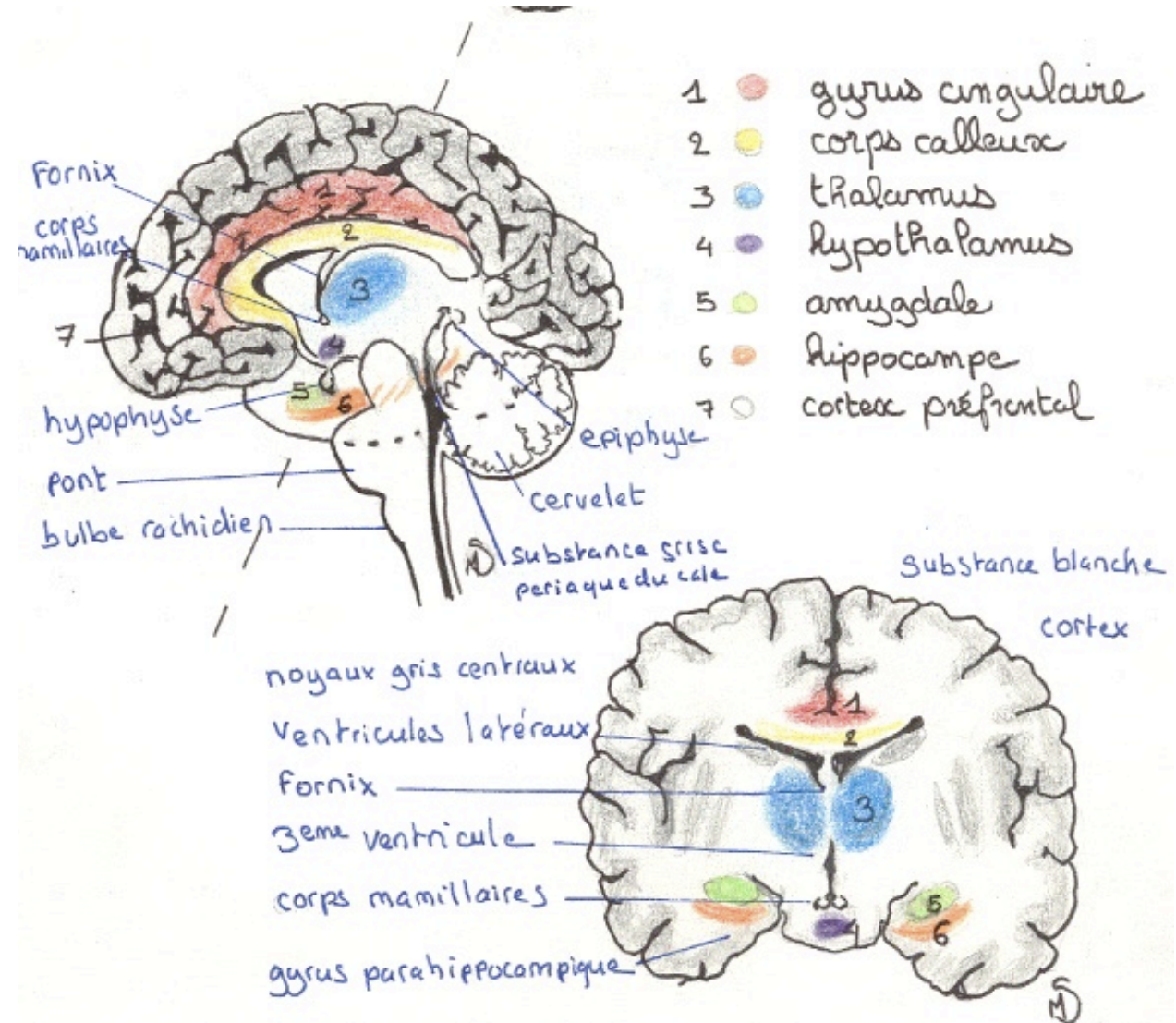
- **Les psychotraumatismes sont liés à des mécanismes psychologiques et neurobiologiques de sauvegardes exceptionnels (découverts depuis seulement quelques années, cf travaux Dr Muriel Salmona) mis en place par le cerveau pour échapper à un risque vital** intrinsèque cardiovasculaire et neurologique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

La réponse émotionnelle

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

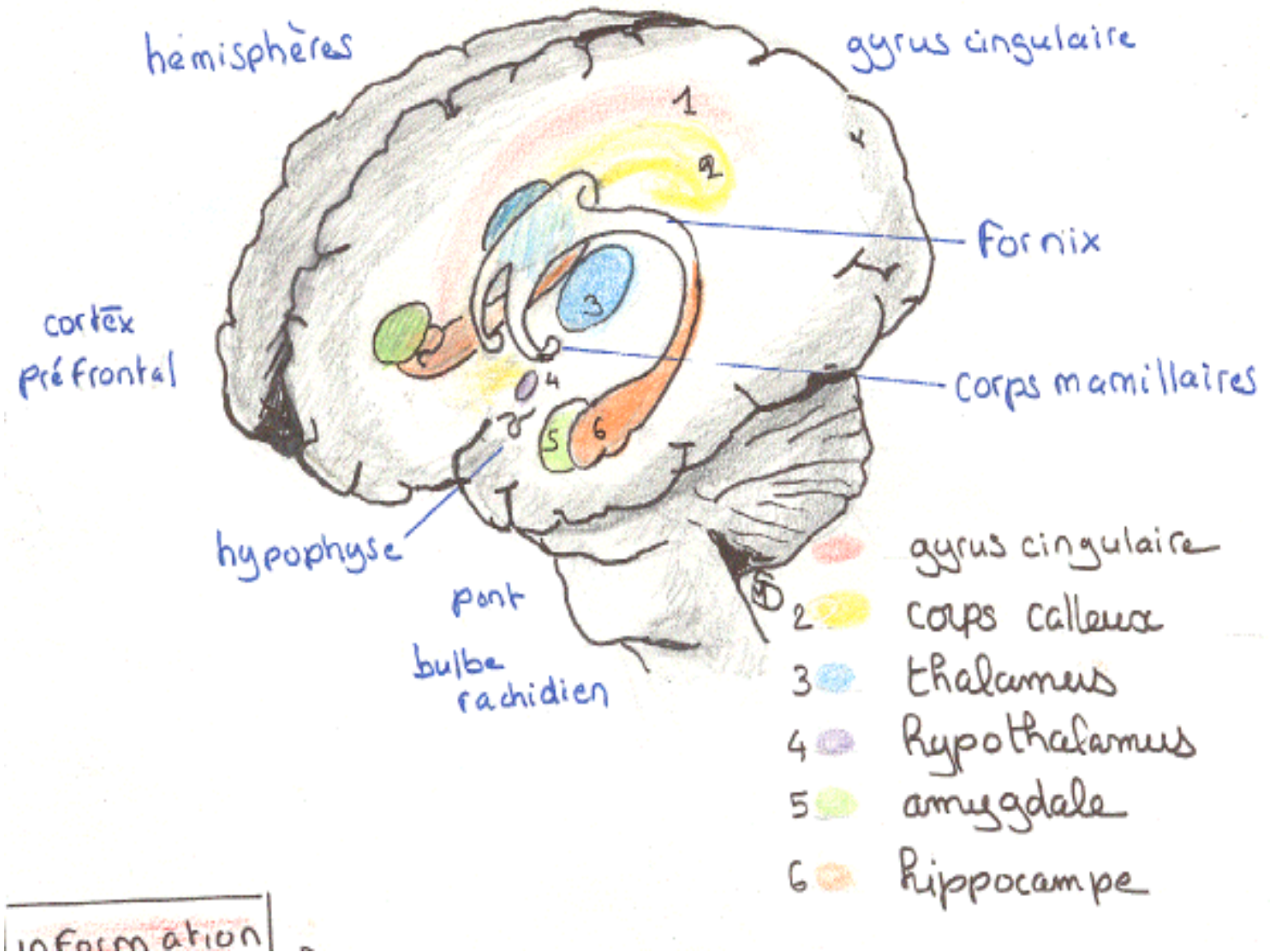
Le système limbique

- coupe frontale
- et sagittale



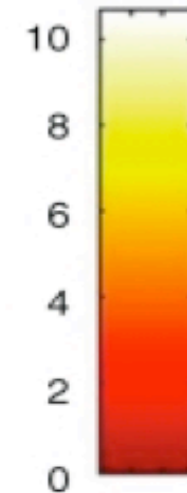
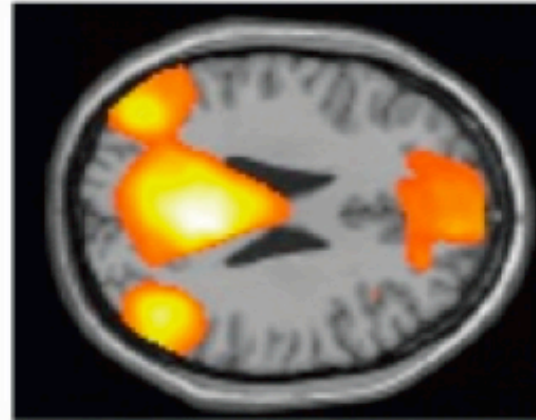
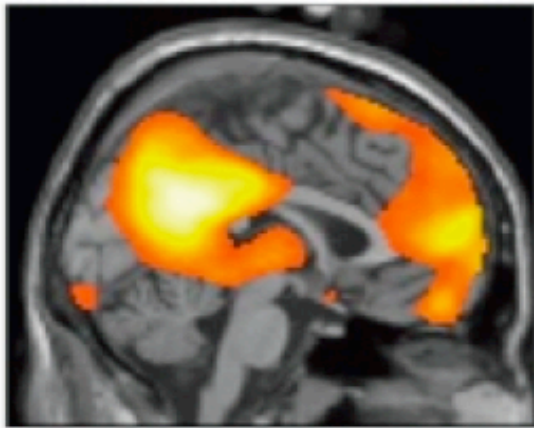
Le système limbique

- en 3 D

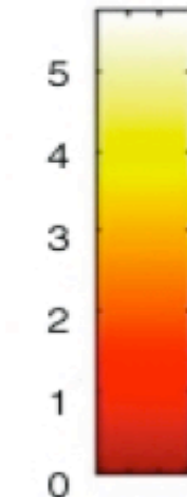
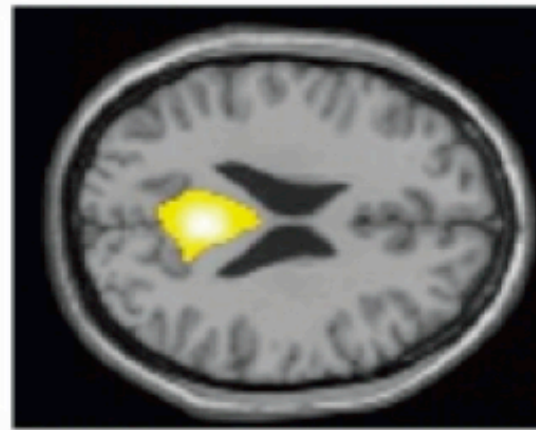
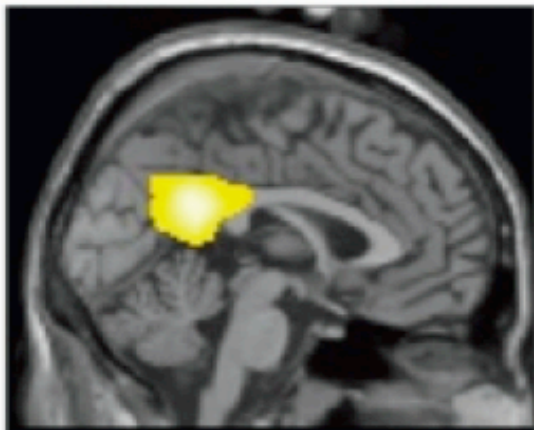


images IRM fonctionnelles

Controls: positive correlation 0, -56, 20



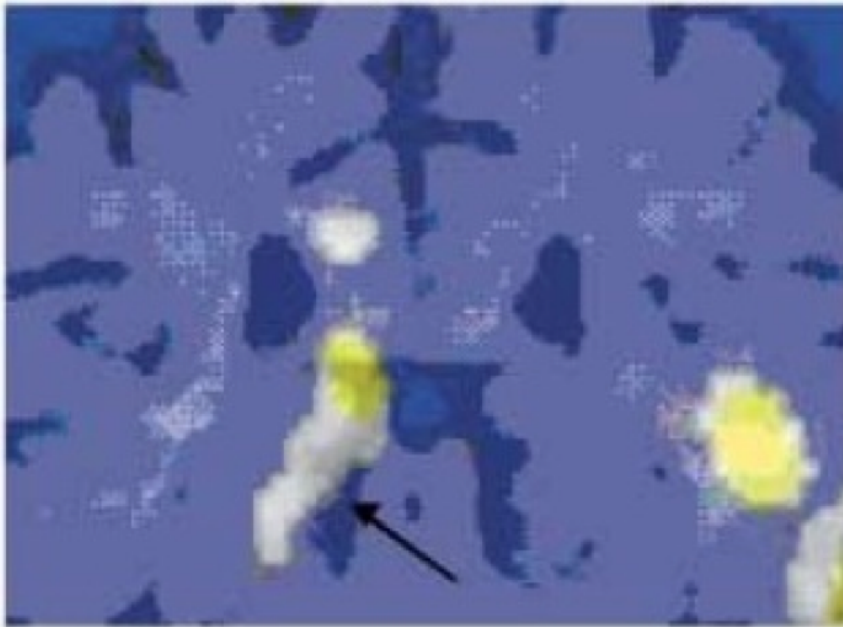
PTSD: positive correlation 0, -56, 20



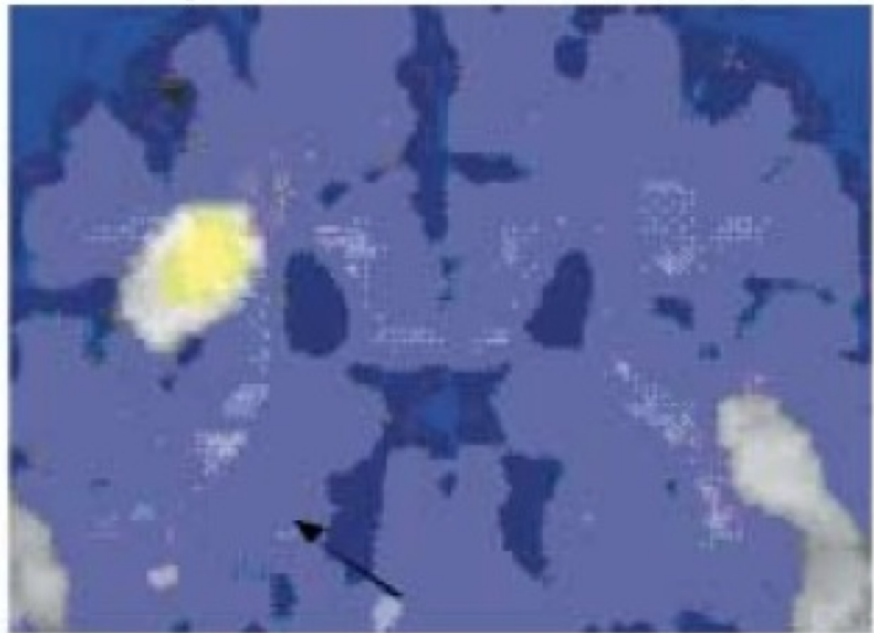
Images IRM fonctionnelles

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

Subjects With Abuse and Without PTSD (N=12)



Subjects With Both Abuse and PTSD (N=10)



La réponse émotionnelle normale

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

La réponse émotionnelle normale

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

La réponse émotionnelle normale

- **Au total la situation stressante a généré une réponse émotionnelle** (entraînant un stress physiologique et un stress psychologique) avec une première réaction comportementale et une préparation de l'organisme pour une éventuelle réponse 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 traumatique

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

La réponse émotionnelle traumatique

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

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

La réponse émotionnelle traumatique

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

La réponse émotionnelle 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, toujours liées aux violences mais sans repères de temps, d'espace et donc incompréhensibles
 - 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.

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, de l'alimentation, de troubles cognitifs, et de troubles importants de la sexualité

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 réentraîne **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

Conséquences des psychotraumatismes

Après une déconnexion de l'amygdale lors de violences sexuelles répétées

Le circuit du stress reste hypersensible du fait du piégeage de la mémoire implicite non-consciente de l'événement dans l'amygdale (puisque que cette mémoire n'a pas pu être transformée par l'hippocampe en mémoire explicite autobiographique contextuelle)

Cette mémoire reste vive, chargée de l'émotion initiale, mais sans représentation, sans lien par rapport au contexte.

Elle est extrêmement sensible et tout stimulus sensoriel, cénesthésique, algique, toute identité de situation va rallumer l'amygdale et recréer une forte réponse émotionnelle qui sera incompréhensible pour le cortex et l'hippocampe qui vont recevoir des messages paradoxaux : un message du thalamus via le cortex sensoriel et sensitif informant de situations banales, sans danger et un message émanant de l'amygdale envoyant des informations liées à la mémoire émotionnelle, de grands dangers et très angoissantes

= **Flash-back, réminiscences qui peuvent être des images, des bruits, des voix, des sensations, des algies, des pensées et qui peuvent avoir tout à fait l'allure d'hallucinations visuelles, auditives, cénesthésiques**

Conséquences des psychotraumatismes

- **Dans le cadre de l'exemple choisi les stimuli susceptibles de rallumer l'amygdale peuvent être :**

être seule dans une pièce ; dans le noir, avoir des sensations corporelles : brûlures urinaires, angine ; des examens gynécologiques, des situations d'enfermement...

À l'adolescence le terrain de la sexualité est un véritable terrain miné, les premiers contacts amoureux peuvent être des déclencheurs puissants

- **Pour éviter l'activation extrêmement douloureuse de l'amygdale :**

mise en place de conduites d'évitement :

hypervigilance pour surveiller le moindre bruit, contrôler tout l'environnement, entraînant une grande tension psychique et musculaire responsable de céphalées de tension, de douleurs chroniques (fibromyalgie, dorsalgies..), d'insomnies, d'une grande fatigue et de troubles de la concentration

évitement de la pensée (sommolence, développement de tout un monde imaginaire parallèle, obsessions envahissantes : calculs, mélodies..), évitement de contacts corporels, évitement de tout rapprochement amoureux (isolement, efforts pour s'enlaidir, pour être insupportable), évitement des examens médicaux particulièrement gynécologiques, dentaires (si fellation forcée)

Conséquences des psychotraumatismes

- **Malgré tout des « mines » peuvent sauter:**

Par exemple lors d'une infection urinaire, d'une angine, de nausées ou de vomissements, d'un contact physique imprévu, d'une situation où l'on se sent "prisonnier" enfermé (RER, avion, embouteillage), d'une tentative de relation sexuelle, d'un accouchement, d'une séparation avec quelqu'un qui était protecteur, de modifications de l'environnement qui mettent en péril le contrôle, une parole malheureuse d'un proche

- **Alors l'amygdale se rallume avec des flash-back, des douleurs, une activation du système neuro-végétatif**

avec tachycardie, dyspnée (hyperventilation entraînant une hypocapnie responsable de fourmillements, sensation de vertiges, céphalées, « spasmophilie »), des sueurs, des troubles du transit, des douleurs intercostales et surtout une angoisse extrême avec sensation de mort imminente que rien n'arrive à calmer, car aucun lien n'est fait avec l'événement traumatique qui est souvent oublié ou banalisé du fait de la dissociation et de l'anesthésie affective qui l'accompagne

Conséquences des psychotraumatismes des psychotraumatismes

- **Si les “mines” sont trop nombreuses** (lors de relations amoureuses, lors de la naissance d'enfants, lors de nouvelles situations de violence..) le contrôle, l'hypervigilance, les conduites d'évitement sont dépassés ou deviennent inefficaces, alors la vie ressemble à une situation de guerre permanente à laquelle il est impossible d'échapper et la souffrance psychologique est intolérable
- **Pour échapper à cet enfer** aggravé par une solitude totale (le plus souvent dans l'entourage, non seulement personne n'est capable de comprendre cette souffrance, mais nombreux sont ceux qui vont culpabiliser la victime : “secoue-toi”, “tu as tout pour être heureuse”, fais des efforts”, arrête de te torturer pour rien”, etc.....), seul le recours à des solutions extrêmes paraît possible :
 - **Idées suicidaires, tentatives de suicide**
 - **Désinvestissement, repli total, arrêt de toute activité**
 - **Mise en place de solution de secours reproduisant la déconnexion et la dissociation permettant une anesthésie**

Les solutions de secours : LES CONDUITES DISSOCIANTES AUTO-TRAITANTES

- **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** (par ex. Si viol avec violences, mises en scène de relation sexuelles sado-masochistes, pratiques sexuelles violentes, fréquenter des pervers, visionnage de films pornographiques, « fantasmes » de viol, de prostitution.....), **soit par des conduites autoaggressives** (se faire mal : automutilations, se mettre en danger), **soit par des conduites hétéroaggressives** (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)

Conséquences des psychotraumatismes

- **Au total pour une victime de traumatismes graves particulièrement intra-familiaux, répétés la vie est un terrain miné qui oblige à osciller entre :**
 - **courageusement essayer d'avancer sur ce terrain miné ce qui nécessite d'être continuellement dans un état d'hypervigilance et de contrôle de tout son environnement et d'éviter toutes les situations qui ont déjà été repérées comme dangereuses** ce qui signifie être tout le temps en insécurité, mobiliser toute son énergie dans cet effort, tout est extrêmement coûteux, exténuant, angoissant. La vie n'est qu'une lutte perpétuelle incompréhensible (la victime ne peut pas, le plus souvent, expliquer son malaise, sa souffrance et se sent continuellement sommée de se justifier), **dans une grande solitude, dans un doute et une remise en question perpétuels; le tout accompagné d'une grande souffrance psychologique et physique et d'une fatigue considérable**
 - **Être complètement à côté de sa vie pour moins souffrir en se débranchant de la réalité, en se dissociant** pour se perdre dans l'imaginaire, en étant tout sauf soi-même en se dissociant par des conduites dangereuses, représentant un risque vital, et responsables d'une image catastrophique de soi, culpabilité ++

Mécanismes neuro-biologiques

- Ces mécanismes et leurs conséquences expliquent les symptômes psychotraumatiques et les troubles du comportement des victimes qui paraissent souvent totalement incompréhensibles à l'entourage, aux professionnels qui les prennent en charge et aux victimes elles-mêmes :

Comme les mises en danger, la minimisation et la banalisation de certaines violences sexuelles(du fait de l'analgésie), le fait que les victimes n'arrivent pas à dénoncer dans la durée leur agresseur (ex. père, conjoint) vis à vis desquels elles développent une dépendance : paradoxalement elles peuvent se sentir mieux (en fait plus dissociées) avec leur agresseur que mises à l'abri dans un premier temps (du fait des réminiscences) renonçant donc à les quitter;

Les réminiscences (qui peuvent se présenter comme des hallucinations), **les phénomènes de dissociation** (avec le sentiment d'être étranger à soi-même), **les conduites d'évitement** (qui peuvent devenir totalement envahissantes), les tentatives « d'autotraitement » que représentent **les conduites dissociantes « auto-traitantes »**: conduites addictives, conduites à risque et conduites autoagressives (incompréhensibles et culpabilisantes) donnent à la victime le sentiment d'être folle, nulle, incapable, imbécile, perverse..... sentiment entretenu par l'agresseur.

- Il est indispensable de rassurer les victimes, de leur redonner une dignité en leur expliquant les mécanismes des psychotraumatismes qui sont **des réactions normales aux situations anormales que sont les violences.**

Conduites paradoxales

- quand les violences sont subies en permanence la peur, l'état de dissociation et d'anesthésie émotionnelle peuvent entraîner **une banalisation des violences, des troubles de la mémoire** (machine à effacer), **une confusion voire un syndrome de Stockholm** (identification à l'agresseur pour survivre il faut être dans sa tête)
- quand des violences ont été subies et que de nouvelles situations de violences ou de risques de violences ou de rappel des violences, l'anticipation est tellement intolérable et entraînent une telle détresse qu'il y a **une nécessité vitale de s'anesthésier en provoquant une disjonction par une mise en danger** (qui peuvent être de «céder», de «plonger dans le danger», de le «provoquer»,
- la victime peut donc sembler «participer» aux violences par son état hypnoïdes et ses conduites dissociantes alors que c'est la terreur qu'elle ressent qui en est la cause. **le seul moyen de sortir de ces conduites paradoxales est de ne plus être en contact avec l'agresseur et les agressions et d'être protégée et traitée**

Conséquences sur la sexualité

- **Elles participent à la confusion entre violences et sexualité**
- La mémoire traumatique, l'état de stress extrême et les réminiscences (pensées, images, sensations) de violences sexuelles qu'elle génère, la compulsion à se mettre en danger ou à être violent **sont confondus avec des fantasmes et du désir**
- La disjonction et l'anesthésie brutale qu'elle entraînent **sont confondus avec une jouissance orgasmique**
- De même les conduites d'évitement **peuvent entraîner une phobie de la sexualité**
- et l'anesthésie émotionnelle et corporelle liés au psychotraumatisme **peuvent entraîner une absence de désir, de sensation et de jouissance**
- **Les conduites dissociantes sexuelles peuvent être à l'origine d'une addiction et de violences subies ou agies :**
(multiplication des partenaires, actes sexuels avec des inconnus, pratiques «sado-masochistes», échangismes, pornographie, prostitution, tourisme sexuel, viols, pédocriminalité)

TROUBLES COMORBIDES

les plus spécifiques de l'ESPT liés aux violences sexuelles

- **Les troubles des conduites sexuelles :**
 - **Phobie de l'acte sexuel**, évitement de tout contact, phobie des examens gynécologiques, phobie de la grossesse, phobie des infections urinaires
 - **Conduites dissociantes sexuelles** : compulsions sexuelles, masturbation compulsive, multiplication des partenaires, sexualité violentes, sado-masochiste, échangismes, prostitution, mise en danger, absence de protection (risque de MST, de grossesses précoces)
- **Auto-mutilations, conduites à risques, fugues, TS, départ précoce du domicile familial**
- **Conduites addictives** (alcool, drogues, tabac ++, médicaments)
- **Troubles du comportement alimentaire** (Phobies alimentaires, boulimie, vomissements, phobie des vomissements, phobie des soins dentaires)
- **Troubles graves de la personnalité : personnalité limite, personnalité multiples, personnalité asociale**
- **Reproduction de violences sexuelles dans des jeux (enfants), sur autrui**

Conséquences somatiques liées au stress, à la mémoire traumatique, à l'hypervigilance et aux conduites addictives

- **Les violences engendrent des plaintes somatiques fréquentes, chroniques, résistantes à toute prise en charge, des patients souvent difficiles à examiner, à prendre en charge; +++ penser à poser la question des violences**
 - Le plus fréquemment : **une fatigue chronique et des douleurs chroniques intenses** (hypervigilance et tensions+contractures musculaires) :céphalées, douleurs musculo-squelettiques, ++ dorso-lombalgies, douleurs neurogènes, une prise de poids importante ou un amaigrissement
 - **Des troubles gastro-intestinaux très fréquents** (gastralgies, nausées, vomissements troubles du transit, anisme, ballonnement, colite spasmodique.....)
 - **Des troubles génito-urinaires très fréquents** (dysménorrhée, endométriose, vaginisme, douleurs pelviennes chroniques, cystites à répétition...)
 - **Des troubles cardio-vasculaires** (palpitations, HTA, coronaropathies), **pulmonaires** (asthme, bronchites chroniques, dyspnées), **neurologiques** (épilepsie)
 - **Des troubles endocriniens** (thyroïdiens, diabète) et **de l'immunité**
 - **Des troubles ORL** (acouphènes, otites, angines à répétitions), **dentaires**, **dermatologiques** (eczéma, psoriasis, prurit..), **des troubles allergiques**

Conséquences des psychotraumatismes

- Les violences sexuelles vont entraîner une spirale de conséquences graves pour la santé psychique et physique qui sont à l'origine d'une grande souffrance, d'un isolement et d'un risque de désinsertion socio-professionnelle et affective
- **Risque vital :**
 - conduites à risque : **les accidents, mise en danger** (particulièrement chez les plus jeunes)
 - conduites suicidaire : **les suicides 10x plus de TS** en cas de troubles psychotraumatiques
 - conduites addictives: **polytoxicomanie**
- **Risque pour sa santé mentale et physique**
 - troubles psychotraumatiques**, troubles de l'humeur, de la personnalité, de l'alimentation, Troubles anxieux généralisés, symptômes dissociatifs, troubles psychotiques aigus, **maladies liées aux stress, x arrêts de travail, x hospitalisations, interventions chirurgicales**
 - manque d'hygiène, de prévention, tabac, alcool, drogues, MST**
- **risque scolaire et professionnel** lié aux troubles psychotraumatiques qui en sont la conséquence particulièrement les conduites d'évitement, les troubles anxieux et les troubles cognitifs (troubles de la mémoire, troubles de la concentration, troubles de l'attention) qui ne permettent plus à la victime d'assurer normalement ses fonctions professionnelles (**abandon de poste, licenciement pour fautes, démission, chômage**), risque d'échec scolaire, de marginalisation
- **Risque pour les relations sociales, amicales et amoureuses**, perturbations familiales (**50% de divorce**), isolement, « phobies sociales »
- **Des risques de re-victimisation**
- **Des risques de conduites délinquantes, asociales, violentes**

Conséquences des psychotraumatismes

- **Les conséquences de la mémoire traumatique et de la dissociation dues aux violences que celles-ci soient actuelles ou passées :**
 - **Une très grande souffrance psychologique** (mémoire traumatique) **et physique**
 - **Un sentiment de danger permanent, d'insécurité et de perte de confiance**, avec hypervigilance, contrôle de tout l'environnement, insomnie, tension psychique et physique
 - **Une sensation d'être étranger au monde**, d'être différent, de déréalisation, de dépersonnalisation, de confusion, de désorientation, d'isolement
 - **Des troubles anxieux généralisés** angoisses, attaques de panique, phobies
 - **Des troubles dépressifs avec des idées suicidaires et des tentatives de suicide**
 - **Des troubles cognitifs importants** avec des troubles de la concentration, de l'attention, une diminution des performances, des absences
 - **Des conduites à risques** avec mises en danger, conduites addictives, troubles de l'alimentation, conduites paradoxales de dépendance à l'agresseur, reproduction de violences
 - **Des maladies liées au stress**

Conséquences des psychotraumatismes

- **Rapidement, les conséquences psychotraumatiques des violences font que la victime quelque soit son courage, ses capacité peut :**
 - **Se sentir seule, abandonnée, incomprise, désespérée**, pessimiste, ayant l'impression que le sort s'acharne sur elle, que la vie se résume à souffrir et à se battre, dépressive, ne croyant plus à l'avenir, ayant l'impression d'être un boulet, ne s'intéressant plus à rien
 - **Stressée, tendue, angoissée voire paniquée** à certains moments, très émotive, agitée, sur ses gardes, se sentant continuellement en danger, irritable voire agressive, méfiante
 - **Fatiguée, épuisée même, insomniaque, tout le temps malade, fumant trop, buvant trop, mangeant trop** (ou pas assez), consommant trop de médicaments, se plaignant sans cesse de douleurs chroniques, consultant souvent les médecins, souvent accidentée, souvent hospitalisée, souvent en arrêt
 - **Perdue, doutant de tout, confuse, se sentant étrangère au monde et à soi-même**, se plaignant d'oublier tout, de rien comprendre, de ne pas être capable de se concentrer, de tout rater, d'être incapable de faire ce qu'il faut, dépassée par les événements, ayant peur de tout ce qu'elle ne connaît pas, anesthésiée émotionnellement dans de nombreuses situations
 - **Ayant des difficultés à faire face à ses obligations**, son travail, ses démarches administratives, gérer ses dépenses, s'occuper des enfants, s'occuper de la maison, s'occuper d'elle, se soigner, ayant l'impression de ne faire que des choix catastrophiques
 - **Avec une estime de soi catastrophique**, se trouvant nulle, moche, bête, invivable, ayant honte, se sentant coupable de tout, pensant que tout irait mieux sans elle

Conséquences des psychotraumatismes

- **Tous ces symptômes servent l'agresseur, et desservent la victime,** rendent la victime encore plus vulnérable et manipulable, l'isolent, la décrédibilisent à ses propres yeux et aux yeux de tous ses collègues de ses proches et de tous ceux qui la cotoient
- **Ils justifient à posteriori les violences faites** (« il ou elle est incapable, nul(le), invivable, insupportable, fou/folle .. », « le/la pauvre comment arrive-t-il/elle à le/la supporter ? ») et inverse la culpabilité
- **Rendent souvent les secours et les aides moins efficaces** (découragement), **voire génèrent de nouvelles violences** de la part de ceux qui devraient l'aider (collègues, professionnels famille, qui lui font la morale, la juge, la rejette, ne la croit pas, l'abandonne...)
- **Représentent un risque vital, un risque pour l'intégrité physique, psychologique, professionnelle, sociale, affective et personnelle, un risque de reproduire des conduites violentes**

Le traitement

- Le traitement est essentiellement psychothérapique mais il s'agit en urgence d'éviter le risque suicidaire, que les violences se poursuivent et d'éviter l' "allumage de la mémoire traumatique" et la très grande souffrance qu'elle entraîne et ainsi de limiter les conduites à risques :
++ d'évaluer le risque suicidaire, d'en parler ++, d'hospitaliser si nécessaire, signalement si nécessaire pour les mineurs ou les personnes vulnérables (procureur de la République)

En sécurisant 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** pour qu'elles soient à même de sécuriser et d'apaiser le patient

En donnant un traitement efficace pour soulager la souffrance psychique : chez les plus grands : Anxiolytiques (benzodiazépines sont les plus efficaces, attention aux risques de troubles de la mémoire et aux risques de dépendance, Hydroxyzine), somnifères et antidépresseurs sérotoninergiques (qui permettent de diminuer les réactions émotionnelles, attention au risque d'anesthésie affective et au risque de déshinibition: ++ risque suicidaire en début de traitement surtout chez les ados) , **En donnant un traitement efficace pour soulager la souffrance physique** : ++ traitement antalgique efficace associé, ++ kiné, ++ relaxation, **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)

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, par le jeu :

Il s'agit de traiter la mémoire traumatique pour “déminer le terrain psychique” c'est à dire de permettre une reconnexion de l'amygdale en identifiant les traumatismes, en les intégrant et en les faisant réintégrer la mémoire déclarative autobiographique : le cortex associatif et l'hippocampe qui peuvent à nouveau jouer leur rôle de modulateurs sur l'amygdale, permettant d'éteindre l'amygdale, d'éviter ainsi le “sur-voltage” et la disjonction et donc de ne plus produire de mémoire traumatique. Ce qui permet de faire disparaître les réminiscences, les conduites d'évitement et les conduites dissociantes. Chez le petit enfant il s'agit de brancher l'hippocampe et le cortex d'un adulte

Cela se fait en identifiant les violences, en permettant aux victimes de comprendre l'origine de leur souffrance, **en faisant des liens entre les violences et leurs symptômes** en comprenant les mécanismes neuro-biologiques et psychologiques des psychotraumatismes, **en “revisitant” les violences en ouvrant toutes les portes que nous offre les manifestations de la mémoire traumatique. .** Chez le petit enfant cela passe par le jeu et les contes

Il s'agit de réunir et en replacer toutes les pièces isolées qui vont permettre de reconstruire l'événement traumatique 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 “déminée”, “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

- **Il est essentiel d'aider le patient à se « re-narcissiser », à retrouver une estime de soi , à reprendre confiance dans ses compétences cognitives, dans ses capacités d'analyses, à se recréer un univers sécurisé et à faire des projets, à restaurer des liens affectifs et sociaux, ++ chez l'enfant de lui faire découvrir des capacités créatives et cognitives, importance des animaux de compagnie**
- **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
- **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 ni 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**

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

- **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 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))**
 - +++ 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))**

Savoir expliquer les mécanismes à l'oeuvre dans les psychotraumatismes et dans le système agresseur

- Pour aider la victime à comprendre ce qui lui arrive, à se reconnaître comme victime, à comprendre qu'il est normal d'avoir des symptômes, l'aider à retrouver sa dignité, à se déculpabiliser, à ne plus avoir honte et à pouvoir mieux lutter contre des conduites et des comportements dangereux
- Démonter le système agresseur pour aider la victime à mieux se défendre, à dénoncer les violences, à ne plus être manipulée, à être lucide, à pouvoir anticiper les agressions et à ne plus être sous emprise. 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 site memoiretraumatique.org

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

www.memoiretraumatique.org

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

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

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

CAMPAGNE

STOP AU DENI

SITE stopaudeni.com

PETITIONS

QUESTIONNAIRE

D'EVALUATION

DU PARCOURS DE SOINS

DES VICTIMES DE

VOLENCES SEXUELLES



**STOP
AU
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

Photo : Kasia Kozinski

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
100000
ISBN 978-2-100000000



Couverture : Atelier Didier Thimotier

D^r Muriel Salmona

VIOLENCES SEXUELLES
Les 40 questions-réponses incontournables

D^r Muriel Salmona

VIOLENCES SEXUELLES



Les 40 questions-réponses
incontournables

DUNOD



Rechercher dans le site

Accueil et actualités

Qui sommes nous ?

Psychotraumatismes

Violences

Que faire en cas de violences ?

La parole aux lecteurs

Liens et bibliographie



Contact



Documents à télécharger

ACCUEIL ET ACTUALITÉS

Visitez aussi notre blog [Stop aux violences familiales, conjugales et sexuelles](#)

[notre page Facebook](#)

[et les vidéos](#)

[télécharger l' Annuaire 2012 des associations locales et nationales de lutte contre les violences faites aux femmes](#)

A LA UNE

Voir le [blog consacré au livre à paraître](#)

A PARAÎTRE



Les violences sexuelles, très nombreuses en France, restent peu prises en considération par les acteurs médico-sociaux et politiques. Or, les conséquences psychotraumatiques de ces violences sont énormes en termes de santé publique. Cet ouvrage entend dénoncer une véritable loi du silence, qui empêche les victimes d'être réellement secourues et efficacement traitées. Un livre document qui éclaire, explique et interpelle ! « *Dès mes premiers contacts avec l'univers hospitalier, je fus révoltée par l'indifférence et l'insensibilité avec lesquelles beaucoup de médecins traitaient les patients victimes de violences ... Avec cet ouvrage, à la demande et au nom de tous mes patients qui ont participé activement à son élaboration, je vous propose de partager le fruit de toutes ces expériences et de cette recherche, en espérant contribuer à améliorer la prise en charge des victimes de violences, à mieux comprendre les mécanismes psychotraumatiques et leurs conséquences catastrophiques sur la santé et la qualité de vie des victimes, et à prévenir de nouvelles violences* ». Muriel Salmona

En librairie le 10/04/2013

Prix : 19.90€

Editions DUNOD



Rechercher dans le site

Accueil et actualités

Qui sommes nous ?

Psychotraumatismes

Violences

Que faire en cas de violences ?

La parole aux lecteurs

Liens et bibliographie



Contact et adhésion



Documents à télécharger

PSYCHOTRAUMATISMES

GÉNÉRALITÉS

MÉCANISMES

CONSÉQUENCES

MEMOIRE TRAUMATIQUE

CONDUITES A RISQUE

PLAQUETTE D'INFORMATION

ÉTUDES

DOSSIERS

TROUBLES COGNITIFS

GÉNÉRALITÉS

[DEFINITION, DESCRIPTION](#)

[BREF HISTORIQUE](#)

[LES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES SONT MÉCONNUS](#)

[RÉALITÉ DES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES](#)

[LES TROUBLES PSYCHIQUES LIÉS AU TRAUMATISME](#)

[LES AUTRES CONSÉQUENCES](#)

[PRONOSTIC ET CONCLUSION](#)

DÉFINITION

Les 2 définitions les plus complètes et les plus reconnues du psychotraumatisme sont :

- celle de Louis Crocq : «phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur».
- celle correspondant au DSM IV américain (catalogue des affections mentales) : troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques lié à ce(s) traumatisme(s).

Pour en faire un résumé et une synthèse on peut définir le psychotraumatisme

Comme l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique.

Ces troubles peuvent s'installer durant des mois, des années voire toute une vie en l'absence de prise en charge. Ils



Rechercher dans le site

Accueil et actualités

Qui sommes nous ?

Psychotraumatismes

Violences

Que faire en cas de violences ?

La parole aux lecteurs

Liens et bibliographie



Contact et adhésion



Documents à télécharger

PSYCHOTRAUMATISMES

GÉNÉRALITÉS

MÉCANISMES

CONSÉQUENCES

MEMOIRE TRAUMATIQUE

CONDUITES A RISQUE

PLAQUETTE D'INFORMATION

ÉTUDES

DOSSIERS

TROUBLES COGNITIFS

GÉNÉRALITÉS

[DEFINITION, DESCRIPTION](#)

[BREF HISTORIQUE](#)

[LES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES SONT MÉCONNUS](#)

[RÉALITÉ DES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES](#)

[LES TROUBLES PSYCHIQUES LIÉS AU TRAUMATISME](#)

[LES AUTRES CONSÉQUENCES](#)

[PRONOSTIC ET CONCLUSION](#)

DÉFINITION

Les 2 définitions les plus complètes et les plus reconnues du psychotraumatisme sont :

- celle de Louis Crocq : «phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur».
- celle correspondant au DSM IV américain (catalogue des affections mentales) : troubles présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s).

Pour en faire un résumé et une synthèse on peut définir le psychotraumatisme

Comme l'ensemble des troubles psychiques immédiats, post-immédiats puis chroniques se développant chez une personne après un événement traumatique ayant menacé son intégrité physique et/ou psychique.

Ces troubles peuvent s'installer durant des mois, des années voire toute une vie en l'absence de prise en charge. Ils



Rechercher dans le site

Accueil et actualités

Qui sommes nous ?

Psychotraumatismes

Violences

Que faire en cas de violences ?

La parole aux lecteurs

Liens et bibliographie



Contact et adhésion



Documents à télécharger

VIOLENCES

GÉNÉRALITÉS

COMBATTRE LA VIOLENCE

DOSSIERS

VIOLENCES PHYSIQUES

VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES

VIOLENCES SEXUELLES

VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS

VIOLENCES CONJUGALES

VIOLENCES SEXUELLES

page en cours de construction rédigée par le Dr Muriel Salmona

[1 - GÉNÉRALITÉS](#)

[2 - DÉNI ET ABSENCE DE RECONNAISSANCE DE LA GRAVITÉ DES VIOLENCES SEXUELLES](#)

[3 - SEXUALITÉ ET VIOLENCE : STÉRÉOTYPES ET FAUSSES REPRÉSENTATIONS](#)

[4 - VIOLENCES SEXUELLES COMMISES SUR LES MINEURS](#)

[5 - HISTORIQUE](#)

[6 - CONSÉQUENCES PSYCHOTRAUMATIQUES SPÉCIFIQUES AUX VIOLENCES SEXUELLES](#)

1 - GÉNÉRALITÉS

Définition des violences sexuelles

Il s'agit de violences à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un ou plusieurs individus **avec violence, contrainte, menace ou surprise**, c'est à dire sans le consentement de la personne visée. La contrainte prévue par la loi peut-être physique ou morale. La contrainte morale peut résulter chez les mineurs de la différence d'âge existant entre une victime et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime. Le viol qui est un crime étant défini comme *Tout acte de pénétration de quelque nature que ce soit commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise*. Vous trouverez les définitions précises de toutes les violences sexuelles et les textes de lois s'y rapportant sur la page du site [et la loi], et les délais de prescription sur la page du site [vos droits]

Les violences sexuelles n'ont rien à voir avec un désir sexuel ni avec des pulsions sexuelles, ce sont des armes très efficaces pour détruire et dégrader l'autre, le soumettre et le réduire à l'état d'objet et d'esclave. Il s'agit avant tout de dominer et d'exercer sa toute-puissance. Les viols sont des mises en scène de meurtre et sont de plus en plus utilisées comme des armes de guerre, de répression par la terreur (exemple de Conakry en septembre 2009), et de destruction massive dans le cadre de génocides, le TPIR (tribunal pénal international pour le Rwanda) et le TPIY (tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie) ont reconnu les viols systématiques en Bosnie et au Rwanda



Rechercher dans le site

Accueil et actualités

Qui sommes nous ?

Psychotraumatismes

Violences

Que faire en cas de violences ?

La parole aux lecteurs

Liens et bibliographie



Contact et adhésion



Documents à télécharger

QUE FAIRE EN CAS DE VIOLENCES ?

QUE FAIRE ?

VOS DROITS

PRISE EN CHARGE

RESSOURCES

ET LA LOI

PROCEDURE JUDICIAIRE

QUE FAIRE ?

[SI VOUS SUBISSEZ DES VIOLENCES](#)

[SI VOUS AVEZ SUBI DES VIOLENCES](#)

[SI VOUS ÊTES TÉMOIN OU PROCHE D'UNE VICTIME](#)

[SI VOUS ÊTES UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ](#)

SI VOUS SUBISSEZ DES VIOLENCES

Quelles que soient les circonstances, votre comportement, ce que vous avez fait ou pas fait, les liens que vous avez avec l'auteur ou les auteurs des violences, l'état psychique de ce ou ces derniers (stress, colère, emprise de l'alcool ou de drogues, etc.), IL-S N'AVAIENT PAS LE DROIT DE COMMETTRE CES VIOLENCES. Il s'agit d'infractions pénales. **Souvent ce qui paraît plus ou moins excuser l'auteur fait en fait partie de circonstances aggravantes** (comme les liens familiaux, conjugaux, ou avec une personne ayant autorité, l'emprise sous alcool ou de drogues de la victime ou de l'auteur).

Comme toute personne vous avez un DROIT UNIVERSEL à la VIE, et au respect DE VOTRE INTÉGRITÉ PSYCHIQUE ET PHYSIQUE, et DE VOTRE DIGNITÉ.

Comme toute personne vous naissez et demeurez libre et égale en droit, personne ne peut déclarer avoir plus de droits que vous et de ce fait vous imposer par la force ou la pression ses volontés, et vous instrumentaliser en vous privant de votre libre arbitre.

Vos besoins fondamentaux (tout ce qui concerne la survie, l'intégrité et la dignité) et vos émotions ne peuvent être niés, votre consentement doit être respecté. Et si vous êtes dans une situation qui ne vous permet pas un consentement éclairé, comme une situation de vulnérabilité liée à l'âge (enfants, personne âgées), à la maladie, au handicap ou à une altération momentanée de la conscience (alcool, drogue,...), une contrainte psychologique est alors reconnue par la loi, qui permet par exemple de qualifier des violences sexuelles.

Il faut avant tout que vous soyez secouru-e, protégé-e et mis-e hors de danger. Demandez de l'aide, NE RESTEZ

POURQUOI PARLE-T-ON DE SIDERATION APRES UN VIOL

syndrome post-traumatique viol

Partager

Plus d'infos



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

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



[UPP Femmes debout - table ronde Violences à l'égard des femmes - intervention de Muriel Salmona](#)



Mécanismes psychotraumatiques lors du viol : interview de Muriel Salmona par Cristelle Joly pour Pratistv

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



ACE score des expériences négatives dans l'enfance: questionnaire

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

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

Ou

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

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

Ou

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

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

Ou

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

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

Ou

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

ACE score des expériences négatives dans l'enfance: questionnaire

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

personne pour vous protéger

Ou

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

Oui Non Si Oui entrer 1

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

Oui Non Si Oui entrer 1

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

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

Ou

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

Ou

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

Oui Non Si Oui entrer 1

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

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

Oui Non Si Oui entrer 1

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

Oiu Non Si Oui entrer 1

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

Oui Non Si Oui entrer 1

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

The Adverse Childhood Experiences (ACE Study)

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

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

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

ACE Score



Only one-third had a zero ACE score

One in four had ACE score of 2 or more

16% had an ACE score of four or more

ACE Study

Strong, graded relation to childhood adversity

Smoking

Attempted suicide

COPD

Revictimization

Heart Disease

Teen pregnancy

Diabetes

Fractures

Obesity

Promiscuity

Hepatitis

Sexually transmitted disease

Alcoholism

Poor job performance

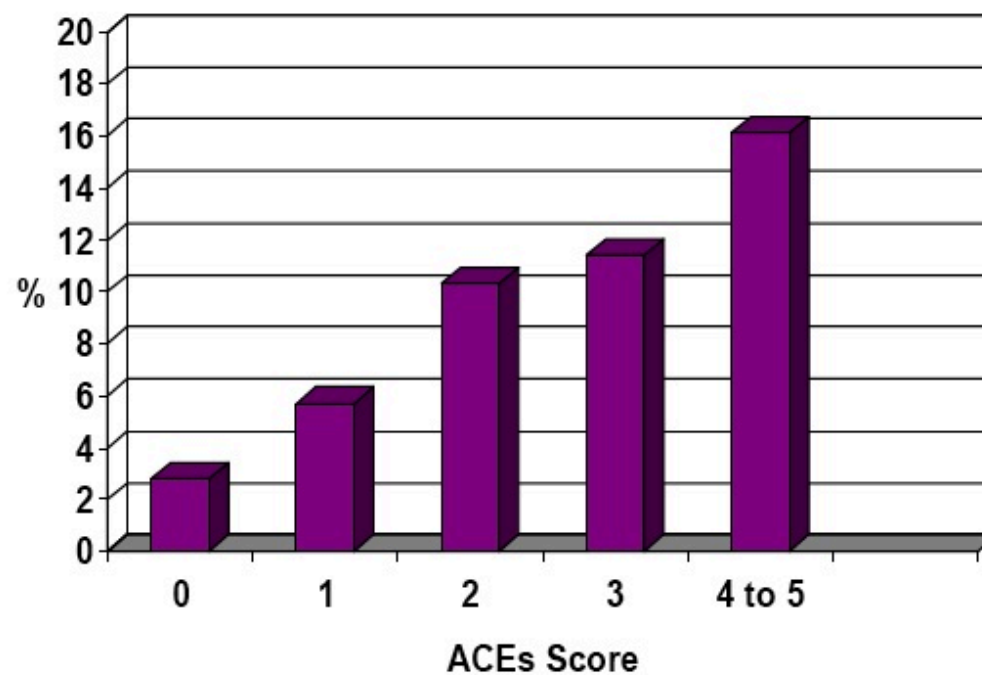
Other substance abuse

Poor self-rated health

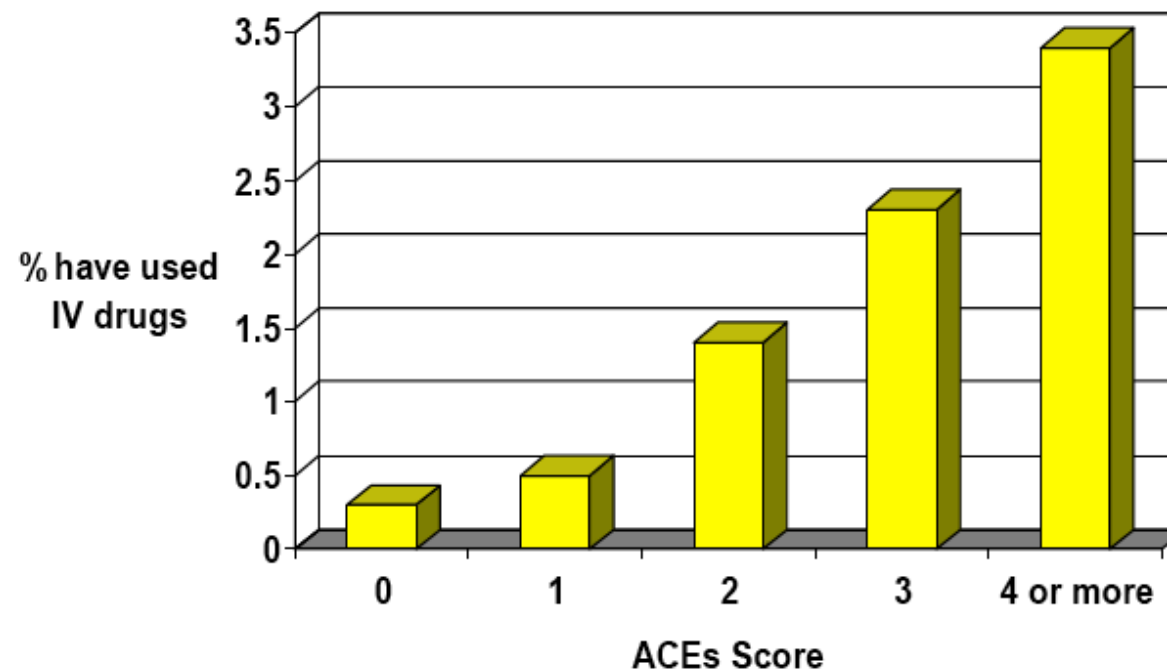
Depression

Violent relationships

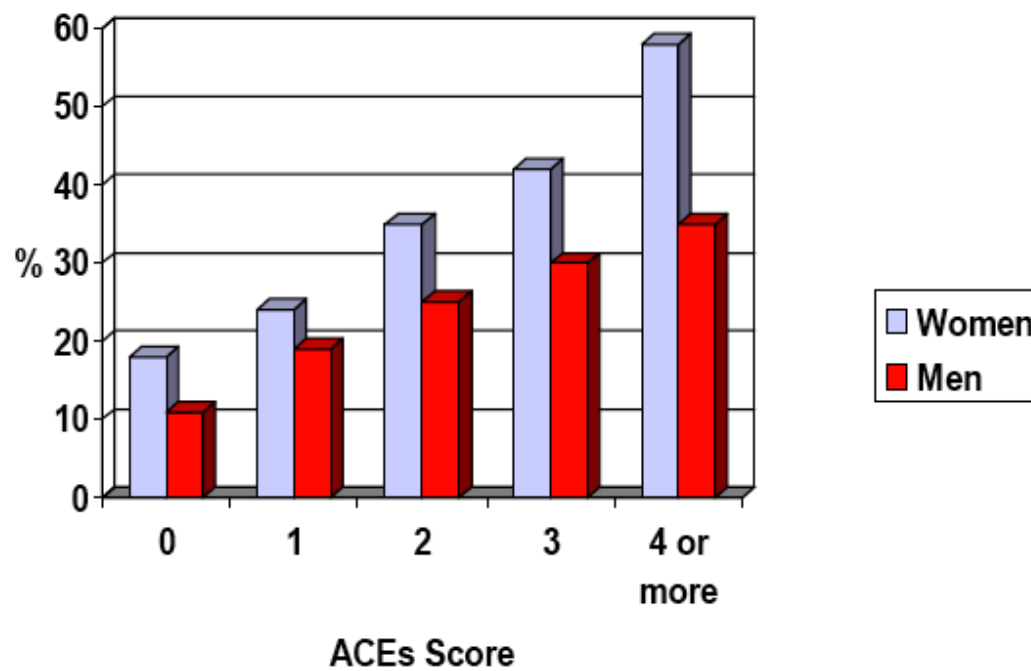
ACES AND ADULT ALCOHOLISM



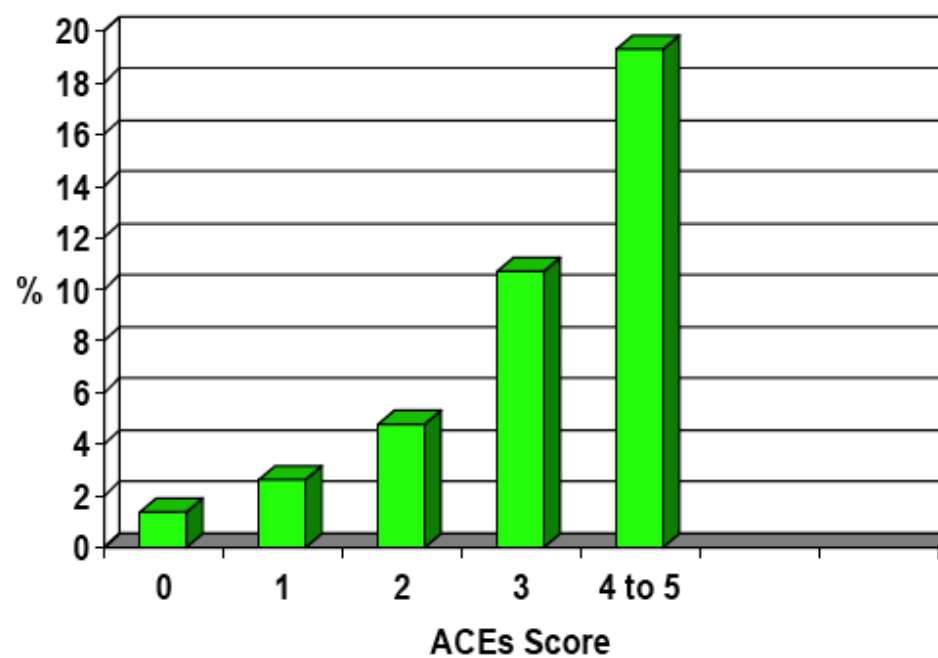
ACES AND IV DRUGS



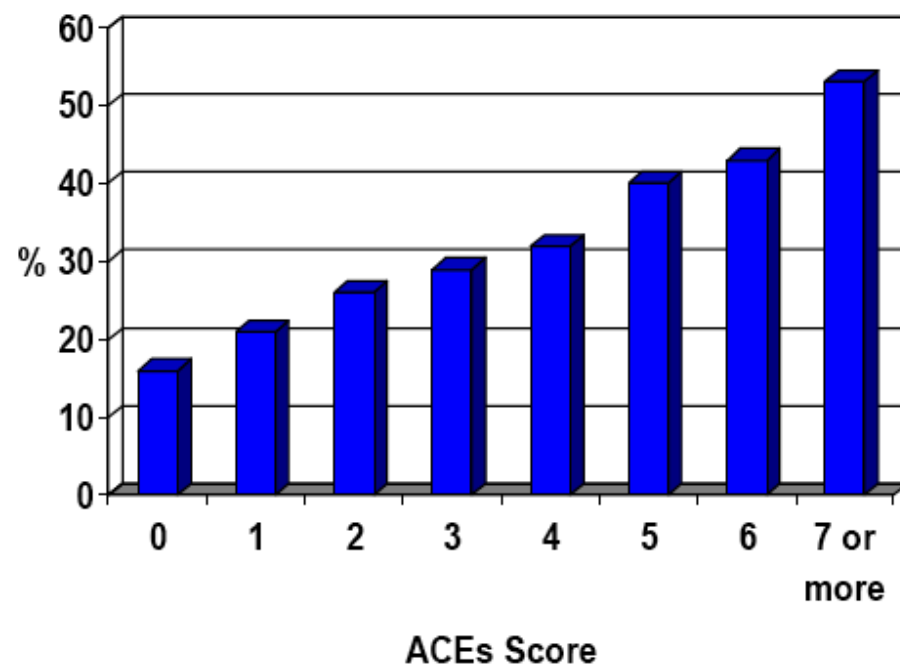
ACES AND CHRONIC DEPRESSION



ACES AND ATTEMPTED SUICIDE



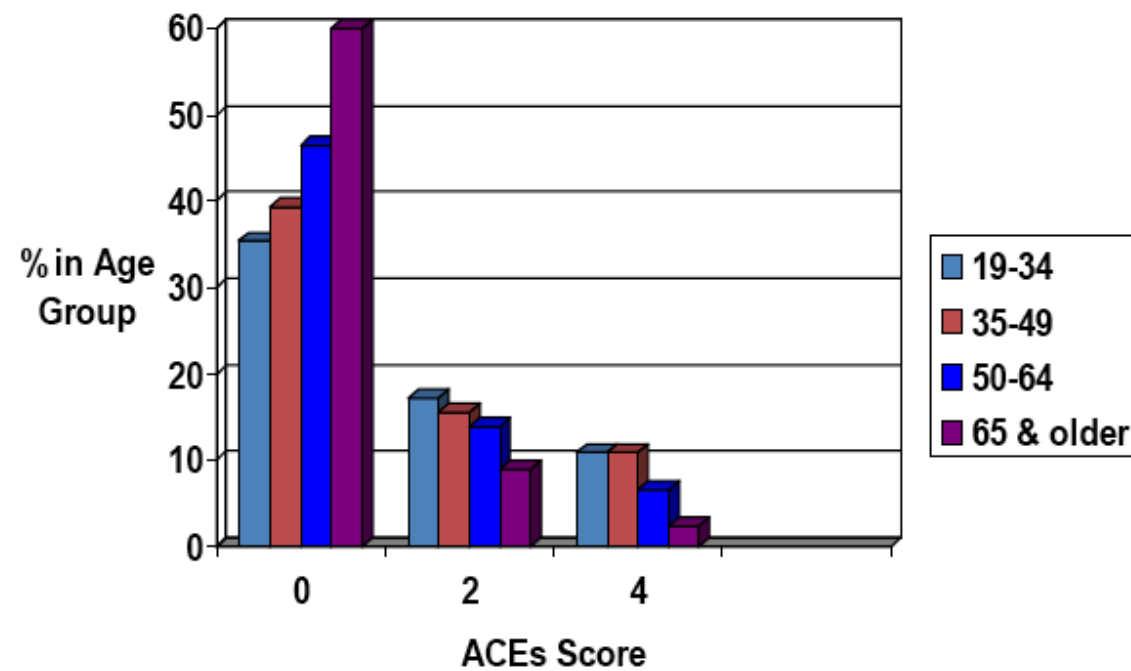
ACES & TEEN PREGNANCY



ACEs and Risk of Revictimization

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

EFFECT OF ACES ON MORTALITY



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