

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





ENQUÊTE DE RECONNAISSANCE

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

REMERCIEMENTS

Nous remercions : les répondant-e-s victimes de violences sexuelles pour leur confiance ; toute l'équipe de *Stop au déni*, les membres de l'association, nos partenaires et nos soutiens, et tout particulièrement *l'UNICEF* ; les bienfaiteurs qui ont rendu possible l'analyse des résultats de l'enquête.

Le soutien de l'UNICEF France s'inscrit dans le cadre de l'initiative mondiale #ENDViolence, lancée par l'UNICEF, le 31 juillet 2013, pour mener une action collective visant à mettre fin à la violence contre les enfants et les adolescents.



“ Sans vous tous, qui œuvrez par votre écoute pour la libération de notre prison intime, sans vous tous qui nous écoutez, sans un changement d'état d'esprit de la société face à ces violences, notre vie de victime restera une vieille boule de neige sale et noircie qui saignera au soleil.
La parole des victimes n'existe qu'écoutée. Et là, enfin, douloureuse elle devient riche de promesses. ”

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	p. 3
PRÉFACE	p. 7
AVERTISSEMENT	p. 11
PRÉAMBULE	p. 14
Chapitre I	
ÉTAT DES LIEUX	p. 24
A. Les violences sexuelles, un phénomène endémique	p. 25
1. Les données statistiques en France	p. 25
2. Les violences sexuelles sont encore l'objet d'un déni massif	p. 31
3. Un début de reconnaissance	p. 38
B. Conséquences des violences sexuelles et prise en charge des victimes	p. 46
1. Les conséquences psychotraumatiques, état des connaissances	p. 46
2. Le soin et la prise en charge des victimes de violences sexuelles	p. 56
Chapitre II	
LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	p. 80
A. Introduction	p. 81
1. Présentation de l'enquête	p. 81
2. Méthodologie	p. 82
B. Les victimes et les violences subies	p. 84
1. Qui sont les répondant-e-s	p. 84
2. Les violences sexuelles subies	p. 88

C. Les conséquences des violences sexuelles	p. 110
1. Tentatives de suicide, idées suicidaires et sentiment de danger	p. 110
2. L'impact des violences sexuelles sur la vie des victimes	p. 123
D. Protection et justice	p. 138
1. Mesures de protection	p. 138
2. Le dépôt de plainte	p. 144
3. Enquête et procès	p. 149
4. Un sentiment d'injustice et de non-reconnaissance	p. 154
E. Les conséquences sur la santé	p. 164
1. Les risques liés aux psychotraumatismes	p. 164
2. Impact des violences sexuelles sur la santé physique	p. 168
3. Impact des violences sexuelles sur la santé mentale	p. 179
F. La prise en charge médicale	p. 189
1. Les soins d'urgence	p. 189
2. Le cadre de la prise en charge à distance des faits	p. 200
Chapitre III	
SOUHAITS ET PROPOSITIONS DES VICTIMES INTERROGÉES	p. 249
1. Faciliter les démarches des victimes	p. 250
2. Former les professionnel-le-s	p. 253
3. Rompre le silence	p. 256
CONCLUSION	p. 258
1. Les limites de l'enquête	p. 259
2. Une situation d'urgence sanitaire et sociale	p. 260
RECOMMANDATIONS	p. 262
Focus	
VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS	p. 268
LES INTERVENANT-E-S DE LA PRISE EN CHARGE	p. 298
BIBLIOGRAPHIE	p. 307
ANNEXES	p. 319
Annexe 1 : Pour aller plus loin	p. 320
Annexe 2 : Questionnaire de l'enquête	p. 323
L'ÉQUIPE DE L'ENQUÊTE	p. 368

PRÉFACE

L'étude menée par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, présidée par la Docteure Muriel Salmona, est d'une importance majeure et l'UNICEF France y a apporté sans hésitation son soutien tant elle rejoint les combats de notre organisation.

La prise de conscience de l'importance de la prévalence des violences sexuelles en France est très récente. Elle remonte aux années 2000 seulement, avec la première *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)* organisée à la suite de la tenue de la conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue à Pékin en 1995. Cette conférence préconisait de « *produire des statistiques précises concernant les violences faites aux femmes* ». L'ENVEFF a été le socle de nombre d'initiatives et études qui ont peu à peu contribué à décrire l'ampleur du phénomène sur notre territoire.

Pour autant, comme le disait le Docteur Jacques Lebas, qui a coordonné la première *Commission Genre et Violences en 2005*, « *ce type de violence est resté longtemps sous estimé malgré son ampleur. Le déni a fonctionné de manière efficace jusqu'à ces toutes dernières années. Les violences faites aux femmes constituent pourtant une véritable pandémie qui concerne toutes les sociétés, toutes les cultures, toutes les couches sociales. Elles se reproduisent d'une génération à l'autre et constituent une part importante de la violence sociale. Elles ne doivent pas seulement être abordées sous un aspect social, légal, voire anthropologique, mais doivent également être considérées comme un fléau de santé publique* ».

Malgré une prise de conscience et des avancées incontestables depuis 15 ans, malgré l'impulsion donnée par des personnalités comme Najat Vallaud-Belkacem lorsqu'elle était ministre des Droits des femmes, les statistiques nationales sont loin d'être satisfaisantes. Elles négligent notamment la question des violences sexuelles commises sur les enfants, qui demeurent sous-documentées, et de ce fait invisibles.

Ce qui est invisible n'existe pas et constitue des angles morts des politiques publiques. C'est là le double drame des victimes : aux violences qui les saccagent s'ajoute le silence qui les étouffe, les isole. C'est là aussi l'immense apport et la réussite de l'étude pilotée par Muriel Salmona. Celle-ci jette une lumière crue sur la prévalence des violences sexuelles subies pendant l'enfance et l'adolescence ; elle décrit précisément l'ancrage et la continuité de ces violences dans le corps et l'esprit des femmes victimes, depuis leur plus jeune âge.

Les chiffres révélés par l'étude frappent autant qu'ils donnent la nausée : plus de 80% des femmes interrogées disent avoir subi les premières violences avant 18 ans, 1 sur 2 avant 11 ans, 1 sur cinq avant 6 ans. Avant 6 ans !

L'étude montre également avec la force et la précision statistiques l'impact de ces violences sur la santé, sur le développement psychique et l'intégration sociale des personnes victimes.

Souffrances psychiques et santé fragile, suicides et dépressions, interruption de la scolarité et des études, difficultés dans la recherche d'emploi... Les conséquences individuelles et sur la société tout entière sont immenses.

Enfin, l'enquête fait un état des lieux alarmant du manque de protection et de prise en charge des victimes ainsi que de la faiblesse et l'inadaptation de la réponse judiciaire face à ces violences qui vont jusqu'à renforcer le sentiment de culpabilité des victimes.

Des victimes invisibles, non entendues, non protégées, non prises en charge, des prédateurs rarement punis, le rapport dessine les contours d'un abandon collectif et d'un schéma de violences qui se reproduit à l'infini.

À l'échelle internationale, l'UNICEF, l'agence des Nations unies entièrement dédiée aux enfants et aux adolescents, combat les violences, dont les violences sexuelles, contre les enfants. Nous luttons contre le mariage et les grossesses précoces, contre les mutilations génitales féminines. Bref, contre des pratiques qui font du corps des filles et des adolescentes le lieu d'expression d'un ordre social devenu inacceptable. Inacceptable au plan de l'égalité des droits et coûteux pour la société tout entière, en matière de santé et de développement économique.

Le renforcement des données statistiques pour documenter le phénomène et en mesurer l'ampleur, des campagnes de sensibilisation nationales et internationales, des actions de plaidoyer auprès des États et des communautés, des programmes d'accès à l'éducation des filles, le renforcement des systèmes de prise en charge et de protection, nous tentons d'impulser une réponse intégrée à une problématique aux multiples facettes.

Le dernier rapport de l'UNICEF sur la violence contre les enfants, paru fin 2014 ¹, révèle que 120 millions de filles ont subi des rapports sexuels ou d'autres actes sexuels forcés dans le monde. En France, chaque année 15% à 20% d'une classe d'âge subirait des violences sexuelles ; plus de 120.000 filles et 32.000 garçons de moins de 18 ans un viol ou une tentative de viol.

Peu à peu le voile se lève sur l'ampleur de ce drame. À présent nous savons. Le travail mené par Muriel Salmona et toutes les autres personnes engagées en France, celui que nous menons au niveau international avec nos partenaires, doivent conduire les États à s'attaquer de manière volontariste aux violences contre les enfants, en particulier les violences sexuelles.

La France doit mettre en œuvre une vraie politique publique dans ce domaine et un plan d'actions gouvernemental pour renforcer la prévention, le dépistage et la prise en charge des enfants victimes de violences sexuelles dès le plus jeune âge. Renforcer la réponse judiciaire aussi à l'encontre des auteurs de violences et la protection des victimes.

¹ United Nations Children's Fund, *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*, New York, UNICEF, 2014.

PRÉFACE

Il s'écoule des années, parfois des décennies entre le moment où un enfant subit une violence sexuelle et celui où la femme ou l'homme qu'il est devenu, ose parler. Que de temps perdu ! Que de souffrances tues ! Nous ne pouvons plus accepter ce silence et ce déni et nous avons une responsabilité collective à agir efficacement.

Michèle Barzach,
Présidente de l'UNICEF France

AVERTISSEMENT

Le mot « victime » est fréquemment employé dans le texte qui suit pour désigner des personnes ayant subi des violences sexuelles. Or, ce terme a mauvaise presse et certaines personnes voient dans son utilisation une forme d'insulte où le statut de victime deviendrait un trait de caractère, comme si les victimes n'étaient pas victimes de faits mais victimes par nature, par essence. C'est pourquoi nous avons jugé important de définir clairement ce que signifie le mot « victime » dans cet avertissement.

Le code pénal français ne reconnaît pas la notion de victime, ni ne la définit contrairement au droit international, mais les juristes, les criminologues et les sociologues s'accordent pour en donner la définition suivante proche de celle du droit international :

La victime est la personne qui subit personnellement et directement un préjudice (dommage subi) physique, moral ou matériel, du fait d'une infraction pénale, par opposition à celui qui le cause : l'auteur-e.

En matière de droit international, la résolution n°40-34 de l'Assemblée générale de l'ONU du 29 novembre 1985, définit les victimes comme :

« des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle, ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales dans un État membre, y compris celles qui proscrivent les abus

criminels de pouvoir, c'est-à-dire qui ne constituent pas encore une violation de la législation pénale nationale, mais qui représentent des violations des normes internationales reconnues en matière de droits de l'homme. [...] Une personne peut être considérée comme « victime », dans le cadre de la présente Déclaration, que l'auteur soit ou non identifié, arrêté, poursuivi ou déclaré coupable, et quels que soient ses liens de parenté avec la victime. »²

On ne naît pas victime, on n'est pas victime par essence, on l'est du fait d'actes répréhensibles commis par un-e auteur-e à un ou des moments précis de son histoire, le ou les actes pouvant être uniques ou répétés et s'inscrire dans la durée.

On ne se « victimise » pas, on ne « se fait » pas harceler, agresser ou violer, on est harcelé, battu, agressé ou violé par un-e ou des auteur-e-s qui commettent ces actes répréhensibles par la loi. C'est l'auteur-e qui transforme une personne en victime par un ou des actes répréhensibles par la loi, c'est l'auteur-e qui est responsable du statut de victime d'une personne et non l'inverse. La notion d'actes répréhensibles est essentielle, elle permet d'éviter des amalgames et des manipulations inversant la culpabilité : on n'est pas victime de situations que l'on considère comme frustrantes, contrariantes, agaçantes, excitantes...

Être victime est un état, un statut dépendant d'une situation définie par rapport à un fait précis, commis par un-e ou des auteur-e-s et reliée à un contexte historique précis. On ne naît pas victime, on le devient en raison d'actes commis par une ou des personne-s, ces actes étant des infractions portant atteinte à l'intégrité physique ou morale.

Même si les faits de violences prennent fin ou s'ils se sont produits par le passé, on reste victime de ces faits, ce sont des faits qui appartiennent à notre histoire, cela ne peut pas s'effacer, que l'on soit reconnu-e en tant que victime, réparé-e, soigné-e ou non, que l'auteur-e soit identifié-e, jugé-e ou non. Mais si on a été reconnu-e, protégé-e, accompagné-e, soigné-e, on peut se libérer d'un sentiment de peur, d'injustice, d'abandon, de solitude, on peut ne plus en souffrir autant, on peut ne plus avoir de troubles psychotraumatiques et on peut ne plus revivre sans fin les violences à l'identique, la

² Organisation des Nations Unies, « [Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir](#) », Assemblée générale de l'ONU, 40^{ème} session, Résolution 40-34, 29 novembre 1985, p. 226.

AVERTISSEMENT

mémoire traumatique des violences ayant été traitée et intégrée en mémoire autobiographique.

PRÉAMBULE

Avec la campagne *Stop au déni*, lancée le 8 mars 2014 à l'occasion de la journée internationale des droits des femmes, notre association Mémoire Traumatique et Victimologie avait pour objectif de dénoncer une « culture du viol » construite sur des stéréotypes sexistes dans un contexte d'inégalité de pouvoir entre les hommes et les femmes, ainsi que les adultes et les enfants, et de sensibiliser le grand public au déni, à la culpabilisation et à la maltraitance auxquels se heurtent les victimes de violences sexuelles.

Il s'agissait, avec cette campagne :

- de susciter une prise de conscience sur la réalité des violences sexuelles et de leurs conséquences :
- de demander la mise en place d'une vraie politique de solidarité, de soins et de justice envers les victimes de violences sexuelles ;
- d'appeler à une politique de respect de l'égalité des droits, de lutte contre les discriminations et de protection des personnes les plus vulnérables comme les enfants et les personnes handicapées, puisque c'est envers elles que s'exercent le plus de violences sexuelles.

Notre but était également d'informer sur les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles, sur ce qu'il est normal de ressentir lors d'une agression ou d'un viol (état de choc, sidération, dissociation), puis par la suite (état de stress post-traumatique), sur les mécanismes psychologiques et neuro-biologiques en jeu, et sur les possibilités de

traitement. Les violences sexuelles font partie des violences qui ont le plus d'impact sur la santé mentale et physique à court et à long termes. Et plus les victimes sont jeunes, plus les conséquences sont lourdes. De très nombreuses conséquences psychotraumatiques pourraient être évitées avec une prise en charge de qualité. Or les professionnel-le-s de la santé ne sont toujours pas formé-e-s à la psychotraumatologie et à la prise en charge des victimes de violences, et il existe très peu de centres de soins spécialisés (même si récemment, et il faut le saluer, la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) travaille à améliorer la formation de tout-e-s les professionnel-le-s).

À cette fin, Thibaut Oskian et son équipe ont réalisé pour nous un clip vidéo accompagné d'une affiche : *Et pourtant c'était un viol*, qui met en scène une victime face à des voix accusatrices qui illustrent les réactions les plus fréquentes auxquelles doivent faire face les victimes de viol. Tour à tour, les voix remettent en cause la réalité de son agression, tentent de la minimiser ou de faire basculer la culpabilité sur la femme. Des flash-backs de la scène de viol permettent au spectateur de mieux percevoir le vécu de la victime alors qu'elle est ainsi mise en accusation.

À cette occasion, nous avons eu l'idée, pour donner la parole aux victimes de violences sexuelles et leur permettre de faire valoir leur avis, de mettre en ligne le 8 mars 2014, un questionnaire anonyme d'auto-évaluation de plus de 180 questions sur l'impact des violences qu'elles avaient subies et sur leur parcours de prise en charge et de soins. C'était une première, et nous avons été surpris par le grand nombre de répondant-e-s (plus de 1200 en quelques mois), par leur investissement (remplir le questionnaire leur a pris souvent plusieurs heures) et par la longueur et la qualité des réponses aux questions ouvertes. À l'évidence, les personnes victimes de violences sexuelles qui ont répondu à notre questionnaire avaient un très fort besoin de témoigner et d'être reconnues, besoin d'autant plus important que, comme nous le montrent malheureusement les résultats du questionnaire présentés dans ce rapport, la loi du silence, le déni, l'impunité des agresseurs, l'absence de reconnaissance, de protection et l'abandon des victimes de violences sexuelles, règnent en maîtres.

La campagne *Stop au déni* avait pour but de mobiliser les pouvoirs publics, les professionnels et le grand public pour que les droits fondamentaux des victimes de

violences sexuelles soient enfin défendus, pour que les préjudices subis et la gravité de l'impact des violences sur leur santé soient enfin reconnus, et pour qu'enfin les victimes bénéficient d'une réelle protection, d'une véritable solidarité, d'un accès à une justice et à des réparations, ainsi que de soins spécialisés dispensés par des professionnel-le-s formé-e-s. De façon complémentaire et inédite, le questionnaire d'auto-évaluation fait entendre la voix des victimes, leurs souffrances, les injustices qu'elles subissent sans fin, leur solitude, leurs besoins, leurs souhaits, en leur donnant toute latitude de s'exprimer grâce à de nombreuses questions ouvertes ; il s'est révélé un outil de reconnaissance incomparable et très efficace pour les victimes qui y ont répondu. La somme et la qualité des informations et des témoignages collectés ne peut que grandement aider à une prise de conscience de la réalité des violences, à une reconnaissance de ce que vivent les victimes, et à l'élaboration de recommandations pertinentes et de bonnes pratiques pour améliorer la protection, la prise en charge et le soin des victimes.

Les résultats du questionnaire dressent un état des lieux alarmant, particulièrement en ce qui concerne les violences sexuelles commises sur les mineur-e-s, et imposent à toutes et tous (décideurs politiques, pouvoirs publics, professionnel-le-s prenant en charge les victimes, professionnel-le-s des médias, grand public) de se poser de nombreuses questions.

Alors qu'en 2015, tout le monde s'accorde sur le fait que subir une agression sexuelle, et plus encore un viol, est grave et traumatisant, et représente une atteinte aux droits, à la dignité et à l'intégrité physique et psychique des victimes, pourquoi un tel déni autour des violences sexuelles ?

Pourquoi tant de victimes de violences sexuelles sont-elles abandonnées ? Pourquoi doivent-elles organiser elles-mêmes leur protection et se débattre avec des symptômes qu'elles ne comprennent pas, que personne ne leur explique, qui les font souffrir sans fin et les obligent à mettre en place des stratégies de survie coûteuses, handicapantes et parfois dangereuses pour elles (comme les conduites addictives et les conduites à risque), qui sont également des facteurs d'exclusion, de pauvreté, et de vulnérabilité à de nouvelles violences ?

Comment est-il possible que presque toutes les victimes soient condamnées à errer seules, et à s'épuiser dans des parcours de soins au mieux inadaptés, au pire maltraitants, à voir leur état de santé se dégrader, ce qui constitue un véritable scandale de santé publique ?

Puisse cette enquête, à laquelle ont participé tant de personnes victimes de violences sexuelles, être un véritable tournant, un événement qui éveille les consciences, qui lève les chapes de silence et de déni pesant sur les victimes, et qui suscite enfin un élan de compréhension, de reconnaissance, de solidarité et de désir de justice envers toutes les victimes.

Puisse cette enquête participer à battre en brèche la méconnaissance de la réalité des violences sexuelles qui sont commises par des proches, essentiellement dans la famille, le couple, les institutions, et qui touchent majoritairement les enfants et les personnes de sexe féminin. La sous-estimation de leur fréquence fait que les violences sexuelles sont toujours perçues comme des « faits divers », alors qu'elles représentent un grave problème de société.

La culture du viol et ses fausses représentations, ses stéréotypes, font que la victime est a priori considérée comme coupable d'avoir menti, d'avoir provoqué le viol, de ne pas s'être suffisamment protégée ou d'y avoir en fait consenti. Et quand bien même les violences sexuelles seraient reconnues, leurs conséquences psychotraumatiques ne sont pas identifiées comme telles, ni expliquées, ni traitées spécifiquement puisque la grande majorité des professionnels de la santé ne sont toujours pas formés, et ne font pas de liens entre les symptômes présentés par leurs patients et d'éventuelles violences subies. Devant des enfants ou des adultes en grande souffrance, des adolescents en crise, s'auto-mutilant, ayant fait des fugues ou des tentatives de suicide, devant des personnes alcooliques, ou toxicomanes, ayant de graves troubles alimentaires, etc., chercher à savoir d'où vient une telle détresse, poser des questions précises pour rechercher des violences subies ne va malheureusement pas de soi. Les traitements proposés seront le plus souvent symptomatiques avec comme unique but d'anesthésier la douleur sans en rechercher ni en traiter les causes, parfois des diagnostics erronés seront posés, comme ceux de troubles psychotiques !... Et, même quand les violences sont connues, les reconnaître, se préoccuper de la sécurité et de la protection des victimes, les informer,

rechercher des troubles psychotraumatiques, des idées suicidaires et les prendre en charge en proposant des soins spécifiques, cela ne va pas de soi non plus !...

Or la méconnaissance des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes porte lourdement préjudice aux victimes puisqu'elle entraîne une non-reconnaissance de leurs souffrances, de la gravité des conséquences sur leur santé, et qu'elle ne permet pas de faire un lien de causalité entre leurs symptômes et les violences sexuelles qu'elles ont subies, ni d'agir pour protéger les victimes et prévenir de futures violences.

Savoir que 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, est essentiel. 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 ³. 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.

Ces conséquences neuro-psychotraumatiques sont dues à la mise en place par le cerveau de mécanismes neuro-biologiques de survie pour échapper au risque vital cardiologique et neurologique qu'un stress extrême, impossible à contrôler par un cortex cérébral en état de sidération, fait courir à la victime. Ces mécanismes neuro-biologiques de survie entraînent une disjonction avec interruption des circuits émotionnels et d'intégration de la mémoire, et sont alors à l'origine d'un état de dissociation (avec une anesthésie émotionnelle, un sentiment d'étrangeté, de déconnexion), de troubles de la mémoire dont une mémoire traumatique. Et c'est cette mémoire traumatique non intégrée qui, au moindre lien rappelant les violences, les fera revivre à la victime à l'identique, avec

³ RAUCH, Scott L., SHIN, Lisa M., PHELPS, Elizabeth A., « [Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: Human Neuroimaging Research - Past, Present, and Future](#) » in *Biological Psychiatry*, Août 2006, Volume 60, Issue 4, p. 376-382.

LOUVILLE, Patrice, SALMONA, Muriel, *et al.*, « [Clinique du psychotraumatisme](#) » in *Santé Mentale*, Mars 2013, n° 176, p. 30-33.

leurs contextes, les émotions telles que la terreur, la détresse et le désespoir, les douleurs et les perceptions qui leurs sont rattachées, ainsi que les mises en scène des agresseurs. Cette mémoire traumatique colonisera la victime et transformera sa vie en terrain miné, l'obligeant à mettre en place des stratégies de survie coûteuses et souvent handicapantes comme des conduites d'évitement (contrôle, phobies, troubles obsessionnels compulsifs) et des conduites dissociantes pour s'anesthésier comme lors de la disjonction initiale (conduites addictives, mises en danger, conduites à risques).

Or, la méconnaissance de ces conséquences psychotraumatiques permet également de continuer à mettre en cause les victimes et de considérer qu'elles sont les artisanes de leur propre malheur en étant incapables d'aller mieux, de se relever, de tourner la page, d'arrêter de se victimiser, de sortir d'une prétendue fascination pour le trauma... De plus, elle est responsable d'une disqualification de la parole des victimes dans le cadre des procédures policières et judiciaires : on leur reprochera des réactions traumatiques normales comme la paralysie due à la sidération psychique ayant empêché la victime de s'opposer, de se débattre ou de crier, on leur reprochera les imprécisions liées aux troubles de la mémoire et à la dissociation traumatique (pouvant être à l'origine d'amnésies traumatiques fréquentes et de perturbations des repères temporo-spatiaux), on leur reprochera les délais pour porter plainte, liés aux conduites d'évitement et aux troubles dissociatifs.

Pourtant les connaissances sur les violences sexuelles et sur l'impact très lourd qu'elles ont sur la santé mentale et physique des victimes ont beaucoup progressé ces deux dernières décennies. Des recherches, des enquêtes et des études françaises et internationales, et même de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ont permis de mieux évaluer la fréquence, la réalité et la gravité des violences sexuelles, de mieux répertorier les troubles psychotraumatiques et leur impact sur la santé des victimes, et de les décrire en tant que conséquences neuro-psychologiques caractéristiques et normales que toute victime de violences peut présenter.

Nous savons très bien décrire cliniquement ces troubles psychotraumatiques, les diagnostiquer, et nous savons les traiter efficacement avec des techniques psychothérapeutiques qui permettent une intégration de la mémoire traumatique en mémoire auto-biographique et une récupération des atteintes neurologiques grâce à la neuro-

plasticité du cerveau. Pour ce faire, il faut sortir la victime de la sidération initiale et de la dissociation traumatique qui s'en est suivie (en revisitant les violences armées de tous les outils d'analyse et de compréhension nécessaires, en démontant le système agresseur et ses mensonges, et en réintroduisant du sens et de la cohérence), et il faut déminer sa mémoire traumatique en faisant des liens entre chaque symptôme et les violences subies. Il est alors possible de libérer les victimes de la colonisation opérée par l'agresseur et par les violences commises, il est possible de leur permettre de reprendre leur chemin et de retrouver leur place, d'être à nouveau en sécurité et en harmonie chez elles, dans leur tête, dans leur corps et sur terre.

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 dans le cadre de conduites dissociantes, comme c'est le cas pour certains enfants exposés à ces violences.

L'abandon sans protection, sans reconnaissance ni soin de la grande majorité des victimes de violences représente donc pour elles une perte de chance et une grave atteinte à leurs droits. Mettre en place une offre de soin adaptée et accessible à toutes les victimes, par des professionnel-le-s formé-e-s, est une urgence de santé publique. *« Il s'agit d'un problème mondial de santé publique, d'ampleur épidémique, qui appelle une action urgente »*, déclarait, en 2013, la Dre Margaret Chan, directrice générale de l'OMS.

Cette situation est d'autant plus inconcevable qu'en France un travail important d'information et de lutte contre les violences sexuelles a été entrepris depuis plus de 25 ans par des associations féministes.

Malgré toutes ces avancées considérables, les stéréotypes ont la vie dure !

Qui sait que, pour une victime de violences sexuelles, il peut être habituel et normal quand aucune prise en charge spécialisée n'a été mise en place :

- de se sentir seul-e, en grande souffrance psychique et physique, et d'être envahi-e par des idées suicidaires ;
- d'être en proie à des flash-backs, des pensées, des cauchemars, des sensations, des images, des bruits et des phrases qu'on entend en boucle, des odeurs qui font revivre les violences et qui s'imposent sans qu'on puisse les contrôler ;
- de se sentir à certains moments déconnecté-e, vide, absent-e, d'être anesthésié-e, de se sentir étranger-e au monde, de ne pas savoir qui on est, d'être envahi-e par des sentiments de honte et de culpabilité, d'avoir une perte de confiance et d'estime de soi, de se haïr, de considérer son corps comme un corps étranger, comme un ennemi ;
- de se sentir en état de danger permanent, d'être hypervigilant-e, tendu-e, continuellement anxieux-se, en proie à des attaques de panique soudaines, avec des évitements phobiques et des troubles obsessionnels, de ne supporter aucun stress, aucun changement, ni imprévu ;
- de se sentir irritable avec des colères explosives, dépressif-ve, de ne plus arriver à se projeter dans l'avenir, en retrait social, affectif et intellectuel, en échec scolaire ou professionnel, de présenter des troubles de la mémoire avec parfois des amnésies de pans entiers de sa vie, des troubles de la concentration et de l'attention, des troubles du sommeil, et de la sexualité (d'avoir peur des contacts sexuels, des examens gynécologiques ou dentaires, d'être enceinte, d'accoucher) ;
- d'être en prise avec des comportements et des conduites qui s'imposent à soi (compulsifs) et qui sont incompréhensibles et paradoxaux, comme des conduites à risque, des mises en danger (jeux dangereux, pratiques sexuelles à risque, sports extrêmes, conduite routière dangereuse, etc.), des conduites agressives ou auto-agressives (auto-mutilations, scarifications,...), des conduites addictives (alcool, drogues, tabac, médicaments, jeux, achats compulsifs, sexualité à risque), des troubles alimentaires (boulimie et/ ou anorexie) ;
- d'avoir peur d'être fou/folle, d'être un monstre, d'être hanté-e par la peur de commettre des violences sexuelles ;
- d'être fatigué-e en permanence, d'avoir des douleurs chroniques invalidantes.

Si les victimes étaient, au moins, informées ou, au mieux, bien orientées et prises en charge, elles pourraient échapper à cet enfer et se retrouver enfin soulagées, comme en témoigne cette internaute, victime d'inceste dans l'enfance, qui a eu accès à des

informations sur les conséquences psychotraumatiques des violences sur le site Internet memoiretraumatique.org :

« D'avoir lu votre article sur la mémoire traumatique et les mécanismes de la dissociation m'a permis de comprendre ce que je n'avais jamais compris jusque-là : le pourquoi de mes comportements autodestructeurs. J'ai pu aussi en discuter avec mes proches. C'est un véritable soulagement. Je renoue tout simplement avec moi-même, j'ai éloigné de moi toute la culpabilité que j'accumulais en ce qui concerne mon rapport au danger (prise excessive d'alcool jusqu'à la perte de conscience, relations sexuelles à risque...). Je me sens plus douce avec moi-même et mes deux enfants. »

De même, une patiente, après le premier entretien, témoignait que ces informations avaient mis « de l'ordre dans sa tête », qu'elle avait obtenu des réponses à des questions qu'elle se posait depuis des années, qu'elle s'était sentie renforcée...

Mais il serait tout aussi nécessaire que les proches des victimes et les professionnels qui les prennent en charge possèdent aussi ces outils, pour mieux les comprendre et les soutenir. Quant à ceux qui ont été ou sont auteurs de violences, ces outils pourraient leur permettre de réaliser plus clairement la gravité de leurs actes et des conséquences qu'ils entraînent, et pourraient surtout leur rendre l'instrumentalisation d'autrui pour s'anesthésier beaucoup plus difficile. Finalement, c'est toute la société qui devrait bénéficier de ces outils pour lutter contre toutes les formes de violences, pour ne plus les laisser impunies et les prévenir plus efficacement.

Il est temps que les victimes soient enfin réellement secourues, protégées et soutenues. Il est temps d'être solidaires des victimes, de s'indigner de ce qu'elles ont subi et de dénoncer les coupables. Il est temps de leur redonner la dignité et la valeur que leur a déniées l'agresseur. Il est temps de leur rendre justice et de les soigner.

Avec l'étude *Contexte de la sexualité en France* de 2006, Nathalie Bajos et Michel Bozon ont montré que, par rapport à l'enquête *ENVEFF* de 2000, l'augmentation importante du pourcentage de femmes rapportant avoir subi des viols et des agressions sexuelles ne peut s'expliquer que par les campagnes d'information qui permettent aux

femmes de mieux identifier les violences sexuelles qu'elles ont subi ou qu'elles subissent, et de pouvoir en parler.

Les nouvelles connaissances dont nous disposons peuvent être utilisées comme des outils majeurs de prévention primaire, secondaire et tertiaire, montrant à quel point lutter contre toutes les violences, ne plus tolérer aucune des violences les moins dénoncées, celles commises sous couvert d'amour, d'éducation et de sexualité, à quel point identifier, protéger et soigner toutes les victimes, particulièrement tous les enfants victimes ou témoins de violences sexuelles, a un impact considérable et permet d'éviter de nouvelles violences, tout en préservant l'état de santé de ces mêmes enfants à court, moyen et long termes.

Il faut donc continuer sans relâche à informer le grand public, former les professionnels, produire des enquêtes, faire des travaux de recherches, étudier les parcours judiciaires et de soins des victimes, améliorer les lois et leur application, faire respecter les droits des personnes, lutter contre les inégalités et l'impunité, dénoncer les mauvaises pratiques tout en favorisant et diffusant les bonnes, développer des centres de soins spécifiques avec des professionnels de santé formés et compétents. Notre rapport, qui porte la parole des 1214 personnes victimes de violences sexuelles qui ont participé à l'enquête, y participera je l'espère, je vous laisse le découvrir.

D^{re} Muriel Salmona,

Psychiatre-psychotraumatologue
Présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie

I. ÉTAT DES LIEUX

A. LES VIOLENCES SEXUELLES, UN PHÉNOMÈNE ENDÉMIQUE

1. Les données statistiques en France

Bien que toutes les études concourent à démontrer l'ampleur du nombre de victimes de violences sexuelles, la rareté de ces enquêtes et leurs divergences méthodologiques rendent difficile une perception aiguë de l'étendue globale du phénomène.

ENVEFF, la première grande enquête nationale

Longtemps, les seules statistiques disponibles étaient celles des violences sexuelles ayant fait l'objet d'une plainte ou d'une sollicitation auprès d'une association. Or, compte tenu du faible pourcentage de victimes qui parviennent à faire ce type de démarche, ces chiffres étaient bien loin de refléter la réalité ⁴. Ce n'est qu'en 2000, avec la première enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (*ENVEFF*) ⁵ lancée par le service des Droits des femmes et de l'égalité ⁶, que le phénomène a pu être étudié auprès d'un large panel de femmes, estimant alors à 50 000 le nombre de femmes de 20 à 59 ans victimes d'au moins un viol chaque année.

Cette enquête a permis une prise de conscience des aspects multiples du phénomène, notamment du fait que les violences sexuelles concernent tous les milieux socio-culturels, toutes les tranches d'âge — même si dans le cas de l'enquête *ENVEFF* ni les moins de 20 ans, ni les plus de 59 ans, ni les hommes, n'étaient interrogé-e-s — et

⁴ Entre 2010 et 2013, seules 24% des victimes d'un viol ou d'une tentative de viol ont effectué de telles démarches auprès d'un commissariat, d'une gendarmerie, 10% auprès des services sociaux, 7% auprès d'une association et 9% auprès d'un service téléphonique d'aide aux victimes.

Source : INSEE-ONDRP, enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2010 à 2013. Femmes âgées de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

On peut aisément imaginer que ces pourcentages étaient encore moindres avant les années 2000.

⁵ L'enquête a été réalisée par téléphone de mars à juillet 2000 auprès d'un échantillon représentatif de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans, résidant en métropole et vivant hors institutions.

JASPARD, Maryse, Equipe ENVEFF, Le questionnaire de l'enquête Enveff - « Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France », Paris, ENVEFF, 2000.

⁶ Rattaché au ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

peuvent se produire aussi bien dans un cadre familial ou professionnel que dans l'espace public.

Ce travail d'envergure a également mis en évidence la difficulté des répondantes à parler des violences subies : dans 45% des cas, quelles que soient les violences subies, les victimes en parlaient pour la première fois au moment de l'enquête. Et quand elles avaient subi des violences sexuelles du fait de leur conjoint, elles étaient plus de deux tiers à avoir précédemment gardé le silence. Lorsque les répondantes avaient pu parler des violences dont elles avaient souffert, près d'une fois sur 4, c'est à un médecin qu'elles s'étaient adressées.

Dans la lignée de l'enquête *ENVEFF*, un certain nombre d'enquêtes ont été conduites, apportant de nouveaux éclairages statistiques, comme l'enquête annuelle *Cadre de vie et sécurité*, mise en place en 2006 et s'intéressant à toutes les formes de violences, l'*Enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les filles*, lancée en 2007 par le conseil général de Seine-Saint-Denis, et l'enquête *Contexte de la sexualité en France*, publiée en 2008 sous le titre *Enquête sur la sexualité en France*. Cependant, aucune d'entre elles ne portait spécifiquement sur les violences sexuelles.

Les chiffres récents

L'enquête *CSF (Contexte de la sexualité en France)* mentionne qu'en 2006, 20,4 % des femmes et 6,8 % des hommes âgé-e-s de 18 à 69 ans interrogé-e-s rapportaient avoir été déjà confronté-e-s à une agression à caractère sexuel, dont des tentatives de rapports forcés ou des rapports forcés pour 15,9% des femmes et 4,5% des hommes ⁷. Toujours selon cette enquête, les violences sexuelles touchent toutes les catégories sociales, avec des chiffres toutefois un peu plus élevés dans les catégories supérieures ⁸. Seuls 38% des hommes victimes de violences sexuelles avaient pu parler de ces violences à des tiers avant l'enquête, contre 54,3% des femmes ⁹. Quant aux femmes, elles n'ont pu confier à

⁷ BAJOS, Nathalie et BOZON, Michel (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008, p. 386-387.

⁸ *Id.*, *ibid.*, p. 390.

⁹ *Id.*, *ibid.*, p. 392.

LES AUTRES ENQUÊTES

2007 - Comportement sexistes et violences envers les filles*

La première enquête quantitative française sur les comportements sexistes et les violences envers les filles (CSVF 2007), conduite auprès d'un échantillon représentatif de jeunes femmes âgées de 18 à 21 ans, rapporte que **5% des répondantes ont subi des agressions sexuelles dans l'année qui a précédé, dont 3% dans le cadre de leur couple**. 15% des répondantes ont subi du harcèlement sexuel au travail, 60 % ont subi un harcèlement sexuel dans l'espace public, principalement du fait d'hommes adultes, et **14% ont subi des agressions sexuelles au cours de leur vie, majoritairement dans la famille** — les auteurs étant le plus souvent des membres de la famille ou des proches et les deux tiers des agressions sexuelles commises par un père ou un beau père ayant eu lieu avant que la victime n'ait atteint l'âge de 16 ans. 68 % des répondantes ont parlé de ces faits autour d'elles .

* Observatoire des violences envers les femmes du conseil général de la Seine-Saint-Denis, *Enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les filles*, conseil général de la Seine-Saint-Denis, 2007.

2008 - Violences sexuelles faites aux femmes au travail*

Cette enquête de 2008 sur les violences sexuelles faites aux femmes au travail menée en Seine-Saint-Denis rapporte que l'année précédent l'enquête, 14% des salariées interrogées déclarent avoir été confrontées à de la pornographie sur leur lieu de travail. **22% des salariées disent avoir été victimes de harcèlement sexuel, d'agressions sexuelles (4,8 %) ou de viols (0,6 %)**. Les auteurs de ces violences sont majoritairement des collègues (48%) et des supérieurs hiérarchiques (35 %). **38 % des victimes de violences sexuelles (agressions sexuelles, viols, harcèlement sexuel) ont eu des suites professionnelles négatives** : peur d'aller travailler, changement de service, démission, et pour 36 % d'entre elles les conséquences ont été personnelles et sociales .

* THOMASSIN, Claire, AMOUSSOU, Gisèle, DOMINGUEZ, Patricia, FOUGEYROLLAS, Dominique, GILLET, Anne, LE CLERC, Sylviane, et al., *Enquête en Seine-Saint-Denis sur les violences sexuelles faites aux femmes au travail (Enquête VSFT-93)* in *Travailler*, 2009, Vol. 2, n°22, p. 59-77.

2010-2011 - La criminalité en France*

L'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), a pu mesurer qu'en 2010-2011, 0,9% des femmes âgées de 18 à 75 ans se déclaraient victimes de violences sexuelles hors ménage, soit **210 000** d'entre elles. Parmi elles, **0,7% ont rapporté avoir été victimes de viol ou de tentatives de viol, soit 154 000**. En ce qui concerne les hommes âgés de 18 à 75 ans, le pourcentage de violences sexuelles déclarées hors ménage est de 0,4%, soit 80 000 hommes. Par ailleurs, 1,9 % d'individus âgés de 18 à 75 ans (2,5 % de femmes et 1,3% d'hommes) se sont déclarés victimes de violences physiques et/ou sexuelles intra-ménage (conjoint-e ou membre de la famille) entre 2010 et 2011, soit 841 000 personnes dont 567 000 femmes .

* Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales, *La criminalité en France, Rapport 2012*, ONDRP, 2012.

des tiers qu'elles avaient subi des rapports forcés et tentatives de rapports forcés commises par des conjoints ou partenaires que dans 37,6% des cas ¹⁰.

La lettre n°4 de novembre 2014 de l'Observatoire national des violences faites aux femmes estime, à partir des données collectées annuellement par les enquêtes *Cadre de vie et sécurité*, que chaque année en moyenne, près de 0,2 % des personnes de 18 à 75 ans vivant en France métropolitaine, soit 102 000 personnes, dont 86 000 femmes et 16 000 hommes, sont victimes d'un viol ou d'une tentative de viol ¹¹.

Les mineur-e-s, grand-e-s oublié-e-s des statistiques

Cependant, ces chiffres ne prennent jamais en compte les violences sexuelles dont sont victimes les mineur-e-s. Il s'agit pourtant de la frange de la population la plus touchée par ces violences, et un récent rapport de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) sur les violences interpersonnelles ¹² souligne que 20% des femmes et 5 à 10% des hommes dans le monde rapportent avoir subi des violences sexuelles pendant leur enfance ¹³. Dans son rapport de 2014, *Hidden in plain sight*, l'Unicef (United Nations Children's Fund) indique que 120 millions de filles, soit 1 sur 10, ont subi des rapports sexuels forcés ou d'autres actes sexuels forcés à un moment de leur vie ¹⁴.

Une revue internationale des études de victimation donne une prévalence moyenne des violences sexuelles avant 18 ans de 16,8 % chez les filles et de 7,9 % chez les garçons ¹⁵, et ajoute que selon le *U.S. Department of Health and Human Service*, environ

¹⁰ *Id.*, *ibid.*, p. 406.

¹¹ Source : INSEE-ONDRP, enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2010 à 2013. Questionnaire auto-administré par ordinateur (méthode audio-CASI) auprès de 13 500 (moyenne) répondants, hommes et femmes âgés de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

¹² World Health Organization, *Global Status Report on Violence Prevention*, Genève, WHO, 2014.

¹³ *Id.*, *ibid.*, p. 70.

¹⁴ United Nations Children's Fund, *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*, New York, UNICEF, 2014, p. 202.

¹⁵ PUTNAM, Frank, « *Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse* » in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Mars 2003, Vol. 42, Issue 3, p. 269-278.

10% des victimes avaient entre 0 et 3 ans au moment des violences, 28,4% entre 4 et 7 ans, 25,5% entre 8 et 11 ans et 35,9% au dessus de 12 ans¹⁶.

Grâce à l'enquête CSF¹⁷, on sait qu'en France, 59% des femmes et 67% des hommes victimes de violences sexuelles ont subi des premiers rapports forcés ou tentatives de rapports forcés avant l'âge de 18 ans¹⁸. Si l'on tente de croiser ces données avec celles de l'Observatoire national des violences faites aux femmes, on obtient donc les chiffres suivants : environ 123 756 filles et 32 485 garçons de moins de 18 ans seraient victimes d'un viol ou d'une tentative de viol chaque année, ce qui, en extrapolant, porterait le chiffre global de victimes de moins de 75 ans à près de 260 000 chaque année.

Selon les statistiques de la permanence téléphonique nationale « *Viols-Femmes- Informations* » , 57 % des viols sont commis sur des personnes mineures (filles et garçons)¹⁹. Et sur l'ensemble des violences sexuelles rapportées, entre 62,6% (statistiques 2007)²⁰ et 50,7% (statistiques 2011)²¹ de ces violences concernaient des victimes mineures au moment des faits.

Enfin, l'étude de la sociologue Véronique Le Goaziou, conduite à partir de 425 dossiers de viols jugés en cour d'assises, révèle que deux tiers des victimes étaient mineures au moment des faits et qu'un tiers d'entre elles avaient alors moins de 10 ans²².

¹⁶ *Id.*, *ibid.*, p. 270.

¹⁷ BAJOS, Nathalie et BOZON, Michel (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008.

¹⁸ BAJOS, Nathalie et BOZON, Michel (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008, p. 388.

¹⁹ Source : Collectif Féministe Contre le Viol, *Dossier de presse de la campagne « Rien ne devrait innocenter un violeur »*, Paris, CFCV, 2012.

²⁰ Source : Collectif Féministe Contre le Viol, *Statistiques générales de la permanence téléphonique du N°Vert Viols-Femmes-Informations*, Paris, CFCV, 2006-2007.

²¹ Source : Collectif Féministe Contre le Viol, *Year 2011 at the Toll free number « Viols-Femmes-Information » answering service*, Paris, CFCV, 2011.

²² LE GOAZIOU, Véronique, JASPARD, Maryse, *Le viol, aspects sociologiques d'un crime*, Paris, Documentation française, coll. "Perspectives sur la justice", 2011.

Ces chiffres donnent le vertige et montrent bien qu'il est indispensable de mettre sur pied une enquête nationale d'envergure visant à étudier le phénomène des violences sexuelles faites aux mineur-e-s.

Il est d'ailleurs regrettable que les enquêtes excluent ainsi de leurs statistiques tout un pan particulièrement vulnérable de la population, comme les mineur-e-s, les personnes âgées, les personnes handicapées ²³, les personnes très défavorisées ou sans domicile fixe ²⁴ et les résident-e-s des DOM-COM ²⁵.

Si la future enquête nationale sur les violences intitulée *VIRAGE (Violences et rapports de genre)* prévoit d'inclure les collectivités territoriales d'Outre-Mer, elle se propose en revanche de n'étudier qu'un échantillon représentatif âgé de 20 à 69 ans : encore une fois ni les mineur-e-s, ni les personnes âgées ne seront interrogées.

²³ Selon les estimations de l'association Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir, 70% des femmes handicapées seraient victimes de violences (toutes violences confondues) en France.

Le risque qu'elle subissent un viol au cours de leur vie serait multiplié par 3 par rapport aux femmes valides.
Source : HOLZMAN, Clare G., « [Multicultural perspectives on counseling survivors of rape](#) » in *Journal of Social Distress and the Homeless*, Janvier 1994, Vol. 3, Issue 1, p. 81-97.

Et de par le monde, les filles et les femmes handicapées ont de 1,5 à 10 fois plus de risques d'être maltraitées que les femmes valides.

Source : Human Rights Watch, [Human Rights for Women and Children with Disabilities](#), Human Rights Watch, 2012, p. 5.

²⁴ Le risque de subir un viol au cours de la vie serait multiplié par 4 pour les femmes très pauvres.
Source : HOLZMAN, Clare G., « [Counseling Adult Women Rape Survivors: Issues of Race, Ethnicity, and Class](#) » in *Women and Therapy*, 1996, Vol. 19, Issue 2, p. 47-62.

²⁵ Des répliques de l'enquête ENVEFF y ont toutefois été menées entre 2002 et 2008, notamment à la Martinique et à la Réunion.

2. Les violences sexuelles sont encore l'objet d'un déni massif

Malgré la prise de conscience qui a pu s'opérer au début des années 2000 grâce à l'enquête *ENVEFF*, les violences sexuelles restent encore trop souvent des violences indicibles, les victimes hésitent à en parler et encore plus à porter plainte.

Un nombre infime de dépôts de plainte

En effet, selon la dernière *Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes* ²⁶, seule une femme sur dix victime de viol ou de tentative de viol porte plainte : 24% des femmes victimes de viol et de tentatives de viol se sont rendues au commissariat ou à la gendarmerie, 10% ont déposé plainte et 10 % une main courante ²⁷.

Pourquoi la majorité des victimes se résignent-elles ainsi à ne pas porter plainte ? Probablement en raison du déni ambiant à l'égard des violences sexuelles et des sentiments de honte et de culpabilité qui peuvent en découler chez les victimes. Il a ainsi été démontré que les victimes de violences sexuelles sont moins enclines à porter plainte que les victimes de n'importe quel autre crime ou délit ²⁸. À cela s'ajoute le fait que, dans 86% des cas la victime connaît son agresseur, il s'agit même d'un membre du ménage dans plus de la moitié des cas (54%), et du conjoint vivant avec la victime au moment des faits dans 38% des cas ²⁹. Il est plus aisé de porter plainte contre un-e inconnu-e que contre un membre de sa famille ou un-e conjoint-e, or les viols et tentatives de viol commis par des auteur-e-s inconnu-e-s ne représentent que 14% des cas de figure.

²⁶ Observatoire national des violences faites aux femmes, *La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes*, « Les violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données », n°4, Novembre 2014, p. 5.

²⁷ Source : INSEE-ONDRP, enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2010 à 2013. Femmes âgées de 18 à 75 ans, vivant en ménage ordinaire en Métropole.

²⁸ CHEN, Yingyu, ULLMAN, Sarah E., « *Women's reporting of sexual and physical assault to police in the national violence against women survey* » in *Violence Against Women*, Vol. 16, n°3, 2010, p. 262-279.

²⁹ Observatoire national des violences faites aux femmes, *La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes*, « Les violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données », n°4, Novembre 2014, p. 5.

Par ailleurs, les victimes de viols conjugaux n'ont pas toujours accès à des informations suffisantes pour savoir que depuis 2010, tout rapport sexuel imposé est un viol, « *quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage* »³⁰. **Le fait que le viol soit commis par un-e conjoint-e ou un-e concubin-e de la victime, ou un-e partenaire lié-e à la victime par un pacte civil de solidarité constitue même une circonstance aggravante**³¹, qui porte la peine encourue par l'auteur-e à vingt ans de réclusion criminelle.

D'autre part, le fait qu'un viol soit « *commis par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime* » constitue également une circonstance aggravante³².

La culture du viol

Nous vivons malheureusement dans une société où, bien que la loi soit très claire sur le fait que le viol est un crime, la victime devient trop souvent la coupable³³ aux yeux de l'opinion publique. Derrière le silence de la victime, ce qui se dissimule, c'est cette grande manufacture du déni qu'est la culture du viol³⁴.

Comme le constate Marie-Christine Lemieux-Couture :

³⁰ [Loi du 9 juillet 2010, article 222-22 du Code Pénal](#)

³¹ [Loi du 4 avril 2006, article 222-24 du Code Pénal](#)

³² [Article 222-24 du Code Pénal](#)

³³ À ce sujet voir l'article de la Dre Muriel Salmona : SALMONA, Muriel, « La victime c'est la coupable. Complicité institutionnelle dans les crimes de viol » in *Blog Mediapart*, 5 Septembre 2011, <http://blogs.mediapart.fr/blog/muriel-salmona/050911/la-victime-cest-la-coupable-complicites-institutionnelles-dans-les-c>

³⁴ La culture du viol est un concept établissant des liens entre le viol (ainsi que d'autres violences sexuelles) et la culture de la société où ces faits ont lieu, et dans laquelle prévalent des attitudes et des pratiques tendant à tolérer, excuser, voire approuver le viol. C'est également l'adhésion d'une société à de nombreux mythes sur le viol définis par Lonsway et Fitzgerald. LONSWAY, Kimberly A. et FITZGERALD, Louise F., « [Rape Myths. In Review](#) » in *Psychology of Women Quarterly*, juin 1994, Vol. 18, Urbana-Champaign, University of Illinois, Department of Psychology, p. 133-164.

« Il [ce déni] est soutenu par une socialisation des deux genres qui tend à valider les comportements sexistes et à normaliser des pratiques misogynes, de sorte que nombre de femmes approuvent également la domination masculine comme si elle était justifiée. Les hommes sont encore socialisés à soumettre ; les femmes, elles, à céder.

Derrière cette socialisation se cache une violence symbolique — bien confortablement assise au coeur des institutions comme la famille, l'État, l'Éducation, les religions, la culture, la langue... — qui affecte, de manière inconsciente, nos perceptions autant que nos actions de façon à perpétuer les structures et les schèmes du patriarcat. La culture du viol est une des multiples facettes de cette violence. Elle est une incorporation de la domination masculine que ce soit par le contrôle du corps de la femme (une tenue vestimentaire irréprochable ne mène pas au viol), le contrôle de ses comportements sociaux (une femme qui ne boit pas n'est pas victime de viol), le contrôle de ses comportements sexuels (une femme qui a dragué un homme ne peut pas se plaindre qu'il l'ait violée) ; mais aussi par un désaveu de la responsabilité de l'homme par rapport à la maîtrise de son corps (les hommes ne contrôlent pas leurs appétits), de ses comportements sociaux (ce n'est pas parce qu'il est insistant qu'il est harcelant), de ses comportements sexuels (ce n'est pas un prédateur sexuel, il a des besoins). »³⁵

Il se trouve toujours quelqu'un pour dire à une victime de viol, ou lui faire savoir d'une manière ou d'une autre, qu'elle l'a bien cherché, qu'elle aurait du faire ci, ou ça, ne pas boire, ne pas sortir à cette heure-là, ne pas se comporter ainsi, s'habiller comme cela, que ce n'est pas possible qu'elle ait été violée parce qu'elle était trop vieille, trop laide, etc. La liste des reproches auxquels une victime de violences sexuelles peut être confrontée au cours de sa vie est longue, et ces reproches se retrouvent partout, dans la bouche des amis, de la famille, des médecins, des policiers, il s'étalent dans les médias, dans les films, dans les romans...

³⁵ LEMIEUX-COUTURE, Marie-Christine, « Le viol parfait » in *Mauvaise Herbe*, 5 novembre 2014, <http://www.mauvaiseherbe.ca/2014/11/05/le-viol-parfait/>

Dès lors, il n'est pas étonnant qu'une victime puisse se sentir coupable, penser qu'elle ne bénéficie pas d'une légitimité suffisante pour porter plainte, ou que, si elle ne se souvient pas bien de ce qui s'est passé, ce n'est pas dû à son état de stress post-traumatique mais au fait que finalement, ce qu'elle a subi n'était peut-être pas un viol.

Car le viol « parfait », celui qui hante l'imaginaire collectif de nos sociétés patriarcales, c'est le viol d'une femme, de préférence une jeune adulte, par un inconnu, de préférence armé, dans une ruelle sombre ou un parking, de préférence la nuit. Or, ce type de contexte n'est récurrent que dans les mauvais téléfilms et les romans de gare. **Dans la réalité, comme nous venons de le voir, ce sont les enfants qui courent le plus de risque de subir des violences sexuelles et c'est au sein de la famille que ce risque est le plus élevé.**

Les inégalités comme terreau des violences sexuelles

Cette culture du viol ne peut prospérer que dans un contexte inégalitaire marqué par la violence interpersonnelle : **les violences sexuelles sont un instrument de pouvoir et se rencontrent plus fréquemment dans des situations d'oppression.**

Pour Susan Brownmiller, il est clair que le viol est une épée de Damoclès que les hommes font sans cesse peser sur la tête des femmes, et elle écrit à ce sujet : « *La découverte par l'homme que ses organes génitaux pouvaient lui servir d'arme inspirant la frayeur devrait être considérée comme l'une des découvertes les plus marquantes de la préhistoire, aux côtés de celle du feu et de la pierre taillée. Ce n'est rien de moins qu'un processus d'intimidation conscient, par lequel tous les hommes maintiennent toutes les femmes dans la peur.* »³⁶. Et c'est ainsi que cette peur du viol conduit bien souvent les femmes à restreindre leur mouvements, à policer leur manière de se vêtir, à redouter

³⁶ « *Man's discovery that his genitalia could serve as a weapon to generate fear must rank as one of the most important discoveries of prehistoric times, along with the use of fire and the first crude stone axe. From prehistoric times to the present, I believe, rape has played a critical function. It is nothing more or less than a conscious process of intimidation by which all men keep all women in a state of fear* »

Source : BROWNMILLER, Susan, *Against Our Will: Men, Women and rape*, New York, Simon and Schuster, 1975, p. 14-15.

l'espace public et à éviter de sortir la nuit ou dans certains quartiers ³⁷, alors même que c'est au sein du foyer que les violences sexuelles ont le plus de risque de survenir.

Par temps de guerre, les viols sont clairement identifiés comme étant des moyens efficaces pour dominer et humilier les victimes. Or, dans notre société, les violences sexuelles sont trop souvent réduites à une simple problématique de pulsion sexuelle. Il s'agit pourtant de la même dynamique de domination et d'oppression. Domination masculine, inégalités de classe, domination des adultes sur les enfants, des personnes valides sur les personnes handicapées, discrimination liée aux origines et à l'orientation sexuelle..., la liste est longue et ces systèmes de domination s'imbriquent pour aboutir à une recrudescence de violences, perpétrées par le groupe dominant sur le groupe dominé.

Ces systèmes oppressifs sont si bien intégrés par la population qu'il est communément admis que certaines des violences qu'ils engendrent sont « normales », comme c'est le cas pour les violences dites « éducatives » infligées aux enfants ou encore pour le harcèlement sexuel, que d'autres, peu avares en euphémismes, préfèrent appeler « drague lourde ».

Par ailleurs, un agresseur issu d'une classe sociale aisée bénéficie généralement d'une plus grande impunité qu'un agresseur issu d'une classe sociale défavorisée. Les condamnations pour des faits de violence sexuelle en témoignent : une récente étude de la sociologue Véronique Le Goaziou ³⁸ a mis en évidence que sur 425 dossiers de viols jugés en cour d'assises, 93 % des violeurs présumés sont issus des classes populaires, 41 % d'entre eux étaient en situation précaire et seuls 10% d'entre eux étaient titulaires d'un baccalauréat ³⁹. Or, toutes les enquêtes de victimation ont montré que les violences sexuelles touchaient tous les milieux sociaux ; ces condamnations ne reflètent donc pas la

³⁷ A ce sujet voir :

RIGER, Stephanie, GORDON, Margaret T., « [The Fear of Rape: A Study in Social Control](#) » in *Journal of Social Issues*, 1981, Vol. 37, Issue 4, p. 71-92.

³⁸ LE GOAZIOU, Véronique, MUCCHIELLI, Laurent, « Les déterminants de la criminalité sexuelle (étude du viol) », Juillet 2010, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales, CESDIP-CNRS.

³⁹ LE GOAZIOU, Véronique, JASPARD, Maryse, *Le viol, aspects sociologiques d'un crime*, Paris, Documentation française, coll. "Perspectives sur la justice", 2011.

réalité et démontrent qu'il est bien moins aisé pour les victimes de porter plainte ou d'obtenir justice lorsque leur agresseur est issu d'un milieu favorisé.

La loi du silence

Les nombreuses victimes de violences sexuelles dont l'agression ne correspond pas, de près ou de loin, au viol « parfait » défini plus haut, sont escamotées, oubliées, abandonnées. Celles qui étaient mineures, âgées, handicapées, celles qui n'ont pas pu dire non parce qu'elles étaient sous emprise, celles dont l'agresseur était leur conjoint-e, une femme ou un-e mineur-e, celles qui ont développé une amnésie traumatique, celles qui n'ont pas pu ou pas voulu porter plainte, celles qui étaient en situation prostitutionnelle, celles qui étaient des femmes et des hommes transsexuel-le-s, celles qui étaient des garçons, ou des hommes, et toutes les autres, la liste est longue de celles qui si souvent se taisent.

Ce ne sont pas elles qui se murent dans le silence, c'est la société qui les y enferme. Personne ne veut savoir ce qu'elles ont subi, et si elles osent en parler on leur renvoie le plus souvent que c'est peut-être de leur faute. C'est une façon comme une autre pour ceux et celles qui sont dans le déni de se sentir en sécurité ; si la faute est imputable aux victimes, si elles n'ont pas fait ce qu'il fallait faire, alors ils ou elles peuvent se sentir en sécurité parce qu'ils ou elles sauront quoi faire pour ne pas se retrouver dans une telle situation.

Dès lors, toutes ces victimes seront régulièrement blâmées ; il leur est déjà difficile, la plupart du temps, de faire des démarches pour obtenir une protection, une justice, pour être prises en charge médicalement, mais en plus, une grande partie des professionnel-le-s qu'elles croisent lors de ces démarches se retrouvent à leur faire la morale parce qu'ils ou elles sont parasité-e-s par la culture du viol et ne sont pas formé-e-s à prendre en charge les victimes de violences sexuelles.

Et ce déni instaure l'impunité des agresseurs : l'absence de reconnaissance de la réalité de ce qu'ont pu subir les victimes, les stéréotypes sexistes, la confusion entre violence sexuelle et sexualité, l'ignorance de ce que sont les violences sexuelles, de leur

définition légale, de leur fréquence, de leurs conséquences, de qui en sont les auteur-e-s, de leur stratégie, de leur intentionnalité, et de la violence extrême subie par les victimes, concourent à créer une véritable omerta qui profite aux agresseurs et organise l'abandon des victimes qui se retrouvent trop souvent seules, sans bénéficier de soins, de soutien ou de justice.

3. Un début de reconnaissance

Cependant, depuis plus de 25 ans, un travail d'information et de lutte contre les violences sexuelles a été entrepris par les associations féministes. Et ce travail porte ses fruits : la loi a été améliorée ⁴⁰ ; des numéros nationaux gratuits ont été mis en place, comme *Viols-Femmes-Informations*, le **39-19** et le **119** ; la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) a été créée par décret le 3 janvier 2013 ⁴¹ suite à une décision du Comité interministériel aux Droits des femmes ; et pour la première fois, des plans gouvernementaux triennaux de lutte contre les violences faites aux femmes, celui de 2011-2013, puis celui de 2014-2016, ont abordé la question du viol et des agressions sexuelles.

Des rapports exemplaires

Une lueur d'espoir se profile donc à l'horizon, et récemment, la rapporteure de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité du CESE (*Conseil économique social et environnemental*), Pascale Vion, a rendu un rapport exemplaire sur le sujet des violences faites aux femmes. Ce rapport, intitulé *Combattre toutes les violences faites aux femmes, des plus visibles aux plus insidieuses* ⁴², dresse un panorama synthétique des violences auxquelles les femmes et les filles peuvent être confrontées et préconise entre autres de sensibiliser, d'informer et de former pour briser l'engrenage des violences, d'assurer la protection des victimes et de les soigner, d'organiser leur accès au droit, et de renforcer la vigilance pour les plus vulnérables. Il considère que les impacts sanitaires, sociaux et économiques des violences subies en font un véritable problème de société et de santé publique et attire également l'attention sur la nécessité de mieux prendre en compte les

⁴⁰ Voir encadré « La Loi » p. 44.

⁴¹ Décidée lors du Comité interministériel aux Droits des femmes le 30 novembre 2012, la création de la MIPROF a fait l'objet d'un décret présenté au Conseil des ministres le 3 janvier 2013.

⁴² VION, Pascale, *Combattre toutes les violences faites aux femmes, des plus visibles aux plus insidieuses*, Conseil Economique Social et Environnemental, Les éditions des Journaux officiels, novembre 2014.

conséquences psychotraumatiques des violences et sur le manque d'attention porté aux violences subies dans l'enfance.

Parallèlement, l'OMS a publié un rapport sur les violences interpersonnelles ⁴³. Ce rapport, rédigé par Christopher Mikton, dresse un constat plutôt accablant des violences interpersonnelles à travers le monde, et pointe d'importants problèmes, comme l'insuffisance de la collecte de données fiables sur les violences, qui fait que certaines catégories de population sont oubliées des plans d'action. C'est en particulier le cas des populations les plus vulnérables comme les enfants et les personnes âgées.

Cependant, ce rapport n'oublie ni les uns, ni les autres, et communique les chiffres suivants : dans le monde, 1 fille sur 5 a subi des violences sexuelles dans son enfance, avec, dans certains pays, des estimations faisant monter ce ratio plus près de 1 sur 3 ⁴⁴ ; et 6% des personnes âgées rapportent avoir subi des violences il y a moins d'un mois ⁴⁵.

L'OMS reconnaît que toutes les formes de violences ont des conséquences graves sur la santé tout au long de la vie, et que les violences faites aux femmes et aux enfants contribuent de façon démesurée à ces conséquences sur la santé. Tout en déplorant le fait que peu de pays disposent de services spécifiques de santé adaptés aux besoins des victimes de violence, le rapport rappelle que l'impact des violences sur la santé mentale est extrêmement important et associe également le fait d'avoir subi des violences à une tendance à développer des comportements à risques ou suicidaires.

Ce rapport de l'OMS identifie également comme un objectif important de prévention la mise en place de collaborations fortes entre les domaines de la santé publique, de la justice et de la police, afin de repérer les auteur-e-s de violences potentiel-le-s et de les empêcher de commettre des violences. Par ailleurs, il considère que la législation est un facteur clé de tout plan d'action contre les violences, mais indique que son efficacité ne peut être optimale que si l'adoption de nouvelles lois est accompagnée par une mise en

⁴³ World Health Organization, *Global Status Report on Violence Prevention*, Genève, WHO, 2014.

⁴⁴ *Id.*, *Ibid.*, p.14.

⁴⁵ *Id.*, *Ibid.*, p.15.

application réelle, par la mobilisation des leaders d'opinion, ainsi que par des campagnes d'information, d'éducation et de formation des professionnel-le-s.

On ne peut donc qu'espérer qu'avec de tels rapports le signal d'alerte résonne assez fort pour que les gouvernements et l'opinion publique réalisent enfin que les violences, et plus particulièrement les violences sexuelles, sont un problème majeur, non seulement de société, mais aussi de santé publique, et agissent enfin en conséquence.

La convention d'Istanbul

La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, ou Convention d'Istanbul du 12 avril 2011⁴⁶, a été signée, puis ratifiée, par la France et est désormais applicable depuis le 1^{er} août 2014.

Ce texte, signé par 22 États et ratifié par 14 d'entre eux, représente une avancée historique pour la protection et la prise en charge judiciaire des victimes de violences domestiques et de violences sexuelles, il pallie de nombreuses carences en matière de protection des droits des femmes en Europe. Centré sur les victimes et les formes de violences qui visent les femmes en raison de leur sexe, il établit, pour la première fois en Europe, des normes juridiquement contraignantes qui ont pour but d'améliorer la prévention de la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, de protéger les victimes et de sanctionner davantage les auteurs d'infractions, par un ensemble de mesures intégrées.

Afin de veiller à l'application de ces dispositions dans chaque État partie, la Convention a instauré un mécanisme de suivi fort et indépendant. Ce suivi repose sur deux piliers : le Groupe d'experts sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (GREVIO), un organe d'experts indépendants, et le Comité des Parties, un organe politique composé de représentants officiels des États Parties à la Convention.

⁴⁶ [*Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*](#), Istanbul, 12 Avril 2011.

Une fois qu'un pays a ratifié la Convention, il devient partie à la Convention (ou État Partie) et s'engage alors à veiller à la bonne application de toutes les mesures énoncées dans la Convention.

Ainsi, l'État français est censé prendre les mesures suivantes :

- Prévention

Mettre en place des politiques propres à modifier les mentalités, les rôles des hommes et des femmes et les stéréotypes de genre qui tendent à rendre acceptable la violence à l'égard des femmes ; former les professionnel-le-s travaillant avec les victimes ; sensibiliser aux différentes formes de violence et à leur nature traumatisante ; coopérer avec les ONG, les médias et le secteur privé pour toucher l'ensemble de la population.

- Protection

Veiller à ce que les besoins et la sécurité des victimes soient au cœur de toutes les mesures ; mettre en place des services d'aide spécialisés apportant une assistance médicale ainsi que des conseils psychologiques et juridiques aux victimes et à leurs enfants ; créer des refuges en nombre suffisant et introduire des services d'assistance téléphonique gratuits 24 h sur 24.

- Poursuites

Veiller à ce que toutes les formes de violence à l'égard des femmes et la violence domestique soient pénalisées et sanctionnées de manière adéquate ; veiller à ce que des justifications fondées sur la culture, les coutumes, la religion ou « l'honneur » soient inacceptables pour tout acte de violence ; veiller à ce qu'une victime ait accès à des mesures de protection spéciales pendant l'enquête et les procédures judiciaires ; faire en sorte que les forces de l'ordre répondent immédiatement aux appels à l'aide et qu'elles gèrent convenablement les situations de danger.

- Politiques globales

Adopter des politiques globales et coordonnées qui articulent toutes les mesures autour des droits des victimes ; associer à cette démarche tous les acteurs compétents

(organismes publics, pouvoirs nationaux, régionaux et locaux, organisations de la société civile et bien d'autres encore). En effet, aucune instance unique ne peut se charger toute seule de la violence à l'égard des femmes et de la violence domestique.

- Suivi

Faire Rapport sur les mesures prises pour mettre en œuvre la Convention à l'organisme responsable de son suivi.

Certaines des mesures listées par la Convention sont de réelles avancées pour les victimes de violences sexuelles. Ainsi, la Convention considère que « *le consentement doit être donné volontairement comme résultat de la volonté libre de la personne considérée dans le contexte des circonstances environnementales* »⁴⁷ et met dès lors en lumière le fait que le consentement peut être contraint lorsque la victime est sous emprise ou que, du fait de sa situation, elle ne peut s'opposer à son agresseur.

Selon le rapport explicatif de la Convention, cela signifie qu'une évaluation contextuelle des preuves est nécessaire pour déterminer si la victime a consenti à l'acte sexuel accompli et que : « *Une telle évaluation doit tenir compte de toute la série de réactions comportementales à la violence sexuelle et au viol que la victime peut adopter et ne doit pas se fonder sur des hypothèses relatives au comportement typique en pareil cas. Il convient également de veiller à ce que les interprétations de la législation relative au viol et les poursuites engagées dans les affaires de viol ne soient pas inspirées par des stéréotypes et des mythes sexistes visant respectivement les sexualités masculine et féminine.* »⁴⁸. Ainsi, les Parties à la Convention seront donc tenues d'adopter une législation pénale intégrant la notion d'absence de libre consentement.

⁴⁷ Article 36-2

Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Istanbul, 12 Avril 2011.

⁴⁸ *Rapport explicatif de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention de la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*, Istanbul, 2011, Article 36, paragraphe 192.

Toujours selon la Convention, « les preuves relatives aux antécédents sexuels et à la conduite de la victime ne doivent être recevables que lorsque cela est pertinent et nécessaire »⁴⁹.

Elle demande également la mise en place de mesures de protection pour les victimes, comme :

« a- la mise à l'abri des victimes, de leur famille et témoins à charge contre les risques d'intimidation, de représailles, de nouvelles victimisations ;

[...]

c- en les tenant informées, selon les conditions prévues par leur droit interne, de leurs droits et des services à leur disposition, et des suites données à leur plainte, des chefs d'accusation retenus, du déroulement général de l'enquête ou de la procédure, et de leur rôle au sein de celle-ci ainsi que de la décision rendue ;

d- en donnant aux victimes, conformément aux règles de procédure de leur droit interne, la possibilité d'être entendues, de fournir des éléments de preuve et de présenter leurs vues, besoins et préoccupations, directement ou par le recours à un intermédiaire, et que ceux-ci soient examinés ;

e- en fournissant aux victimes une assistance appropriée pour que leurs droits et intérêts soient dûment présentés et pris en compte ;

f- en veillant à ce que des mesures pour protéger la vie privée et l'image de la victime puissent être prises ;

g- en veillant, lorsque cela est possible, à ce que les contacts entre les victimes et les auteurs d'infractions à l'intérieur des tribunaux et des locaux des services répressifs soient évités ; [...]

i- en permettant aux victimes de témoigner en salle d'audience sans être présentes ou du moins sans que l'auteur présumé de l'infraction ne soit présent »⁵⁰.

⁴⁹ Article 54

Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Istanbul, 12 Avril 2011.

⁵⁰ Article 56-1

Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Istanbul, 12 Avril 2011.

LA LOI

Au fil des années, la loi française s'est beaucoup améliorée. Les agressions sexuelles ont été reconnues comme des délits jugés au tribunal correctionnel et punis de peines d'emprisonnement allant de 5 à 10 ans de réclusion, tandis que le viol a été reconnu comme un crime, jugé en cour d'assises et passible de 15 années de réclusion criminelle (mais pouvant aller jusqu'à 20 ou 30 ans de réclusion, voire la perpétuité, selon les circonstances aggravantes).

Depuis 1980, les agressions sexuelles et le viol ont été définis de façon complète et précise dans le code pénal.

Le viol est ainsi défini par l'article 222-23 :

« Tout acte de pénétration de quelque nature que ce soit commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ».

Par la suite, les lois de 1989, 1995, 1998, 2004, 2010, 2012 et 2013 ont :

- ▶ élargi les délais de prescription des viols et des agressions sexuelles assorties de circonstances aggravantes commis sur les mineur-e-s, de 10 ans après les faits, jusqu'à actuellement 20 ans après leur majorité — et peut-être bientôt 30 ans avec une nouvelle loi en cours de vote ;
- ▶ reconnu le viol conjugal et enfin supprimé la mention de la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel ;
- ▶ redéfini la notion de contrainte morale comme pouvant résulter de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime ;
- ▶ redéfini le harcèlement sexuel ;
- ▶ étendu la définition des agressions sexuelles et du viol au fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à subir une atteinte sexuelle de la part d'un tiers ; imposé en cas d'inceste de statuer sur le retrait total ou partiel de l'autorité parentale.

La texte de la Convention ajoute qu'« un enfant victime ou témoin de violences à l'égard des femmes ou de violences conjugales doit le cas échéant, se voir accorder des mesures de protection spécifiques prenant en compte son intérêt supérieur »⁵¹.

Par ailleurs, les victimes devront bénéficier d'un soutien sensible et avisé lors du dépôt de plainte et avoir accès à des services de santé et à des services sociaux disposant des ressources adéquates, à des centres d'aide d'urgence en nombre suffisant ainsi qu'à des professionnel-le-s formé-e-s. Toujours selon la Convention, il faudra que soit renforcée « la formation adéquate des professionnels pertinents ayant affaire aux victimes ou aux auteurs de tous les actes de violence couverts par le champ d'application de la présente Convention, sur la prévention et la détection de cette violence, l'égalité entre les femmes et les hommes, les besoins et les droits des victimes, ainsi que sur la manière de prévenir la victimisation secondaire. »⁵².

Il ne reste plus qu'à espérer que la mise en œuvre de la *Convention d'Istanbul* soit effective et que les mesures qu'elle liste soient réellement appliquées en France.

⁵¹Article 56-2

Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Istanbul, 12 Avril 2011.

⁵² Article 15-1

Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Istanbul, 12 Avril 2011.

B. CONSÉQUENCES DES VIOLENCES SEXUELLES ET PRISE EN CHARGE DES VICTIMES

1. Les conséquences psychotraumatiques, état des connaissances

La naissance du concept de stress post-traumatique

Si le concept de névrose traumatique existe depuis la fin du 19^{ème} siècle ⁵³, ce n'est qu'avec les deux guerres mondiales qu'il va véritablement être développé et susciter l'intérêt des psychiatres militaires. Au début des années 1970, les graves troubles psychotraumatiques que présentent les soldats nord-américains revenus de la guerre du Vietnam entraînent un regain d'intérêt pour ce type de pathologie, qui sera désormais décrite sous la dénomination d'état de stress post-traumatique ⁵⁴.

Au même moment, Ann Burgess et Lynda Holmstrom de l'hôpital Boston City View, mettent en évidence dans leur publication de 1974, « Rape trauma syndrome » ⁵⁵, le syndrome du traumatisme du viol, décrivant les séquelles psychologiques et somatiques des victimes de violences sexuelles, qui ressemblent en tous points à celles que présentent les anciens combattants du Vietnam.

À la suite des travaux de Burgess et Holmstrom, le fait que de nombreux chercheurs publient sur le sujet, ainsi que l'influence des féministes aux États-Unis, contribuent à faire progresser la reconnaissance des traumatismes causés par les violences sexuelles.

⁵³ OPPENHEIM, Hermann, *Die traumatischen Neurosen Nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen*, Berlin, Hirschwald, 1889.

⁵⁴ VAIVA, Guillaume, LEBIGOT, François, DUCROCQ, François, GOUDEMANT, Michel, *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*, Paris, Masson, 2005, p. 21.

⁵⁵ BURGESS, Ann Wolbert, HOLMSTROM, Lynda Lytle, « [Rape Trauma Syndrome](#) », *American Journal of Psychiatry*, September 1974, Vol. 131, p. 981-986.

À partir de 1980, le trouble de stress post-traumatique est répertorié dans la troisième édition du *DSM*⁵⁶ (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*), l'ouvrage de référence publié par l'American Psychiatric Association. Il est ensuite inscrit en 1992 dans la dixième édition de la *CIM* (*Classification Internationale des Maladies*), publiée par l'OMS.

Le syndrome psychotraumatique

L'état de stress post-traumatique, ou syndrome psychotraumatique, est décrit comme un trouble psychique complexe associant notamment des symptômes anxieux et des perturbations de la mémoire, organisé autour des symptômes de reviviscence du souvenir ou de la mémoire traumatique⁵⁷. Il survient chez les individus confrontés à un ou plusieurs événements stressants vécus comme particulièrement agressifs ou dangereux et impliquant le plus souvent une menace vitale.

Pour le *DSM-IV*, un événement traumatique est défini par l'association de deux conditions :

- le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

- La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

⁵⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed (DSM-III)*, APA, Washington, DC, 1980.

⁵⁷ CROCQ, Louis, LOUVILLE, Patrice, DOUTHEAU, Carle, *et al.*, « Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective » in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie*, Elsevier, Paris, 1998, 37-113-D-10.

LA CLASSIFICATION DES TRAUMATISMES

Les traumatismes de type I, II et III

▶ Les traumatismes de type I

Selon la classification de Terr, on entend par traumatisme de type I, un événement traumatique unique présentant un commencement net et une fin précise. Ce type de traumatisme est induit par un agent stressant aigu, non abusif (catastrophe naturelle, accident, etc.).

▶ Les traumatismes de type II

Un traumatisme est dit de type II si l'événement s'est répété, s'il a été présent constamment ou s'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. Il est induit par un agent stressant chronique ou abusif (violence intra-familiale, abus sexuels, violence politique, faits de guerre, etc.).

▶ Les traumatismes de type III

Ce dernier type de traumatisme a été ajouté à la classification de Terr par Solomon et Heide pour désigner des événements multiples, envahissants et violents inscrits dans un long laps de temps. Ils sont induits par un agent stressant chronique ou abusif (camps de prisonniers de guerre et de concentration, torture, exploitation sexuelle forcée, violence et abus sexuels intra-familiaux, etc.).

Les traumatismes induits par des violences sexuelles ou par la torture doivent être assimilés aux traumatismes de type II, voire aux traumatismes de type III, même si l'agent stressant ne s'est présenté qu'une seule fois dans la vie du sujet.

Les traumatismes simples et complexes

Cette classification de Herman prend en compte l'assujettissement chronique d'une personne ou d'un groupe de personnes sur une autre.

▶ Les traumatismes simples

Les traumatismes simples peuvent être définis comme des traumatismes de type I.

▶ Les traumatismes complexes

Les traumatismes complexes ou « DESNOS » (*Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) pour le *DSM-IV*, sont le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes (camps de concentration et de prisonniers de guerre, maisons closes, violence familiale constante, violences physiques graves et constantes, agressions sexuelles durant l'enfance, groupes d'enfants victimes de la traite des êtres humains). Ils sont à rapprocher des traumatismes de type III.

TERR, Lenore C., « Childhood traumas: an outline and overview » in *American Journal of Psychiatry*, Janvier 1991, Vol. 148, Issue 1, p.10-20.

SOLOMON, Eldra, P., HEIDE, Kathleen, M., « Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma » in *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Juin 1999, Vol. 43, N°2, p. 202-210.

HERMAN, Judith, *Trauma and Recovery* [1992], New-York, Basic Books, 1997, p.119.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.* (DSM-IV), APA, Washington, DC, 1994.

À la suite d'un événement traumatique, l'apparition de symptômes psychotraumatiques transitoires est fréquemment constatée, mais l'évolution chronique vers un syndrome psychotraumatique est plus rare⁵⁸ : près de 90 % des hommes et 80 % des femmes confrontés à un événement potentiellement traumatique ne développeront pas d'état de stress post-traumatique au cours de leur existence.

Violences sexuelles et psychotraumatisme

Cependant, le risque de survenue d'un psychotraumatisme est plus élevé après certains types d'événements : le fait d'avoir subi une forme de violence interpersonnelle augmente considérablement ce risque. Les études montrent ainsi que deux tiers des victimes de viol, de tentatives de viol ou d'agression sexuelle, développent un état de stress post-traumatique. Les violences sexuelles représentent la cause la plus fréquente d'état de stress post-traumatique chez les femmes⁵⁹.

Il est aujourd'hui reconnu que les viols sont, avec la torture, les violences qui ont les conséquences psychotraumatiques les plus graves. Plus de 80% des victimes de viol développent un état de stress post-traumatique chronique associé à des troubles dissociatifs⁶⁰.

⁵⁸ KESSLER, R.C, SONNEGA, A, BROMET, E, *et al.*, « Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, Vol. 52, Issue 12, Décembre 1995, p. 1048-1060.

⁵⁹ LOUVILLE, Patrice, SALMONA, Muriel, *et al.*, « [Clinique du psychotraumatisme](#) » in *Santé Mentale*, Mars 2013, n° 176, p. 30-33, p. 30.

⁶⁰ BRESLAU, Naomi, DAVIS, Glenn C., ANDRESKI, Patricia, PETERSON, Edward, « [Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults](#) » in *Archives of General Psychiatry*, Mars 1991, Vol. 48, Issue 3, p. 216-22.

Ces troubles psychotraumatiques sont des conséquences normales des violences, qui génèrent non seulement des blessures psychiques mais également neurologiques ⁶¹ avec des dysfonctionnements importants des circuits émotionnels et de la mémoire, des atteintes de certaines structures corticales visibles sur des IRM ⁶² et des modifications épigénétiques⁶³ — qui sont heureusement réversibles grâce à la neuroplasticité du cerveau si la victime bénéficie de soins appropriés et d'un contexte bienveillant et sécurisant ⁶⁴.

Ces troubles sont pathognomoniques, c'est-à-dire qu'ils sont spécifiques et qu'ils sont une preuve médicale du traumatisme. Il s'agit d'une réponse universelle, présente chez toutes les victimes dans les jours et les semaines qui suivent un traumatisme ⁶⁵. Ils ne sont pas liés à la victime mais avant tout à la gravité de l'agression et à l'intentionnalité destructrice de l'agresseur — la vulnérabilité de la victime, le fait qu'il s'agisse d'un enfant par exemple, pouvant les aggraver. Ces troubles psychotraumatiques sont générés par des situations de peur et de stress extrêmes provoquées par les violences.

⁶¹ OQUENDO, Maria A., MILLER, Jeffrey, M., SUBLETTE, Elizabeth, « [Neuroanatomical Correlates of Childhood Sexual Abuse: Identifying Biological Substrates for Environmental Effects on Clinical Phenotypes](#) » in *The American Journal of Psychiatry*, Juin 2013, Vol. 170, Issue 6, p. 574-577.

Cette étude menée par une équipe de chercheurs internationaux a mis en évidence des modifications anatomiques, visibles par IRM, de certaines aires corticales du cerveau de femmes adultes ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance.

Ces aires corticales, qui ont une épaisseur significativement diminuée par rapport à celles de femmes n'ayant pas subi de violences, sont celles qui correspondent aux zones somato-sensorielles des parties du corps ayant été touchées lors des violences (zones génitales, anales, buccales, etc.). Et l'épaisseur de ces zones corticales est d'autant plus diminuée que les violences ont été assorties de circonstances aggravantes.

Pour en savoir plus voir l'article de la Dre Muriel Salmona :

SALMONA, Muriel, « Le cerveau des victimes de violences serait modifié : ce n'est pas irréversible » in *L'OBS Le Plus*, 18 Juin 2013, <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/889153-le-cerveau-des-victimes-de-violences-sexuelles-serait-modifie-ce-n-est-pas-irreversible.html> .

⁶² L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est une technique d'imagerie médicale permettant d'obtenir des vues en deux ou en trois dimensions de l'intérieur du corps de façon non invasive.

⁶³ PERROUD, Nader, PAOLONI-GIACOBINO, Ariane, PRADA, Paco, OLIÉ, Emilie, *et al.*, « [Increased methylation of glucocorticoid receptor gene \(NR3C1\) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma](#) » in *Translational Psychiatry*, Décembre 2011, Vol. 1, Issue 12, e59.

⁶⁴ EHLING, T., NIJENHUIS, E.R.S., KRIKKE, A., « Volume of discrete brain structures in florid and recovered DID, DDNOS, and healthy controls. » Presented at 20th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation. Chicago, 2003, November 4.

⁶⁵ BISSON, J. I., MCFARLANE, A. C., ROSE, S., « Psychological debriefing » in FOA, Edna B., KEANE, Terrence M., FRIEDMAN, Matthew. J., COHEN, Judith A., eds., *Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies: Effective treatments for PTSD*, New York, Guildford Press, 2000, p. 39-59.

Cela fait une dizaine d'années que ces mécanismes sont de mieux en mieux documentés, mais ils restent malheureusement encore peu connus des professionnel-le-s de santé en France.

Que se passe-t-il lors des violences sexuelles ?

Lors de violences inconcevables telles que les violences sexuelles, des mécanismes de survie neuro-biologiques⁶⁶ se déclenchent chez la victime pour échapper au risque psychologique, cardiologique et neurologique provoqué par une terreur et un stress extrême impossibles à contrôler par le cerveau, du fait d'un état de sidération et de paralysie psychique de celui-ci⁶⁷. Cet état de sidération, qui peut empêcher la victime de crier, de réagir et de se débattre⁶⁸, est provoqué par le caractère insensé, inconcevable et terrorisant des violences, c'est une réaction neuro-psychique normale et universelle.

Ces mécanismes de survie, qui se déclenchent en vue d'échapper au stress extrême, sont assimilables à une disjonction — avec la production par le cerveau de drogues dures endogènes proches d'un cocktail morphine-kétamine — du circuit émotionnel et de la mémoire qui « éteint » le stress et entraîne un état dissociatif accompagné d'une anesthésie émotionnelle⁶⁹.

⁶⁶ YEHUDA, Rachel, LEDOUX, Joseph, « [Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD](#) » in *Neuron*, Octobre 2007, Vol. 56, Issue 1, p. 19-32.

SALMONA, Muriel, « La mémoire traumatique » in KÉDIA, Marianne, SABOURAUD-SEGUIN, Aurore, (eds.). *L'aide-mémoire. Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, 2008, rééd. 2013.

⁶⁷ SHIN, Lisa M., RAUCH, Scott L., PITMAN, Roger K., « [Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD](#) » in *Annals New York Academy of Sciences*, Juillet 2006, Vol. 1071, p. 67-79.

⁶⁸ Lors d'une étude près de 37% des victimes de viol ont rapporté avoir expérimenté une forme de paralysie au moment des violences sexuelles.
Source : BURGESS A. W., HOLMSTROM L. L., « [Coping behavior of the rape victim](#) », in *American Journal of Psychiatry*, 1976, vol. 133, Issue 4, p. 413-418.

⁶⁹ ZIMMERMAN, Joshua M., MAREN, Stephen, « [NMDA receptor antagonism in the basolateral but not central amygdala blocks the extinction of Pavlovian fear conditioning in rats](#) » in *The European Journal of Neuroscience*, Mai 2010, Vol. 31, Issue 9, p. 1664-1670.

Cet état dissociatif provoque la sensation d'être absent, déconnecté, et spectateur de la situation, comme indifférent⁷⁰. La disjonction est également à l'origine de troubles mnésiques, par interruption des circuits d'intégration de la mémoire, provoquant des amnésies partielles ou complètes et surtout une mémoire traumatique⁷¹.

La mémoire traumatique

Cette mémoire traumatique est une mémoire émotionnelle des violences, contenue dans l'amygdale cérébrale, qui n'a pas pu être intégrée par l'hippocampe en mémoire autobiographique, celui-ci étant alors déconnecté. Elle contient non seulement les violences, leur contexte, les émotions, les douleurs et les sensations ressenties par la victime, mais également l'agresseur, sa mise en scène, ses paroles, sa haine, son mépris, son excitation. Tout y est mélangé, sans identification, ni tri, ni contrôle possible. Au moment des violences, cette indifférenciation empêchera la victime de faire une séparation entre ce qui vient d'elle et de l'agresseur. Elle pourra à la fois ressentir une terreur qui est la sienne, associée à une excitation et une jouissance perverses qui sont celles de l'agresseur. De même, il lui sera impossible de se défendre des phrases mensongères et assassines de l'agresseur : « *tu aimes ça* », « *c'est ce que tu veux* », « *c'est ce que tu mérites* ». Elles s'installeront telles quelles dans l'amygdale cérébrale où la mémoire traumatique restera piégée après les violences.

La mémoire traumatique s'apparente donc à une véritable torture : elle fait revivre à l'identique lors de réminiscences — des flash-backs et cauchemars qui envahissent le psychisme — les scènes de violences et la mise en scène de l'agresseur, avec les mêmes émotions (terreur, détresse, douleurs, sentiment de n'avoir aucune valeur, d'être nié, de n'avoir aucun droit, d'avoir mérité ces violences, etc.), comme une machine infernale à remonter le temps⁷².

⁷⁰ SALMONA, Muriel, *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013, p. 91-93.

⁷¹ SALMONA, Muriel, « [La mémoire traumatique et les conduites dissociantes](#) », in COUTANCEAU, Roland, LEMITRE, Samuel, SMITH, Joanna, (dir.), *Traumas et résilience*, Paris, Dunod, 2012.

⁷² SALMONA, Muriel, *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013, p. 80-84.

Les victimes sont alors obligées de se construire avec ces émotions et ces sensations de terreur, avec ces actes et ces propos pervers, à devoir lutter contre eux et les contrôler, souvent sans les comprendre, ni savoir où se trouve la ligne de démarcation entre leur personne et cette mémoire traumatique. **La mémoire traumatique les hante, les exproprie et les empêche d'être elles-mêmes** ⁷³, pire elle leur fait croire qu'elles sont doubles, voire triples : une personne normale (ce qu'elles sont), une moins que rien qui a peur de tout, qui ne vaut rien, une coupable dont elles ont honte (ce que l'agresseur a mis en scène et qu'elles finissent par intégrer, puisque cela tourne en boucle dans leur tête) et une personne qui pourrait devenir violente et perverse et qu'il faut sans cesse contrôler ou censurer **(ce même agresseur, avec sa violence, son excitation et sa jouissance perverses tellement présentes et envahissantes à l'intérieur d'elles-mêmes qu'elles finissent par se faire peur en le confondant avec elles-mêmes** ⁷⁴).

Les conduites dissociantes et d'évitement

Les victimes doivent donc déployer une vigilance de chaque instant pour éviter les situations qui risquent de faire exploser cette mémoire traumatique. Des conduites d'évitement et de contrôle de l'environnement se mettent alors en place. Toute situation de stress est à éviter, il est impossible de relâcher sa vigilance, dormir devient extrêmement difficile. Mais c'est rarement suffisant, et pour éteindre à tout prix une mémoire traumatique qui « s'allume », ou pour prévenir son allumage, les victimes découvrent très vite la possibilité de s'anesthésier émotionnellement grâce à des conduites dissociantes ⁷⁵, c'est-à-dire à des conduites qui augmentent brutalement leur niveau de stress pour arriver coûte que coûte à sécréter suffisamment de drogues dures endogènes (pour disjoncter malgré l'accoutumance), ou des conduites qui renforcent l'effet des

⁷³ VAN DER HART, Onno, *et al.*, *Le soi hanté*, Paris, De Boeck, 2010.

SALMONA, Muriel, « [La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité post-traumatiques : ou comment devient-on étranger à soi-même ?](#) » in *Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie*, Paris, Dunod, 2013.

⁷⁴ FERENCZI, Sándor, *Traumatisme* [1935], Paris, Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2006.

⁷⁵ SALMONA, Muriel, « [La mémoire traumatique et les conduites dissociantes](#) », in COUTANCEAU, Roland, LEMITRE, Samuel, SMITH, Joanna, (dir.), *Traumas et résilience*, Paris, Dunod, 2012.

drogues endogènes grâce à une consommation de drogues exogènes (alcool, drogues, psychotropes à hautes doses).

Ces conduites dissociantes sont des conduites à risques et des mises en danger : sur la route ou dans le sport, mises en danger sexuelles, jeux dangereux, consommation de produits stupéfiants, troubles alimentaires, violences contre soi-même, comme des auto-mutilations, violences contre autrui — l'autre servant alors de fusible grâce à l'imposition d'un rapport de force pour disjoncter. Rapidement ces conduites dissociantes deviennent de véritables addictions, avec tous les risques qu'elles peuvent représenter pour la santé des victimes.

De lourdes conséquences sur la santé

Ainsi, sans soin spécifique, les violences sexuelles et l'agresseur continuent de coloniser et de hanter le psychisme de la victime, de la torturer et de la piéger dans une peur et une insécurité permanentes par l'intermédiaire de la mémoire traumatique. C'est une bombe à retardement qui risque d'exploser des années durant, voire des dizaines d'années après, au moindre détail qui rappelle les violences. Les victimes mettent alors en place des stratégies d'évitement et des conduites à risques dissociantes, qui paraissent paradoxales, et sont souvent à l'origine de sentiments de culpabilité chez la victime, ainsi que d'un rejet par leurs proches et les professionnel-le-s qui s'en occupent.

Or, il a été démontré qu'avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance est un des déterminants principaux de la santé, même cinquante ans après⁷⁶, si aucune prise en charge n'est mise en place. Les conséquences sur la santé sont à l'aune des violences subies. Plus les violences ont été répétées et assorties de circonstances aggravantes, plus les conséquences sont importantes : risque de mort précoce par accidents, maladies et suicides, de maladies cardio-vasculaires et respiratoires, de diabète, d'obésité, d'épilepsie, de troubles de l'immunité, de troubles psychiatriques (dépressions, troubles anxieux, troubles graves de la personnalité), d'addictions, de troubles du sommeil, de

⁷⁶ FELITTI, Vincent J., ANDA, Robert F., « [The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care](#) » in LANIUS, R., VERMETTEN, E., PAIN C. (eds.), *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010, p. 77-87.

l'alimentation et de la sexualité, de douleurs chroniques invalidantes, de troubles cognitifs, etc. ⁷⁷

L'impact des violences sexuelles sur la santé des victimes est donc particulièrement important et il est urgent et indispensable que les victimes de violences sexuelles puissent bénéficier de soins et d'une prise en charge adaptée. En 2013, à la suite de la publication par l'OMS d'un rapport intitulé *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* ⁷⁸, la **D^{re} Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, déclarait d'ailleurs à ce propos que « la violence à l'encontre des femmes est un problème mondial de santé publique d'ampleur épidémique. Nous constatons également que les systèmes de santé du monde peuvent et doivent en faire plus pour les femmes victimes de violences. »** ⁷⁹.

⁷⁷ McFARLANE, Alexander C., « [The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences](#) » in *World Psychiatry*, Février 2010, Vol. 9, Issue 1, p. 3-10.

⁷⁸ World Health Organization, *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*, Genève, WHO, 2013.

⁷⁹ Source : Communiqué de presse de l'Organisation mondiale de la Santé, http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/fr/, 20 juin 2013.

2. Le soin et la prise en charge des victimes de violences sexuelles

L'importance de la prise en charge

Tous ces symptômes psychotraumatiques, qui traduisent une grande souffrance chez les victimes de violences sexuelles, sont encore très méconnus car les professionnel-le-s y sont rarement formé-e-s. Ils sont le plus souvent interprétés comme provenant de la personne elle-même, de sa nature, de son sexe, de sa personnalité, de sa mauvaise volonté, de ses provocations, ou sont étiquetés comme des maladies mentales ou des déficiences intellectuelles. La personne est alors considérée comme étant à l'origine de ses symptômes et de sa souffrance. C'est avec ces rationalisations que les suicides, les conduites à risque, les explosions de mémoire traumatique et les états dissociatifs traumatiques seront mis sur le compte de troubles de la personnalité (border-line), de « troubles du comportement » ou de « problèmes éducatifs » chez les enfants, de dépressions, voire même de psychoses, les violences sexuelles subies n'étant presque jamais évoquées comme cause principale, et la question : « avez-vous subi des violences ? » n'étant que très rarement posée. Plus grave, bien que l'on sache que les conséquences psychotraumatiques seront d'autant plus lourdes que la victime est mineure, de nombreux enfants victimes, alors même qu'ils sont placés pour être protégés, ne recevront aucun soin.

Or, les soins sont essentiels : la mémoire traumatique doit être traitée. Si la prise en charge spécifique est suffisamment précoce, dans les 12 heures qui suivent les violences ⁸⁰, elle peut même éviter l'installation d'une mémoire traumatique et de troubles psychotraumatiques. Le rôle du soignant est d'aider la victime à faire des liens, à comprendre, à sortir de la sidération en démontant le système agresseur, à petit à petit désamorcer la mémoire traumatique et à l'intégrer en mémoire autobiographique, décolonisant ainsi la victime des violences et du système agresseur ⁸¹.

⁸⁰ ROTHBAUM, Barbara O., KEARNS, Megan C., PRICE, Matthew, MALCOUN, Emily, DAVIS, Michael, RESSLER, Kerry J. *et al.*, « [Early Intervention May Prevent the Development of PTSD: A Randomized Pilot Civilian Study with Modified Prolonged Exposure](#) » in *Biological Psychiatry*, Décembre 2012, Vol. 72, Issue 1, p. 957-963.

⁸¹ SALMONA, Muriel, *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013, p. 311.

La thérapie intégrative ou comment désamorcer la mémoire traumatique

Selon la Dr^e Muriel Salmona, le désamorçage de la mémoire traumatique est rendu possible par une psychothérapie dite « intégrative » qui comporte quatre étapes : une étape d'information sur les mécanismes à l'œuvre, une étape de compréhension et de décolonisation qui consiste à comprendre les mécanismes à l'œuvre et à démonter la stratégie de l'agresseur afin de parvenir à déminer la mémoire traumatique, ce qui rend dès lors possible la troisième étape, qui est l'exposition par l'imagination aux événements déclencheurs liés à l'événement traumatique. La mémoire traumatique peut ainsi être enfin intégrée en mémoire autobiographique lors de la dernière étape.

« le travail psychothérapique consiste à faire des liens en réintroduisant des représentations mentales pour chaque manifestation de la mémoire traumatique (perfusion de sens), ce qui va permettre de réparer et de rétablir les connexions neurologiques qui ont subi des atteintes et même d'obtenir une neurogénèse. Il s'agit de « réparer » l'effraction psychique initiale, la sidération psychique liée à l'irreprésentabilité des violences — effraction responsable d'une panne psychique qui rend le cerveau incapable de contrôler la réponse émotionnelle, ce qui est à l'origine du stress dépassé, du survoltage, de la disjonction, puis de l'installation d'une dissociation et d'une mémoire traumatique. Cela se fait en « revisitant » le vécu des violences, accompagné pas à pas par un « démineur professionnel » avec une sécurité psychique offerte par la psychothérapie et si nécessaire par un traitement médicamenteux, pour que ce vécu puisse petit à petit devenir intégrable, car mieux représentable, mieux compréhensible, en mettant des mots sur chaque situation, sur chaque comportement, sur chaque émotion, en analysant avec justesse le contexte, ses réactions, le comportement de l'agresseur.

Tout symptôme, tout cauchemar, tout comportement qui n'est pas reconnu comme cohérent avec ce que l'on est fondamentalement, toute pensée, réaction, sensation incongrue, doivent être disséqués pour les relier à leur origine, pour les éclairer par des liens qui permettent de les mettre en perspective avec les violences subies. Par exemple une odeur qui crée un malaise, donne envie de vomir se rapporte à une odeur de l'agresseur, une douleur qui suscite un état de panique se rapporte à une douleur ressentie lors de l'agression, un bruit qui paraît intolérable et angoissant est

un bruit entendu lors des violences, une heure de la journée peut être systématiquement angoissante, entraîner une prise d'alcool, des conduites boulimiques, des raptus suicidaires, des auto-mutilations s'il s'agit de l'heure de l'agression, des « fantasmes sexuels » violents, très dérangeants, mais qui s'imposent dans l'esprit de la victime, ne sont que des réminiscences traumatiques des violences sexuelles subies.

Cette analyse poussée permet au cerveau associatif et à l'hippocampe de re-fonctionner et de reprendre le contrôle des réactions de l'amygdale cérébrale, et d'encoder la mémoire traumatique émotionnelle pour la transformer en mémoire autobiographique consciente et contrôlable. De plus il a été démontré qu'une prise en charge spécialisée permettait de récupérer des atteintes neuronales liées au stress extrême lors du traumatisme, avec une neurogénèse et une amélioration des liaisons dendritiques visibles sur des IRM ⁸².

Rapidement, ce travail se fait quasi automatiquement et permet de sécuriser le terrain psychique, car lors de l'allumage de la mémoire traumatique le cortex pourra désormais contrôler la réponse émotionnelle et apaiser la détresse, sans avoir recours à une disjonction spontanée ou provoquée par des conduites dissociantes à risque. Il s'agit pour les patient-e-s de devenir expert-e-s en « déminage » et de poursuivre le travail seul-e-s, les conduites dissociantes ne sont plus nécessaires et la mémoire traumatique se décharge de plus en plus, la sensation de danger permanent s'apaise et petit à petit il devient possible de se décoloniser de la mémoire traumatique et de retrouver sa cohérence, d'arrêter de survivre pour vivre enfin. » ⁸³

⁸² EHLING, T., NIJENHUIS, E.R.S., KRIKKE, A., « Volume of discrete brain structures in florid and recovered DID, DDNOS, and healthy controls. » Presented at 20th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Chicago, 2003, November 4.

⁸³ SALMONA, Muriel, « Le viol, crime absolu » in doss. « Le traumatisme du viol », *Santé Mentale*, Mars 2013, n°176.

Les autres méthodes thérapeutiques spécialisées

Les thérapies cognitives et comportementales sont des thérapies de courte durée, validées scientifiquement, qui aident les patients à se confronter à tout ce qui génère chez eux de l'anxiété et visent à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité. Ces thérapies aident les victimes à dépasser progressivement leurs symptômes invalidants, tels que les stratégies d'évitement, le stress, les phobies, les conduites à risques, etc.

Elles utilisent des techniques d'exposition, de thérapie cognitive et de gestion de l'anxiété et sont réputées dans le traitement de l'état de stress post-traumatique, car plusieurs études contrôlées ont montré leur effet sur l'atténuation des symptômes ⁸⁴.

Cependant, ces thérapies présentent l'inconvénient de ne s'intéresser qu'à la partie émergée de l'iceberg, traitant les symptômes plutôt que leur origine. La mémoire traumatique n'étant pas déminée, la victime risque de développer de nouveaux symptômes et de nouvelles conduites dissociantes qui pourront être encore plus handicapants ou dangereux que les précédents. Il est donc essentiel d'associer ce type de thérapie à une psychothérapie intégrative pour traiter la mémoire traumatique en même temps que les symptômes.

Les thérapies d'exposition sont des méthodes thérapeutiques dont l'efficacité a été démontrée dans le traitement des psychotraumatismes ⁸⁵.

Deux formes d'exposition sont utilisées dans le traitement de l'état de stress post-traumatique : l'exposition imaginaire et l'exposition réelle à des événements déclencheurs liés à l'évènement traumatique. L'exposition imaginaire consiste à faire raconter à la

⁸⁴ BISSON, Jonathan, ANDREW, Martin, *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*, Cochrane Library, Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group, 2007.

⁸⁵ BRADLEY, Rebekah, GREENE, Jamelle, RUSS, Eric, DUTRA, Lisa, WESTEN, Drew, « [A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD](#) » in *American Journal of Psychiatry*, Février 2005, Vol. 162, Issue 2, p. 214-227.

victime des souvenirs de l'évènement traumatique de façon systématique, prolongée et répétitive, alors que lors de l'exposition réelle, elle se confronte directement à des événements déclencheurs liés au traumatisme.

Cette méthode est fondée sur l'idée que la peur est une structure mnésique qui renferme des informations sur les stimuli redoutés et donc déclencheurs, sur les réactions physiologiques, comportementales et cognitives suscitées par ces stimuli, ainsi que sur la signification du lien de cause à effet entre les stimuli et la réaction de réponse.

Le but de l'exposition est de transformer la réponse émotionnelle brute de réaction à un stimuli anxiogène en une réponse rationnelle, en permettant au patient ou à la patiente de comprendre et traiter cette information émotionnelle. Ce traitement de l'information vient ensuite modifier la structure mnésique à la base de la peur et évite ainsi l'activation des réponses de peur ⁸⁶.

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) est une méthode thérapeutique brève découverte de façon fortuite aux États-Unis par Francine Shapiro à la fin des années 1980 ⁸⁷, elle consiste à demander à la personne traitée de penser au traumatisme vécu et de se concentrer sur les émotions qu'elle ressent tout en suivant des yeux de gauche à droite les mouvements de la main du thérapeute.

L'idée maîtresse est de créer un cadre sécurisant pour que la personne prise en charge puisse se remémorer les événements traumatiques et mettre en place des reconnections de modules de traitement de l'information (émotionnels, mnésiques et comportementaux) dissociés par le trauma, sans craindre d'être traumatisée à nouveau par ce rappel du trauma. Une stimulation sensorielle telle que des mouvements oculaires ou des stimulations sensorielles bilatérales semble être utile pour provoquer ces reconnections et serait expliquée par un modèle neurologique où l'activation alternée des

⁸⁶ FOA, Edna B., STEKETEE, Gail, OLASOV ROTHBAUM, Barbara, « [Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder](#) » in *Behavior Therapy*, 1989, Vol. 20, Issue 2, p. 155-176.

⁸⁷ SHAPIRO, Francine, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*, New York, Guilford Press, 1995.

hémisphères cérébraux faciliterait un travail de reconnexion des modules de traitement de l'information.

Bien que plusieurs études aient démontré l'efficacité de l'*EMDR*, cette méthode thérapeutique reste encore controversée en raison de ses effets dissociants, qui pourraient avoir des conséquences néfastes sur des sujets déjà très dissociés. En France, la *Haute Autorité de Santé* a reconnu son efficacité pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique en 2004 ⁸⁸, suite à la publication d'une étude comparative de l'*INSERM* (Institut national de la santé et de la recherche médicale) ⁸⁹.

L'hypnothérapie est une méthode thérapeutique brève et dissociante, reposant sur l'induction d'un état hypnotique chez le sujet traité. Il n'existe que peu d'études sur son efficacité dans le traitement des psychotraumatismes ⁹⁰, mais elle est employée dans le traitement de ces troubles depuis la fin du 19^{ème} siècle.

Sigmund Freud ⁹¹ et Pierre Janet ⁹² avaient remarqué l'existence de liens entre hypnose, dissociation et traumatisme, ils considéraient que le sujet expérimentait un état proche de l'état d'hypnose au moment d'un événement traumatique. Avant de l'abandonner au profit de la cure analytique, Freud utilisait cette méthode pour induire chez ses patientes hystériques un état modifié de conscience, dans le but de faire remonter le souvenir des événements traumatiques et de libérer les émotions ressenties au moment du trauma.

L'hypnose, comme le traumatisme subi, induit donc un état dissociatif. Utilisée dans un cadre thérapeutique et protégé, la dissociation créée par l'hypnose faciliterait l'accès

⁸⁸ Haute Autorité de Santé, *Guide Haute Autorité de Santé*, HAS, Juin 2007, p. 18.

⁸⁹ Institut national de la santé et de la recherche médicale, *Psychotherapy: An evaluation of three approaches*, INSERM, Paris, France, 2004.

⁹⁰ L'hypnothérapie ne bénéficie que d'un faible niveau de preuve pour le traitement de l'état de stress post-traumatique.

Source : FOA, Edna B., KEANE, Terrence M., FRIEDMAN, Matthew J., « [Guidelines for Treatment of PTSD](#) » in *Journal of Traumatic Stress*, 2000, Vol.13, Issue 4, p. 539-588.

⁹¹ FREUD, Sigmund, BREUER, Joseph, *Études sur l'hystérie* [1895], Paris, PUF, 2002.

⁹² JANET, Pierre, *L'automatisme psychologique* [1889], Paris, Société Pierre Janet Édition, Alcan, 1973.

aux souvenirs lorsque la mémoire du sujet est fragmentée ou qu'il présente une amnésie traumatique, et permettrait de pouvoir moduler les décharges émotionnelles liées au trauma ⁹³. Habituees à se dissocier, les victimes de traumatisme présentent un haut potentiel d'hypnotisabilité ⁹⁴ qui sera mis à profit en thérapie au lieu d'être considéré comme un état pathologique.

Cependant, l'hypnose suscite toujours des critiques : on peut en effet craindre une accentuation des symptômes dissociatifs et une pérennisation du psychotraumatisme avec l'utilisation de ces techniques.

Les psychothérapies psychodynamiques, sont des thérapies qui peuvent être aussi bien brèves et intensives qu'installées dans la durée, et qui, plutôt que de se focaliser sur les symptômes, sont centrées sur la verbalisation. Elles se proposent de travailler sur le vécu de l'événement traumatique, dans le but de modifier les rapports qu'entretient le sujet avec son trauma et de l'aider à surmonter ses résistances internes à éprouver des sentiments sur son vécu traumatique. C'est une méthode psychothérapeutique qui s'attaque à la source des symptômes, mais qui apporte de ce fait des résultats moins spectaculaires que les thérapies uniquement ciblées sur les symptômes.

Elle est souvent préconisée ⁹⁵, mais rares sont les études qui ont pu prouver son efficacité dans le traitement de l'état de stress post-traumatique ⁹⁶.

⁹³ SMAGA, Daniel, « [La place de l'hypnose dans le traitement des syndromes psychotraumatiques](#) » in *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 2008, Vol.159, Issue 8, p. 506–510.

⁹⁴ CARDEÑA, Etzel, « [Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention](#) » in *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 2000, Vol. 48, n°2, p. 225-238.

⁹⁵ BURGESS, Ann Wolbert, HOLMSTROM, Lynda Lytle, *Rape: Victims of crisis*, Bowie, MD, R.J. Brady, 1974.

EVANS, Hannah, « [Psychotherapy for the Rape Victim: Some Treatment Models](#) » in *Hospital and Community Psychiatry*, Mai 1978, Vol. 29, Issue 5, p. 309-312.

⁹⁶ FOA, Edna B., OLASOV ROTHBAUM, Barbara, *Traiter le traumatisme du viol*, Paris, Dunod, coll. "Psychothérapies Pratiques", 2012, p. 45-49.

D'autres thérapies peuvent être utiles en complément, comme des thérapies corporelles, avec médiation (art-thérapie, relaxation, sophrologie, etc.).

Pharmacothérapie

Toutes ces méthodes thérapeutiques peuvent être accompagnés d'un traitement pharmacologique. Les médicaments de référence aujourd'hui reconnus dans le traitement de l'état de stress post-traumatique sont les antidépresseurs dits sérotoninergiques ⁹⁷, des anxiolytiques et des hypnotiques peuvent y être associés en cas d'anxiété importante et de troubles du sommeil.

Des liens ont été établis entre la consommation d'antidépresseurs et le risque de passage à l'acte suicidaire ⁹⁸, il est donc particulièrement important que la prescription d'un tel traitement s'accompagne d'une prise en charge thérapeutique adaptée, les risques de tentatives de suicide à répétition étant huit fois plus élevés chez les victimes de violences sexuelles que dans la population générale ⁹⁹.

Par ailleurs, les bêta-bloquants sont efficaces pour réduire le stress et permettent donc de limiter les conduites dissociantes à risques des sujets en état de stress post-traumatique ¹⁰⁰.

⁹⁷ VAIVA, Guillaume, LEBIGOT, François, DUCROCQ, François, GOUEMAND, Michel, *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*, Paris, Masson, 2005, p. 71.

⁹⁸ STONE, Mark B., LAUGHREN, Thomas, JONES, M. Lisa, LEVENSON, Mark, HOLLAND, P. Chris, HUGHES, Alice, « [Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration](#) », *BMJ*, 2009.

⁹⁹ BROWN, Jocelyn, COHEN, Patricia, JOHNSON, Jeffrey G., SMAILES, Elizabeth M., « [Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality](#) », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Décembre 1999, Vol.38, Issue 12, p. 1490-1496.

¹⁰⁰ PITMAN, Roger K., SANDERS, Kathy M., ZUSMAN, Randall M., HEALY, Anna R., CHEEMA, Farah, LASKO, Natasha B. *et al.*, « [Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol](#) » in *Biological Psychiatry*, Janvier 2002, Vol. 51, Issue 2, p. 189-192.

HURLEMANN, R., WALTER, H., REHME, A. K., KUKOLJA, J., SANTORO, S. C., SCHMIDT, C. *et al.*, « [Human amygdala reactivity is diminished by the \$\beta\$ -noradrenergic antagonist propranolol](#) » in *Psychological Medicine*, Novembre 2010, Vol. 40, Issue 11, p. 1839-1848.

Les insuffisances

Il a été démontré que plus une thérapie est focalisée sur le trauma, plus elle est efficace pour traiter les symptômes psychotraumatiques ¹⁰¹. Cependant, aucune de ces méthodes thérapeutiques ne mentionne explicitement la nécessité de soigner la mémoire traumatique en la réintégrant en tant que mémoire autobiographique. Toutes présentent un intérêt certain dans le traitement des psychotraumatismes et notamment de leurs symptômes les plus gênants mais ne paraissent pas forcément adaptées pour le traitement de traumatismes complexes ¹⁰² dus à des violences graves, intentionnelles et parfois répétées, comme dans le cas des violences sexuelles.

Il est important, pour augmenter leur efficacité curative, particulièrement dans le cas des psychotraumatismes dus à des violences sexuelles, qu'elles soient accompagnées d'un travail de restauration de la personnalité et d'une psychothérapie intégrative prenant en compte l'existence d'une mémoire traumatique et le fait que les conduites dissociantes et d'évitement que l'on retrouve chez les victimes de violences sont des conduites de sauvegarde et de préservation.

Toutes ces thérapies ont néanmoins l'intérêt d'être centrées sur le traumatisme subi et de tenir compte, dans une certaine mesure, des atteintes neurologiques touchant les circuits émotionnels et les circuits de la mémoire. Malheureusement, nombreuses sont les victimes de violences sexuelles qui n'y ont pas accès, par manque d'informations, ou par manque de formation des professionnel-le-s de santé ; les soins qui leur sont proposés ne sont que trop rarement centrés sur la cause traumatique de leurs troubles. Il est donc capital que les victimes de violences sexuelles soient correctement orientées et puissent avoir accès à ce type de thérapie spécialisée.

¹⁰¹ BISSON, Jonathan, ANDREW, Martin, *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*, Cochrane Library, Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group, 2007.

¹⁰² Voir encadré « Classification des traumatismes », p. 48.

Les intervenant-e-s de la prise en charge

La plupart du temps, la prise en charge est assurée par des psychothérapeutes, qui peuvent aussi bien être des médecins psychiatres, que des psychologues ou des psychanalystes.

Pendant longtemps, le titre de psychothérapeute ne faisait l'objet d'aucune réglementation en France, et tout un chacun pouvait donc s'en prévaloir sans formation ni contrôle de l'activité. Afin de contrer d'éventuelles dérives, le législateur français s'est prononcé depuis peu en faveur de l'encadrement du titre de « psychothérapeute »¹⁰³. Le titre de psychothérapeute est donc désormais sanctionné par la validation d'un cycle de spécialisation théorique et pratique en psychopathologie effectué après des études universitaires de médecine (doctorat de médecine), de psychologie (M2 de psychologie) ou de psychanalyse (M2 de psychanalyse). Il constitue un titre commun partagé par des professionnel-le-s issu-e-s de formations distinctes et complémentaires. Les psychothérapeutes sont inscrit-e-s au registre ADELI qui regroupe l'ensemble des professionnel-le-s de santé, ils et elles exercent sous la surveillance de l'agence régionale de santé, dont ils et elles dépendent, et un registre des psychothérapeutes peut être consulté en préfecture.

Par dérogation, certain-e-s professionnel-le-s ne disposant pas des diplômes universitaires exigibles, mais pouvant justifier de plus de cinq années d'exercice à la date de parution de loi peuvent être admis-es à porter le titre de psychothérapeute après un passage devant une commission spécialisée et un éventuel complément de formation.

¹⁰³ [L'article 52 de la loi du 9 août 2004](#), appelé parfois « amendement Accoyer », visait à réglementer l'usage du titre de psychothérapeute. Mais à la suite d'une intervention du Conseil d'État, jugeant la formulation de cette loi ambiguë, il devint impossible d'en publier les décrets d'application. La loi du 24 juin 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires » (article 91) a modifié cette première version de la loi et institué l'obligation d'une formation universitaire pour tous les nouveaux psychothérapeutes. En levant la contradiction interne de la première version de la loi, ces modifications ont permis la parution de son décret d'application. Celui-ci a été publié le 20 mai 2010 ([Décret du 20 mai 2010 n° 2010-534](#)) et d'éventuelles sanctions pour usage illégal du titre de psychothérapeute sont donc applicables depuis le 1er juillet 2010, date de son entrée en vigueur.

Le remboursement des soins

Cependant, les psychothérapies ne sont remboursées par l'assurance maladie et les complémentaires santé que si elles sont pratiquées par des psychiatres ou effectuées dans un centre médico-psychologique. Certaines complémentaires santé peuvent néanmoins rembourser une partie des honoraires versés par les patient-e-s à leurs psychothérapeutes.

Il n'est pas toujours aisé pour les victimes de trouver un-e médecin psychiatre formé-e et les coûts d'une psychothérapie non remboursée peuvent s'avérer très importants, toutes les victimes ne peuvent donc pas les supporter financièrement. Quant à l'offre de centres médico-psychologiques, elle est loin d'être idéale, il faut parfois attendre plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous et il y est très difficile de changer de psychothérapeute si la prise en charge n'est pas jugée satisfaisante.

Par ailleurs, selon un article peu connu et trop rarement appliqué du code de la sécurité sociale, l'article L322-3 ¹⁰⁴, la participation financière de l'assuré-e peut être limitée ou supprimée pour des soins médicaux consécutifs aux sévices sexuels subis par des mineur-e-s victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal, c'est-à-dire des mineur-e-s victimes :

- de viol : « *tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise* » ;
- d'atteintes sexuelles commises avec violence, contrainte, menace ou surprise autres que le viol ;
- mais aussi, pour les mineur-e-s de moins de 15 ans, toute atteinte sexuelle exercée sans violence, contrainte, menace ni surprise si elle est commise par un majeur ;
- et pour les mineur-e-s de 15 à 18 ans, toute atteinte sexuelle exercée sans violence, contrainte, menace ni surprise, si elle est commise par un ascendant, une personne ayant autorité ou abusant de l'autorité qui lui est conférée.

¹⁰⁴ Décret 2001-833 du 13 septembre 2001, [article L. 322-3 15° du code de la sécurité sociale](#).

L'exonération est fixée pour la durée du traitement, si nécessaire au-delà de la majorité de la victime, et peut être prolongée autant que nécessaire, l'assurance maladie peut être saisie par l'assuré-e ou par son médecin, en collaboration avec le médecin traitant et avec l'accord du patient ou de la patiente par l'intermédiaire du protocole d'examen spécial, ou encore par la justice si une procédure est en cours.

Par ailleurs, il existe d'autres cas de figure permettant une exonération du ticket modérateur ¹⁰⁵ : les réparations chirurgicales des mutilations génitales sont prises en charge à 100%, ainsi que les soins pour les victimes de violences sexuelles qui n'étaient pas mineures au moment des faits — par l'intermédiaire de l'exonération du ticket modérateur dans le cadre d'une ALD 30 (affection de longue durée) pour troubles graves de la personnalité (les troubles psychotraumatiques sont des troubles graves de la personnalité) ou troubles anxio-dépressifs sévères et chroniques.

Les soins prodigués dans le cadre d'un suivi dans un CMPP (centre médico-psycho-pédagogique), d'un CMP (centre médico-psychologique), ou d'une consultation gratuite et anonyme pour victimes de violences, sont également gratuits.

Le manque de formation des professionnel-le-s de santé

Qu'ils ou elles soient psychothérapeutes ou non, la majorité des professionnel-le-s de santé ne sont malheureusement pas formé-e-s à dépister et à prendre en charge les victimes de violences sexuelles. Les victimes attendent souvent des années avant de pouvoir bénéficier de soins adaptés, et même quand les violences sexuelles sont connues et prises en charge précocement, les soins restent souvent insuffisants.

En Belgique, une étude effectuée dans un hôpital public universitaire ¹⁰⁶ auprès de 356 femmes admises aux urgences entre janvier 2002 et décembre 2007, suite à une plainte pour viol ou agression sexuelle, révèle que près de 90 % d'entre elles n'ont pas

¹⁰⁵ Prise en charge à 100%, hors dépassement d'honoraires, par la sécurité sociale, sur la base de remboursement de celle-ci.

¹⁰⁶ l'Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles.

reçu les soins optimaux ¹⁰⁷. Or, les violences sexuelles représentent une urgence à la fois médico-légale (recherche de preuves et certificat médical) et médicale (soins somatiques et psychologiques, contraception d'urgence, prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles).

Nous ne disposons pas d'études de ce type pour la France, mais la situation y est sensiblement la même ; la mise en place de protocoles spécifiques paraît donc indispensable pour améliorer la prise en charge en urgence des victimes de violences sexuelles.

Par ailleurs, il n'existe à l'heure actuelle aucune formation de tronc commun pour les étudiant-e-s des formations médicales et paramédicales. Or, l'incapacité des professionnel-le-s de santé à dépister les violences, et donc l'état de stress post-traumatique, les conduisent parfois à diagnostiquer des troubles de la personnalité

¹⁰⁷ 356 dossiers, concernant des victimes de violences sexuelles de sexe féminin de plus de 15 ans admises aux urgences de l'Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles entre janvier 2002 et décembre 2007, ont été analysés. Source : GILLES, Christine, *La prise en charge des agressions sexuelles*, Service de Gynécologie, CHU Saint-Pierre, Bruxelles, Mardi 10 Novembre 2009, présentation lors du Séminaire des services d'urgences IRIS, diapositives n°38 et 46.

borderline ¹⁰⁸ ou psychotiques ¹⁰⁹ lorsqu'ils ou elles sont confronté-e-s aux conduites dissociantes et aux troubles des victimes, notamment lorsque l'état de stress post-traumatique est lié à des violences subies durant l'enfance. Les victimes se retrouvent donc trop souvent hospitalisées à répétition en psychiatrie, étiquetées « malades mentales » et condamnées à subir des traitements lourds et inadaptés à base de psychotropes et de sismothérapie (électrochocs) ¹¹⁰.

De même, il est probable que les troubles neuro-dégénératifs présentés par les personnes âgées, souvent étiquetés comme démences ou maladie d'Alzheimer, soient des conséquences de violences subies. Aux États-Unis, une étude a démontré que les vétérans qui présentaient un état de stress post-traumatique avaient un risque près de deux fois plus élevé de développer une forme de démence que ceux qui n'en souffraient

¹⁰⁸ De nombreuses études ont établi un lien entre les troubles de la personnalité borderline et le trouble de stress post-traumatique.

Lors d'une étude menée aux États-Unis dans le département de Psychiatrie de l'University of Oklahoma College of Medicine en 1995, des expériences traumatiques ont été rapportées par 70,7% de sujets bordelines.

Source : SANSONE, Randy A., SANSONE, Lori A., WIEDERMAN, Michael, « [The prevalence of trauma and its relationship to borderline personality symptoms and self-destructive behaviors in a primary care setting](#) » in *Archives of Family Medicine*, Mai 1995, Vol. 4, Issue 5, p. 439-442.

Une autre étude datant de 1993 démontre qu'il existe un lien entre les troubles borderline et le trouble de stress post-traumatique et que le trouble de la personnalité borderline est souvent formé en partie par des traumas.

Source : GUNDERSON, John G., SABO, Alex N., « [The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD](#) » in *American Journal of Psychiatry*, Janvier 1993, Vol. 150, Issue 1, p. 19-27.

¹⁰⁹ Une étude menée en Angleterre en 2011 a montré que le fait d'avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 16 ans était fortement associé aux troubles psychotiques. Toujours selon l'étude, il pourrait exister une causalité entre les violences sexuelles vécues enfant et le fait de développer un trouble psychotique.

Source : BEBBINGTON, Paul, JONAS, Sarah, KUIPER, Elizabeth, KING, Michael, COOPER, Claudia, BRUGHA, Traolach, *et al.*, « [Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England](#) » in *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, Juin 2011, Vol. 199, Issue 1, p. 29-37.

Une autre étude a rapporté l'existence de taux élevés de syndrome de stress post-traumatique chez les patient-e-s atteint-e-s de maladies mentales graves.

Source : MUESER, Kim T., SALYERS, Michelle P., ROSENBERG, Stanley D., GOODMAN, Lisa A., ESSOCK, Susan M., OSHER, Fred C., *et al.*, « [Interpersonal Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Patients With Severe Mental Illness: Demographic, Clinical, and Health Correlates](#) » in *Schizophrenia Bulletin*, 2004, Vol. 30, n°1, p. 45-57.

¹¹⁰ SALMONA, Muriel, *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013, p. 292.

pas, établissant ainsi un lien entre le syndrome de stress post-traumatique et les syndromes démentiels ¹¹¹.

En France, nous sommes concrètement très en retard en ce qui concerne la prise en compte des conséquences psychotraumatiques des violences. Mis à part dans les domaines de la psychiatrie militaire et de catastrophe (CUMP, cellules d'urgence médico-psychologiques ¹¹²), les médecins psychiatres qui bénéficient d'une connaissance et d'une expérience dans ce domaine sont peu nombreux, et pour cause : malgré une multitude d'articles scientifiques internationaux publiés chaque année sur le sujet, et la forte prévalence de l'état de stress post-traumatique dans la population française ¹¹³, la psychotraumatologie n'est pas une discipline enseignée en France, ni en psychiatrie, ni en faculté de psychologie. Il existe bien quelques diplômes universitaires spécialisés, et des cours sont dispensés dans certaines formations en psychologie, mais la psychotraumatologie reste malheureusement une discipline confidentielle en France.

La formation est pourtant utile aux professionnel-le-s

En 2008, dans le cadre de la formation de plus de 400 professionnel-le-s aux violences et à leurs conséquences psychotraumatologiques, la D^{re} Muriel Salmona et le

¹¹¹ Etude prospective conduite entre 2000 et 2007 auprès de 181 093 vétérans âgés de 55 ans et plus ne présentant pas de démence entre 1997 et 2000 (dont 53 155 vétérans présentant un état de stress post-traumatique et 127 938 n'en présentant pas).

YAFFE, Kristine, VITTINGHOFF, Eric, LINDQUIST, Karla, BARNES, Deborah, COVINSKY, Kenneth E., NEYLAN, *et al.*, « [Posttraumatic Stress Disorder and Risk of Dementia Among US Veterans](#) » in *Archives of General Psychiatry*, Juin 2010, Vol. 67, Issue 6, p. 608-613.

¹¹² Cellules constituées de psychiatres, psychologues cliniciens et infirmiers psychiatriques créées en 1995 à la suite de l'attentat dans le RER à la station Saint-Michel pour prodiguer des soins immédiats aux victimes d'attentats, de catastrophes et d'accidents collectifs.

¹¹³ La prévalence sur la vie entière de l'état de stress post-traumatique est de 3,9% en France, avec une prévalence annuelle de 2,2%.

Source : LÉPINE, J.P., GASQUET, I., KOVESS, V., ARBABZADEH-BOUCHEZ, S., NEGRE-PAGÈS, L., NACHBAUR, G., GAUDIN, A.F., « [Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique](#) », ESEMed/MHEDEA, 2000 in *Encéphale*, 2005, Vol. 31, p.182-194.

Elle est deux fois plus élevée chez la femme que chez l'homme.

Source : KESSLER, Ronald C., SONNEGA, Amanda, BROMET, Evelyn, HUGUES, Michael, NELSON, Christopher B., « [Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey](#) » in *Archives of General Psychiatry*, Décembre 1995, Vol. 52, Issue 12, p. 1048-1060.

sociologue Pierre Chalmeton ont conduit une étude pilote ¹¹⁴ auprès d'une soixantaine de professionnel-le-s (issu-e-s du secteur médical dans 50% des cas, et du secteur social, éducatif et judiciaire pour l'autre moitié). Ces professionnel-le-s ont rempli un questionnaire détaillé quelques mois après la formation. Avant la formation, une grande majorité d'entre eux et elles se sentaient impuissant-e-s, inefficaces, seul-e-s et déstabilisé-e-s par les conduites et les comportements paradoxaux des victimes. La formation est donc jugée très utile par ces professionnel-le-s — en particulier par les médecins — qui rencontraient des difficultés pour identifier les symptômes et encore plus pour comprendre les mécanismes en jeu dans les psychotraumatismes.

Suite à la formation, les professionnel-le-s rapportaient se sentir plus concerné-e-s et disposer d'une meilleure compréhension de la nature et de la gravité des conséquences psychotraumatiques des violences. Les trois quarts témoignaient rencontrer moins de difficultés pour prendre en charge les victimes, même si cette prise en charge restait difficile. Par ailleurs, selon leurs réponses, la formation semble faciliter le dépistage en permettant une meilleure compréhension des victimes, une plus grande aisance à aborder le sujet et donc à poser la question des violences. Les professionnel-le-s interrogé-e-s ont également rapporté avoir une meilleure appréhension de la conduite à tenir, de ce qu'il faut dire, ne pas dire, des ressources et des solutions existantes.

Deux tiers des professionnel-le-s et 90% des médecins généralistes estiment que les formations leur ont permis de transmettre les connaissances nouvellement acquises aux victimes, l'impact du diagnostic et des informations données aux patient-e-s/usagers-gères étant rapporté comme très positif. Enfin, les professionnel-le-s formé-e-s apparaissent comme très demandeurs-euses d'autres formations complémentaires pour approfondir et surtout avoir plus d'exemples cliniques et d'échanges sur les pratiques. Et 95% d'entre elles et eux considèrent qu'une assistance téléphonique d'expertise proposant une aide au dépistage, au diagnostic, à la prise en charge et à l'orientation pour mieux travailler en réseau, leur serait utile.

¹¹⁴ SALMONA, Muriel (dir.), CHALMETON, Pierre, *Étude pilote menée dans les Hauts-de-Seine sur les conséquences psychotraumatiques des victimes de violences conjugales et/ou sexuelles et sur l'impact d'une formation sur les violences et leurs conséquences psychotraumatiques sur la prise en charge des femmes victimes de violences*, présentée à la DDFE (Délégation départementale aux Droits des femmes et à l'égalité) de Nanterre (92), le 9 avril 2008.

À la suite de cette enquête, et à la demande des enquêté-e-s, des brochures d'information sur les conséquences médicales des violences ¹¹⁵, destinées aux victimes et aux professionnel-le-s, ont été réalisées par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, avec le soutien de la préfecture des Hauts-de-Seine en 2009, puis de celle d'Ile-de-France en 2012.

Il est essentiel que les professionnel-le-s de santé posent la question des violences de façon systématique

Pour dépister et diagnostiquer les pathologies des patient-e-s encore faut-il poser les bonnes questions, sinon on ne risque pas d'avoir de réponses. Il en va de même pour les violences, et poser systématiquement la question « *Avez-vous subi des violences ?* » aux patient-e-s permet de dépister les victimes et de leur offrir des soins appropriés.

En 2004, le Dr Gilles Lazimi, médecin généraliste au centre médical de Romainville, a demandé de façon systématique lors de sa consultation à 100 femmes âgées de 18 à 92 ans si elles avaient subi des violences ¹¹⁶. Les résultats sont édifiants : 54% déclaraient avoir été victimes de violences (49% de violences verbales ; 31% de violences physiques ; 21% de violences sexuelles) et 90% d'entre elles en parlaient pour la première fois à un médecin.

¹¹⁵ Association Mémoire Traumatique et Victimologie / Délégation régionale aux Droits des femmes et à l'égalité d'Île-de-France, « [Informations médicales si vous subissez ou avez subi des violences](#) », AMTV et Préfecture de la région d'Île-de-France, 2009.

¹¹⁶ Avec trois questions posées de façon systématique à toutes les patientes :

« 1. Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants, injures, menaces ?
2. Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences physiques ? Avez-vous reçu des coups, des gifles ? Avez-vous été battue, bousculée par un homme ?
3. Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles : attouchements, viol, rapports forcés ? »

Source : LAZIMI, Gilles, PIET, Emmanuelle, CASALIS, Marie-France, « [Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique](#) » in *Les cahiers de santé publique et de protection sociale*, septembre 2011, p. 9-18.

L'étude a été reconduite en 2006 auprès de 51 médecins et de deux sages-femmes ¹¹⁷, qui ont posé, de façon systématique lors de leur consultation, trois questions à 557 patientes pour dépister des violences verbales, physiques et sexuelles subies au cours de leur vie (quel que 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).

Près de 77,5% des médecins déclaraient ne pas avoir eu de difficultés à poser la question de façon systématique, et 81% d'entre eux estimaient que leurs patientes n'avaient eu aucune difficulté à répondre. Selon l'étude, il semble que ce soit la gêne des médecins ou leur absence de gêne à poser les questions qui conditionne l'aisance des patientes à y répondre. 96% des médecins interrogé-e-s trouvaient un intérêt pour les professionnel-le-s à poser la question systématiquement, et près de 70% déclaraient avoir besoin de formation sur le thème des violences masculines envers les femmes.

Le questionnement systématique est simple à mettre en place et présente un grand intérêt, autant pour les patient-e-s que pour les praticien-ne-s. Les victimes peuvent enfin parler, être écoutées, soutenues et reconnues comme victimes, elles pourront bénéficier d'une orientation et être mises en relation avec des réseaux de soutien. Les praticien-ne-s peuvent faire le lien avec les tableaux cliniques présents, passés et futurs. Il a par ailleurs été démontré que, dans le cadre de violences conjugales, l'accès à des ressources (associatives, médicales, sociales, judiciaires) fait diminuer le risque de récurrences ¹¹⁸ : des vies peuvent être sauvées et la qualité de vie des victimes peut être améliorée ¹¹⁹.

¹¹⁷ LAZIMI, Gilles, *Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? Étude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes. 557 patientes interrogées. Intérêt et faisabilité.*, Mémoire dans le cadre du diplôme universitaire « Stress, traumatisme et pathologies », université Paris VI, 2007.

¹¹⁸ WATHEN, C. Nadine, MACMILLAN, Harriet L., « [Prevention of violence against women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care](#) » in CMAJ, Septembre 2003, Vol. 169, Issue 6, p. 582-584.

¹¹⁹ CAMPBELL, Jacquelyn C., « [Helping Women Understand Their Risk in Situations of Intimate Partner Violence](#) » in *Journal of Interpersonal Violence*, Décembre 2004, Vol. 19, Issue 12, p. 1464-1477.

SHARPS, Phyllis W., KOZIOL-MACLAIN, Jane, CAMPBELL, Jacquelyn C., McFARLANE, Judith, SACHS, Carolyn, XU, Xiao, « [Health Care Providers' Missed Opportunities for Preventing Femicide](#) » in *Preventive Medicine*, Novembre 2001, Vol. 33, Issue 5, p. 373-380.

Il donc urgent qu'un véritable enseignement initial et continu sur les violences et leurs conséquences en matière de santé soit mis en place. Le rôle des professionnel-le-s de santé est fondamental en matière de dépistage et de prise en charge des victimes.

De futures avancées se font jour en matière de formation

Lors de son intervention ¹²⁰ au colloque *Violences envers les femmes : la formation des professionnel-le-s, une urgence de santé publique* du 20 novembre 2013 à la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, organisé par la MIPROF (Mission Interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains), Najat Vallaud-Belkacem, alors ministre des Droits des femmes et porte-parole du gouvernement, soulignait l'importance de la formation des médecins, et notamment des médecins de premier recours, et rappelait que 60% des médecins généralistes considèrent qu'ils ne disposent pas de la formation suffisante en la matière et restent démunis pour établir le bon diagnostic et orienter efficacement leurs patient-e-s.

Ce colloque faisait suite à une enquête nationale sur les violences menée auprès des étudiant-e-s en médecine ¹²¹ et réalisée à l'initiative de l'ANEMF (association nationale des étudiants en médecine de France), l'UPMC-Paris 6 et la MIPROF, enquête dont les résultats montraient une réelle demande de formation en la matière.

En effet, 78% des étudiant-e-s en médecine sondé-e-s jugeaient peu adaptée ou inadaptée la prise en charge médicale des patient-e-s victimes de violences, 81,7% n'avaient pas reçu de formation sur les violences sexuelles, alors que près d'un-e étudiant-e sur 3 rapporte avoir été confronté-e à au moins une victime de violences sexuelles au cours de ses stages. 96% souhaitaient apprendre à dépister les violences et

¹²⁰ Source : *Intervention de Mme Najat Vallaud-Belkacem au colloque Violence envers les femmes : la formation des professionnel-le-s, une urgence de santé publique*, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie, 20 novembre 2013, <http://stop-violences-femmes.gouv.fr>.

¹²¹ LAZIMI, Gilles, DUGUET, Alexandre, GRANGER, Benjamin, AUSLENDER, Valérie, VASSE, Solène, KARAM, Élias, *Enquête auprès des étudiants en médecine sur les violences*, ANEMF, MIPROF, UMPC-Paris 6, 2013.
Enquête menée auprès de 1472 étudiants en 2^{ème} et 3^{ème} cycles des études de médecine.

95,1% à en traiter les conséquences, estimant par ailleurs que les médecins ont un rôle majeur à jouer dans le dépistage et la prise en charge des violences ¹²².

Dans le but d'améliorer la prise en charge et la protection des femmes victimes de violences, l'article 51 de la loi du 4 août 2014 ¹²³ pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes fait par ailleurs état d'une obligation de formation initiale et continue pour tous les professionnel-le-s en contact avec les femmes victimes de violences. Cet article stipule que :

« la formation initiale et continue des médecins, des personnels médicaux et paramédicaux, des travailleurs sociaux, des magistrats, des fonctionnaires et personnels de justice, des avocats, des personnels enseignants et d'éducation, des agents de l'état civil, des personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs, des personnels de la police nationale, des polices municipales et de la gendarmerie nationale, des personnels de préfecture chargés de la délivrance des titres de séjour, des personnels de l'office français de protection des réfugiés et apatrides et des agents des services pénitentiaires comporte une formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes ainsi que sur les mécanismes d'emprise psychologique. »

Or, avec cet article de loi et la création de la MIPROF, dont l'une des missions était de construire et de mettre en œuvre un plan national de formation des professionnel-le-s, l'espoir se faisait jour que la formation initiale et continue des professionnel-le-s confrontés aux victimes de violences sexuelles intègre enfin une formation spécifique sur les violences sexuelles et leurs conséquences sur la santé.

Mais pour l'instant, les seules avancées tangibles en matière de formation sont : la création d'un polycopié national ¹²⁴ de formation sur les violences disponible sur le site de

¹²² *Id., Ibid.*

¹²³ [La loi n°2014-873 du 4 août 2014](#) pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes comporte des dispositions spécifiques pour prévenir et lutter contre les violences faites aux femmes notamment en améliorant les dispositifs de protection des victimes et en complétant les outils juridiques.

¹²⁴ Mission Interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains, *Livret d'accompagnement du court-métrage de formation « Anna »*, MIPROF, 2013, <http://www.anemf.org/images/documents/pps/poly-item-10.pdf>

l'ANEMF, un onglet destiné aux professionnel-le-s sur le site www.stop-violence-femme.gouv.fr, deux court-métrages de formation à destination des professionnel-le-s de santé ¹²⁵ et la possibilité que deux questions portant sur les violences faites aux femmes sortent au concours d'internat de médecine ¹²⁶.

C'est un début, mais, étant donné la récurrence de la violence à l'encontre des enfants et des femmes et les conséquences sur la santé de ces violences, il serait urgent que ces questions fassent l'objet d'un enseignement de tronc commun dans toutes les formations médicales et paramédicales.

Les victimes à nouveau traumatisées sous couvert de soins

Car ce déficit de formation des professionnel-le-s entraîne des effets délétères pour les victimes, non seulement elles ne sont pas correctement orientées, soignées et prises en charge, mais elles subissent régulièrement une deuxième victimisation lorsqu'elles parviennent à parler des violences subies. Le manque de formation de leurs interlocuteurs, la méconnaissance des concepts de mémoire traumatique et de conduite dissociante, la propension au déni vis-à-vis de la réalité des violences sexuelles et de leur prévalence, crée un climat propice à la re-victimisation des victimes de violences sexuelles. Souvent, elles ne sont ni crues, ni protégées, et se voient reprocher leurs addictions, leurs mises en danger — qui sont en fait des conséquences de leur trauma — leur incapacité à tourner la page et à se remettre. Alors que, comme nous l'avons vu, les atteintes neurologiques causées par les violences sont bien réelles, visibles sur les IRM, et ne peuvent pas se réparer sans soins adaptés.

Pire, des erreurs diagnostiques peuvent même conduire les professionnel-le-s de santé à pratiquer des examens ou des interventions chirurgicales inutiles et à hospitaliser

¹²⁵ <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/2-Outils-pour-l-animation-sur-les.html>

¹²⁶ « Deux questions ayant trait aux violences faites aux femmes ont été ajoutées en 2014 à l'internat, la 7^{ème} année d'étude. " Ça ne paraît rien, mais cela oblige à bosser la question ", se réjouit Emmanuelle Piet. »

Source : DE QUATREBARBES, Pia, « Contre les violences faites aux femmes : l'urgence de mobiliser les médecins » in *humanite.fr*, Vendredi 21 Novembre 2014, <http://www.humanite.fr/contre-les-violences-faites-aux-femmes-lurgence-de-mobiliser-les-medecins-558321>.

LA MIPROF

La **MIPROF** - mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, définit, en lien avec les ministères et les acteurs concernés, le plan de formation et le cahier des charges des formations sur les violences faites aux femmes.

Pour donner une impulsion et une stratégie globale à la formation, la *MIPROF* a réalisé, en 2013 et 2014, avec le concours de formateurs-trices, d'universitaires, d'enseignant-e-s et d'expert-e-s, deux kits de formation « Anna »* et « Elisa »*, composés d'un court-métrage et d'un livret d'accompagnement.

Ils ont pour objectifs :

- d'une part d'améliorer la connaissance sur les mécanismes et les conséquences de la violence,
- d'autre part de mieux repérer et accompagner la victime dans son parcours et ses démarches, et enfin de faciliter le partenariat des professionnel-le-s grâce à une culture commune.

Des fiches réflexes par profession complètent ces supports pédagogiques :

- une fiche réflexe relative à l'audition par les services de police et de gendarmerie de victimes de violences sexuelles et/ou de violences conjugales ;
- une fiche réflexe relative à l'entretien du-de la professionnel-le du social avec une femme victime de violences conjugales ;
- une fiche réflexe relative à l'audition par le-la magistrat-e des victimes de violences sexuelles et/ou conjugales dans les contentieux civil et pénal.

Les liens pour visionner ANNA et ELISA :

[Deux films pour se former au repérage et à la prise en charge des femmes victimes](#)

Pour obtenir les liens de téléchargement et les livrets d'accompagnement écrire à formation@miprof.gouv.fr

Pour aller plus loin :

www.stop-violences-femmes.gouv.fr

* *Anna*, film réalisé par Johanna Bedeau et Laurent Benaïm. Acteur-actrice : Aurélia Petit et Marc Citti.

* *Elisa*, film réalisé par Johanna Bedeau. Actrices : Laure Calamy et Aurélia Petit.

les victimes en service fermé psychiatrique où seront exercées sur elles de nouvelles violences sous couvert de soins : isolement, contention, privations ¹²⁷.

Le cycle des violences

Or, sans soins adaptés, les victimes de violences sexuelles, du fait de leur état de dissociation, risquent de subir à nouveau des violences, d'en commettre contre elles-mêmes ou, pour un petit nombre d'entre elles, contre autrui. Car la violence est pour l'auteur-e non seulement un outil de domination, mais également une drogue anesthésiante. L'agresseur instrumentalise les victimes dans le but d'obtenir une anesthésie émotionnelle, c'est une conduite dissociante parmi d'autres ¹²⁸. La violence devient ainsi une usine à fabriquer de nouvelles victimes et de nouvelles violences. L'OMS a d'ailleurs reconnu en 2010 que le facteur principal pour subir ou commettre des violences est d'en avoir déjà subi ¹²⁹.

Pour interrompre le cycle des violences, il faut donc à tout prix éviter que des victimes soient traumatisées et développent une mémoire traumatique. Cela passe par une protection sans faille de tout être humain pour qu'il ne subisse pas de violences, et plus particulièrement des enfants et des femmes qui en sont les victimes les plus fréquentes. Il faut donc protéger les victimes potentielles qui vivent dans les univers malheureusement connus comme les plus dangereux — tels le couple, la famille, les institutions, le travail — et promouvoir une égalité effective des droits, une information sur les conséquences de la violence et une éducation à la non-violence. Il faut aussi bien sûr protéger les victimes traumatisées et ne plus les abandonner à leur sort. Aucune victime ne doit être laissée sans prise en charge et sans soin.

Malheureusement, comme nous allons le voir dans la suite de ce rapport, les victimes de violences sexuelles sont nombreuses à être abandonnées sans soins, sans

¹²⁷ SALMONA, Muriel, *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013, p. 306.

¹²⁸ *Id.*, *ibid.*, p. 237.

¹²⁹ World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine, *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*, Genève, WHO, 2010, p. 22 et 26.

protection et sans soutien ou confrontées à des prises en charge inadaptées et maltraitantes. Les violences sexuelles subies par les mineur-e-s, en particulier, sont très mal dépistées, et les victimes sont très rarement protégées, malgré des symptômes parfois massifs. Il s'agit d'un véritable scandale de santé publique.

II. LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

A. INTRODUCTION

1. Présentation de l'enquête

Au vu de cet état des lieux, il paraît urgent de mobiliser les pouvoirs publics, de faire reculer le déni et de provoquer une prise de conscience chez les différent-e-s professionnel-le-s amené-e-s à être en contact avec des victimes de violence, afin d'améliorer la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

En mars 2005, dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du *Plan Violence et Santé* réalisés par la commission « Genre et Violence », le rapport du Dr Jacques Lebas ¹³⁰ préconisait de mettre en place des recherches sur les trajectoires des personnes victimes de violence dans le cadre de leur accès au système de santé, afin de mieux connaître, au travers de l'analyse de ces trajectoires, le parcours des victimes et de pouvoir en analyser les dysfonctionnements dans le but d'améliorer la prise en charge ¹³¹.

Partant du constat que, dix ans plus tard, la collecte nationale de données sur le parcours de soin des victimes de violences sexuelles est toujours insuffisante, alors même qu'il s'agit d'un prérequis pour mettre en place des actions efficaces, l'association Mémoire Traumatique et Victimologie a décidé de conduire une enquête auprès des victimes de violences sexuelles. Cette enquête s'inscrit dans le cadre de la campagne *Stop au déni* de l'association, lancée en mars 2014, et surtout de la poursuite du but de l'association qui est d'améliorer l'identification, la protection et la prise en charge des victimes de violences via l'information du public et la formation des professionnel-le-s impliqué-e-s, d'améliorer leur orientation et leur accès à des soins spécialisés de qualité, ainsi que de promouvoir la connaissance et la compréhension des conséquences des violences.

¹³⁰ LEBAS, Jacques, *Rapport de la commission « Genre et Violence » : travaux préparatoires à l'élaboration du plan Violence et Santé*, Paris, ministère de la Santé et des Solidarités, 2005.

¹³¹ *Id.*, *ibid.*, p.36.

2. Méthodologie

L'enquête *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, a donc été conduite de mars à septembre 2014 auprès de 1214 victimes de violences sexuelles, âgées de 15 à 72 ans, dont 1153 femmes et 61 hommes, dans le but d'évaluer l'impact des violences sur leur vie et leur parcours de prise en charge. La collecte de données a été effectuée par le biais d'un questionnaire anonyme auto-administré par ordinateur, composé de 184 questions, dont 122 questions fermées et 62 questions ouvertes. Le questionnaire, conçu par la Dre Muriel Salmona, psychiatre-psychotraumatologue et présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, comprenait trois groupes de questions. Le premier portait sur les violences sexuelles subies, le deuxième sur le parcours judiciaire et le troisième sur la santé et la prise en charge médicale. Ce questionnaire a été diffusé auprès de victimes de violences sexuelles par le biais du site de la campagne *Stop au déni*¹³², du site web de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie¹³³, des réseaux associatifs féministes et de lutte contre les violences, de blogs comme *Je connais un violeur* et *Le blog d'Isabelle Alonso*, des réseaux sociaux Facebook et Twitter, et de médias comme *Causette*, *Yagg*, *Elle*, *La Revue Non Violence*, *Le Plus de l'Obs*, *Sisyphé*, *Le Mouv'*, *RTL*, *RFI* et *Radio Libertaire*. Les données ont été traitées et analysées par une équipe composée de deux médecins, la Dre Muriel Salmona, psychiatre-psychotraumatologue, et la Dre Noémie Roland, médecin généraliste et ancienne chef de clinique des Universités en Médecine générale de Lyon Est, d'une victimologue et thérapeute familiale, Sokhna Fall, d'une sociologue, Émilie Morand, et de la rédactrice du rapport, Laure Salmona.

En raison du mode d'administration de l'enquête, certaines précautions ont été prises pour s'assurer de la fiabilité des données recueillies. Un premier examen du fichier des réponses a permis la suppression des observations extrêmes ou aberrantes, et des observations insuffisamment documentées. Une fois ce premier contrôle effectué, certains traitements, lors de l'analyse, ont permis de s'assurer de la fiabilité des données : ce questionnaire était long et comprenait de nombreuses questions ouvertes (les répondant-

¹³² stopaudeni.com

¹³³ www.memoiretraumatique.org

e-s pouvaient s'exprimer librement avec leurs propres mots et sans limite), ces questions ouvertes ont été lues une à une pour créer d'autres variables (par exemple l'auteur-e principal-e des violences), ces traitements supposent d'entrer dans le détail de chaque histoire et s'avèrent être un moyen fiable de s'assurer de la cohérence des témoignages. Enfin, l'élément de contrôle sans doute le plus puissant réside dans la concordance entre les résultats recueillis par cette enquête et les résultats issus d'enquêtes portant sur des échantillons représentatifs ainsi que ceux obtenus dans le cadre d'études scientifiques.

Reste un élément important qui constitue la principale limite de cette enquête : le questionnaire a été rempli par des personnes qui se sont senties visées par son sujet, qui se sont senties concernées et qui ont par conséquent passé le cap de l'expression (nous ne disposons pas des réponses de personnes qui souffrent d'amnésie traumatique, sont dans le déni ou ne se sentent pas la force de s'exprimer).

Par ailleurs, comme le confirment toutes les études de victimation, les violences sexuelles, perpétrées en très grande majorité par des hommes, sont un phénomène endémique qui touche toutes les catégories sociales et toutes les franges de la population. Alors que de nombreuses études scientifiques internationales prouvent que ces violences ont de lourdes répercussions sur la vie et la santé des victimes tout au long de leur existence, la France est concrètement très en retard en ce qui concerne la prise en compte des conséquences psychotraumatiques des violences, et nous ne disposons que de peu de données sur les trajectoires des victimes de violences sexuelles. Hormis l'enquête AIVI (Association internationale des victimes de l'inceste)¹³⁴, conduite en 2009 auprès de victimes d'inceste uniquement, aucune enquête nationale n'avait interrogé directement les victimes. Jusqu'ici, toutes les études prenant en compte les conséquences des violences sexuelles consultaient uniquement des professionnel-le-s en contact avec les victimes. Notre enquête nationale auprès des victimes de violences sexuelles est donc une grande première et les données collectées se révèlent particulièrement alarmantes.

¹³⁴ Association Internationale des Victimes de l'inceste / IPSOS, *État des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne*, AIVI / IPSOS, Mai 2010.

B. LES VICTIMES ET LES VIOLENCES SUBIES

1. Qui sont les répondant-e-s

Répartition des répondant-e-s par sexe et âge

Sans surprise, les répondant-e-s sont essentiellement des femmes et la tranche d'âge la plus représentée est comprise entre 18 et 54 ans.

Parmi les répondant-e-s, ne figurent que 5% d'hommes (soit 61 hommes sur 1214 répondant-e-s). Or, bien qu'ils soient moins souvent victimes de violences sexuelles que les femmes, ils sont toutefois sous-représentés dans notre échantillon ¹³⁵. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce fait : si le questionnaire a été relayé par l'association Colosse aux pieds d'argile, qui cible aussi les hommes victimes de violences sexuelles, il a essentiellement été diffusé au sein d'un milieu associatif et militant s'adressant en premier lieu aux femmes victimes de violences. Nous n'avons donc pas pu atteindre de manière efficace les hommes victimes de violences sexuelles. Par ailleurs, le déni et la loi du silence qui prévalent en matière de violences sexuelles sont encore plus prégnantes lorsqu'il s'agit des violences sexuelles faites aux hommes et aux garçons, il est donc fort probable que cette atmosphère de déni soit en partie responsable du faible nombre d'hommes à avoir pris part à notre enquête.

Les plus de 54 ans sont également sous-représenté-e-s dans les effectifs et ne composent que 8% des répondant-e-s. Cette sous-représentation est probablement due à la méthode d'administration de l'enquête par ordinateur, qui, si elle permet de toucher une population qui ne possède pas de ligne téléphonique fixe, rend difficile l'accès aux personnes âgées.

¹³⁵ Si l'on se réfère aux chiffres avancés par l'enquête « Cadre de vie et sécurité » de 102 000 victimes de viol et tentatives de viol par an en France âgées de 18 à 75 ans dont 86 000 femmes et 16 000 hommes, les hommes victimes de viols et tentatives de viols représenteraient au moins plus de 15% de la totalité des victimes de viol et de tentatives de viol chaque année en France.

Source : INSEE-ONDRP, enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2010 à 2013. Questionnaire auto-administré par ordinateur (méthode audio-CASI) auprès de 13 500 (moyenne) répondants, hommes et femmes âgés de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

Le faible nombre de répondant-e-s mineur-e-s est en partie dû au mode de diffusion du questionnaire, mais également au fait que, comme nous le verrons par la suite, il faut du temps aux victimes pour parvenir à mettre le mot « violence sexuelle » sur ce qu'elles ont subi, aussi bien en raison de fréquentes amnésies traumatiques, que du déni qui règne dans notre société.

Tableau B.1 - Répartition des répondant-e-s par sexe et par âge

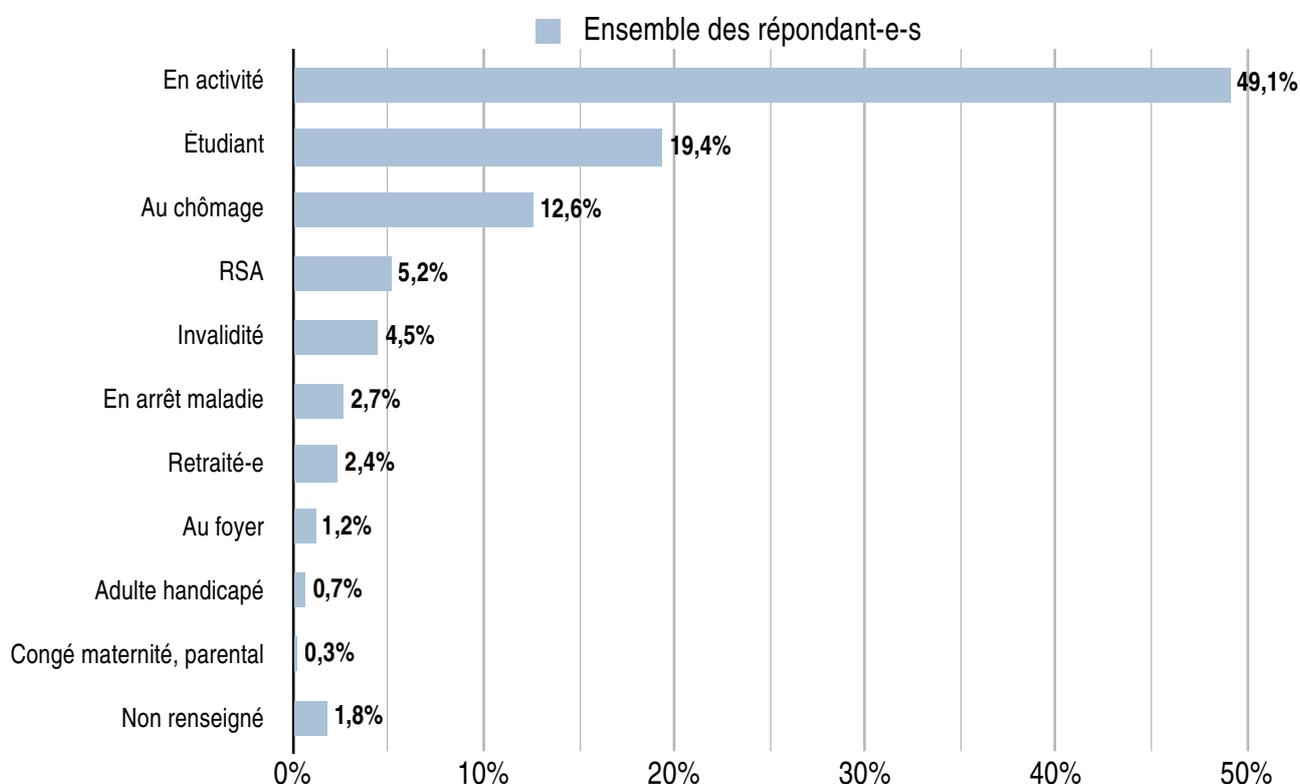
Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Total général
1 [Moins de 18 ans]	0 %	1 %	1 %
2 [De 18 à 24 ans]	1 %	16 %	17 %
3 [De 25 à 34 ans]	1 %	31 %	32 %
4 [De 35 à 44 ans]	1 %	23 %	24 %
5 [De 45 à 54 ans]	1 %	12 %	14 %
6 [De 55 à 64 ans]	0 %	7 %	7 %
7 [65 ans et plus]	0 %	1 %	1 %
Âge non renseigné	0 %	3 %	3 %
Total général	5 %	95 %	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

Répartition des répondant-e-s par activité

Si près de la moitié (49,1%) des répondant-e-s déclaraient être en activité au moment de répondre au questionnaire, on observe en revanche que le pourcentage cumulé des répondant-e-s rapportant être en période de chômage, en arrêt maladie, en invalidité, ou bénéficiant du Revenu de Solidarité active (RSA), atteint 25%. Un quart des répondant-e-s se trouvaient donc en situation de précarité à ce moment-là.

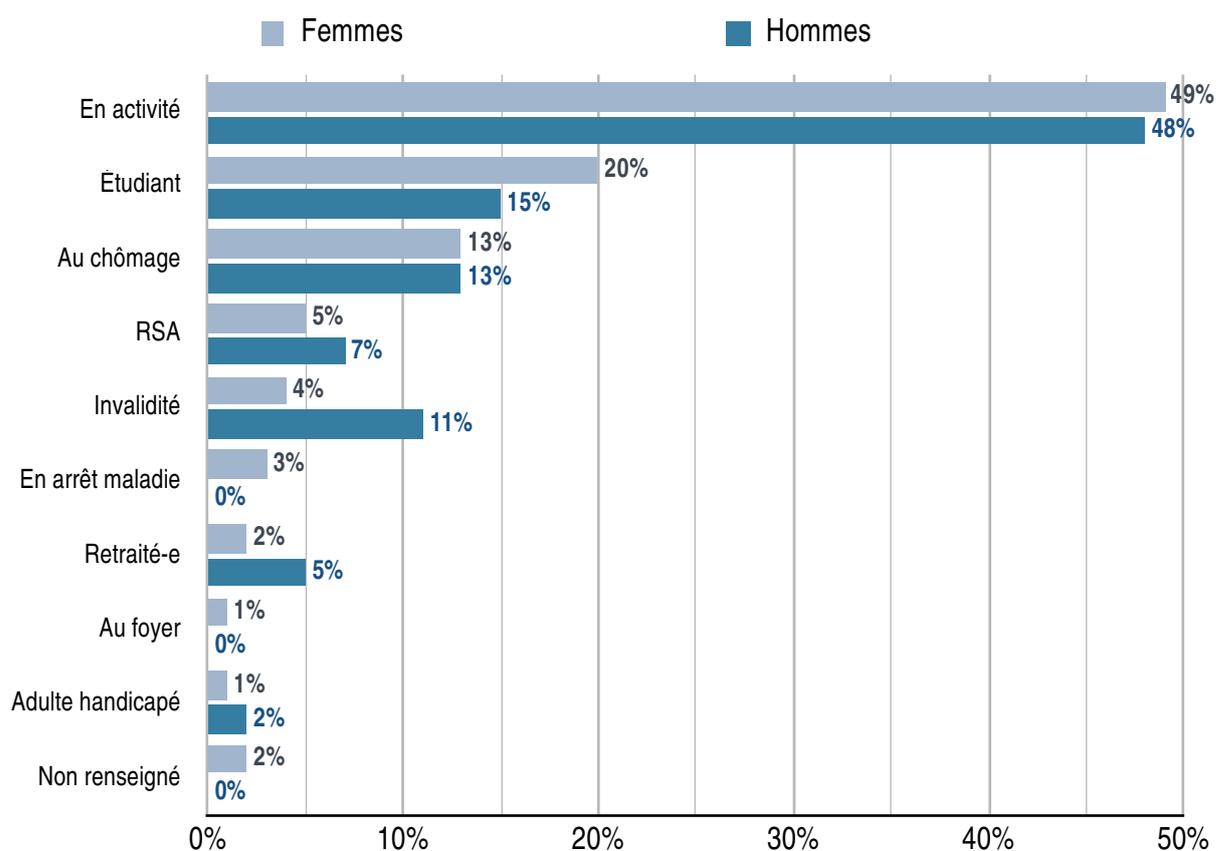
Figure B.1 - Répartition des répondant-e-s par activité



Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

Chez les hommes, ce pourcentage cumulé atteint les 31% : ils étaient donc plus d'un tiers à se trouver en situation de précarité au moment de répondre à l'enquête.

Figure B.2 - Répartition des répondant-e-s par activité et par sexe



Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

Les hommes ont plus tendance à bénéficier du RSA que les femmes, 7% contre 5%, à être en invalidité, 11% contre 4%, et à relever de la catégorie « adulte handicapé », 2% contre 1%. En revanche, les situations d'arrêt maladie ne concernent que les répondantes.

Répartition des répondant-e-s selon leur situation conjugale

Plus de la moitié (50,5%) des répondant-e-s sont en couple, les hommes sont plus nombreux à être célibataires que les femmes, 59% contre 48%.

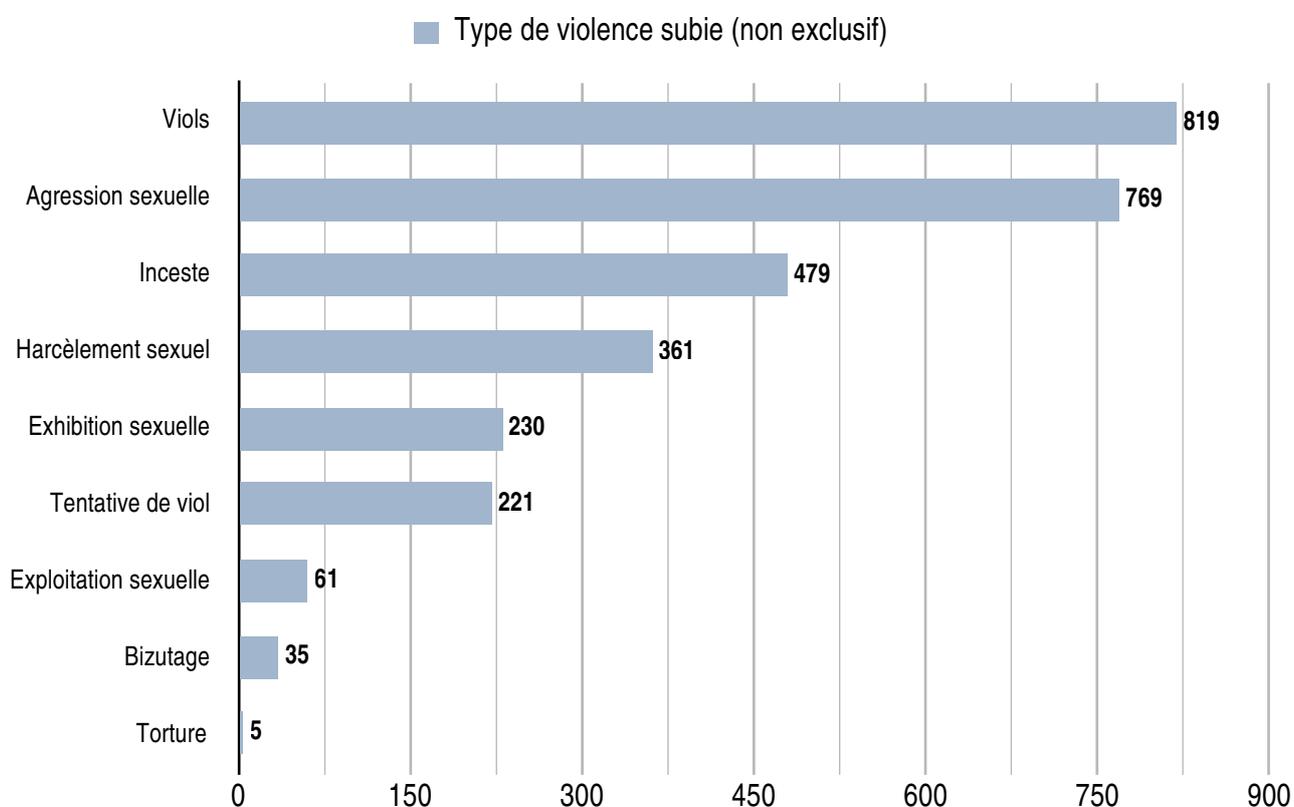
2. Les violences sexuelles subies

Type de violences sexuelles subies

Pour éviter tout biais lié à la confusion ou à l'ignorance, la question des violences sexuelles subies était posée en proposant en regard de chaque type de violence sa définition inscrite dans le code pénal lorsqu'elle existait. Dans le cas de l'inceste, qui ne figure pas dans le code pénal, nous avons retenu comme définition : « *viols et agressions sexuelles commis par une personne de la famille* ».

Les violences sexuelles subies sont non exclusives, les répondant-e-s pouvaient renseigner plusieurs catégories de violences sexuelles et sont d'ailleurs une majorité (70%) à avoir subi plusieurs types de violences sexuelles au cours de leur vie.

Figure B.3 - Type de violence subie (non exclusif)



Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). Non exclusif, en effectifs.

Aucun-e des répondant-e-s n'a renseigné les catégories « Mariages forcés » et « Mutilation sexuelle », ce qui conduit à penser qu'il est nécessaire de mettre en place des enquêtes ciblées spécifiques pour toucher les victimes de ces catégories de violences sexuelles.

Répartition selon la principale violence sexuelle subie

Au moment de commencer à traiter les résultats du questionnaire une problématique s'est rapidement présentée : une grande majorité de victimes (70%) n'avaient pas subi une, mais plusieurs violences sexuelles, au cours de leur vie.

Afin de faciliter le traitement des données collectées, une variable « violence principale subie » a été créée. Les données ont donc été recodées en sélectionnant pour chaque répondant-e la violence assortie des circonstances les plus aggravantes ¹³⁶ selon les catégories suivantes par ordre décroissant : « Viol et inceste » ¹³⁷, « Viol sans inceste », « Inceste sans viol » ¹³⁸, « Agressions sexuelles » (ni viol, ni inceste mais agression sexuelle), « Autres violences sexuelles » (ni viol, ni inceste, ni agression sexuelle).

Dans 68% des cas les répondant-e-s ont subi au moins un viol et l'on retrouve une situation d'inceste dans 40% des cas. Les répondant-e-s ayant uniquement subi le type de violence « autres violences sexuelles » sont peu nombreux-ses et ne représentent que 2% des cas : soit 23 répondant-e-s sur un total de 1214 ; ce faible effectif est inattendu, mais il

¹³⁶ Pour sélectionner les violences sexuelles assorties des circonstances les plus aggravantes nous avons pris en compte les définitions pénales (un viol est un crime, une agression sexuelle un délit), ainsi que les circonstances aggravantes (le fait que la violence soit infligée par une personne ayant autorité) et la gravité des conséquences de ces violences (comme nous le verrons par la suite et comme l'a montré l'enquête d'AIVI de 2010, les violences sexuelles s'inscrivant dans une situation d'inceste ont de très lourdes répercussions sur la vie et la santé des victimes).

Source : Association Internationale des Victimes de l'inceste / IPSOS, *État des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne*, AIVI / IPSOS, Mai 2010.

¹³⁷ Concernant la catégorie « viol et inceste », dans 89% des cas le viol a bien été commis par un membre de la famille, les autres auteur-e-s sont des conjoints de la mère, des personnes ayant autorité et amis de la famille. Les victimes ont considéré que les viols commis par ces personnes proches de la famille s'apparentaient à de l'inceste. Nous avons respecté leur perception, ces cas de figure étant suffisamment minoritaires pour ne pas affecter les données.

¹³⁸ Les violences sexuelles sont le fait d'un membre de la famille dans 94% des cas pour cette catégorie.

est fort possible que les victimes de violences telles que le harcèlement sexuel ou l'exhibition sexuelle ne se soient pas senties ciblées et n'aient donc pas désiré répondre à notre questionnaire, ou encore qu'elles ne soient pas suffisamment informées pour identifier ce qu'elles ont subi comme des violences sexuelles, et ne se soient donc pas senties légitimes pour prendre part à l'enquête.

Tableau B.2 - Répartition des répondant-e-s selon la « principale » violence sexuelle subie

Types de violences recodées	Effectifs	Pourcentages
Agression sexuelle (ni viol, ni inceste mais agression sexuelle)	169	14 %
Inceste sans viol	203	17 %
Autres violences (ni viol, ni inceste, ni agression sexuelle)	23	2 %
Viol et inceste	276	23 %
Viol sans inceste	543	45 %
Total général	1214	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s).

Tableau B.3 - Répartition des répondant-e-s selon le type et le nombre de violences sexuelles subies.

Type de violence	Plusieurs violences	Un seul type de violence	Total général
Agression sexuelle	95	74	169
Inceste sans viol	114	89	203
Autres violences	6	17	23
Viol et inceste	276	0	276
Viol sans inceste	355	188	543
Total général	846	368	1214

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En effectifs.

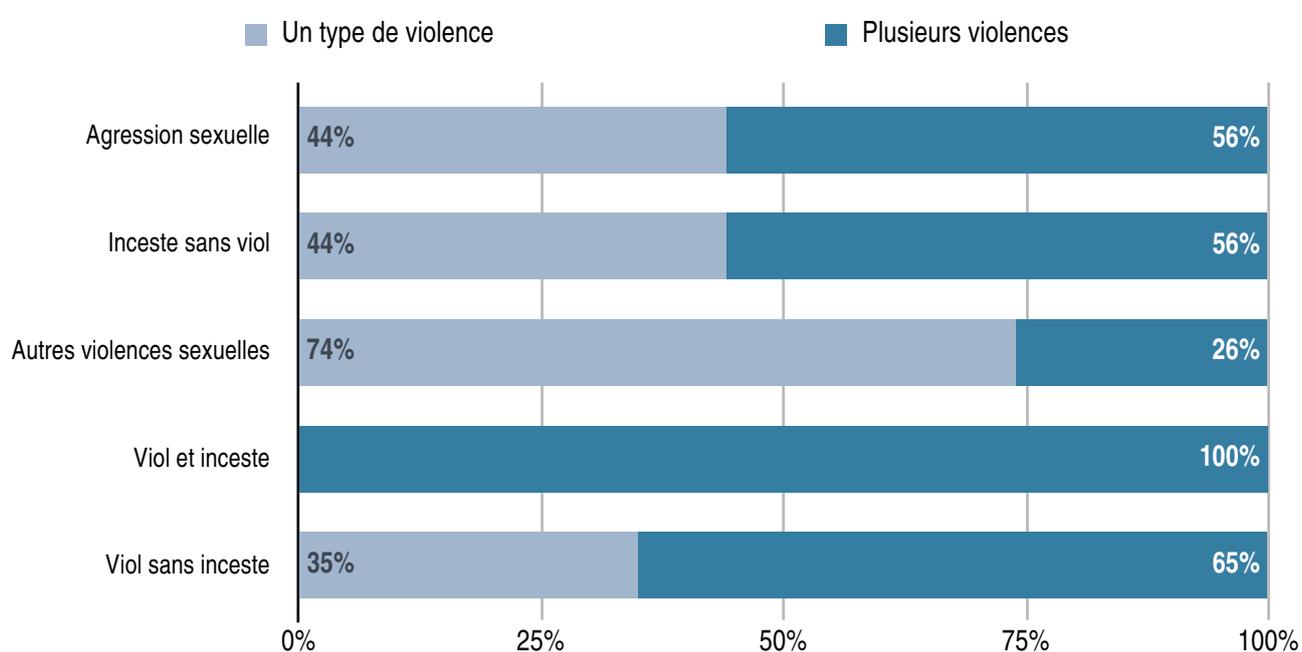
Tableau B.4 - Répartition des répondant-e-s n'ayant subi qu'un type de violence sexuelle, selon le type de violence

Un seul type de violence	Effectifs	Pourcentages
Viol	188	51 %
Agression sexuelle	74	20 %
Harcèlement sexuel	10	3 %
Torture	1	0 %
Exhibition sexuelle	1	0 %
Inceste	89	24 %
Tentative de viol	4	1 %
Bizutage	1	0 %
Total général	368	100 %

Champ : répondant-e-s n'ayant subi qu'un seul type de violence sexuelle (368 répondant-e-s).

Plus les principales violences subies rapportées sont assorties de circonstances aggravantes, et plus les répondant-e-s indiquent avoir subi plus d'un type de violence sexuelle. Les victimes de viol sans inceste ont subi plus d'un type de violence dans 65% des cas, et la totalité des victimes de viol en situation d'inceste a subi plusieurs types de violences sexuelles.

Figure B.4 - Répartition des répondant-e-s selon le type et le nombre de violences sexuelles subies.



Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

Types de violences sexuelles subies selon le sexe des victimes

Le sexe des répondant-e-s ne paraît pas être un élément ayant d'influence sur le type de violence subie. Les hommes sont toutefois un peu plus souvent victimes du type de violence « viol et inceste » que les femmes, 28% d'entre eux contre 22% d'entre elles, et un peu moins souvent victimes du type de violence « viol sans inceste », 36% d'entre eux contre 45% d'entre elles.

Les viols en situation d'inceste concernent dans la très grande majorité des cas des victimes mineures, dès lors cette différence peut s'expliquer par le fait que le pourcentage des violences sexuelles subies avant l'âge de 18 ans est plus élevé chez les hommes victimes de violences sexuelles que chez les femmes. En effet, l'enquête *CSF* a rapporté que 59% des femmes et 67% des hommes victimes de violences sexuelles ont subi des premiers rapports forcés ou tentatives de rapports forcés avant l'âge de 18 ans ¹³⁹.

Tableau B.5 - Type de violence sexuelle principale subie selon le sexe des victimes

Type de violence	Hommes	Femmes	Total général
Agression sexuelle	16 %	14 %	14 %
Inceste sans viol	18 %	17 %	17 %
Autres violences	2 %	2 %	2 %
Viol et inceste	28 %	22 %	23 %
Viol sans inceste	36 %	45 %	45 %
Total général	100 %	100 %	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

¹³⁹ BAJOS, Nathalie et BOZON, Michel (Dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008, p. 388.

Tableau B.5 bis - Type de violence sexuelle principale subie selon la période des violences

Type de violence	En tant qu'adulte uniquement	En tant que mineur-e uniquement	En tant que mineur-e et adulte	Total général
Agression sexuelle	14 %	16 %	10 %	14 %
Inceste sans viol	1 %	28 %	8 %	17 %
Autres violences	6 %	1 %	1 %	2 %
Viol et inceste	2 %	24 %	34 %	23 %
Viol sans inceste	78 %	31 %	47 %	45 %
Total général	100 %	100 %	100 %	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

Types de violences subies selon la période des violences

Parmi les victimes d'inceste, 58% ont été victimes de viol. Toutes les victimes de viol en situation d'inceste ont subi plusieurs types de violences sexuelles. Sans surprise, les situations d'inceste concernent des victimes mineur-e-s au moment des faits dans la majorité des cas.

78% des victimes qui ont vécu les violences sexuelles uniquement en tant qu'adulte ont subi le type de violence « viol sans inceste ».

Quant aux répondant-e-s victimes de violences sexuelles à la fois en tant que mineur-e-s et en tant qu'adultes, ils ou elles sont 81% à avoir subi au moins un viol.

Tableau B.6 - Type de violence sexuelle principale subie selon la période des violences

Type de violence	En tant qu'adulte uniquement	En tant que mineur-e uniquement	En tant que mineur-e et adulte	Total général
Agression sexuelle	33	99	37	169
Inceste sans viol	3	172	28	203
Autres violences	13	6	4	23
Viol et inceste	4	148	124	276
Viol sans inceste	183	187	173	543
Total général	236	612	366	1214

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En effectifs.

Période des violences subies selon le sexe de la victime

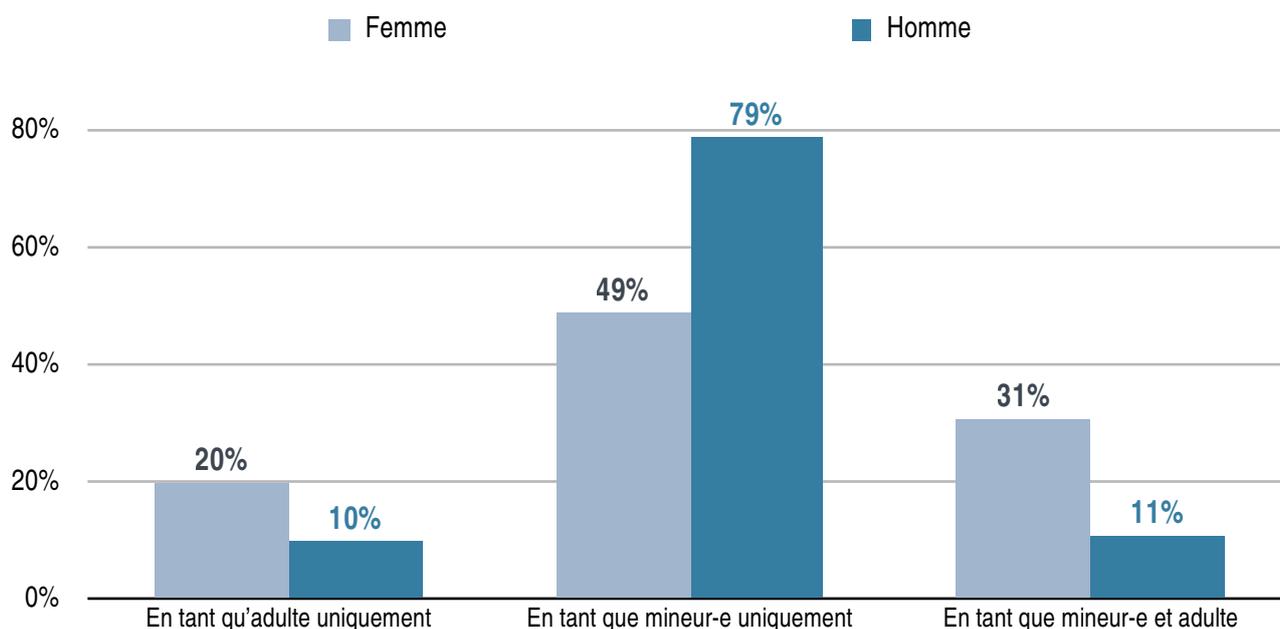
Les violences sexuelles dont sont victimes les hommes sont encore plus déniées que celles faites aux femmes, pourtant — comme on a pu le voir lors de l'affaire de l'École en bateau ¹⁴⁰ — les mineurs de sexe masculin peuvent également être victimes de violences sexuelles. Les résultats de l'enquête le confirment : parmi les répondants, 90% ont été victimes de violences sexuelles alors qu'ils avaient moins de 18 ans. Plus de trois quarts (79 %) de ces hommes ont subi des violences en tant que mineurs uniquement, contre moins de la moitié (49%) des répondantes. Les hommes victimes de violences sexuelles sont donc plus nombreux à subir ces violences exclusivement avant l'âge adulte ¹⁴¹.

¹⁴⁰ L'OBS, « École en bateau, Kameneff condamné à 12 ans de prison » in *L'OBS*, 22 mars 2013, <http://tempsreel.nouvelobs.com/justice/20130322.OBS2800/ecole-en-bateau-kameneff-condamne-a-12-ans-de-prison.html>.

¹⁴¹ Les chiffres concernant les répondants de sexe masculin sont toutefois à considérer avec prudence étant donné leur faible effectif.

Quant aux femmes, un tiers d'entre elles ont été victimes de violences sexuelles en tant que mineures et en tant qu'adultes. Si on additionne le nombre de répondantes victimes en tant que mineure uniquement et celles victimes en tant que mineure et adulte cela porte le pourcentage total de répondantes victimes de violences sexuelles alors qu'elles étaient mineures à 80%.

Figure B.5 - Période des violences subies selon le sexe



Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

Les mineur-e-s sont les principales victimes des violences sexuelles

L'âge au moment des premières violences sexuelles est sans conteste la donnée la plus marquante apportée par les résultats de l'enquête. 81% des répondant-e-s qui ont renseigné la question déclarent avoir subi les premières violences sexuelles avant l'âge de 18 ans, 68% avant l'âge de 15 ans, 51% avant 11 ans et 21% avant 6 ans.

Si ces pourcentages peuvent paraître étonnants au premier abord, c'est principalement dû au fait que les chiffres officiels faisant état de 102 000 personnes (dont 86 000 femmes et 16 000 hommes) victimes de viol ou de tentatives de viol en France

chaque année ne concernent que les 18-75 ans, et ne prennent donc pas en compte les violences sexuelles dont sont victimes les mineur-e-s.

Tableau B.7 - Âge des premières violences sexuelles subies

Tranche d'âge des premières violences subies	Effectifs	Pourcentages
1 [De 0 à 5 ans]	239	21 %
2 [De 6 à 10 ans]	342	30 %
3 [De 11 à 14 ans]	198	17 %
4 [De 15 à 17 ans]	153	13 %
5 [De 18 à 26 ans]	165	14 %
6 [Plus de 26 ans]	45	4 %
Total général	1143	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1143 répondant-e-s).

Pourtant, l'enquête *CSF (Contexte de la sexualité en France)* rapporte que 59% de femmes et 67% d'hommes victimes de violences sexuelles ont subi les premiers « rapports forcés ou tentatives de rapports forcés » — en fait des viols ou tentatives de viol — avant l'âge de 18 ans ¹⁴². L'enquête *CSF* indique par ailleurs que les « attouchements » — correspondant à ce que le code pénal définit comme des agressions sexuelles — se produisent dans la majorité des cas pendant l'enfance et l'adolescence et que « 50% des femmes concernées ont subi ces attouchements avant l'âge de 10 ans et 50% des hommes avant l'âge de 11 ans. » ¹⁴³.

Lorsque la victime est mineure, l'agresseur est une personne connue dans 94% des cas

Une écrasante majorité des auteur-e-s de violences sexuelles sont de genre masculin : 96% des agresseurs sont des hommes lorsque la victime est mineure, et 98%

¹⁴² BAJOS, Nathalie et BOZON, Michel (Dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008, p. 388.

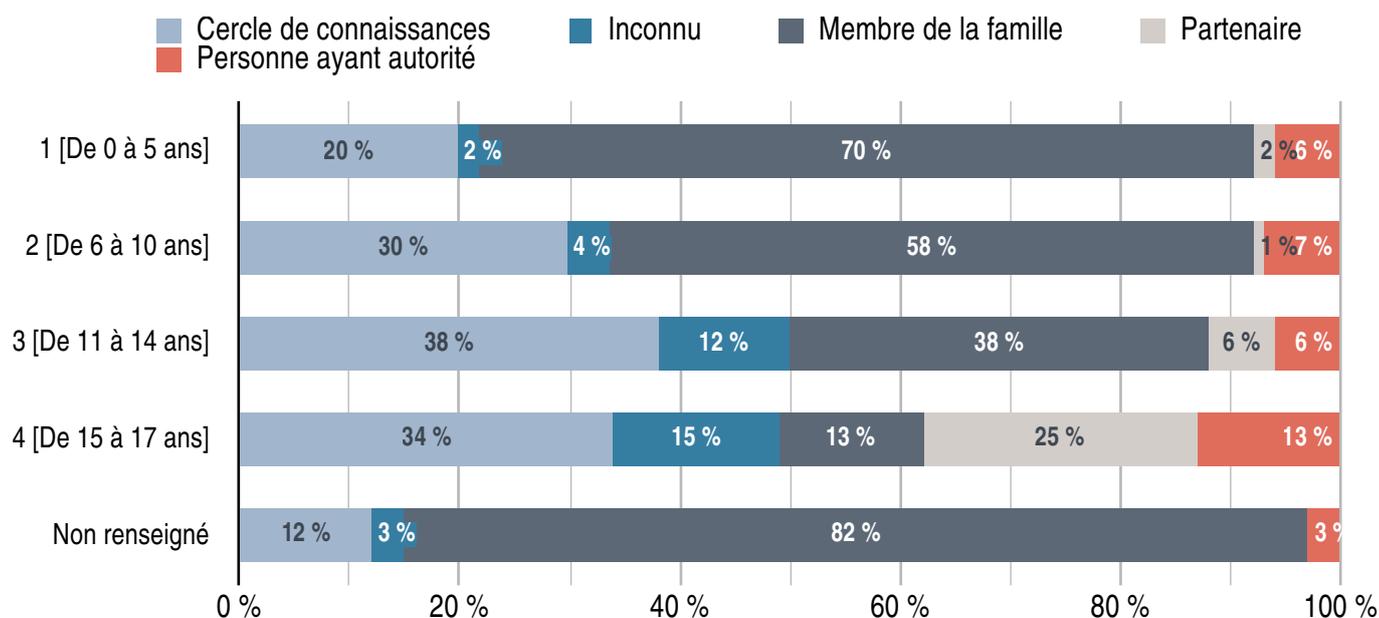
¹⁴³ *Id.*, *ibid.*, p. 387.

quand la victime est majeure. Les 4% et 2% restants sont donc des femmes, et pour les victimes mineures, souvent des mères.

Lorsque la victime est mineure, les agresseurs sont très rarement des inconnus. L'auteur-e des faits est un-e proche de la victime dans 94% des cas et un membre de la famille dans plus de la moitié (52%) des cas, ce taux atteignant même les 70% si les violences ont eu lieu avant l'âge de 6 ans.

Dans la grande majorité des cas, les violences sexuelles faites aux mineur-e-s ne sont donc pas perpétrées par des pédocriminel-le-s inconnu-e-s, mais bien par des proches, et plus particulièrement par des membres de la famille de la victime.

Figure B.6 - Auteur-e des violences selon l'âge auquel les violences ont eu lieu (victimes mineures)



Champ : répondant-e-s ayant subi la violence sexuelle principale avant 18 ans et précisé l'auteur-e (757 répondant-e-s). En pourcentages.

Lecture : l'item « partenaire » désigne des petit-e-s ami-e-s ou des amoureux-ses.

Hors situation d'inceste, et lorsque la victime n'a subi qu'un seul type de violence, les agressions sexuelles et les viols sont le plus souvent commis par des personnes faisant partie du cercle de connaissances de la victime, dans respectivement 59% et 55% des cas. Ces proches sont des camarades de classe, des amis de la victime ou de sa famille, et des connaissances.

Tableau B.8 - Auteur-e des violences selon le type de violence sexuelle lorsque la victime était mineure

	Cercle de connaissances	Inconnu	Membre de la famille	Partenaire	Personne ayant autorité	Total général
Agression sexuelle	59 %	11 %	7 %	2 %	22 %	100 %
Inceste sans viol	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Viol sans inceste	55 %	16 %	6 %	17 %	6 %	100 %
Total général	29 %	6 %	52 %	6 %	7 %	100 %

Champ : répondant-e-s ayant subi un seul type de violence sexuelle avant 18 ans et précisé l'auteur-e (189 répondant-e-s). En pourcentages.

Tableau B.9 - Statut de l'auteur-e (mineur-e/majeur-e) selon le type de violence sur des victimes mineures

	Agression sexuelle	Inceste sans viol	Autres violences	Viol et inceste	Viol sans inceste	Total général
Auteur-e majeur-e	70 %	86 %	87,5 %	80 %	68 %	76 %
Auteur-e mineur-e	30 %	14 %	12,5 %	20 %	32 %	24 %
Total général	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Champ : répondant-e-s ayant subi la violence sexuelle principale avant 18 ans et précisé l'âge de l'auteur-e (698 répondant-e-s). En pourcentages.

Selon les résultats de l'enquête, les personnes ayant autorité en dehors du cercle familial qui ont commis des violences sexuelles sur les victimes mineures sont des encadrant-e-s (école, colonie de vacances, loisirs), des médecins et des patrons.

Il est rare que les auteur-e-s de violences sexuelles soient de sexe féminin, et les réponses des victimes confirment qu'une grande majorité (96%) des agresseurs de mineur-e-s sont des hommes. Les femmes auteur-e-s ont plus tendance à commettre des violences sexuelles sur des mineur-e-s — particulièrement sur les enfants de moins de 6 ans ¹⁴⁴ — que sur les adultes.

Fait marquant, 24% des auteur-e-s de violences sexuelles sur mineur-e-s étaient mineur-e-s au moment des faits ¹⁴⁵. Leur victime avait moins de 10 ans dans 62% des cas. 68% de ces enfants et adolescent-e-s agresseurs ont commis des viols, incestueux dans près d'un quart des cas (23%). Selon un article de Becker et Hunter, ces agresseurs mineurs seraient eux-mêmes victimes de violences sexuelles dans 40 à 80% des cas ¹⁴⁶.

¹⁴⁴ Une étude nord-américaine du Bureau of Justice Statistics rapporte que, toutes victimes confondues, les auteur-e-s de violences sexuelles sont des femmes dans seulement 4% des cas, mais que ce taux atteint 12% lorsque la victime a moins de 6 ans et 6% lorsqu'elle a entre 6 et 12 ans.

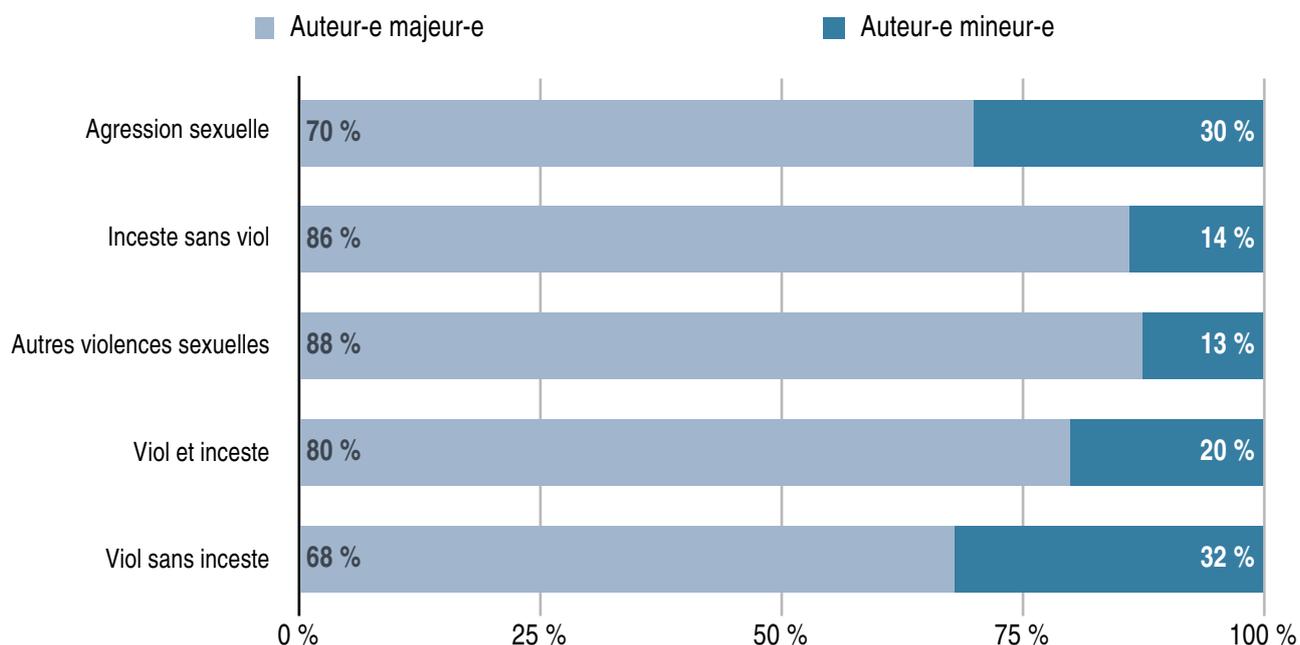
Source : SNYDER, Howard N., *Sexual Assault Of Young Children As Reported To Law Enforcement: Victim, Incident, And Offender Characteristics*, Juillet 2000, National Center for Juvenile Justice, U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.

¹⁴⁵ Toujours selon l'étude nord-américaine du Bureau of Justice Statistics, 23% des auteur-e-s de violences sexuelles sont des adolescents de sexe masculin, ce taux atteint 40% lorsque les victimes sont des enfants âgés de moins de 6 ans.

Source : SNYDER, Howard N., *Sexual Assault Of Young Children As Reported To Law Enforcement: Victim, Incident, And Offender Characteristics*, Juillet 2000, National Center for Juvenile Justice, U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.

¹⁴⁶ BECKER, Judith V., HUNTER, John A., « *Understanding and treating child and adolescent sexual offenders* » in *Advances in Clinical Child Psychology*, 1997, Vol. 19, p. 177-197.

Figure B.7 - Statut de l'auteur-e (mineur-e/majeur-e) selon le type de violence sur des victimes mineures



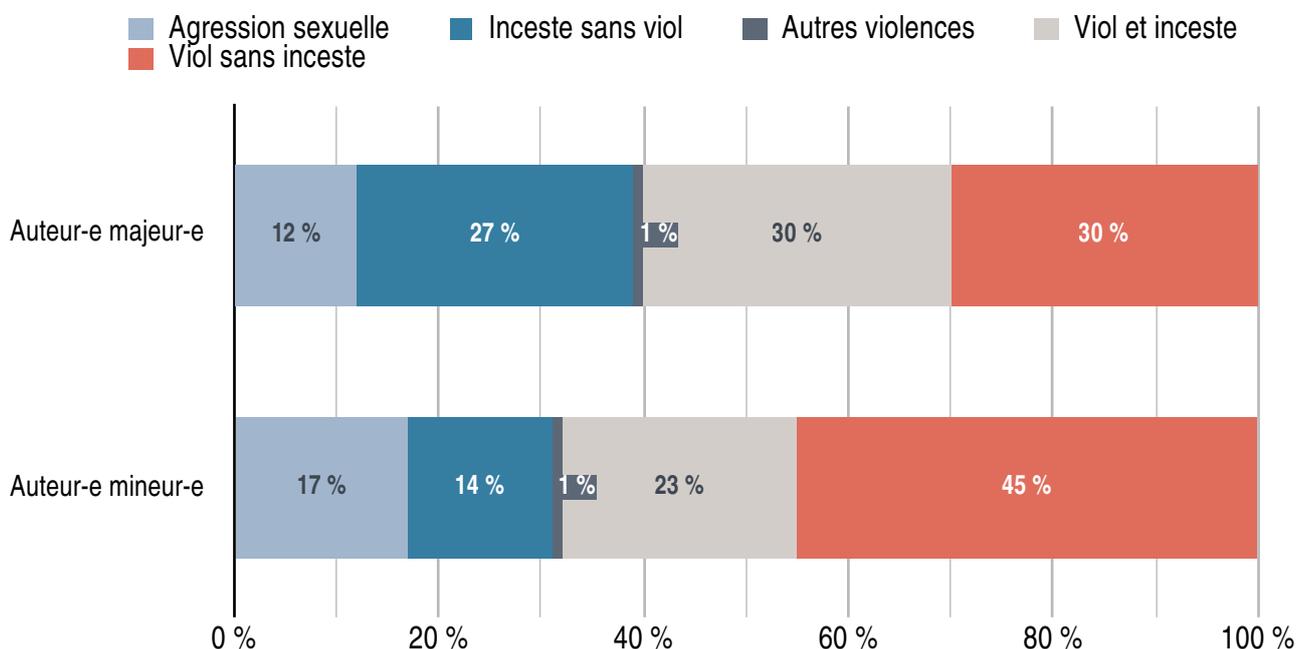
Champ : répondant-e-s ayant subi la violence sexuelle principale avant 18 ans et précisé l'âge de l'auteur-e (698 répondant-e-s). En pourcentages.

Tableau B.10 - Type de violences sexuelles selon le statut de l'auteur-e (mineur-e / majeur-e) sur des victimes mineures

Type de violence	Auteur-e majeur-e	Auteur-e mineur-e	Total général
Agression sexuelle	65	28	93
Inceste sans viol	143	24	167
Autres violences	7	1	8
Viol et inceste	157	39	196
Viol sans inceste	160	74	234
Total général	532	166	698

Champ : répondant-e-s ayant subi la violence sexuelle principale avant 18 ans, et précisé l'âge de l'auteur-e (698 répondant-e-s). En effectifs.

Figure B.8 - Type de violences sexuelles selon le statut de l'auteur-e (mineur-e/majeur-e) sur des victimes mineures



Champ : répondant-e-s ayant subi la violence sexuelle principale avant 18 ans et précisé l'âge de l'auteur-e (698 répondant-e-s). En pourcentages.

Lorsque la victime avait moins de 6 ans au moment des faits, les violences sexuelles sont liées à une situation d'inceste dans 70% des cas, et dans 58% des cas si la victime avait entre 6 et 10 ans. Ces situations d'inceste peuvent perdurer pendant des années comme en atteste le témoignage de cette victime :

« Mon père m'a violée en moyenne 3 à 4 fois par semaine pendant plus de dix ans. »

Plus la victime est jeune et plus la proportion de situations d'inceste est élevée. À partir de 15 ans on retrouve moins de situations d'inceste et un nombre plus élevé de violences perpétrées dans le cadre du couple : un quart des victimes âgées de 15 à 17 ans lors des premières violences ont été agressées par un-e partenaire ou un-e ex-partenaire.

Lorsque les victimes sont mineures, il est fréquent que les violences sexuelles soient commises par plusieurs agresseurs, en réunion ou de façon successive. On retrouve

notamment des tableaux dans lesquels plusieurs membres d'une même famille infligent des violences à la victime.

*« homme, père, de ses 31 ans à ses 46 ans (en individuel et en réunion)
homme, grand-père, environ de ses 61 ans à ses 65 ans (en réunion)
homme, grand-oncle, environ de ses 62 à ses 66 ans (en réunion)
homme, cousin de mon père, environ de ses 30 à ses 34 ans (en réunion)
femme, mère, de ses 31 à ses 46 ans (la grande organisatrice, elle nous a donnés
au père, elle nous faisait tirer au sort les agresseurs en réunion) »*

*« - Le curé du préventorium dans lequel j'étais pour soigner ma primo-infection.
Il avait environ 45 ans
- mon frère qui avait 11 ans
- mon grand-père qui me demandait d'enlever ma culotte dans la forêt
- mon cousin qui avait 18 ans (moi 14)
- ami de mes parents qui avait 40 ans
- gynéco »*

*« De 3 ans à 10 ans, masculin, 50 ans, grand-père maternel.
De 5 ans à 7 ans, masculin, 15 ans, frère.
À 12 ans, masculin, 15 ans, autre frère.
À 15 ans, masculin, 22 ans, petit-ami.
De 7 ans à 18 ans, dans la sphère publique, exhibitions masculines. »*

Le cadre le plus fréquent des violences sexuelles subies dans l'enfance est donc la famille : 53% des répondant-e-s ayant subi des agressions avant l'âge de 18 ans déclarent y avoir subi des violences sexuelles. L'entourage de la famille est ensuite désigné par 25% des victimes, puis le cadre amical par 16,5% d'entre elles, suivi par l'espace public dans 16% des cas. Les autres environnements cités sont : le milieu scolaire pour 12% des victimes ayant subi les violences dans l'enfance, le couple pour 9% d'entre elles, les colonies de vacances, garderies et centres de loisirs pour 4,5% d'entre elles, le cadre du soin (institution médico-sociale, consultation, hospitalisation) pour 3% d'entre elles, le milieu des loisirs (activités musicales, sport, etc.) pour 3,5% d'entre elles, les institutions religieuses pour 2% d'entre elles, les foyers d'accueil pour 1% d'entre elles et les situations prostitutionnelles pour 1% d'entre elles.

Tableau B.11 - Cadre des violences sexuelles subies en tant que mineur-e (non exclusif)

	Effectifs	Pourcentages
Famille	511	53 %
Entourage de la famille	243	25 %
Couple (partenaire et ex-partenaire)	103	11 %
Cadre amical	160	16,5 %
Milieu scolaire	116	12 %
Colonie de vacances, garderie, centre de loisirs	43	4,5 %
Institution religieuse	21	2 %
Cadre du soin (institution médico-sociale, consultation, hospitalisation)	28	3 %
Foyers d'accueil, famille d'accueil, centres d'hébergement	11	1 %
Milieu sportif	13	1 %
Milieu des loisirs (activités musicales, plastiques, etc.)	25	2,5 %
Travail, stage, apprentissage	22	2 %
Espace public	154	16 %
Situation prostitutionnelle	8	1 %

Champ : répondant-e-s ayant subi des violences sexuelles en tant que mineur-e, hors non renseigné, (966 répondant-e-s). Non exclusif.

Lecture : ce tableau concerne toutes les violences sexuelles subies et non la seule violence principale.

Lorsque la victime est majeure, les viols sont commis par des partenaires dans près de la moitié des cas.

Quand la victime est majeure, l'agresseur est une personne connue dans 77% des cas, voire même un-e partenaire ou un-e ex-partenaire dans 41% des cas. Parmi les agresseurs faisant partie du cercle de connaissances des victimes, on retrouve des amis, des collègues et des connaissances. Les personnes ayant autorité responsables des violences sexuelles sont en majorité des supérieurs hiérarchiques, mais aussi des médecins, des moniteurs d'auto-école, des enseignants et des clients habituels de la prostitution.

Tableau B.12 - Auteur-e-s des violences sexuelles lorsque la victime est majeure

Auteur-e des violences	Effectifs	Pourcentages
Cercle de connaissances	44	27 %
Inconnu	38	23 %
Membre de la famille	1	1 %
Partenaire	68	41 %
Personne ayant autorité	14	8 %
Total général	165	100 %

Champ : répondant-e-s ayant subi les violences sexuelles exclusivement après 18 ans et précisé l'auteur-e (165 répondant-e-s).

Lecture : ce tableau concerne exclusivement la principale violence sexuelle subie

Tableau B.13 - Type de violences subies selon l'auteur-e des violences (victime majeure)

Auteur-e des violences	Agressions sexuelles	Inceste sans viol	Autres violences	Viol sans inceste	Total général
Cercle de connaissances	4	3	0	25	32
Inconnu	11	1	2	27	41
Membre de la famille	0	2	0	0	2
Partenaire	6	4	3	35	48
Personne ayant autorité	4	0	2	4	10
Total général	25	10	7	91	133

Champ : répondant-e-s ayant subi un seul type de violence sexuelle après 18 ans et précisé l'auteur-e (133 répondant-e-s). En effectifs.

Tableau B.14 - Type de violences subies selon l'auteur-e des violences (victime majeure au moment des violences)

Auteur-e des violences	Agressions sexuelles	Viol sans inceste
Cercle de connaissances	19 %	30 %
Inconnu	44 %	18 %
Membre de la famille	0 %	0 %
Partenaire	19 %	47 %
Personne ayant autorité	19 %	5 %
Total général	100 %	100 %

Champ : répondant-e-s ayant subi les violences sexuelles exclusivement après 18 ans et précisé l'auteur-e des violences (165 répondant-e-s). En pourcentages.

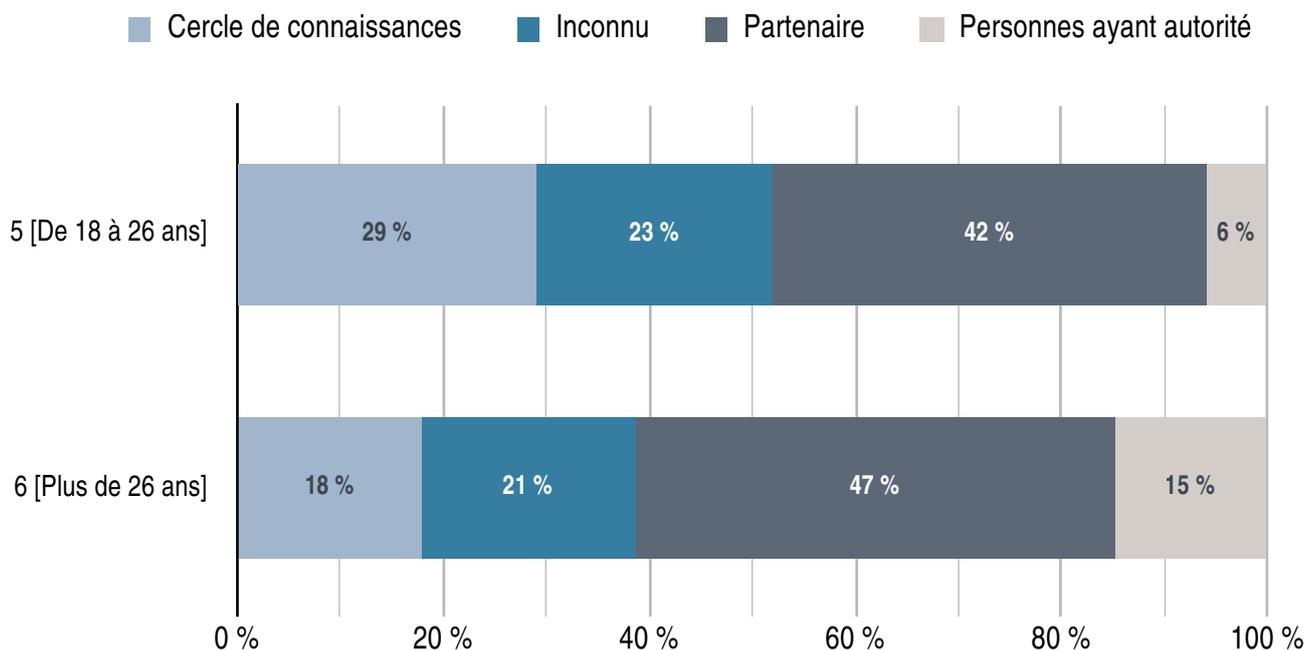
Lecture : ce tableau concerne exclusivement la principale violence sexuelle subie et les % n'ont été calculés que sur les catégories ayant des effectifs suffisants.

Les agressions sexuelles sont le plus souvent le fait d'inconnus (44%), alors que les viols sont majoritairement commis par des partenaires ou ex-partenaires (47%). Seuls 18% des viols imposés à une victime majeure sont le fait d'inconnus.

La majorité des répondant-e-s victimes alors qu'ils ou elles étaient majeur-e-s ont subi les violences sexuelles entre 18 et 26 ans, ce qui peut être dû à un biais lié à l'âge moyen des répondant-e-s à l'enquête. Au-dessus de 26 ans, la proportion de violences sexuelles infligées par des membres du cercle de connaissances des victimes tend à diminuer au profit de celles qui sont commises par des personnes ayant autorité.

Lorsque les victimes de viol en situation d'inceste subissent de nouvelles violences à l'âge adulte, elles sont, dans plus d'un tiers des cas (34%), le fait d'un-e partenaire ou ex-partenaire.

Figure B.9 - Auteur-e des violences selon l'âge de la victime au moment des violences (victime majeure au moment des violences)



Champ : répondant-e-s ayant subi la violence sexuelle principale après 18 ans et précisé l'auteur-e (148 répondant-e-s). En pourcentages.

Lecture : ce tableau concerne exclusivement la principale violence sexuelle subie

Enfin, pour l'ensemble des violences sexuelles subies à l'âge adulte, le cadre le plus fréquemment cité est le couple (partenaire et ex-partenaire) et représente 58% des cas, suivi par le cadre amical pour un tiers des réponses, l'espace public dans 31% des cas, le travail dans 20% des cas, le cadre du soin (institution médico-sociale, consultation, hospitalisation) dans 9% des cas, l'entourage de la famille dans 9% des cas, le milieu scolaire et universitaire dans 7% des cas, la famille dans 7% des cas et les situations prostitutionnelles dans 3% des cas.

Tableau B.15 - Cadre des violences sexuelles subies en tant que majeur-e (non exclusif)

	Effectifs	Pourcentages
Famille	44	7 %
Entourage de la famille	56	9 %
Couple (partenaire et ex-partenaire)	351	58 %
Cadre amical	197	33 %
Milieu scolaire et universitaire	43	7 %
Cadre du soin (institution médico-sociale, consultation, hospitalisation)	57	9 %
Foyers d'accueil, famille d'accueil, centres d'hébergement	6	1 %
Milieu sportif	6	1 %
Milieu des loisirs (activités musicales, plastiques, etc.)	14	2 %
Travail, stage, apprentissage	122	20 %
Espace public	186	31 %
Situation prostitutionnelle	18	3 %
Situation de protection et secours (interventions de la police, des pompiers)	5	1 %

Champ : répondant-e-s ayant subi des violences sexuelles en tant que majeur-e (602 répondant-e-s). Non exclusif.

Lecture : ce tableau concerne toutes les violences sexuelles subies et non la seule violence principale.

C'est au sein des sphères familiale et amicale que le risque de subir des violences sexuelles est le plus élevé

Quel que soit l'âge des victimes, les résultats de l'enquête indiquent donc que les sphères familiale et amicale constituent le contexte le plus favorable aux violences et le plus grand réservoir d'agresseurs. Le viol qui hante l'imaginaire collectif de nos sociétés

patriarcales, celui perpétré sur une jeune femme par un inconnu armé, dans une ruelle sombre ou un parking, est donc loin d'être représentatif de la réalité.

Ce sont les enfants qui courent le plus de risques de subir des violences sexuelles, et c'est au sein du foyer que ce risque est le plus élevé.

C. LES CONSÉQUENCES DES VIOLENCES SEXUELLES

1. Tentatives de suicide, idées suicidaires et sentiment d'être en danger

Tentatives de suicide

Le suicide est la conséquence la plus dramatique des violences sexuelles, ceux et celles qui ont mis fin à leurs jours ne sont malheureusement plus là pour en parler. Les hommes, qui sont plus nombreux que les femmes à réussir leur suicide ¹⁴⁷, sont probablement plus touchés qu'elles par ces morts précoces lorsqu'ils ont été victimes de violences sexuelles, rendant ainsi les violences sexuelles qu'ils ont subies encore plus difficiles à quantifier, et donc à dénoncer.

Parmi les répondant-e-s qui ont renseigné la question, 42% rapportent avoir déjà fait au moins une tentative de suicide, certain-e-s en ont fait plus de 10, quelques-un-e-s plus de 20. Ces tentatives de suicides ont parfois eu lieu dans l'enfance comme en témoignent ces répondantes :

« Trois, à 13 ans, 20 ans et 22 ans »

« Quatre. À 6 ans, j'ai voulu me jeter sous une voiture. Ma tante m'a rattrapée à temps. »

Un risque de tentative de suicide multiplié par 7

L'enquête *Baromètre santé 2010* de l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) ¹⁴⁸, conduite auprès de la population française, estimait que

¹⁴⁷ BECK, François, GUIGNARD, Romain, DU ROSCOËT, Enguerrand, SAÏAS, Thomas, « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 » in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique : Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France*, InVS, 13 décembre 2011, n°47-48, p. 488-492, p. 490.

¹⁴⁸ Enquête *Baromètre santé 2010* conduite par l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) entre octobre 2009 et juillet 2010 au moyen de questionnaires par téléphone auprès d'un échantillon de 27 653 individus de 18 à 85 ans résidant en France métropolitaine.

5,5% des 18-75 ans avaient tenté de se suicider au cours de leur vie, dont 7,6% des femmes et 3,2% des hommes ¹⁴⁹. Le risque de tentative de suicide serait donc environ 7 fois (6 fois si l'on se rapporte aux différences hommes/femmes) plus élevé chez les victimes de violences sexuelles que dans la population générale. Avoir subi des violences sexuelles est d'ailleurs relevé par l'enquête *Baromètre santé 2010* ¹⁵⁰ comme étant un facteur de risque important dans la survenue des tentatives de suicides.

Tableau C.1 - Tentatives de suicide selon le type de violences subies.

Type de violence	Non	Oui	Total général
Agression sexuelle	72 %	28 %	100 %
Inceste sans viol	56 %	44 %	100 %
Autres violences	74 %	26 %	100 %
Viol et inceste	48 %	52 %	100 %
Viol sans inceste	58 %	42 %	100 %
Total général	58 %	42 %	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1135 répondant-e-s).

En pourcentages.

Le fait d'avoir fait au moins une tentative de suicide peut être utilisé comme indicateur de la gravité des circonstances associées aux violences subies. En effet, les tests statistiques ¹⁵¹ confirment qu'il existe une corrélation entre le type de violence subie et le fait de tenter de se suicider. Les victimes d'agression sexuelle ou d'autres violences sexuelles (autres que les agressions sexuelles, le viol et l'inceste), ont moins souvent rapporté avoir fait de tentatives de suicide que la moyenne des répondant-e-s. En revanche, les victimes de viol et/ou d'inceste sont plus nombreuses à avoir tenté de se

¹⁴⁹ BECK, François, GUIGNARD, Romain, DU ROSCOËT, Enguerrand, SAÏAS, Thomas, « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 » in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique : Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France*, InVS, 13 décembre 2011, n°47-48, p. 488-492, p. 489.

¹⁵⁰ *Id.*, *Ibid.*, p. 489.

¹⁵¹ Test statistique du khi-deux significatif au seuil de 1% (***)

suicider, et plus de la moitié (52%) des victimes de viol en situation d'inceste déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide.

Il existe également un lien entre l'âge auquel les premières violences sexuelles ont été subies et le risque de tentative de suicide ¹⁵². Plus la victime est jeune au moment des faits et plus le risque croît ¹⁵³ : près de la moitié (49%) des victimes qui avaient moins de 6 ans lors de la première violence ont rapporté avoir fait au moins une tentative de suicide, contre 21% des victimes qui avaient plus de 26 ans au moment des premières violences.

Tableau C.2 - Tentatives de suicide selon l'âge des premières violences.

Tranche d'âge	Non	Oui	Total général
1 [De 0 à 5 ans]	51 %	49 %	21 %
2 [De 6 à 10 ans]	54 %	46 %	30 %
3 [De 11 à 14 ans]	53 %	47 %	17 %
4 [De 15 à 17 ans]	64 %	36 %	14 %
5 [De 18 à 26 ans]	72 %	28 %	14 %
6 [Plus de 26 ans]	79 %	21 %	4 %
Total général	58 %	42 %	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1076 répondant-e-s).

En pourcentages.

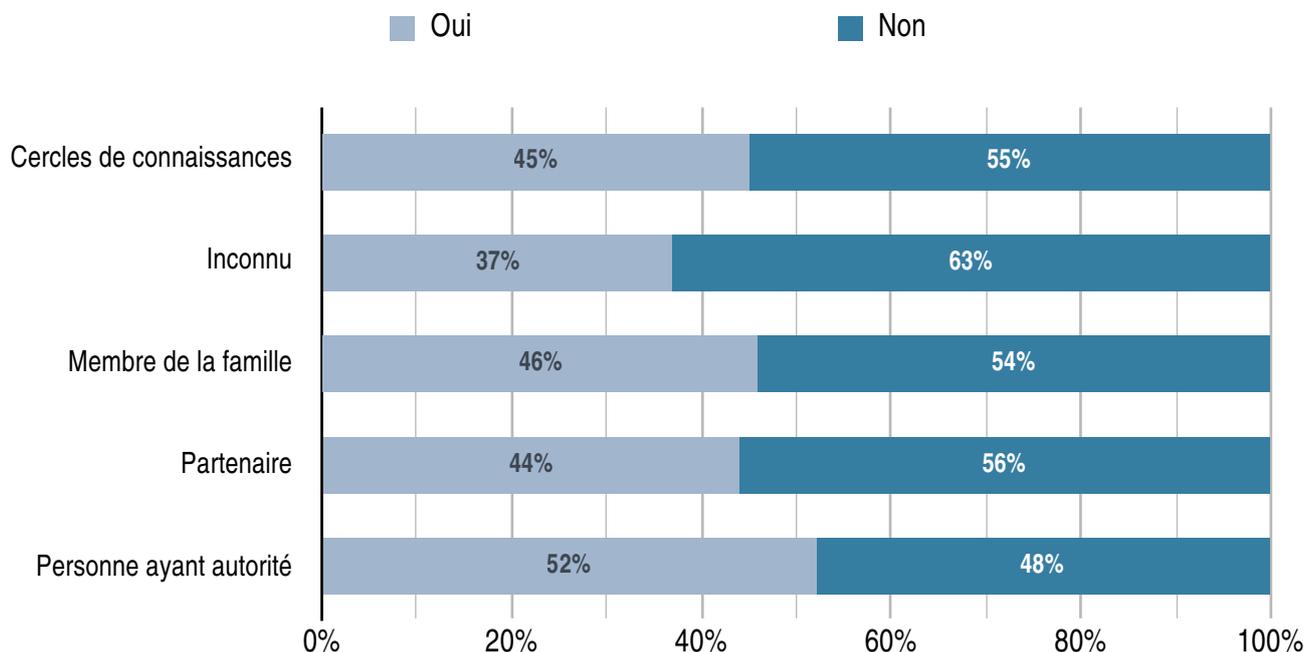
D'autre part, les tentatives de suicide sont plus fréquemment rapportées par les répondant-e-s ayant subi des violences sexuelles du fait d'un membre de la famille ou d'une personne ayant autorité hors cercle familial (école, loisirs, colonie de vacances, médecin, supérieur hiérarchique, etc.). Dans ce dernier cas de figure, plus de la moitié (52%) des victimes ont tenté de se suicider.

¹⁵² Test statistique du khi-deux significatif au seuil de 1% (***).

¹⁵³ L'UNICEF indique à ce sujet que les enfants victimes de violences sexuelles sont une population à risque de suicide, et que plus les violences subies ont été assorties de circonstances aggravantes, plus le risque est grand.

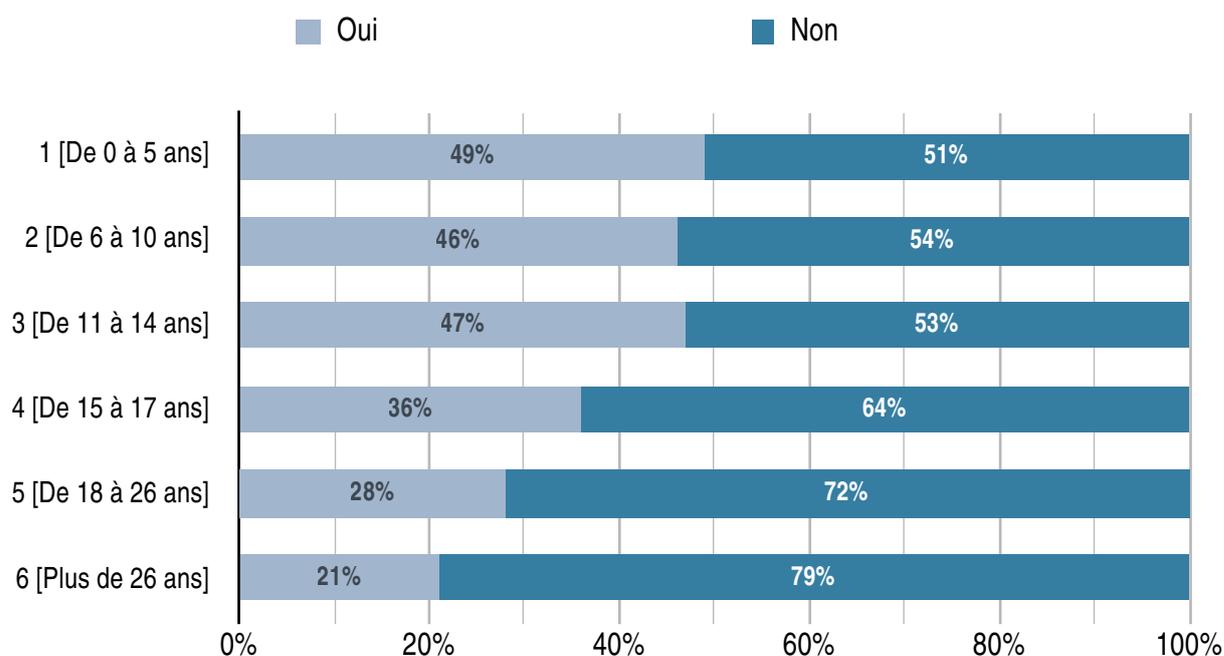
Source : United Nations Children's Fund, *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*, New York, UNICEF, 2014, p. 62.

Figure C.1 - Tentatives de suicide selon l'auteur-e des violences (victime mineure)



Champ : répondant-e-s ayant subi les violences avant 18 ans et ayant précisé l'auteur-e des violences (199 répondant-e-s). En pourcentages.

Figure C.2 - Tentatives de suicide selon l'âge des premières violences



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1076 répondant-e-s). En pourcentages.

De même, lorsque les violences sexuelles ont été subies à l'âge adulte, il existe également une corrélation entre le statut de l'auteur-e des violences et le fait de tenter de suicider ¹⁵⁴. 63% des répondant-e-s victimes de violences sexuelles commises par un membre de leur famille alors qu'ils ou elles avaient plus de 18 ans ont rapporté avoir fait au moins une tentative de suicide. C'est également le cas pour près de la moitié (48%) de ceux ou celles qui ont été victimes d'un individu faisant partie de leur cercle de connaissances, et de 45% de ceux ou celles victimes d'une personne ayant autorité (supérieur hiérarchique, médecin, enseignant, moniteur d'auto-école).

Tableau C.3 - Tentatives de suicide selon l'auteur-e des violences (victime majeure)

Auteur-e des violences	Non	Oui	Total général
Cercle de connaissances	52 %	48 %	100 %
Inconnu	66 %	34 %	100 %
Membre de la famille	37 %	63 %	100 %
Partenaire	61 %	39 %	100 %
Personne ayant autorité	55 %	45 %	100 %
Total général	58 %	42 %	100 %

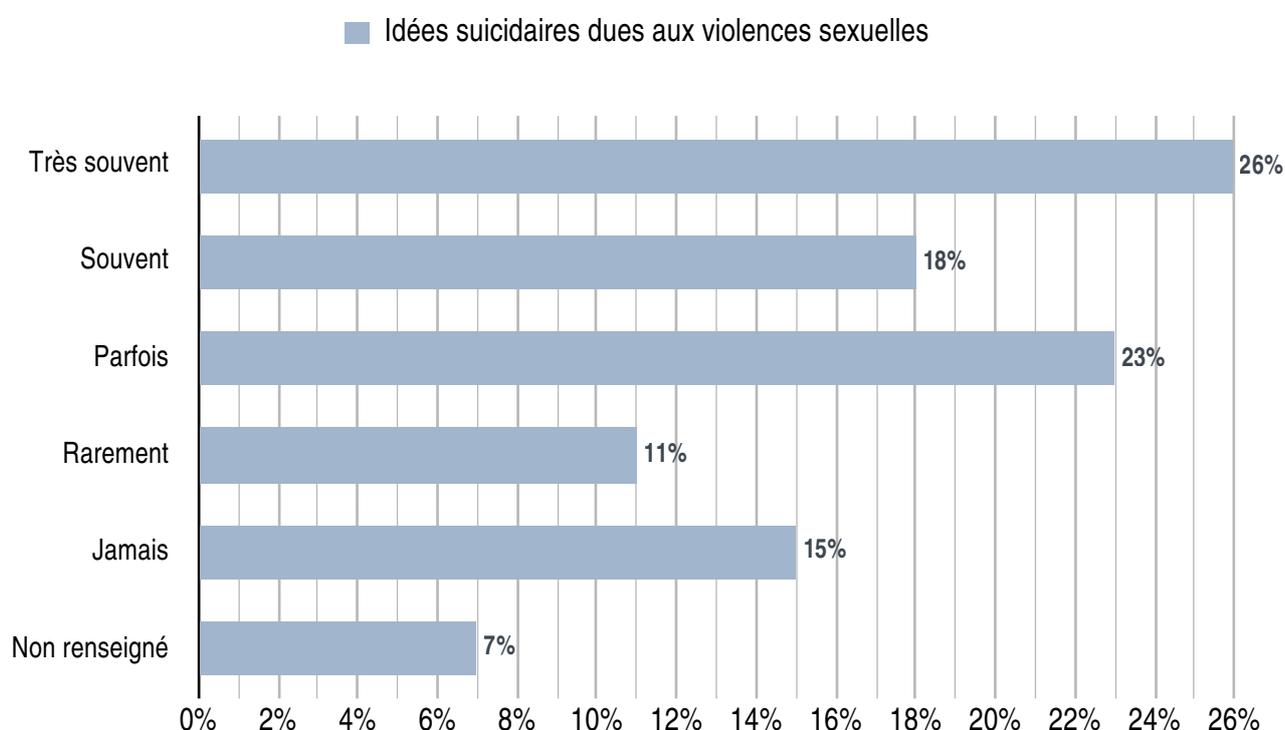
Champ : répondant-e-s ayant subi la ou les violences après 18 ans, hors non renseigné (518 répondant-e-s). En pourcentages.

¹⁵⁴ Test du khi-deux significatif au seuil de 5% (**).

Idées suicidaires

44% des répondant-e-s rapportent avoir régulièrement ¹⁵⁵ des idées suicidaires dues aux violences sexuelles subies, ces idées surviennent même « très souvent » chez plus d'un quart (26%) des répondant-e-s. L'enquête *Baromètre santé 2010* a d'ailleurs mis en évidence que l'un des premiers facteurs lié à la présence de pensées suicidaires est, pour les femmes comme pour les hommes, le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie ¹⁵⁶.

Figure C.3 - Idées suicidaires dues aux violences sexuelles



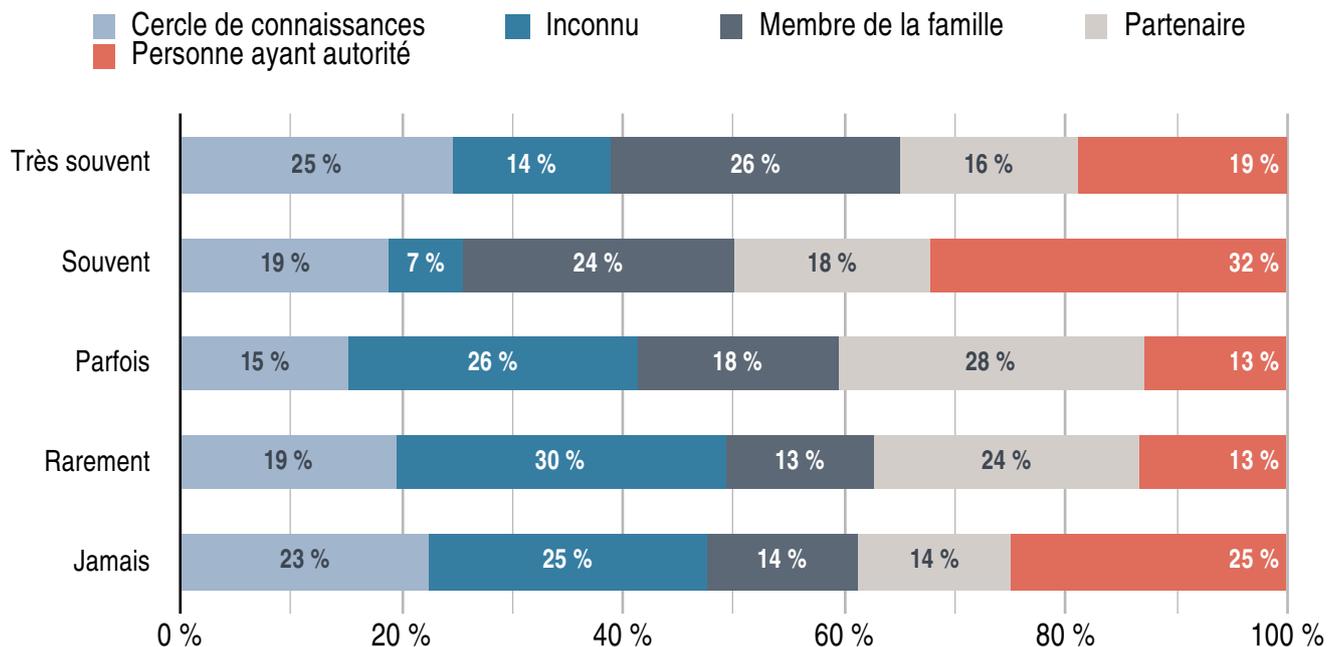
Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

Comme pour les tentatives de suicide, la survenue fréquente de pensées suicidaires semble liée au statut de l'auteur-e des violences : les agressions commises par des proches de la victime entraînent plus souvent des idées suicidaires.

¹⁵⁵ Somme de « très souvent » et « souvent ».

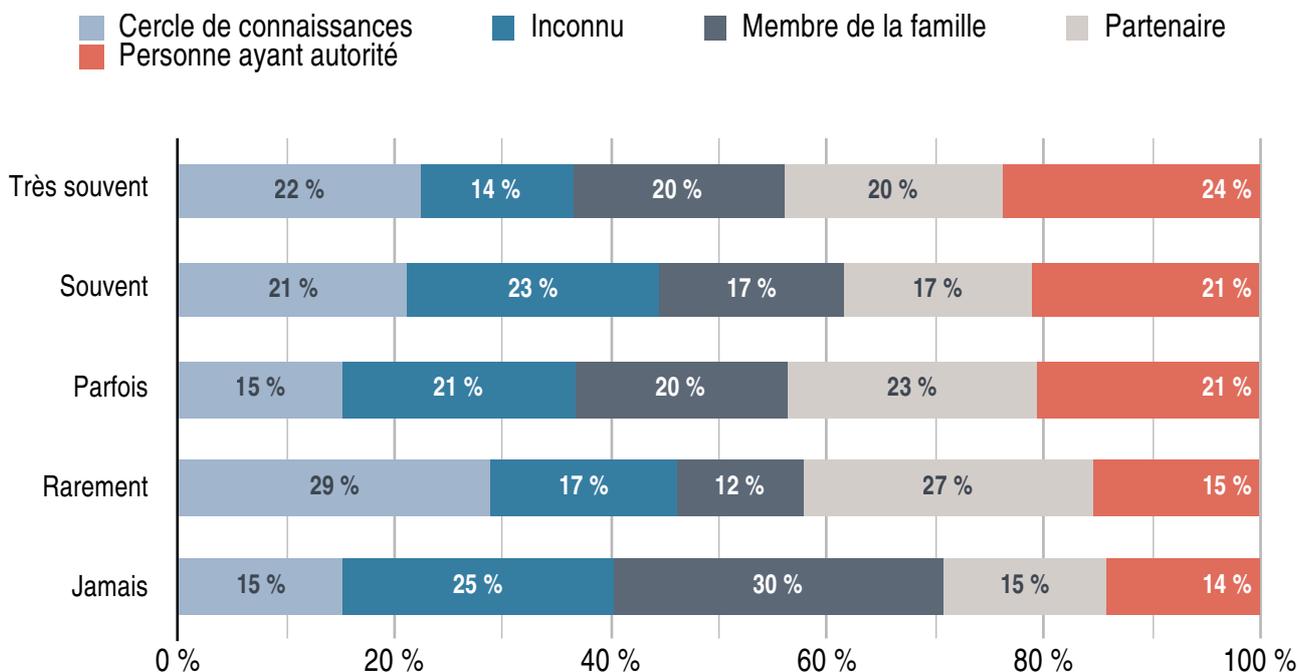
¹⁵⁶ BECK, François, GUIGNARD, Romain, DU ROSCOËT, Enguerrand, SAÏAS, Thomas, « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 » in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique : Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France*, InVS, 13 décembre 2011, n°47-48, p. 488-492, p. 489.

Figure C.4 - Idées suicidaires selon l'auteur lorsque la victime était mineure au moment des faits



Champ : répondant-e-s ayant subi les violences avant 18 ans et ayant renseigné l'auteur des violences (199 répondant-e-s). En pourcentages.

Figure C.5 - Idées suicidaires selon l'auteur lorsque la victime était majeure au moment des faits.



Champ : répondant-e-s ayant subi les violences après 18 ans et ayant renseigné l'auteur des violences (81 répondant-e-s). En pourcentages.

Sentiment d'être en danger

Quel que soit le type des violences subies ou l'âge auquel elles ont été vécues, une majorité (83%) de répondant-e-s rapportent avoir eu le sentiment d'être en danger au moment des violences et à la suite de celles-ci. Cependant, les victimes mineures au moment des faits ont légèrement moins eu le sentiment d'être en danger que les autres répondant-e-s, cela peut éventuellement s'expliquer par un état de dissociation plus important de la victime ou une moins bonne compréhension des faits au moment des violences.

Tableau C.4 - Sentiment d'être en danger selon le type de violences subies

	Agression sexuelle	Inceste sans viol	Autres violences	Viol et inceste	Viol sans inceste	Total général
Non	12 %	15 %	0 %	9 %	6 %	9 %
Oui (à chaque fois ou de nombreuses fois)	64 %	58 %	43 %	70 %	68 %	66 %
Oui quelques fois	18 %	18 %	39 %	10 %	18 %	17 %
Non renseigné	6 %	10 %	17 %	11 %	7 %	8 %
Total général	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

Tableau C.5 - Sentiment d'être en danger selon la période des violences

	En tant qu'adulte uniquement	En tant que mineur-e	En tant que mineur-e et adulte	Total général
Non	8 %	13 %	3 %	9 %
Oui (à chaque fois ou de nombreuses fois)	67 %	61 %	73 %	66 %
Oui quelques fois	17 %	17 %	16 %	17 %
Non renseigné	8 %	9 %	8 %	8 %
Total général	100 %	100 %	100 %	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

Impact des violences sexuelles sur la qualité de vie

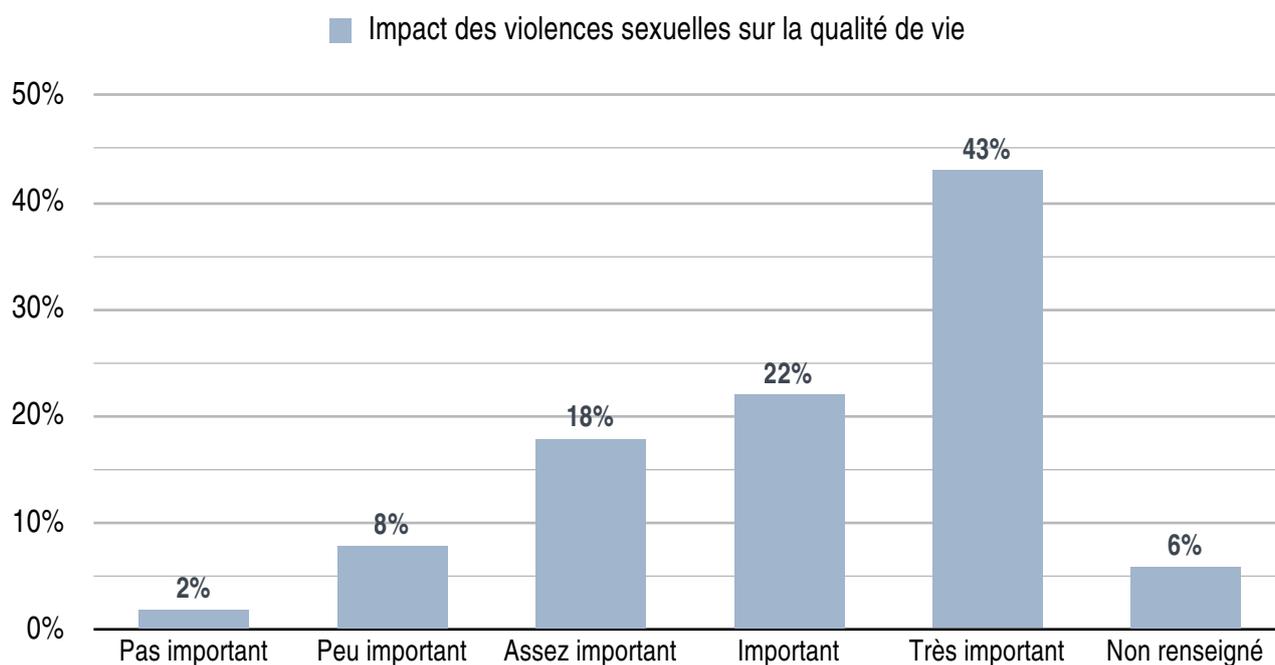
Être victime de violences sexuelles est un lourd fardeau, et près de deux tiers (65%) des répondant-e-s jugent l'impact des violences sur leur qualité de vie important à très important, seul-e-s 10% le considèrent comme peu ou pas important.

Les victimes de viol et/ou d'inceste sont plus nombreuses à déclarer que les violences sexuelles subies ont eu un impact important à très important sur leur qualité de vie. Les victimes de viol sont plus de 75% dans ce cas et les victimes d'inceste 78%. Pour les victimes de viol en situation d'inceste ce taux atteint les 83% ¹⁵⁷. Sans surprise, l'impact des violences sexuelles sur la qualité de vie est fortement lié à l'âge de la victime au moment où elle a subi ces violences ¹⁵⁸. Ainsi, les répondant-e-s ayant subi les premières violences avant 6 ans sont 82% à juger que les violences ont eu un impact particulièrement important sur leur qualité de vie.

¹⁵⁷ Selon le test du khi-deux le lien entre l'impact sur la qualité de vie et le type de violences sexuelles subies est significatif au seuil de 1% (***).

¹⁵⁸ Test du khi-deux significatif au seuil de 1% (***).

Figure C.6 - Impact des violences sexuelles subies sur la qualité de vie



Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

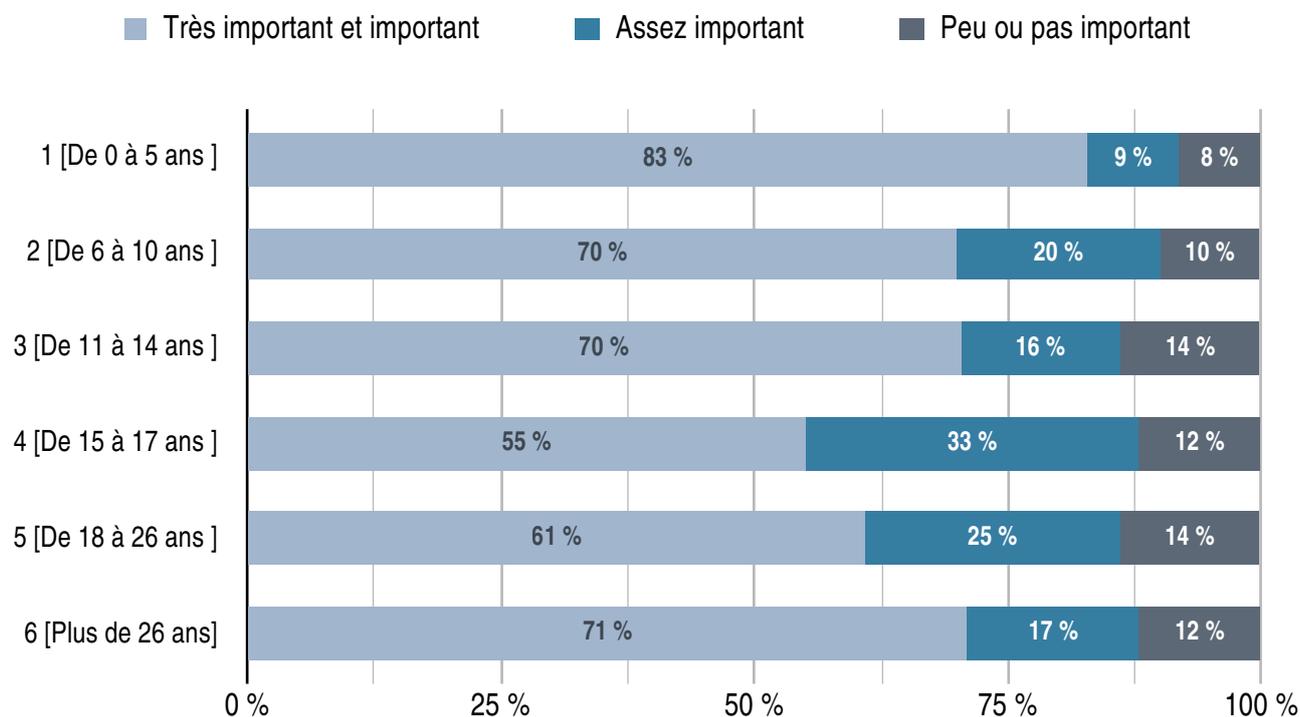
L'impact des violences est également lié au statut de l'auteur-e, en particulier lorsque la victime était mineure au moment des faits ¹⁵⁹. Ainsi, 79% des répondant-e-s mineur-e-s au moment des violences déclarent un impact particulièrement important lorsque l'auteur-e était un membre de leur famille. Pour les victimes majeures au moment des faits, ce sont quand les violences ont été commises par des membres de la famille et des partenaires que l'impact sur la qualité de vie a le plus d'importance ¹⁶⁰ : 79% des répondant-e-s victimes d'un membre de leur famille à l'âge adulte et 80% des victimes d'un-e partenaire ou d'un-e ex-partenaire jugent l'impact des violences subies très important ou important.

L'impact sur la qualité de vie semble encore plus conséquent lorsque la victime a subi les violences, et plus particulièrement des viols, en situation d'inceste ou, si elle était majeure au moment des faits, lorsque l'auteur-e est un-e partenaire ou un-e ex-partenaire.

¹⁵⁹ Test du khi-deux significatif au seuil de 1% (***).

¹⁶⁰ Test du khi-deux significatif au seuil de 5% (**).

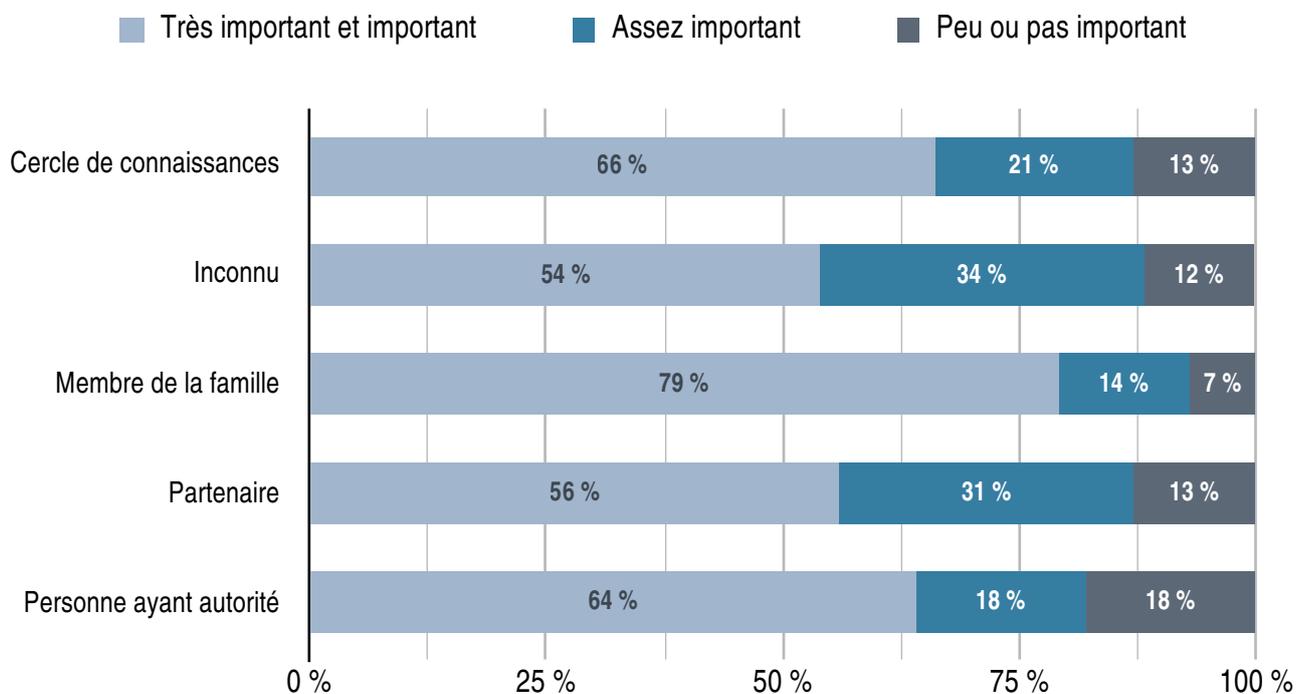
Figure C.7 - Impact des violences sexuelles subies sur la qualité de vie selon l'âge de la victime au moment des violences



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1085 répondant-e-s).

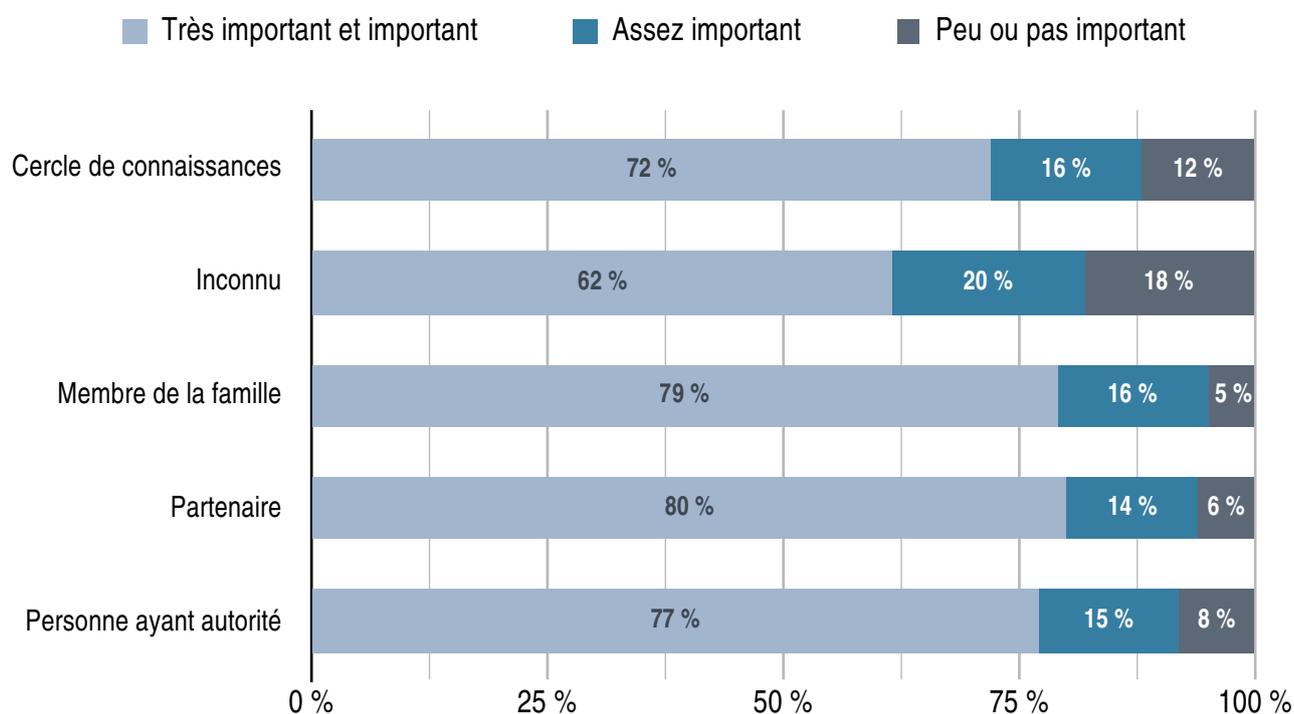
En pourcentages.

Figure C.8 - Impact des violences sexuelles sur la qualité de vie des victimes mineures



Champ : répondant-e-s ayant subi la première violence avant 18 ans et précisé l'auteur-e, hors non renseigné (752 répondant-e-s). En pourcentages.

Figure C.9 - Impact des violences sexuelles sur la qualité de vie des victimes majeures au moment des violences selon le statut de l'auteur-e des violences



Champ : répondant-e-s ayant subi la première violence après 18 ans et précisé l'auteur-e, hors non renseigné (522 répondant-e-s). En pourcentages.

Facteurs aggravants de l'impact des violences sexuelles

Ainsi, il est possible d'isoler certains facteurs aggravants des violences sexuelles. Il apparaît en effet que, parmi les différents types de violences sexuelles, ce sont les viols qui ont les conséquences les plus lourdes, d'autant plus s'ils sont vécus en situation d'inceste. Par ailleurs, plus la victime est jeune au moment des faits, plus l'agresseur est proche de la victime, plus il a d'autorité sur elle, et plus l'impact sur sa qualité de vie et le risque qu'elle tente de se suicider sont importants.

En ce sens, le préjudice pour les victimes correspond bien à ce que prévoit la loi, en considérant comme circonstances aggravantes l'ascendant ou l'autorité de l'auteur et la minorité ou la vulnérabilité de la victime. Cependant, les violences sexuelles incestueuses sont particulièrement délétères et il serait nécessaire que l'inceste soit reconnu comme une circonstance aggravante spécifique de ces violences. Il n'est pas aisé de définir

l'inceste, mais, au vu des résultats de l'enquête, il pourrait concerner les auteur-e-s membres de la famille de la victime selon l'état civil, ainsi que les personnes résidant au sein du foyer de la victime ou entretenant des relations conjugales ou sexuelles avec l'un des des parents, cela permettrait alors d'inclure dans la définition les beaux-parents et compagnons des parents de la victime, ainsi que les enfants de ces beaux-parents et compagnons des parents.

2. L'impact des violences sexuelles sur la vie des victimes

À travers les réponses des répondant-e-s, l'impact des violences sexuelles sur leur vie apparaît comme très lourd.

Des violences qui se succèdent dans près de trois quart des cas

Comme nous l'avons vu précédemment, le fait d'avoir été victime de violences est un facteur de risque pour en subir à nouveau, c'est également le cas pour les violences sexuelles et 70% des répondant-e-s rapportent avoir subi plusieurs types de violences sexuelles au cours de leur vie ¹⁶¹. La liste de ces violences peut parfois être très longue. Cette re-victimisation tendant à augmenter de façon conséquente l'impact sur la vie des victimes.

« Le fait d'avoir été victime me rend vulnérable à d'autres agressions, les agresseurs sachant reconnaître une personne déjà fragilisée. J'ai été agressée sexuellement deux fois par des hommes différents dans des contextes différents après les premières agressions que j'ai subies. »

- « - Agression sexuelle de la part d'un médecin à 15 ans,*
- harcèlement sexuel de l'âge de 23 à 29 ans de la part d'un prof de fac,*
- tentative de viol à l'âge de 25 ans alors que je rentrais chez moi,*
- viol à 26 ans,*
- viol à 31 ans ayant entraîné une grossesse suivie d'un avortement,*
- tentative de viol par un kiné (36 ans),*
- tentative de viol alors que je rentrais chez moi la nuit (40 ans). »*

Un sentiment de solitude extrême pour près de la moitié des répondant-e-s

Le sentiment de solitude est également très fort et 44% des répondant-e-s rapportent éprouver un sentiment de solitude maximal. Les victimes ont couramment l'impression que

¹⁶¹ Voir tableau B.3, p. 91 et figure B.4, p.92.

personne ne peut, ni les comprendre, ni les aider, et évitent parfois délibérément toute interaction sociale, ce qui peut devenir un facteur d'exclusion.

« C'est le déni de mes proches et leur mépris qui a été le plus destructeur et plus insupportable que les violences elles-mêmes. »

« Je n'ai jamais été prise en charge et je n'en ai jamais parlé à personne donc aucune solidarité même si j'aimerais mais je n'ose pas. Je me suis isolée oui, car je ne me sens pas capable d'en parler à qui que ce soit, je me sens seule car je sais que parfois j'ai des comportements bizarres ou ai peur de beaucoup de choses contrairement aux jeunes de mon âge mais personne ne comprend vraiment ni mes parents par exemple. »

« Je ne vois plus personne d'autre que mon mari, j'essaie de sortir le moins possible de la maison, je ne supporte pas le regard ou le contact des autres. »

« Les interactions sociales ont toujours été extrêmement difficiles pour moi, et les violences que j'ai subies ont compliqué les choses, je ne fais simplement plus confiance aux gens, étant incapable de décrypter les intentions des autres je me suis mise à garder les autres à distance par défaut. Peu après une agression particulièrement violente, je me suis retrouvée à la rue car je ne supportais plus l'idée d'être à proximité d'un autre être humain, je voulais m'éloigner de tout. »

La moitié des répondant-e-s rapportent que l'impact des violences sexuelles sur leur vie affective a été très important et 14% d'entre eux ou elles déclarent que cela les a empêché d'avoir une vie affective tout au long de leur vie.

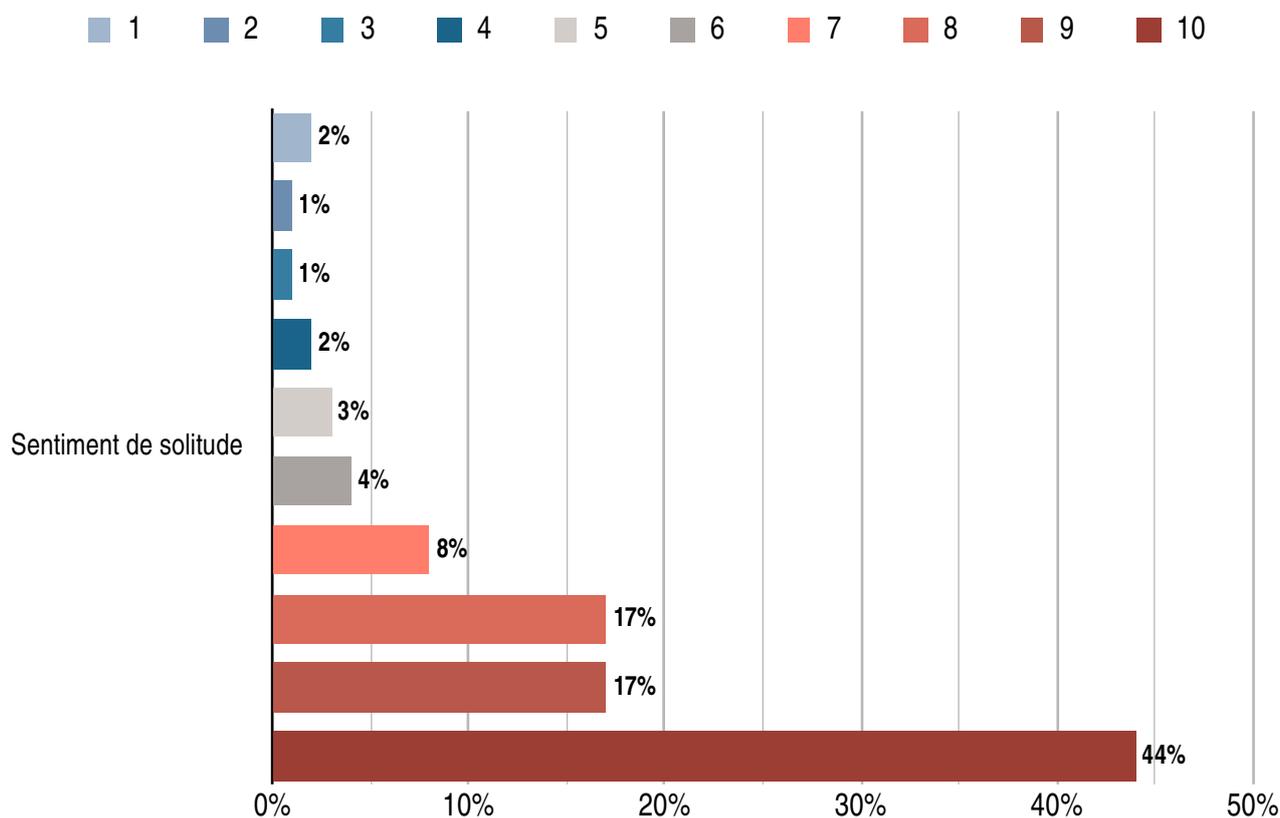
Quant à l'impact sur la vie sexuelle, il est considéré comme très important par 43% des répondant-e-s. Et 8% des victimes interrogées déclarent que les violences les ont empêchées d'avoir toute vie sexuelle.

« Quand je suis intéressée par un garçon ou qu'il s'intéresse à moi, il y a toujours un "stress" ou plutôt un processus psychologique qui s'enclenche "c'est un agresseur potentiel, il est peut-être en train d'abuser de tes sentiments, de te manipuler pour te violer, ou faire des trucs sexuels dégradants en profitant de l'amour que tu éprouves,

tu ne sauras pas si tu voulais vraiment faire ces choses ou non, car tu sais que tu peux avoir du plaisir par dessus la douleur". Cet état a tendance à m'exploser la tête. [...] je me force moi-même à le faire pour éviter d'être dans une situation où le garçon pourrait devenir agressif si je refusais. Car dans mon esprit désormais, tous les hommes deviennent agressifs si on refuse de faire. »

« Incapacité totale d'imaginer quelque relation amoureuse et sexuelle que ce soit, toutes les images traumatiques reviennent en vagues insupportables, refus catégorique d'être touchée, refus d'être séduisante, crainte et peur viscérale d'être à nouveau traitée comme un objet et violente, peur indicible de susciter le regard des hommes. »

Figure C.10 - Échelle : sentiment de solitude dû aux violences



Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

Lecture : évaluation sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le niveau le plus faible et 10 un niveau maximal.

Plus de la moitié (52%) des répondant-e-s estiment que les violences sexuelles ont eu des conséquences importantes à très importantes sur leurs relations avec leur famille

et leurs enfants. Dans un tiers des cas, les liens entre les victimes et une partie de leur famille ont été rompus suite aux violences ou à leur révélation. Par ailleurs, 1 victime sur 10 déclare que les violences l'ont empêchée de vivre en couple, et 1 sur 8 qu'elles l'ont empêchée d'avoir des enfants.

Figure C.11 - Impact des violences sexuelles sur la vie affective (non exclusif)

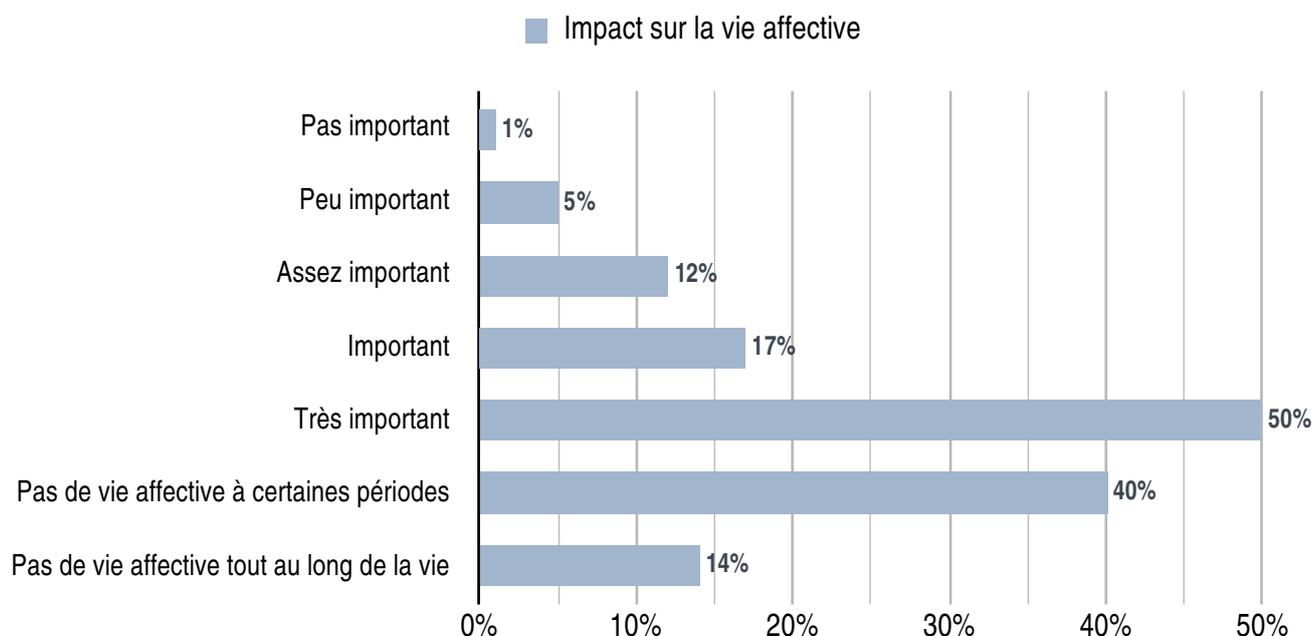
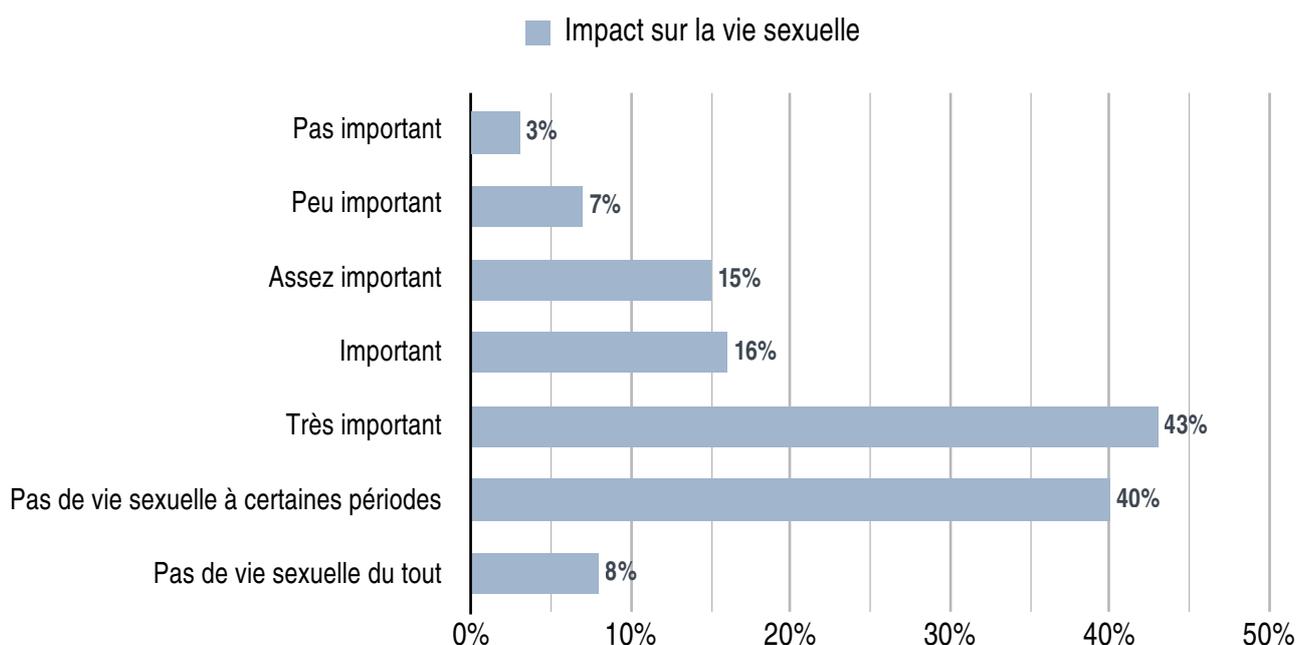
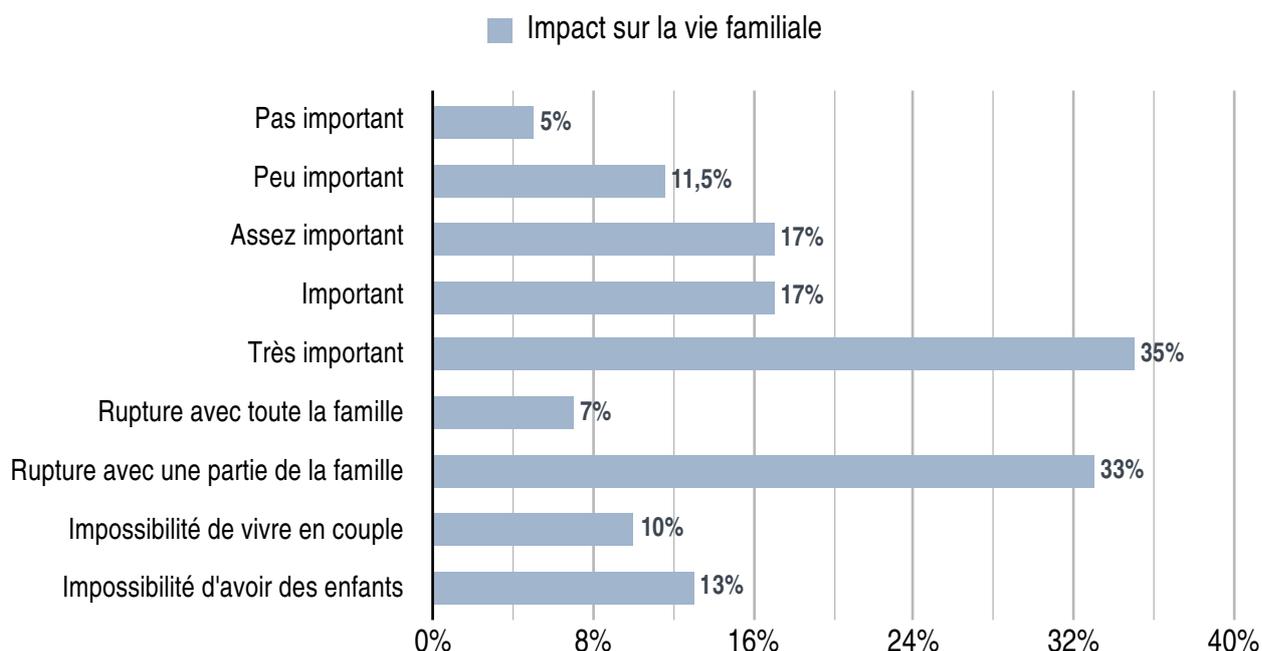


Figure C.12 - Impact des violences sexuelles sur la vie sexuelle (non exclusif)



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1149 répondant-e-s).
En pourcentages. Non exclusif.

Figure C.13 - Impact des violences sexuelles sur la vie familiale (non exclusif)



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1129 répondant-e-s).

En pourcentages. Non exclusif.

Près de la moitié des répondant-e-s ont dû interrompre leurs études ou leur carrière professionnelle suite aux violences

De même, les violences sexuelles subies semblent avoir de lourdes répercussions sur la vie professionnelle de certain-e-s répondant-e-s, qui peinent à trouver du travail ou à mener une carrière à la hauteur de leurs compétences en raison de phobies sociales, d'un manque de confiance en soi ou vis-à-vis des autres, et de la peur de subir à nouveau des violences.

« Une phobie sociale m'a empêché pendant longtemps de trouver du travail. »

« Du fait de mon manque de confiance en moi je n'ai pas réussi à avoir le courage de trouver un emploi, j'avais peur de faire face à l'autorité. »

« Je n'ai jamais réussi mon intégration sociale, malgré un haut niveau d'études et de compétences, reconnues. [...] J'ai toujours été en situation de précarité ou d'exclusion, comme si je m'interdisais de gagner ma vie. »

« J'avais peur de trouver un travail et d'être harcelée sexuellement (ou agressée ou violée) par un collègue. De devoir revivre quelque chose de traumatisant. De ne pas réussir à m'intégrer avec les personnes avec lesquelles je travaillerai. Même si j'avais envie de travailler et d'être active, ma peur me paralysait et chaque lecture d'annonces pour un travail me donnait des crises d'angoisses. »

Tableau C.6 - Interruption des études, d'une formation ou du travail depuis les violences

	Effectifs	Pourcentages
Non	472	39 %
Oui de façon transitoire	401	33 %
Oui et c'est toujours le cas	188	15 %
Non renseigné	153	13 %
Total général	1214	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s).

Dans près de la moitié des cas (48%), les violences sexuelles ont donné suite à une interruption des études ou du travail, que ce soit de façon transitoire ou non, et plus d'un tiers des répondant-e-s (37%) déclarent avoir vécu des périodes de chômage depuis les violences.

« J'ai stoppé 2 ans mes études, je me suis pendant ce temps prostituée pour éviter la rue que j'avais déjà connue 3 nuits durant plus jeune. [...] à l'école on m'avait promis un avenir radieux, j'avais 3 ans d'avance sur ma classe... tout a volé en éclats... »

« Il est difficile d'expliquer pourquoi on ne travaille pas ou pourquoi on ne socialise pas : parce qu'on ne peut pas, parce que c'est trop, parce qu'on n'a pas la force, qu'on se sent paralysé etc. Il est difficile de l'expliquer à autrui, et c'est aussi très culpabilisant. »

Tableau C.7 - Périodes de précarité professionnelle depuis les violences (non exclusif)

	Oui	Non	Oui %	Non %
Périodes de chômage	449	765	37 %	63 %
Congés longue maladie	181	1033	15 %	85 %
Arrêts de travail répétés	153	1061	13 %	87 %
Mise en invalidité	69	1145	6 %	94 %
Congés longue durée	56	1158	5 %	95 %
Allocation adulte handicapé	55	1159	5 %	95 %
Mise en retraite anticipée	12	1202	1 %	99 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). Non exclusif.

Près de la moitié (49%) des répondant-e-s déclarent avoir traversé des périodes de précarité et d'exclusion sociale suite aux violences. En France, 18,4% de la population est confrontée à la pauvreté et à l'exclusion ¹⁶², ces situations sont donc près de trois fois plus fréquentes chez les victimes de violences sexuelles que dans la population générale. Les situations de précarité et d'exclusion le plus souvent citées par ces victimes sont : une longue période d'inactivité pour 46% d'entre elles, une longue période de chômage pour 42% d'entre elles, une période sans ressources pour un tiers d'entre elles, une période de

¹⁶² Personnes vivant en ménages ordinaires en France métropolitaine, touchées par la pauvreté monétaire (seuil 60 %), ou par la privation matérielle sévère (4 privations sur 9), ou par une très faible intensité de travail. Ces conditions ne sont pas exclusives.

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

RSA pour 30% d'entre elles et des hospitalisations longue durée en hôpital psychiatrique pour 22% d'entre elles.

10% des victimes confrontées à des périodes de précarité et d'exclusion se sont retrouvées à la rue et 7% ont vécu des périodes de situation prostitutionnelle. Sur la totalité des répondant-e-s, on retrouve donc 5% de situations d'extrême précarité (sans domicile fixe) et 3% de situations prostitutionnelles.

Tableau C.8 - Périodes de précarité et d'exclusion sociale depuis les violences (non exclusif)

	Effectifs	Pourcentages
Longue période d'inactivité	276	46 %
Longue période de chômage	251	42 %
Période sans ressources	197	33 %
RSA	179	30 %
Hospitalisation longue durée en hôpital psychiatrique	134	22 %
Fugues	105	17,5 %
Période de vie à la rue	58	10 %
Période en foyer ou en hôtels	55	9 %
Situation prostitutionnelle	41	7 %
Période en maison d'accueil ou famille d'accueil	10	2 %
Séjour en centre de détention	3	0,5 %

Champ : répondant-e-s ayant vécu des périodes de précarité et d'exclusion sociale (600 répondant-e-s). Non exclusif.

Beaucoup de ces victimes rapportent s'être retrouvées en situation de précarité parce qu'elles ont dû quitter leur foyer pour fuir leur famille, ou leur conjoint-e, en raison des violences qu'elles subissaient.

« Suite à ma plainte, j'ai quitté le foyer familial et ma mère a rompu temporairement avec moi. J'ai la chance d'être bilingue donc j'ai toujours eu un travail puisque les personnes qui parlent plusieurs langues sont recherchées, mais le début de ma vie active a été marqué par une grande précarité. »

« Je suis toujours dans un logement social d'urgence, au chômage et je tente de m'en sortir. J'ai réussi à sortir de la vie à la maison familiale en appelant un jour la police suite à une violence physique de mon père. »

« J'ai fui mon époux, on était à la campagne en Martinique. Sans rien. Prise en charge par mes parents et retrouvé un emploi dans les 3 semaines sous-payé. »

Les violences engendrent une souffrance psychique importante pour plus de la moitié des répondant-e-s

La souffrance mentale due aux violences sexuelles est également ressentie comme très importante par les victimes qui ont répondu à l'enquête : elles sont 64% à l'avoir ressentie comme maximale au moment où elle a été la plus importante, et 58% à la ressentir actuellement comme importante ¹⁶³. Du fait de cette souffrance, de l'angoisse et des ruminations qui les envahissent, les actes les plus anodins demandent aux victimes des efforts énormes, et leur vie peut devenir un véritable enfer.

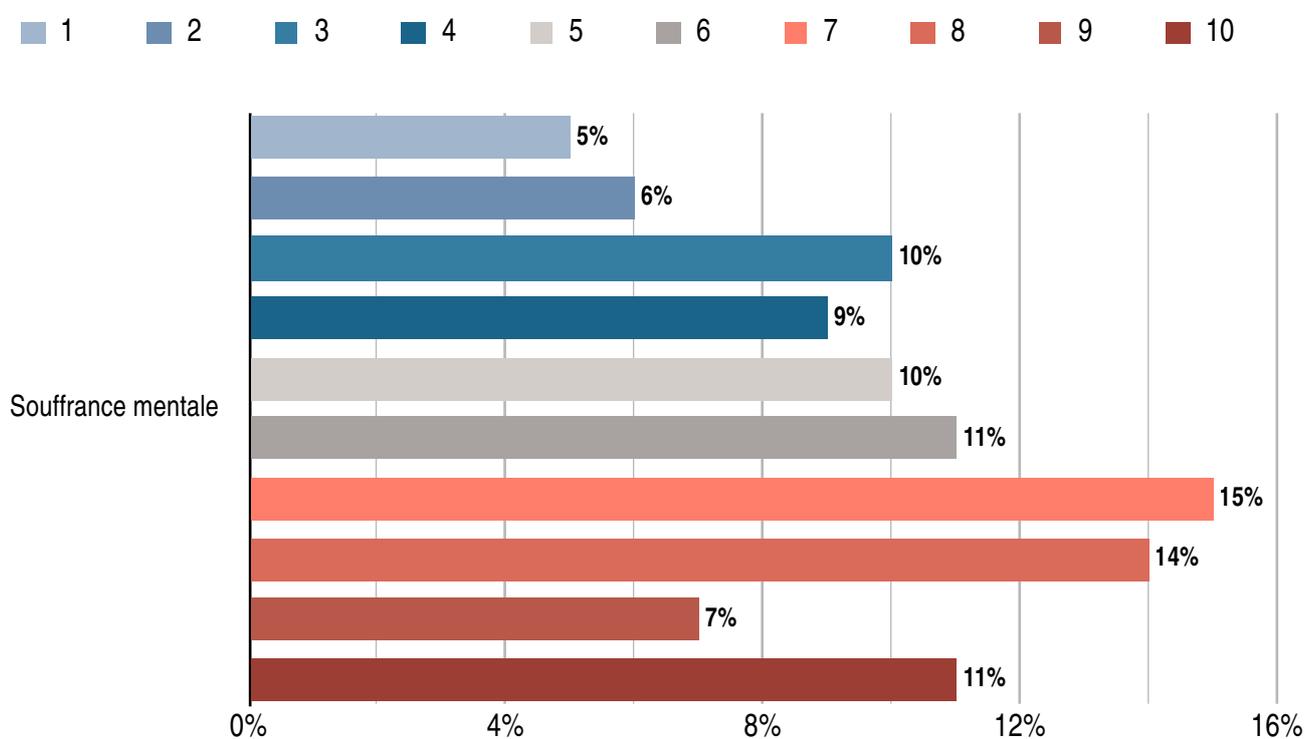
« J'ai vécu comme une zombie. Toute mon énergie était utilisée pour paraître socialement normale alors que j'étais détruite intérieurement. J'ai fait semblant que tout allait bien. Je n'avais pas d'autre choix sauf mourir. Je n'avais d'énergie pour rien sauf maintenir la façade. J'étais incapable d'avoir une relation sentimentale, de partir en vacances, d'acheter un appartement ou de me lancer dans un quelconque projet. Dès que je rentrais chez moi, je dormais. Tout, même me laver et m'habiller, me demandait un effort énorme. Les nombreux médecins et psychiatres que j'ai appelés au secours (avant mon thérapeute actuel) n'ont pas compris ma souffrance et n'ont pas su m'aider. »

¹⁶³ Notée entre 6 et 10 sur l'échelle.

« Les 30 premières années de ma vie, depuis mes 6 ans, passées dans une dépression ininterrompue. Des crises d'angoisse par périodes à l'âge adulte. Donc les 30 premières années de ma vie passées en enfer et tout le monde s'en fout, que ce soit la justice ou la société dans son ensemble. »

« L'inceste mère - fille est tatoué à vie dans mon corps, mon mental. J'y pense tous les jours, même à 57 ans ! »

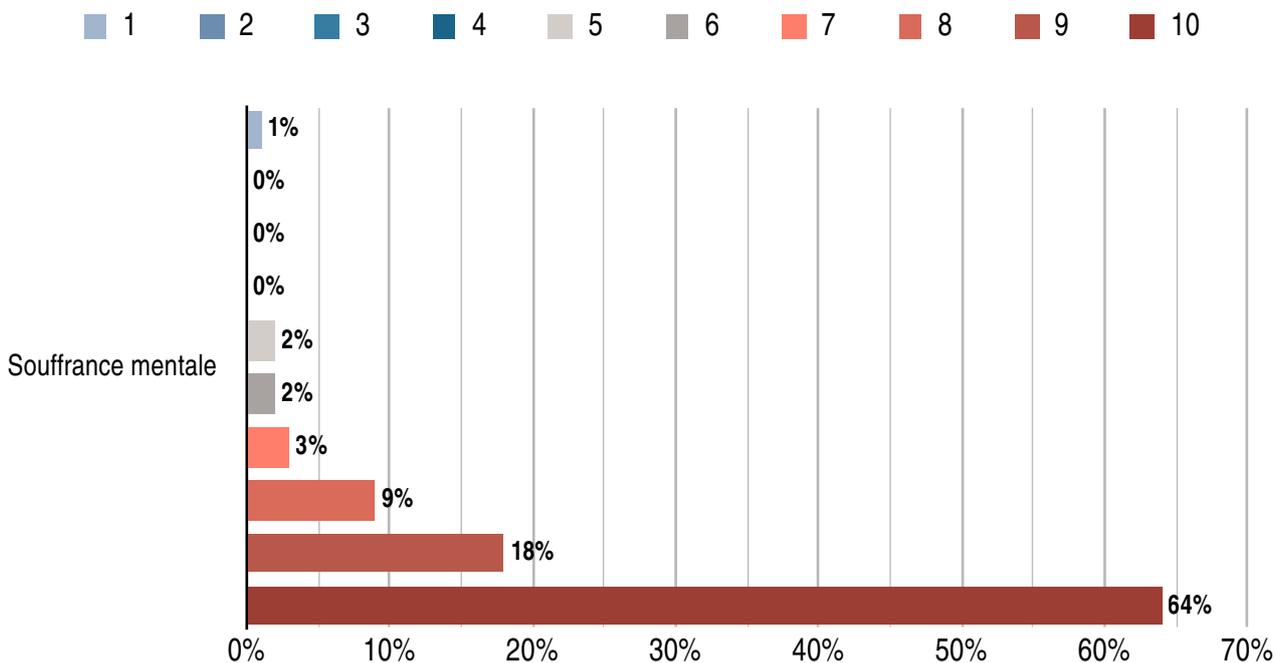
Figure C.14 - Échelle : souffrance mentale actuelle due aux violences



Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

Lecture : évaluation sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le niveau le plus faible et 10 un niveau maximal.

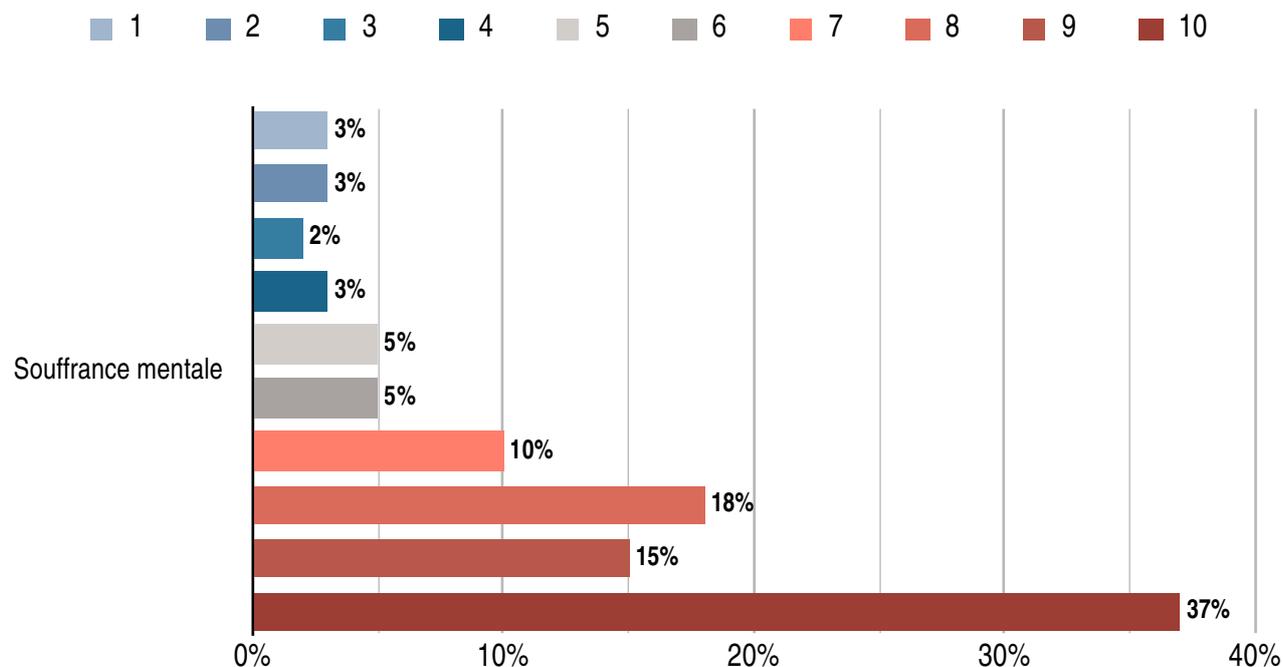
Figure C.15 - Échelle : souffrance mentale due aux violences quand elle a été la plus importante



Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

Lecture : évaluation sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le niveau le plus faible et 10 un niveau maximal.

Figure C.16 - Échelle : souffrance mentale au moment des violences et juste après



Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

Lecture : évaluation sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le niveau le plus faible et 10 un niveau maximal.

Les victimes de violences sexuelles également victimes de la loi du silence

Cette souffrance est d'autant plus intense qu'elles ne trouvent personne pour accepter de les écouter, pour reconnaître la gravité de ce qu'elles ont subi, souvent elles se murent dans le silence suite à des remarques malveillantes de leurs proches ou parce qu'elles se sentent coupables, se résignant ainsi à vivre seules avec leur lourd fardeau, sans soutien ni protection.

« Je n'ai jamais parlé par honte et peur d'être incomprise. »

« J'ai cherché à un moment donné à en parler à mon père et à ma tante et ceux-ci m'ont interrompu en cours de discussion car ils ne voulaient pas entendre cette chose difficile qui m'était arrivée. Ils ont donc cherché à minimiser car il n'étaient pas en mesure de savoir gérer ça. »

« Je n'en ai parlé qu'aux petits amis que j'ai eus par la suite. Ils m'ont soutenue et réconfortée, mais en me disant aussi que c'était le passé et qu'il fallait oublier ou passer à autre chose, ce que j'essayais manifestement de faire sans y parvenir. Donc pas de méchanceté mais des maladresses, des incompréhensions sur ce que je pouvais ressentir. »

« Après 20 ans de silence, j'ai parlé à ma soeur qui m'a répondu :

— Oh tais-toi, t'exagères !

Je ne lui ai plus parlé des abus et uniquement de la pluie et du beau temps. »

« À 8 ans mes parents qui me traitent en coupable, mon père qui me montre un livre avec les maladies vénériennes et surtout il garde le violeur comme employé et je suis amenée à le voir tous les jours et le silence m'est imposé. Idées de suicide.

À 17 ans je n'ai donc rien dit. »

« À 53 ans j'ai parlé, au nom de la cohésion familiale toute la famille m'a jeté. »

« Je suis devenu une tête de Turc, “responsable du malheur de mes parents” Le sujet est devenu TABOU jusqu’après mes 60 ans. »

« J'en ai parlé à ma famille à 39 ans. La réponse fut : « “faut pas remuer la merde” !! »

« J'en ai très peu parlé par honte je pense, et les rares fois où je l'ai fait, j'ai eu du mal à supporter les paroles dites : tu l'as cherché, qui tu fréquentes ? Tu es sale.

C'est injuste et invivable d'entendre des choses comme cela parce que dans ce genre d'agression on a très honte et on se sent déjà coupable, et j'ai eu l'impression que les personnes autour qui étaient au courant vous renvoyaient que vous étiez vraiment LA COUPABLE ; et c'est insupportable après des faits comme cela. »

Plus de la moitié (56%) des répondant-e-s n'ont pu parler à personne au moment des violences, seul-e-s 37 % ont pu en parler, dont 21% uniquement pour certaines violences.

Quant aux enfants victimes de violences sexuelles, ils sont, selon l'UNICEF, trop souvent condamnés au silence. Abandonnées, tenaillées par la peur de leurs agresseurs — souvent des proches — et par celle de ne pas être crues, les victimes mineures se sentent couramment obligées de tenir secrètes les violences sexuelles qu'elles subissent. Si elles dénoncent les agressions, la trop fréquente incapacité de leur famille ou des professionnel-le-s à les soutenir et à les protéger ajoute à leur détresse et peut les conduire à se rétracter. Par ailleurs, les enfants qui subissent des violences sexuelles assorties de circonstances aggravantes, particulièrement des violences incestueuses, et ceux qui sont victimes de violences répétées sur un long laps de temps sont moins enclins à révéler les violences subies ¹⁶⁴.

¹⁶⁴ United Nations Children's Fund, [*Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*](#), New York, UNICEF, 2014, p. 64.

Tableau C.9 - La difficulté à parler des violences

Au moment des violences avez-vous pu en parler à quelqu'un ?	Effectifs	Pourcentages
Oui	200	16 %
Oui uniquement pour certaines violences	258	21 %
Non	675	56 %
Non renseigné	81	7 %
Total général	1214	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s).

Quand les victimes parviennent à se confier, elles le font principalement auprès de proches : des ami-e-s pour près de deux tiers (64%) d'entre elles, et leur famille dans plus de la moitié des cas (51%). Les professionnel-le-s qui ont le plus souvent recueilli leur parole sont la police et la gendarmerie dans 20% des cas, et les professionnel-le-s de santé dans 18% des cas. Il s'agit donc des premiers recours professionnel-le-s des victimes, il est impératif que ces professionnel-le-s soient formé-e-s à les accueillir avec bienveillance, à les informer et à les orienter.

Tableau C.10 - À qui se sont confié-e-s les répondant-e-s lorsqu'ils ou elles ont pu parler (non exclusif)

	Oui	Oui %
Ami-e-s	291	64 %
Famille	232	51 %
Police ou gendarmerie	92	20 %
Professionnel-le-s de santé	83	18 %
Association d'aide aux victimes	32	7 %
Collègue de travail	29	6 %
Professionnel-le-s du secteur social	22	5 %
Professionnel-le-s de l'Éducation Nationale	21	5 %
Forum sur Internet	19	4 %
Numéros verts d'urgence	15	3 %
SAMU, pompiers	6	1 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (972 répondant-e-s). Non exclusif.

Lecture : parmi ces 972 répondant-e-s, un certain nombre d'entre eux-elles ont répondu « personne » dans le champ « Autres » qui offrait la possibilité d'une réponse ouverte, nous n'avons pas pris en compte ces réponses dans le tableau.

Les violences sexuelles ont de lourdes répercussions sur la vie des répondant-e-s

Les résultats de l'enquête tracent un tableau bien sombre de la vie des victimes de violences sexuelles. Seules, incomprises, abandonnées, en proie à des souffrances psychiques atroces, elles tentent tant bien que mal de s'adapter à ce que la société attend d'elles, n'y parvenant pas toujours. Le mal-être dû aux violences qu'elles ont subies et leur manque de confiance en elles se conjuguent, rendant bien souvent leur situation épineuse et précaire. Cette absence de soutien, associée à une vulnérabilité psychique et matérielle, les conduit bien souvent à subir de nouvelles violences.

D. PROTECTION ET JUSTICE

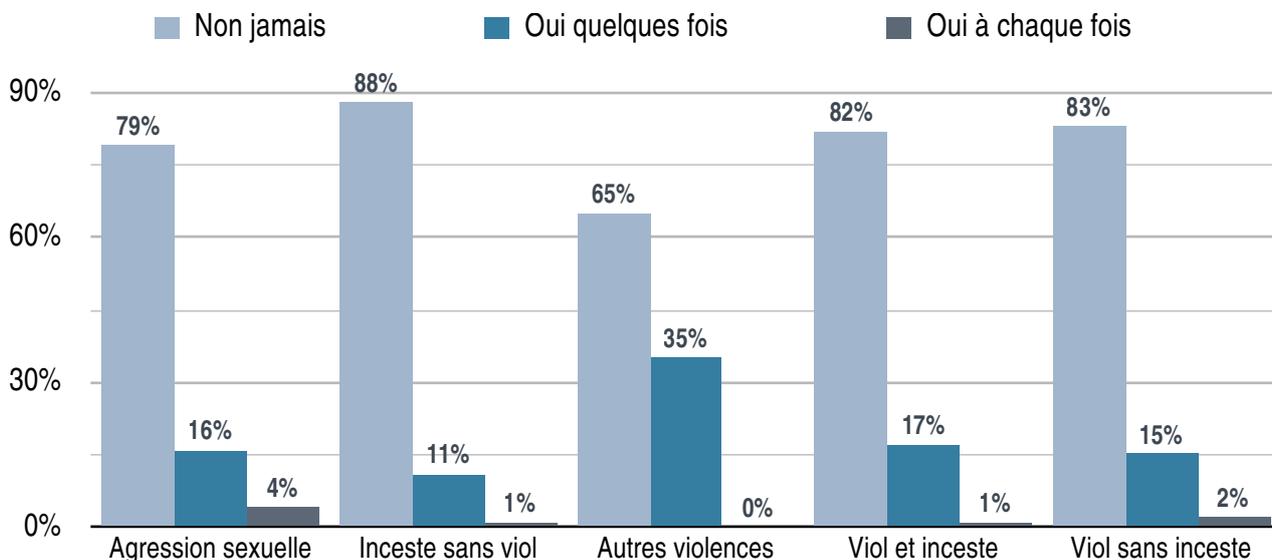
Et pourtant, malgré leur grande vulnérabilité, les victimes de violences sexuelles ne bénéficient que trop rarement de protection et de justice. Les rares qui portent plainte voient leurs droits régulièrement bafoués et sont même parfois maltraitées par les professionnel-le-s de la police et de la justice.

1. Mesures de protection

Rares sont les victimes qui ont pu bénéficier de mesures de protection

La tendance qui semble malheureusement se dessiner à travers les réponses des répondant-e-s est qu'ils ou elles ont rarement pu jouir de mesures de protection, qu'elles soient policières, judiciaires ou initiées par des proches. 83% des victimes déclarent n'avoir jamais été protégées. Et le constat est encore plus affligeant en ce qui concerne certaines violences sexuelles en situation d'inceste : 88% des victimes d'inceste sans viol déplorent n'avoir jamais pu bénéficier de la moindre protection.

Figure D.1 - Mesures de protection selon le type de violence sexuelle subie



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1144 répondant-e-s). En pourcentages.

On pourrait penser que, parmi les répondant-e-s qui ont porté plainte, il s'en serait trouvé une majorité à s'être vu offrir des mesures de protection, or c'est loin d'être le cas : 67% n'ont jamais bénéficié de mesures de protection.

Tableau D.1 - Mesures de protection pour les répondant-e-s ayant porté plainte

	Effectifs	Pourcentages
Non jamais	255	67 %
Oui à chaque fois	16	4 %
Oui quelques fois	101	27 %
Non renseigné	8	2 %
Total général	380	100 %

Champ : répondant-e-s ayant porté plainte (380 répondant-e-s).

On pourrait également s'attendre à ce que les mineur-e-s victimes, du fait de leur vulnérabilité et de l'attention que leur portent en principe les adultes qui les entourent, bénéficient d'une meilleure protection que les victimes majeures. Loin de là, seules 4% des victimes agressées dans l'enfance — elles-mêmes une sur deux à l'avoir été dans leur famille — rapportent avoir été prises en charge par l'Aide sociale à l'enfance. La faiblesse de ce chiffre laisse apparaître de graves défaillances du dispositif de protection de l'enfance si on le compare à la grande proportion de mineur-e-s victimes dans leur propre famille. De plus, sur les 36 répondant-e-s pris-e-s en charge par l'Aide sociale à l'enfance, pas moins de 27, soit les trois quarts, déplorent de mauvaises ou pas très bonnes expériences.

Tableau D.2 - Prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance

	Effectifs	Pourcentages
Non	756	81 %
Oui	36	4 %
Non renseigné	141	15 %
Total général	933	100 %

Champ : répondant-e-s mineur-e-s au moment des premières violences (933 répondant-e-s).

Et parmi les victimes qui ont porté plainte, 66% de celles qui avaient moins de 6 ans au moment des faits, 70% de celles qui avaient entre 6 et 10 ans, et 71% de celles qui avaient entre 11 et 14 ans, rapportent n'avoir jamais été protégées. Bien sûr, le moment de la plainte ne correspond pas systématiquement au moment des violences, et nombreuses sont les victimes de violences sexuelles dans l'enfance qui n'ont porté plainte que longtemps, voire des dizaines d'années, après les faits. Ces victimes témoignent qu'elles auraient malgré tout aimé être protégées à compter du moment de leur dépôt de plainte.

« Aucune mesure de protection n'a été mise en place à l'époque des violences, car celles-ci n'ont pas été dénoncées à l'époque.

J'ai porté plainte adulte, après avoir rompu avec ma famille incestueuse. L'enquête préliminaire a duré deux ans (un seul acte de procédure a été fait en deux ans), suite à quoi une instruction a été ouverte et mes violeurs placés sous contrôle judiciaire avec interdiction d'entrer en contact avec moi.

J'aurais aimé bénéficier de cette mesure de protection dès mon dépôt de plainte. »

Tableau D.3 - Mesures de protection pour les répondant-e-s ayant porté plainte selon l'âge des premières violences

Tranche d'âge des premières violences subies	Non jamais	Oui à chaque fois	Oui quelques fois	Non renseigné	Total général
1 [De 0 à 5 ans]	66 %	3 %	28 %	3 %	100 %
2 [De 6 à 10 ans]	70 %	1 %	28 %	1 %	100 %
3 [De 11 à 14 ans]	71 %	4 %	22 %	4 %	100 %
4 [De 15 à 17 ans]	70 %	9 %	21 %	0 %	100 %
5 [De 18 à 26 ans]	62 %	10 %	25 %	3 %	100 %
6 [Plus de 26 ans]	62 %	8 %	31 %	0 %	100 %
Non renseigné	53 %	0 %	40 %	7 %	100 %
Total général	67 %	4 %	27 %	2 %	100 %

Champ : répondant-e-s ayant porté plainte (380 répondant-e-s). En pourcentages.

Lecture : le moment de la plainte ne correspond pas toujours au moment des violences.

Les occurrences qui reviennent le plus fréquemment dans les réponses à la question « *Quelles auraient été les mesures de protection dont vous auriez eu le plus besoin ?* » sont dans l'ordre décroissant : la prise en compte du danger — et surtout la prise de conscience des adultes pour les victimes de violences subies dans l'enfance (être questionné-e, écouté-e, pris-e au sérieux) —, le fait d'être cru-e, le placement en foyer ou en famille d'accueil (le placement venant avant l'éloignement de l'agresseur car quand celui-ci appartient à la famille, c'est tout le système familial qui est vécu comme dangereux), une ordonnance de protection et l'éloignement de l'agresseur.

« Un regard attentif sur mes comportements aurait suffi mais tout le monde se fermait les yeux (parents, profs...) »

« [J'aurais eu besoin] que l'on voit que j'étais morte »

« [J'aurais eu besoin d'être] placée en famille d'accueil avec interdiction pour mes parents de me voir »

« [J'aurais eu besoin d'être] mise à l'écart de cette famille qui n'en était pas une »

« J'aurai aimé qu'une vraie enquête sociale se soit déroulée. Ma grande sœur a été placée et personne ne s'est occupé de son petit frère et de sa petite sœur »

Certaines victimes sont abandonnées sans protection, ni soutien, alors qu'elles ont dénoncé les violences sexuelles

Souvent la victime n'a pas pu être protégée parce qu'elle n'a pas pu parler au moment des violences. Parfois elle a parlé et personne ne l'a crue, ou alors on l'a crue et on l'a malgré tout abandonnée sans protection, ni soutien. Dans quelques cas, des mesures de protection ont été prises, mais sont venues trop tardivement.

« [J'aurais eu besoin] qu'on m'écoute quand je disais vouloir partir de chez mes parents, à mes 16 ans, sans raisons valables apparentes pour les assistantes sociales rencontrées, puisque, dès lors que mon père était "cadre" et "ne buvait pas", ma famille était normale. »

« [J'aurais eu besoin] qu'on me retire de ma famille d'origine, les services étant conscients que j'étais en danger auraient dû me retirer et me confier à une famille d'accueil avec soin thérapeutique, rien n'a été fait. »

« [J'aurais eu besoin] d'une prise en charge complète et effective de mon cousin, qui lui aurait évité de recommencer. [J'aurais eu besoin de] l'acceptation d'une plainte, plutôt que d'enregistrer seulement "une déposition", car même si nous étions tous les deux mineurs de moins de 13 ans, il a été en capacité de me violer à plusieurs reprises. »

« [J'aurais eu besoin] que l'AEMO (Action éducative en milieu ouvert) fasse son travail lorsqu'elle a pointé le bout de son nez au domicile ! Ma soeur aînée a été placée en foyer alors qu'elle avait 6 ans... Personne ne s'est posé la question de savoir si je n'étais pas également victime !!!! »

« A l'école, les adultes se doutaient qu'il se passait quelque chose... Personne n'a eu le courage d'aller chercher plus loin !!!! »

« A la gendarmerie, alors que je n'ai que 14 ans, les gendarmes m'ont dit "on te reverra dans quelques années avec ta petite soeur (7 ans)" mais qu'ont-ils fait d'autre ??? »

« Et j'en passe... Défaillances des services sociaux et judiciaires qui sont aussi responsables des années de souffrances !!!! »

« [J'aurais eu besoin] de l'éloignement de la personne, d'une ordonnance de protection.

Rien, j'ai tout tenté : gendarmerie, police, préfet, Président de la République, Procureur, Inavem [Institut national d'aide aux victimes et de médiation].

Je suis partie en catastrophe avec mes enfants et chats. J'ai tout laissé derrière moi. Il a tout gardé et a continué à me persécuter jusqu'à aujourd'hui. »

Il est nécessaire que les situations de violences sexuelles puissent être mieux dépistées

Il est extrêmement difficile, en particulier pour un enfant, de parler des violences sexuelles subies, surtout lorsqu'elles ont lieu au sein de son foyer. Certain-e-s répondant-e-s insistent sur le fait qu'il faudrait que les professionnel-le-s soient formé-e-s à faire le lien entre un mal-être persistant et d'éventuelles violences subies, afin de mieux dépister les situations de violences sexuelles.

« [J'aurais eu besoin] que pendant mon enfance, mon adolescence, les enseignants, par exemple, soient plus à l'écoute, plus formés et fassent le lien entre mon mal-être et un danger à la maison... »

2. Le dépôt de plainte

Près d'un tiers des répondant-e-s ont pu porter plainte

Parmi les 1214 répondant-e-s, 380 ont porté plainte, soit 31%. Cela ne veut pas dire que les 69% restant-e-s n'aient pas désiré le faire, certain-e-s n'ont pas porté plainte parce que les faits étaient prescrits, l'agresseur inconnu ou décédé. Dans certains cas, la plainte a bien été déposée mais pas enregistrée, comme en témoignent ces répondant-e-s :

« J'ai tenté de porter plainte pour le deuxième viol subi à 18 ans par l'homme inconnu, trois jours après les faits, mais les policiers ont refusé d'enregistrer ma plainte, mettant en doute ma version des faits, exerçant des pressions pour que je renonce. »

« Pour le second viol, sur les conseils du médecin rencontré à l'hôpital, j'ai tout de suite voulu déposer plainte. Comme je n'avais aucun nom à donner, ils n'ont pas pris la peine d'enregistrer quoi que ce soit. »

« Pour le dernier viol, j'ai attendu 9 jours que mon agresseur parte à l'étranger pour éviter les représailles ; résultat, malgré mon examen médical daté du soir de ma libération, la plainte n'était pas recevable car le violeur "préssumé" (la blague) n'était plus en France. »

« J'ai essayé de porter plainte le lendemain de l'agression, j'avais 15 ans. Mais les policiers ont refusé de prendre ma plainte car "j'ai aimé ça" et "c'est moi qui l'ai allumé" (alors que je lisais le journal et que j'avais un manteau qui descendait jusqu'à mi mollets, mais de toute façon rien ne peut justifier une agression). »

Ce pourcentage est plus élevé que celui qui est habituellement relevé en matière de plainte pour viol et tentatives de viol ¹⁶⁵, probablement parce que l'enquête recense également les plaintes pour les violences sexuelles assimilées à des délits. Il peut être

¹⁶⁵ Selon le n°4 de novembre 2014 de [La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes](#), 24% des femmes victimes de viol et de tentatives de viol se sont rendues au commissariat ou à la gendarmerie, 10% ont déposé plainte et 10 % une main courante.
Source : INSEE-ONDRP, enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2010 à 2013.

plus aisé pour les victimes de porter plainte pour une agression sexuelle ou un harcèlement sexuel que pour un viol. Par ailleurs, dans la population générale, de nombreuses victimes ne mettent pas forcément les mots « violence sexuelle » sur ce qu'elles ont vécu et ne portent donc pas plainte, or, il est fort possible que les répondant-e-s à notre enquête soient plus averti-e-s que la moyenne et aient donc plus souvent porté plainte.

Les répondant-e-s portent majoritairement plainte pour être reconnues comme victimes et empêcher l'agresseur de faire de nouvelles victimes

Les raisons évoquées par les répondant-e-s en réponse à la question « Quelle a été ou quelles ont été pour vous les raisons principales qui vous ont permis de porter plainte ? » sont principalement : la volonté d'être reconnu-e-s comme victime pour pouvoir se reconstruire, d'empêcher l'agresseur de recommencer et de faire d'autres victimes, la peur et le besoin de protection, et le fait que d'autres victimes du même agresseur aient porté plainte.

« J'en avais besoin pour montrer que je ne racontais pas des mensonges, dans l'espoir que ça soit reconnu. Pour pouvoir me reconstruire ensuite. Même si cela a abouti à un non-lieu, j'ai été jusqu'au bout et cela est important pour moi. »

« Je devais être réparée, que ce que j'ai subi ne soit pas sans suite puisqu'il n'avait pas le droit de me traiter ainsi, de ruiner ma vie, où je subis encore les conséquences des violences terribles. J'espérais juste par mon dépôt de plainte être reconnue comme victime, sortir de la honte indicible que je ressentais au moment des faits de violences, pendant les démarches judiciaires et après. »

« Pour que l'agresseur soit puni, et qu'il ne puisse plus agresser d'autres femmes. »

« Lorsque mon agresseur m'a recontacté et qu'il m'a dit que ses enfants me ressemblaient beaucoup. Je ne pouvais pas supporter qu'il fasse subir ça à d'autres et que je sois au courant. Ma force a été de protéger ses enfants. »

« L'accélération des violences et la peur d'être assassinée, la protection d'un tiers protégeant des représailles. »

« Si la fille de mon agresseur n'avait pas porté plainte, je ne sais pas si je l'aurais fait. »

Par ailleurs, certaines victimes rapportent avoir porté plainte par militantisme, pour que la prise en compte des violences sexuelles s'améliore.

« Pour toutes les autres femmes, parce qu'il faut que cela cesse. »

« Les deux raisons principales ont été : 1) mon militantisme (on m'a toujours dit que la mauvaise prise en compte sociale des viols était partiellement due au fait que les femmes violées ne portent pas plainte) ; 2) ma pensée envers les potentielles futures victimes de mon violeur. Il me fallait faire quelque chose pour le faire arrêter. »

Un dépôt de plainte fréquemment vécu comme traumatisant

Alors qu'il s'agit souvent d'une démarche de reconstruction après les violences, une grande majorité (82%) des répondant-e-s ayant porté plainte rapportent avoir mal vécu¹⁶⁶ leur dépôt de plainte. Dans la plupart des cas, les victimes déplorent avoir été traitées en coupables en non en victimes, et certaines d'entre-elles s'indignent que le fait d'être mineures au moment du dépôt de plainte ne les ait pas protégées d'un accueil maltraitant.

« J'ai été traitée comme une criminelle, on a tenté de me faire avouer que j'étais ivre et que j'étais de petite vertu. Bref que j'étais consentante. »

« Lorsque j'ai déposé plainte, j'ai eu droit à des questions orientées. Du genre "vous dites qu'il vous bloquait la route, mais vous n'avez pas essayé de passer, néanmoins ?", "Et vous n'avez pas crié alors que vous avez vu des personnes à quelques dizaines de mètres".

Je me suis sentie très culpabilisée. »

¹⁶⁶ Somme des réponses «pas très bien», «mal» et «très mal».

« Parce que j'insistais, les policiers ont menacé de me mettre en garde à vue. Je sais qu'ils continuent de dire à d'autres victimes que c'est pour nuire au mari qu'on l'accuse de viol. »

« Au moment du dépôt de plainte ou du procès on m'a traitée comme une coupable. Le policier m'a dit que je devrais être contente d'attirer l'attention des garçons... j'avais 13 ans !

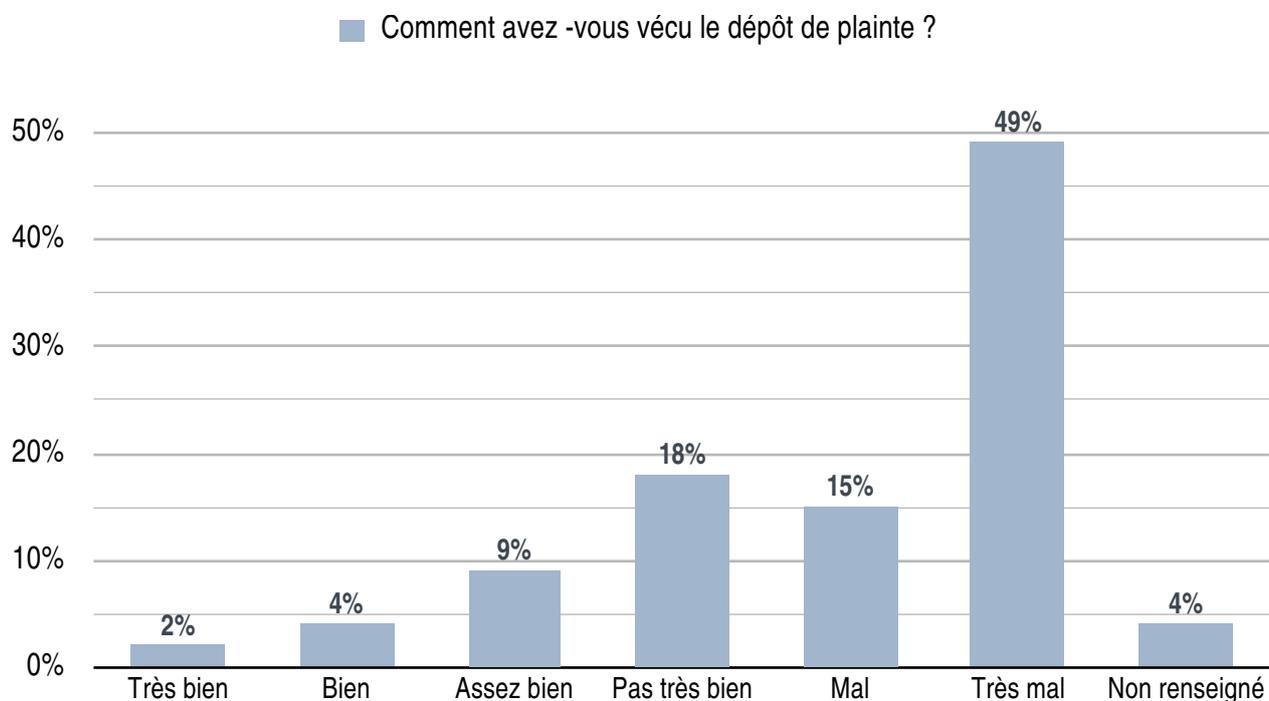
Je n'ai plus jamais fait confiance à la police depuis ! »

« Le dépôt de plainte s'est mal passé, la policière n'était pas très "gentille" pourtant je suis allée dans le service violence sexuelle sur mineur ! »

« Enfermer une enfant de 14 ans devant un représentant de la loi qui la traite de menteuse et qui lui dit que si elle continue à raconter ce genre de connerie elle finira en prison est inadmissible...

J'ai pensé au suicide. »

Figure D.2 - Comment avez-vous vécu le dépôt de plainte ?



Champ : répondant-e-s ayant porté plainte (380 répondant-e-s). En pourcentages.

La formation systématique des professionnel-le-s à l'accueil des victimes de violences sexuelles pourrait éviter des situations maltraitantes

Néanmoins, il suffit parfois que les policiers ou les gendarmes soient formés à l'accueil des victimes de violences sexuelles pour que le dépôt de plainte ne soit pas vécu comme maltraitant par les victimes.

« J'ai été très bien écoutée et très bien reçue par un gendarme, visiblement formé à ce genre d'audition. Mon dépôt de plainte a duré 4 heures. Puis lorsque j'ai signé la dernière page, je me suis effondrée en larmes, soulagée. »

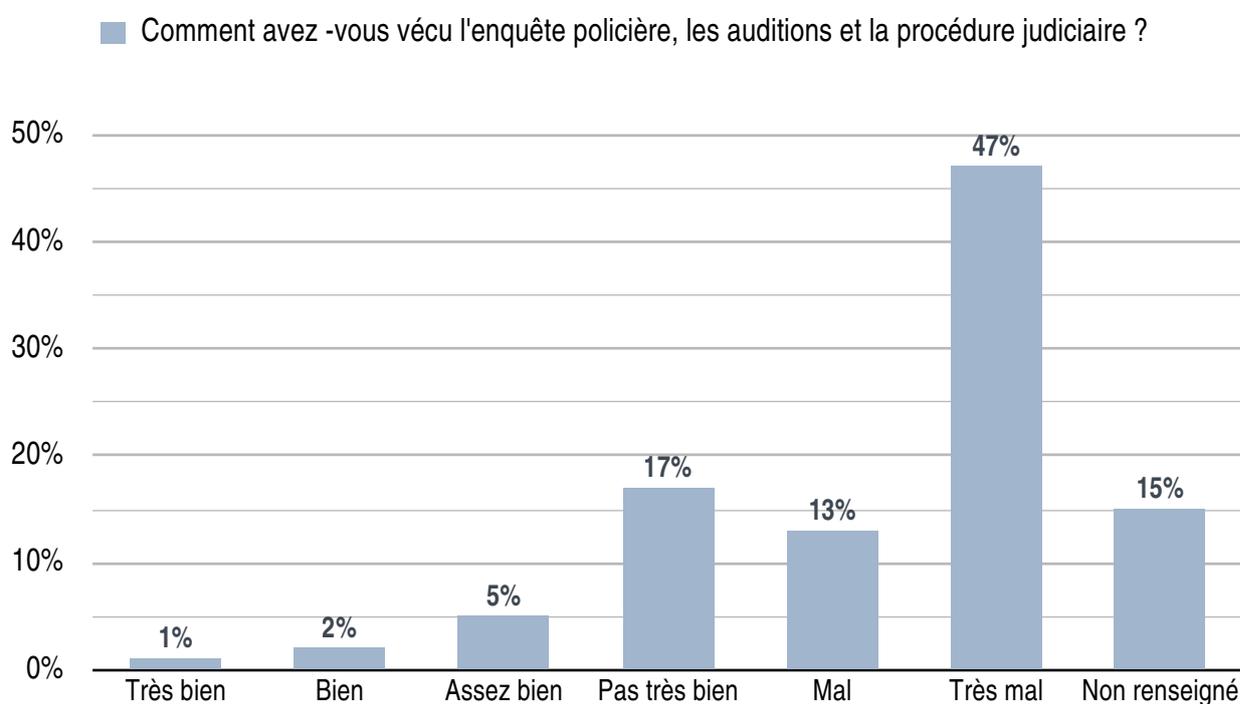
Les victimes de violences sexuelles sont particulièrement vulnérables du fait du traumatisme qu'elles ont subi, et ce type de démarche — qu'elles font parce qu'elles veulent se reconstruire, parce qu'elles espèrent une protection pour elles-mêmes ou pour d'autres — leur est extrêmement difficile ; elles ont donc plus que jamais besoin d'être crues, accompagnées et soutenues, et non pas d'être maltraitées une nouvelle fois. Les conséquences du manque de formation des professionnel-le-s qui les accueillent lors du dépôt de plainte peuvent être dramatiques et les conduire au suicide.

3. Enquête et procès

Les suites de la plainte ne sont pas plus aisées pour les victimes

Parmi les 380 répondant-e-s ayant porté plainte, 77% rapportent avoir mal vécu l'enquête policière, les auditions et la procédure judiciaire.

Figure D.3 - Comment avez-vous vécu l'enquête policière, les auditions et la procédure judiciaire ?



Champ : répondant-e-s ayant porté plainte (380 répondant-e-s). En pourcentages.

Les victimes relatent la longueur des procédures, les enquêtes bâclées, la banalisation ou minimisation des faits, les auditions maltraitantes ou traumatisantes, les mises en danger lors des confrontations, les classements sans suite par manque d'éléments ou du fait de la prescription.

« Le plus long a été entre mon dépôt de plainte et le début de l'enquête, 16 mois d'attente. Seulement 2 policiers pour la brigade des mœurs de tout le département de la Somme. »

« La police n'a rien fait pour arrêter le criminel. Incitation à le prendre en photo alors que je suis la victime et menacée de mort. [...] À chaque fois que je l'ai vu, j'ai prévenu la police, jamais il n'a été arrêté. C'est de moi-même que j'ai dû me protéger en quittant le département et mon emploi. »

« Quant à l'enquête toujours en cours, il faut savoir qu'à ce jour elle n'a uniquement pour objet que de passer ma vie et ma vie sexuelle au crible. L'auteur n'a toujours pas été inquiété. »

« Je n'ai été entendue que pour ma plainte. Ils n'ont interrogé qu'une personne de mon entourage. Il n'ont pas interrogé la psychologue qui avait pu constater le traumatisme psychique du viol alors que je leur avais dit. Il ne m'ont pas rappelée pour une confrontation avec mon agresseur ou pour une reconstitution ou pour constater le traumatisme subi qui était bien présent lors du dépôt de plainte. L'enquête s'est réduite à l'interrogatoire de mon agresseur. »

« Auditions en gendarmerie traumatisantes. Maltraitance psychologique et verbale de leur part. Cinq heures d'audition sans pause en essayant de me faire me contredire ou me dédire, me disant que j'allais briser son couple, sa vie...

Lui n'a été entendu que 40 minutes ! »

« Pendant la confrontation en gendarmerie ils m'ont laissée seule avec lui [l'agresseur] dans le bureau pendant dix minutes sans aucune surveillance... »

« Il n'y a pas eu de procès. J'ai déposé ma plainte et puis plus rien jusqu'à ce que je reçoive une lettre m'informant que le tribunal avait "l'honneur de me signaler que ma plainte sera sans suite" »

« Malheureusement pour faute de preuves le procureur a classé la plainte sans suite. Là ça a été l'effondrement. »

« Je sais qu'une enquête a été menée, qui corroborait certains faits que j'ai pu évoquer. Mais mon dossier a été classé sans suite du fait de la prescription. »

« Affaire classée sans suite alors même que mon ex-compagnon a reconnu l'absence de consentement. J'avoue être dépitée. »

Le procès a été éprouvant pour la grande majorité des répondant-e-s

Parmi les victimes qui sont allées jusqu'au procès, 89% d'entre elles déclarent l'avoir mal vécu, et une non moins écrasante majorité d'entre elles ne se sont pas senties protégées par la justice et trouvent qu'elle n'a pas joué son rôle.

Le temps du procès semble avoir été perçu comme particulièrement éprouvant pour les répondant-e-s qui n'étaient pas forcément préparé-e-s, ni à devoir raconter de nombreuses fois les violences sexuelles subies, ni à revoir leur agresseur, ni à entrer dans le détail de leur vie privée en public. Au pénal, les procédures sont longues et les procès d'assises qui se déroulent intégralement à l'oral sont extrêmement pénibles, surtout pour des victimes souffrant d'un état de stress post-traumatique — ce qui leur rend très douloureuse et angoissante toute évocation des violences sexuelles subies, la mémoire traumatique leur faisant revivre à l'identique les sentiments de terreur et de détresse éprouvés au moment des violences.

« La procédure a duré deux ans, qui ont été très longs pour moi. Je n'étais absolument pas préparée au procès, j'ai énormément souffert de voir tous les détails de mon vécu et de ma vie intime détaillés devant tout le monde. Mon père a été condamné à 6 ans de prison et est sorti au bout de 2 ans et demi. »

« La procédure est longue et c'est douloureux de toujours devoir se répéter sur les faits et donc psychologiquement j'ai revécu ce viol à chaque fois. Je me suis sentie humiliée à chaque moment de cette procédure. »

« Les avocats qui minimisent les faits en disant que c'est sa parole contre la mienne et que le doute profite à l'accusé. Ça me révolte. On a l'impression que c'est le violeur la victime. »

« Procédure longue et coûteuse. 3500 euros de frais d'avocat : seulement 400 euros de remboursés. J'ai payé plus pour la procédure que ce que j'ai été symboliquement indemnisée [...]. Je ne me sens pas réparée, ni reconnue victime

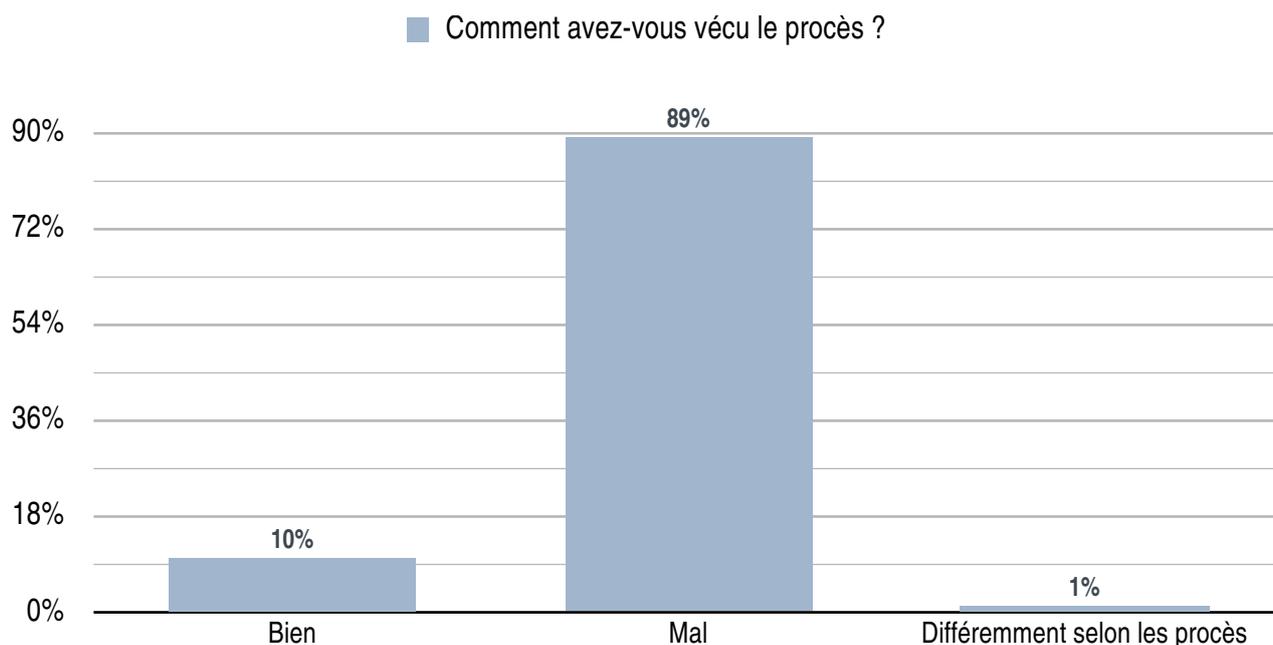
dans la mesure où cette procédure m'a coûté en temps, en énergie, etc. Et je ne suis même pas remboursée des frais d'avocat. »

Par ailleurs, au lieu d'être considérés comme un élément de preuve, les troubles psychotraumatiques dont elles souffrent les desservent souvent. Leurs symptômes — qui sont pourtant pathognomoniques — tels que les amnésies, les conduites à risques et dissociantes, ou l'absence de réaction lors des faits due à la sidération, sont régulièrement utilisés par la défense pour mettre en doute leur parole et leur crédibilité.

Beaucoup de temps, d'énergie et d'argent dépensés sans toujours de reconnaissance à la clé

Si certaines victimes se sentent soulagées, voire réparées, lorsque l'agresseur est reconnu coupable, de nombreux-ses répondant-e-s évoquent des non-lieux ou des peines dérisoires, regrettant dès lors d'avoir perdu beaucoup de temps, d'énergie et d'argent pour rien. Ils ou elles n'ont pas l'impression que la gravité des violences sexuelles subies soit reconnue et ont parfois le sentiment que la justice privilégie les agresseurs au détriment des victimes.

Figure D.4 - Comment avez-vous vécu le procès ?



Champ : répondant-e-s ayant porté plainte, hors non renseigné (136 répondant-e-s). En pourcentages.

« Une fois que le verdict est tombé, il a été reconnu coupable, je me suis sentie si légère, comme si on m'avait ôté un énorme poids de ma poitrine alors que je ne savais pas qu'il était là. J'ai aussi arrêté de faire des cauchemars la nuit, de me réveiller en sursaut. »

« Le procès s'est déroulé sur 2 jours pleins. De 8h à minuit le dernier jour.

Une honte, une mascarade. Faux témoignages. Mes agresseurs à un mètre derrière moi au moment d'aller à la barre, autant vous dire que les commentaires ont fusé. Avocats adverses, incompetents et cruels, allant même jusqu'à me demander de montrer à la barre dans quelle position ils m'ont violée.

Au moment des pauses, tous les amis des agresseurs étaient autour de moi et personne pour s'interposer.

Au final acquittement pour l'un (celui qui avait reconnu les faits dans une déposition) pour je cite "il y a un doute sur le fait qu'il avait conscience que c'était un viol". Le second, celui qui était mon petit ami au moment des faits, a été jugé coupable de viol avec coups et blessures, menaces à l'arme blanche = 1 an de sursis. »

4. Un sentiment d'injustice et de non-reconnaissance

La prescription et l'amnésie traumatique

Le sentiment d'injustice éprouvé par la majorité des répondant-e-s est renforcé par le problème des délais de prescription. Bien que ces délais aient été revus en 2004 pour courir jusqu'à 20 ans après la majorité pour les viols et agressions sexuelles avec circonstances aggravantes sur mineur-e-s ¹⁶⁷, et qu'une proposition de loi ait été votée récemment par le Sénat ¹⁶⁸ pour porter à 30 ans la durée de ce délai, cela reste encore insuffisant au vu des résultats de notre enquête.

En effet, plus d'un tiers des répondant-e-s (34%) rapportent une période d'amnésie traumatique. Mais les victimes interrogées ici sont des victimes qui, puisqu'elles s'expriment sur les violences qu'elles ont subies, ne souffrent pas, ou plus, d'amnésie traumatique. Combien sont-elles, celles qui n'ont jamais retrouvé la mémoire parmi l'ensemble des victimes de violences sexuelles ? Selon d'autres études, près de 60% des victimes de violences sexuelles dans leur enfance présenteraient une amnésie partielle des faits ¹⁶⁹ et 38% d'entre elles une amnésie totale qui peut durer des années ¹⁷⁰.

¹⁶⁷ [Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité](#), dite "loi Perben II".

¹⁶⁸ Le 28 mai 2014.

¹⁶⁹ 59,3% d'adultes ayant subi des violences sexuelles dans leur enfance rapportent avoir eu des périodes durant lesquelles ils n'avaient aucun souvenir des violences.

BRIERE, John, CONTE, Jon, « [Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children](#) » in *Journal of traumatic stress*, Janvier 1993, Vol. 6, Issue 1, p. 21-31.

¹⁷⁰ Cette étude conduite, auprès de 129 femmes ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance (violences qui ont été documentées à l'époque), a montré que 38% d'entre elles ne se souviennent pas des faits. Toujours selon l'étude, un jeune âge lors des violences et le fait que l'agresseur soit un proche augmente le risque de perdre la mémoire des faits.

WILLIAMS, Linda Meyer, « [Recall of childhood trauma : a prospective study of women's memory of child sexual abuse](#) » in *Journal of consulting and clinical psychology*, 1994, Vol. 62, n°6, p. 1167-1176.

Les périodes d'amnésies rapportées par les répondant-e-s sont le plus souvent comprises entre moins d'un an et 20 ans, mais ont parfois pu durer plus de 40 ans. Plus les violences sont assorties de circonstances aggravantes, et plus elles risquent d'engendrer une amnésie traumatique. On retrouve plus de tentatives de suicides chez les répondant-e-s ayant souffert d'une période d'amnésie traumatique et ce sont les violences sexuelles en situation d'inceste qui engendrent le plus d'amnésies.

Par ailleurs, ces périodes d'amnésie ne concernent pas uniquement les violences qui se sont déroulées dans l'enfance, certain-e-s répondant-e-s rapportent aussi des amnésies traumatiques suite à des violences subies à l'âge adulte, comme c'est le cas pour 27% des victimes ayant subi la première violence sexuelle entre 18 et 26 ans et pour près d'un quart (24%) de celles qui l'ont subie après l'âge de 26 ans.

Les amnésies traumatiques se retrouvent donc le plus souvent lorsque les violences ont été assorties de circonstances aggravantes. Et lorsque les souvenirs reviennent aux victimes, qu'elles parviennent, après de longues années de calvaire, à porter plainte, et qu'elles se voient refuser leur droit à demander justice du fait de la prescription, cela est extrêmement douloureux pour elles, comme si on leur refusait toute reconnaissance, toute justice.

« La commissaire qui m'a reçue et entendue fut formidable mais le fait qu'il y ait prescription est une douleur sans nom. »

« J'estime que la justice n'a pas du tout rempli son rôle car les faits ne devraient pas être prescrits, les crimes sexuels sur mineurs doivent être imprescriptibles. »

« La plainte a été déposée auprès du procureur, j'ai dû la relancer pour être entendue. La prescription ne devrait pas exister car beaucoup de victimes font un déni qui peut durer comme pour moi de nombreuses années. »

« La prescription est un problème (partiellement résolu par la loi votée récemment) Mais la prise en charge psychologique des victimes est inexistante. »

Conscientes que le délai de prescription de l'action publique des agressions sexuelles est inadapté au traumatisme des victimes de violences sexuelles, et considérant

que pour porter plainte contre son agresseur la victime doit être physiquement et psychiquement en état de le faire, les sénatrices UDI Muguette Dini et Chantal Jouanno ont déposé une proposition de loi qui suggérait de faire démarrer les délais de prescription à compter du moment où la victime est en mesure de révéler l'infraction, sur le modèle du régime jurisprudentiel applicable aux abus de biens sociaux ¹⁷¹.

Cependant, cette proposition de loi introduisait une incertitude sur le point de départ du délai de prescription, et donnait aux procureurs et aux juges un pouvoir discrétionnaire pour considérer si la victime n'était effectivement pas en état de porter plainte.

C'est donc une autre proposition de loi modifiant les délais de prescription de l'action publique pour les viols et les agressions sexuelles sur mineurs qui a été adoptée par le Sénat ¹⁷². Cette loi modifie les articles 7 et 8 du code de procédure pénale ¹⁷³ en portant le délai de prescription pour les viols et les agressions sexuelles avec circonstances aggravantes de 20 à 30 ans après la majorité (jusqu'à 48 ans), et de 10 à 20 ans après la majorité (jusqu'à 38 ans) pour les autres agressions sexuelles ¹⁷⁴.

À la différence de la proposition de loi initiale, le texte adopté par le Sénat ne modifie donc pas les règles de prescription pour les victimes majeures de viol, pour lesquelles la prescription décennale sans report du point de départ continuera de s'appliquer.

Cette proposition de loi modifiant les délais de prescription de l'action publique pour les viols et les agressions sexuelles sur mineurs en portant le délai de prescription pour les viols et les agressions sexuelles avec circonstances aggravantes de 20 à 30 ans après la majorité a été adoptée par la commission des Lois constitutionnelles, de la Législation

¹⁷¹ [Proposition de loi n°368](#) (2013-2014) modifiant le délai de prescription de l'action publique des agressions sexuelles, écrite par Chantal Jouanno, Muguette Dini, François Zocchetto et Michel Mercier.

¹⁷² [Prescription de l'action publique des agressions sexuelles](#), Compte rendu analytique officiel du 28 mai 2014, Sénat.

¹⁷³ [Articles 7 et 8 du code de procédure pénale](#).

¹⁷⁴ SALMONA, Muriel, « Appel à voter la loi modifiant les délais de prescription de l'action publique des agressions sexuelles » in *Blog Mediapart*, 30 novembre 2014, <http://blogs.mediapart.fr/blog/muriel-salmona/301114/appel-voter-la-loi-modifiant-les-delaix-de-prescription-de-laction-publique-des-agressions-sex-0>

et de l'Administration générale de la République ¹⁷⁵. Elle a été soumise au vote de l'Assemblée nationale le 2 décembre 2014, mais a été rejetée par les députés socialistes en raison de la réforme de la prescription qu'ils désiraient mettre en place ¹⁷⁶.

La correctionnalisation des viols

La pratique de la « correctionnalisation » des viols est très répandue, et concerne entre 50 et 80% des viols jugés ¹⁷⁷. Elle consiste à requalifier un viol en agression sexuelle en ignorant l'élément constitutif du crime, à savoir l'acte de pénétration, ce qui permet d'accélérer la procédure en jugeant les auteur-e-s devant une juridiction correctionnelle plutôt que devant une cour d'assises.

Ce procédé est en principe illégal : le viol est un crime, et le requalifier en délit est une violation des droits de la victime à bénéficier d'un procès en cour d'assises. Mais la loi du 9 mars 2004 dite « loi Perben II » a plus ou moins « légalisé » — en tout cas consolidé — cette pratique illicite en restreignant la possibilité de la contestation d'une correctionnalisation : si les parties ne contestent pas la qualification correctionnelle donnée aux faits lors du règlement d'instruction, elles ne pourront plus le faire devant le tribunal correctionnel ¹⁷⁸. Autrement dit, une victime fragilisée, convaincue par un magistrat ou par son avocat de correctionnaliser son viol pendant l'instruction, ne pourra plus changer d'avis au moment du procès, et ne pourra donc faire valoir son droit à ce que le crime qu'elle a subi soit considéré comme tel.

¹⁷⁵ LAGARDE, Sonia, [*Rapport fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de la Législation et de l'Administration générale de la République sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat \(n° 1986\), modifiant le délai de prescription de l'action publique des agressions sexuelles*](#), n°2352, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 novembre 2014.

¹⁷⁶ Voir le dossier : « [Justice : délai de prescription de l'action publique des agressions sexuelles](#) » sur le site de l'Assemblée nationale.

¹⁷⁷ Selon Didier Rebut la correctionnalisation concerne plus de la moitié des crimes voire les deux tiers. Et Michel Mercier a quant à lui évoqué le taux de 80 % de crimes correctionnalisés : « *Les cours d'assises ne jugent aujourd'hui que 2 200 crimes par an ; on ne sait si 80 % des crimes sont correctionnalisés, car nous n'avons pas de statistiques, mais la pratique est patente pour les viols* » dans une audition au Sénat, le 3 mai 2011 devant la commission des Lois dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif à la participation des citoyens, au fonctionnement de la justice pénale et du jugement des mineurs. REBUT, Didier, « [Correctionnalisation - Quelle place pour les cours d'assises ?](#) » in *La Semaine juridique*, 6 septembre 2010, n° 36, p.1654-1655.

¹⁷⁸ Article 124 de la [Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité](#).

Ce procédé permet de désengorger les cours d'assises où les viols représentent déjà plus de la moitié des crimes jugés. Les cours d'assises ne jugent que 3000 crimes par an en moyenne ¹⁷⁹, et environ 10 000 plaintes pour viol et tentatives de viol sont déposées chaque année ¹⁸⁰, le système judiciaire français n'a donc pas les moyens de faire juger tous les viols par les cours d'assises.

Certains pensent, en particulier les magistrats ¹⁸¹, que cette pratique est profitable aux victimes car elle permet d'éviter de les exposer à de longues procédures pouvant se conclure — notamment dans le cas où les éléments constitutifs du viol seraient difficiles à établir — par un acquittement de l'auteur-e. Par ailleurs, recourir à la correctionnalisation permet de s'assurer que l'auteur-e des faits sera jugé-e par des juges professionnels et non par un jury populaire — dont le jugement pourrait être affecté par des dimensions émotionnelles — comme c'est le cas en cour d'assises.

Cependant, ce procédé contrevient au principe d'égalité devant la justice — puisque les viols sont les seuls crimes à être ainsi requalifiés — et minimise la gravité des viols puisque la peine encourue par l'agresseur sera nécessairement moins lourde que la peine criminelle. La requalification d'un viol en agression sexuelle — donc d'un crime en un délit — est d'ailleurs souvent ressentie par les victimes concernées comme une véritable injustice, c'est une façon de leur signifier que ce qu'elles ont subi n'est pas si grave et que leur souffrance n'a que peu d'importance aux yeux de la justice.

« Les faits de viols ont été requalifiés en agressions sexuelles aggravées d'autres sont prescrits. »

« La requalification (à laquelle je m'attendais) à été une épreuve parce que je savais que ça voulait dire qu'il [l'agresseur] ne serait jamais reconnu coupable. »

¹⁷⁹ Source : <http://www.justice.gouv.fr/statistiques.html> : activité des cours d'assises, chiffres pour 2012.

¹⁸⁰ Selon le n°4 de novembre 2014 de *La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes* 10% des 86 000 femmes âgées de 18 à 75 ans victimes de viol et tentatives de viol chaque année portent plainte, ce qui permet d'estimer le nombre total de plaintes à environ 10 000 si l'on reporte ce pourcentage aux 102 000 personnes victimes de viol et de tentatives de viol chaque année.

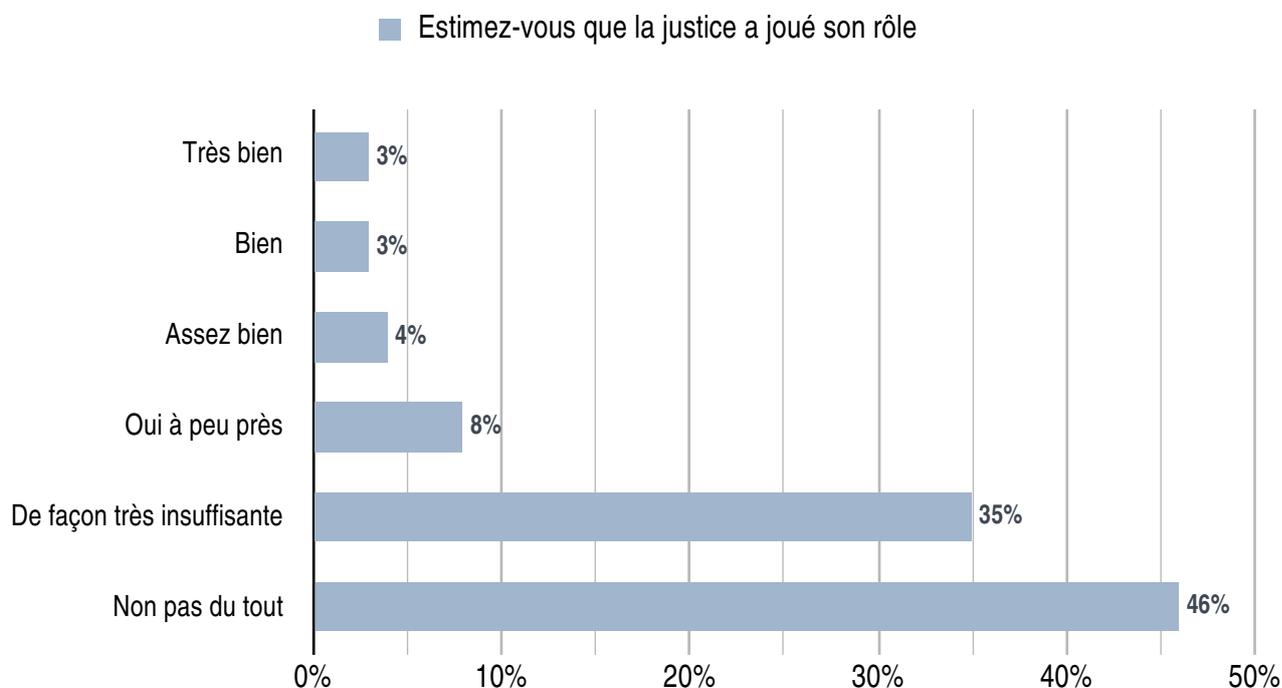
¹⁸¹ Source : DÉTRAIGNE, Yves, *Proposition de loi modifiant le délai de prescription de l'action publique des agressions sexuelles autres que le viol*, Rapport n° 249, fait au nom de la commission des Lois, déposé au Sénat le 11 janvier 2012, p.13.

« J'ai arrêté mes études de droit l'année suivante. Je n'ai ni apprécié ce que j'ai entendu et vu pendant mon procès, ni pendant mes stages en cabinet. À mon sens, ces affaires "touche pipi" comme ils disent, sont traitées avec de la légèreté, par habitude, par absence de volonté politique de punir réellement les pédophiles (cf. correctionnalisation) et sous le prétexte idéal du "oui mais en tant que victime, vous ne serez jamais suffisamment content". »

« Si on est déshumanisé par le viol, on l'est autant par la manière de procéder des policiers, avocats et juges, on n'existe plus, on n'est qu'un surplus de travail, un problème qu'il faut régler avec une peine plus ou moins adéquate (pour gagner du temps ils ont envoyé le dossier au correctionnel, les assises ayant déjà trop de boulot, encore une chose qui m'a donnée l'impression qu'ils n'en n'avaient rien à faire). »

Un constat alarmant : 81% de répondant-e-s pensent que la justice n'a pas joué son rôle

Figure D.5 - Estimez-vous que la justice a joué son rôle ?



Champ : répondant-e-s ayant porté plainte, hors non renseigné (324 répondant-e-s).
En pourcentages.

82% des répondant-e-s estiment ne pas avoir été protégé-e-s par la justice ou de façon très insuffisante et 70% ne se sont pas senti-e-s reconnu-e-s comme victimes par la police et la justice ; les victimes sont donc une écrasante majorité à être extrêmement désabusées suite à leur expérience avec la police et la justice, au point que certaines d'entre elles voient même le parcours judiciaire comme une seconde violence ou une « seconde peine ».

« À l'époque j'avais la certitude que cela pouvait servir à quelque chose pour moi et pour d'éventuelles victimes mais à ce jour je peux affirmer que cela ne sert à rien de porter plainte !!! La loi est pour les violeurs.

Ce type m'a menacé de me poursuivre pour diffamation !! »

« Le manque de compétences et la culpabilisation de la victime sont pour mon expérience systématiques, je n'ai aucune confiance dans le système. »

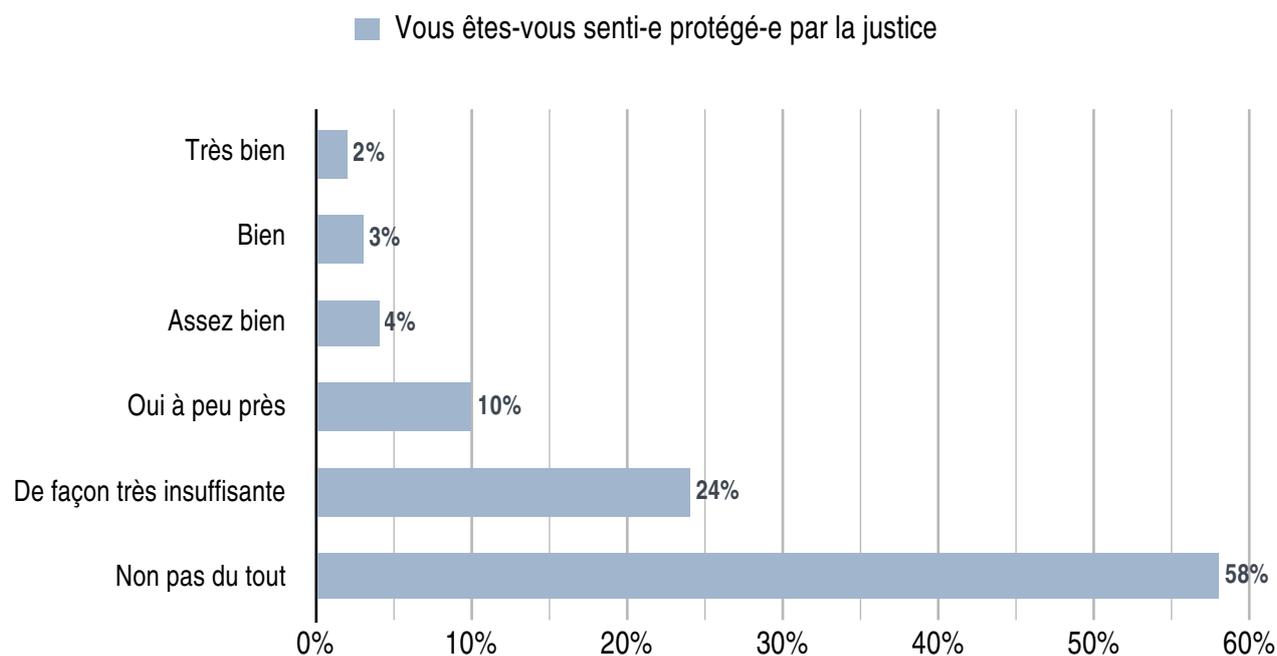
« Toutes les démarches judiciaires et policières ont été terribles et je les ai très mal vécues. Je les ai vécues comme une seconde peine étant donné que je n'ai jamais été crue par les différent-e-s professionnel-le-s »

« La justice, quant à elle, à été pour moi une grosse déception. Je n'ai vu pour l'instant que de la corruption, et du rejet vis-à-vis des victimes. C'est nous qui sommes traitées comme des coupables. J'ai la sensation que la justice cautionne l'inceste et protège les gens comme mon père. »

« On se fait broyer par la machine judiciaire, on est un dossier, pour apporter des preuves on doit voir un médecin qui a le tact d'un camion benne, et qui enfonce son doigt dans vos parties pour tout trifouiller sans prévenir, sans expliquer, on est censés avoir accès au dossier ? Je ne l'ai jamais vu. Je n'ai été qu'un fantôme pendant toute la procédure. J'ai, de mon point de vue, subi un second viol à cause de la machine judiciaire. »

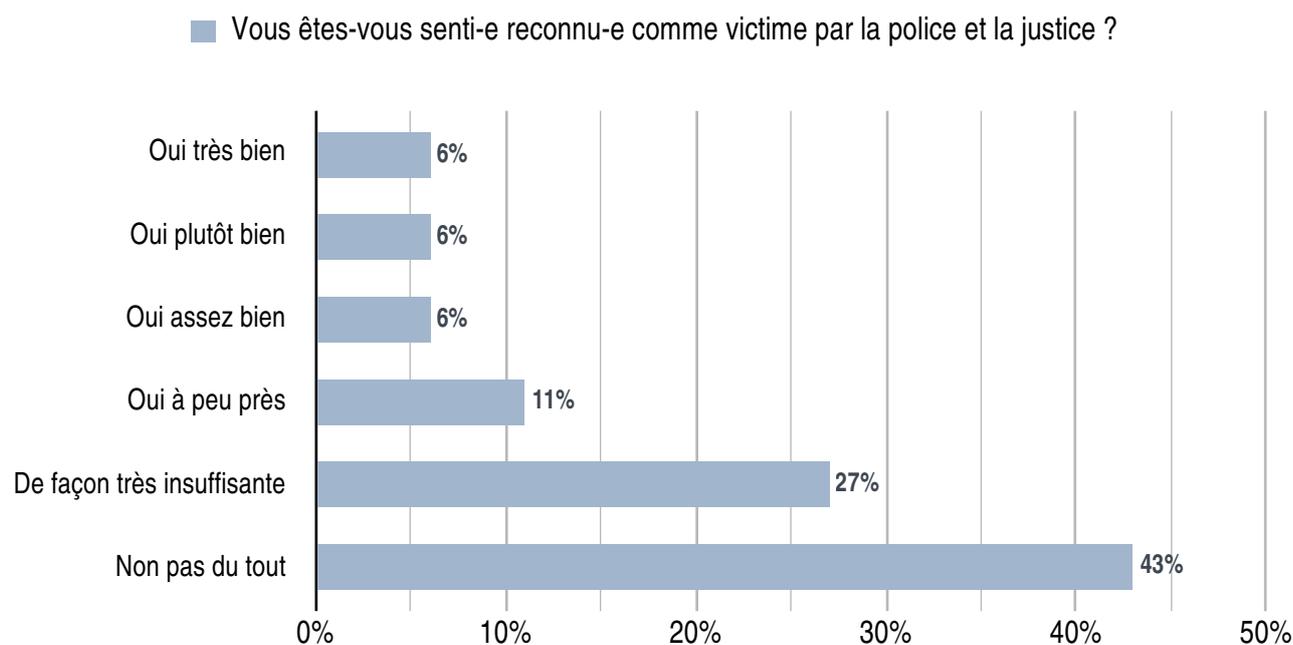
« Le classement sans suite est une seconde sidération pour ces faits. L'on pense alors que la société entière cautionne ou minimise ces crimes. Pour ma part j'ai tout de même fini par être entendue et reconnue victime, mais il m'aura fallu patienter huit ans... c'est très très long et destructeur. »

Figure D.6 - Vous êtes-vous senti-e protégé-e par la justice ?



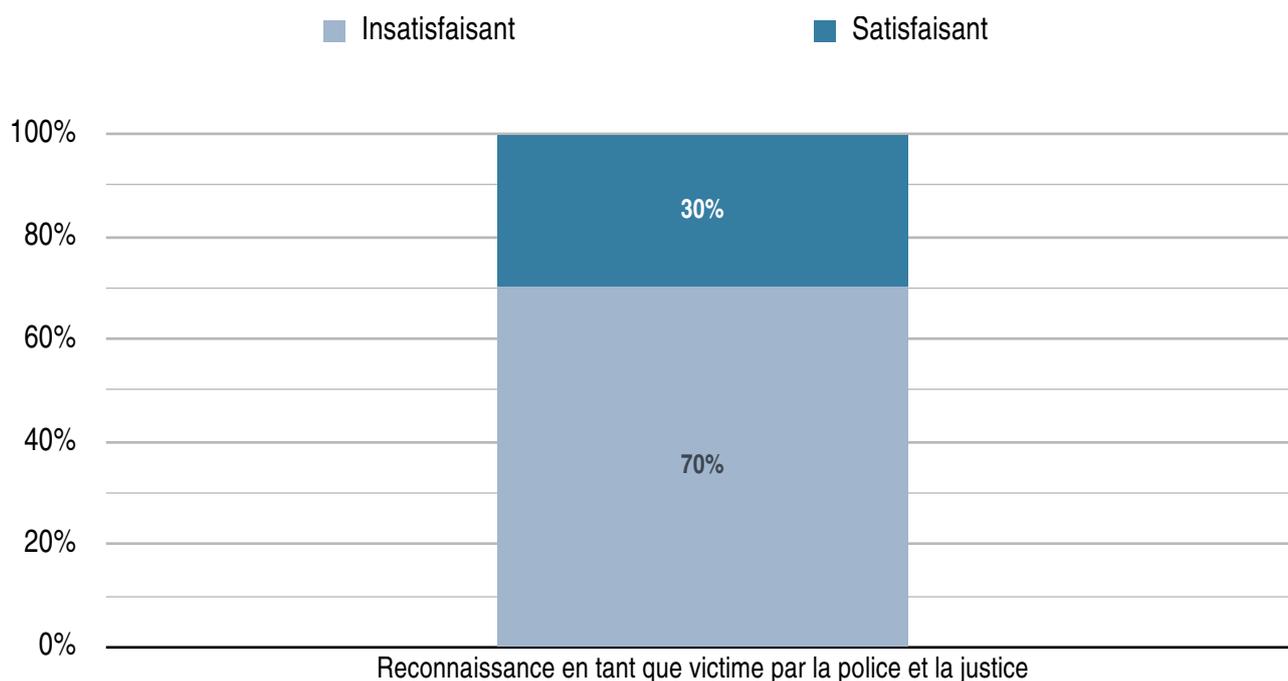
Champ : répondant-e-s ayant porté plainte, hors non renseigné (340 répondant-e-s).
En pourcentages.

Figure D.7 - Vous êtes-vous senti-e reconnu-e comme victime par la police et la justice ?



Champ : répondant-e-s ayant porté plainte, hors non renseigné (356 répondant-e-s).
En pourcentages.

Figure D.8 - Sentiment d'être reconnu-e par la police et la justice



Champ : répondant-e-s ayant porté plainte, hors non renseigné (356 répondant-e-s).
En pourcentages.

Par ailleurs, les répondant-e-s qui ont affirmé qu'ils ou elles ne s'étaient pas senti-e-s reconnu-e-s comme victimes par la police et la justice ont eu plus tendance à faire des tentatives de suicide que les autres. Voilà qui laisse à penser que le sentiment d'injustice et de non-reconnaissance que peuvent éprouver les victimes dont la prise en charge judiciaire s'est mal passée peut engendrer une situation de détresse aux conséquences néfastes.

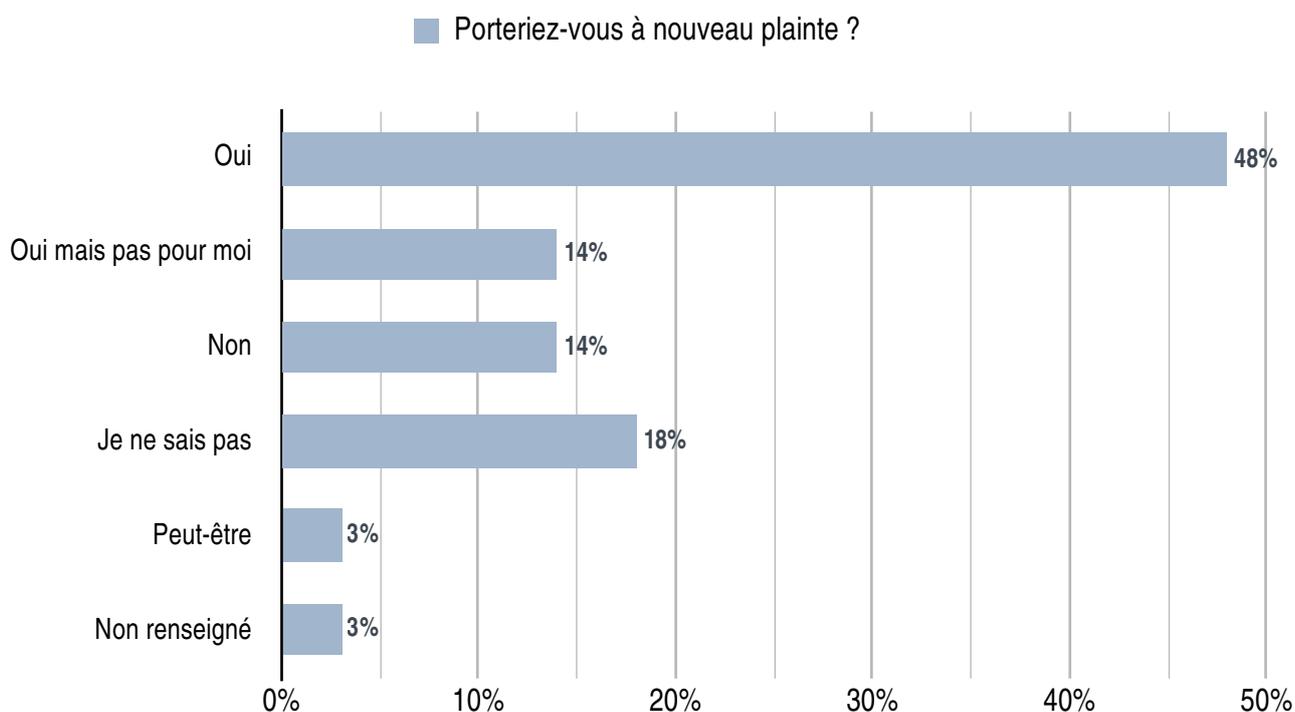
Tableau D.4 - Sentiment d'être reconnu-e par la police et la justice et tentatives de suicide

	Pas de tentative de suicide	Tentative de suicide
Insatisfaisant	53 %	47 %
Satisfaisant	64 %	36 %
Total général	56 %	44 %

Champ : ensemble des répondant-e-s hors non renseigné (413 répondant-e-s).
En pourcentages.

Pourtant, bien que les victimes soient 81% à trouver que la justice n'a pas joué son rôle, et malgré le tableau effrayant qu'elles dressent de la prise en charge judiciaire des violences sexuelles, 62% d'entre elles seraient prêtes à porter plainte à nouveau si c'était à refaire. Ce chiffre qui pourrait étonner, peut s'expliquer par les motivations invoquées pour la plainte : l'espoir d'être reconnu-e comme victime et la préoccupation pour le sort des autres victimes. Ce n'est pas la vengeance qui motive les victimes, le résultat de la plainte a donc peu d'effet sur la volonté de saisir à nouveau la justice. Il ne s'agit donc pas de déconseiller aux victimes de violences sexuelles d'avoir recours à la justice mais bien d'améliorer leur prise en charge et de respecter leurs droits.

Figure D.9 - Porteriez-vous à nouveau plainte ?



Champ : répondant-e-s ayant porté plainte (380 répondant-e-s). En pourcentages.

E. LES CONSÉQUENCES DES VIOLENCES SEXUELLES SUR LA SANTÉ

1. Les risques liés aux psychotraumatismes

Le premier risque lié à l'exposition à des violences sexuelles est l'état de stress post-traumatique

Comme nous l'avons vu précédemment, le risque de développer un état de stress post-traumatique est particulièrement élevé en cas de violences sexuelles, et plus encore lorsqu'il s'agit de viol, d'inceste et de violences sexuelles ayant eu lieu dans l'enfance. 80% d'états de stress post-traumatique ont été recensés en cas de viol (contre 24% pour l'ensemble des traumatismes ¹⁸²) et près de 87% en cas de violences sexuelles ayant eu lieu dans l'enfance ¹⁸³. Si ces violences sexuelles subies dans l'enfance ont été incestueuses, ce taux peut même atteindre 100% ¹⁸⁴.

Plus les violences sexuelles ont lieu tôt dans la vie et plus les conséquences sont lourdes

Les états dépressifs sont très fréquents chez les victimes de violences sexuelles subies dans l'enfance ¹⁸⁵. Elles représentent une population à risque de suicide, le risque de tentatives de suicide à répétition étant huit fois plus élevé chez elles que dans la

¹⁸² BRESLAU, Naomi, DAVIS, Glenn C., ANDRESKI, Patricia, PETERSON, Edward, « [Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults](#) » in *Archives of General Psychiatry*, Mars 1991, Vol. 48, Issue 3, p. 216-22.

¹⁸³ RODRIGUEZ, Ned, RYAN, Susan W., VANDE KEMP, Henrika, FOY, David W., « [Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of child sexual abuse: A comparison study](#) » in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Février 1997, Vol.65, Issue 1, p. 53-59.

¹⁸⁴ LINDBERG, Frederick H., DISTAD, Lois J., « [Post-traumatic stress disorders in women who experienced childhood incest](#) » in *Child Abuse & Neglect*, 1985, Vol. 9, Issue 3, p. 329-334.

¹⁸⁵ WEISS, Erica L., LONGHURST, James G., MAZURE Carolyn M., « [Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates](#) » in *American Journal of Psychiatry*, Juin 1999, Vol. 156, Issue 6, p. 816-828.

population générale ¹⁸⁶. Les troubles des conduites alimentaires sont sur-représentés ¹⁸⁷ chez ces victimes, et les conduites addictives également plus courantes chez elles que dans la population générale ¹⁸⁸.

Les violences subies au cours de l'enfance multiplient par quatre le risque de survenue d'un trouble de la personnalité au début de l'âge adulte. Les violences sexuelles sont fréquemment associées à un risque de personnalité borderline ¹⁸⁹ et les diagnostics de trouble limite de la personnalité sont d'autant plus fréquents que les violences sexuelles surviennent tôt dans l'enfance ¹⁹⁰.

Les troubles psychotraumatiques sont également un facteur de risque de décompensation psychologique et neurologique, de démences et de troubles du comportement chez les personnes âgées ayant un passé de violences sexuelles ¹⁹¹.

Par ailleurs, la consommation médicale apparaît comme plus importante chez ces victimes de violences sexuelles dans l'enfance : davantage de consultations en médecine

¹⁸⁶ BROWN Jocelyn, COHEN, Patricia, JOHNSON, Jeffrey G., SMAILES, Elizabeth M., « [Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality](#) » in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Décembre 1999, Vol. 38, Issue 12, p. 1490-1496.

¹⁸⁷ TICE, Linda, HALL, Richard C., BERESFORD, Thomas P., KLASSEN HALL, Anne, *et al.*, « [Sexual abuse in patients with eating disorders](#) » in *Psychiatric Medicine*, 1989, Vol. 7, Issue 4, p. 257-267.

¹⁸⁸ Cette étude prospective concernait un échantillon de 1 000 enfants qui ont été suivis jusqu'à l'âge de 18 ans. À l'âge de 18 ans, 10,4% des sujets (17,3% des femmes et 3,4% des hommes) affirmaient avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 16 ans. Chez 5,6% des femmes et 1,4% des hommes ces violences consistaient en des viols et tentatives de viol. Les individus qui avaient été victimes de violences sexuelles dans l'enfance avaient un risque plus élevé de dépression, de troubles des conduites, de trouble anxieux, d'abus de substances et de comportements suicidaires.

FERGUSON, David M., HORWOOD, L. John, LYNKEY, Michael T., « [Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: II. Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse](#) » in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Octobre 1996, Vol. 35, Issue 10, p. 1365-1374.

¹⁸⁹ JOHNSON, Jeffrey G., COHEN, Patricia, BROWN, Jocelyn, SMAILES, Elizabeth M., BERNSTEIN David P., « [Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood](#) » in *Archives of General Psychiatry*, Juillet 1999, Vol. 56, Issue 7, p. 600-606.

¹⁹⁰ McLEAN, Linda M., GALLOP, Ruth, « [Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder](#) » in *American Journal of Psychiatry*, Février 2003, Vol. 160, Issue 2, p. 369-371.

¹⁹¹ Sur le sujet des liens entre démence et état de stress post-traumatique voir : YAFFE, Kristine, VITTINGHOFF, Eric, LINDQUIST, Karla, BARNES, Deborah, COVINSKY, Kenneth E., NEYLAN, Thomas, KLUSE, Molly, MARMAR, Charles, « [Posttraumatic Stress Disorder and Risk of Dementia Among US Veterans](#) » in *Archives of General Psychiatry*, Juin 2010, Vol. 67, Issue 6, p. 608-613.

générale, aux urgences et plus d'interventions chirurgicales, souvent inutiles, sont rapportées ¹⁹².

Avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance est un des déterminants principaux de la santé

Les violences sexuelles ont donc d'importantes répercussions sur la santé des victimes, en particulier lorsque ces violences ont eu lieu lorsque la victime était mineure. Une étude a montré en 2010 qu'avoir subi des violences dans l'enfance était l'un des déterminants principaux de l'état de santé même cinquante ans après ¹⁹³, c'est un facteur de risque de présenter de nombreuses pathologies psychiatriques, cardio-vasculaires, pulmonaires, endocriniennes, auto-immunes et neurologiques, ainsi que des douleurs chroniques et des troubles du sommeil.

Les violences entraînent des modifications cérébrales et épigénétiques

L'impact sur la santé n'est donc pas seulement psychologique, et ces violences, du fait des troubles psychotraumatiques qu'elles engendrent, peuvent causer des atteintes des circuits neurologiques et des perturbations endocriniennes des réponses au stress. Ces atteintes cérébrales sont visibles par IRM, avec une diminution de l'activité et du volume de certaines structures et une hyperactivité pour d'autres, ainsi qu'une altération du fonctionnement des circuits de la mémoire et des réponses émotionnelles ¹⁹⁴. Récemment, une modification anatomique de certaines aires corticales du cerveau a également été mise en évidence chez des victimes de violences sexuelles dans l'enfance

¹⁹² NEWMAN, M. G., CLAYTON, L., ZUELLIG, A., CASHMAN, L., ARNOW, B., DEA, R., *et al.*, « [The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization](#) » in *Psychological Medicine*, Septembre 2000, Vol. 30, Issue 5, p. 1063-1077.

¹⁹³ FELITTI, Vincent J., ANDA, Robert F., « [The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care](#) » in LANIUS, R., VERMETTEN, E., PAIN C. (eds.), *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010, p. 77-87.

¹⁹⁴ VAN DER LINDEN, M., CESCHI, G., D'ARGEMBEAU, A., JUILLERAT, A.-C., « Approche cognitive et par imagerie cérébrale de la réaction individuelle au stress » in THURIN, Michel et BAUMAN, Nicole (dir.), *Stress, pathologies et immunité*, Paris, Flammarion, coll. "Médecine-Sciences", 2003, p. 73-86.

¹⁹⁵, ainsi que des altérations épigénétiques avec la modification du gène *NR3C1*, impliqué dans le contrôle des réponses au stress et de la sécrétion des hormones de stress (adrénaline, cortisol), ces altérations peuvent être transmises à la génération suivante ¹⁹⁶.

¹⁹⁵ OQUENDO, Maria A., MILLER, Jeffrey, M., SUBLETTE, Elizabeth, « [Neuroanatomical Correlates of Childhood Sexual Abuse: Identifying Biological Substrates for Environmental Effects on Clinical Phenotypes](#) » in *The American Journal of Psychiatry*, Juin 2013, Vol. 170, Issue 6, p. 574-577.

¹⁹⁶ Une équipe scientifique du Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Genève a démontré que le stress généré par des violences subies dans l'enfance induit une méthylation génétique, donc une modification épigénétique, au niveau du promoteur du gène du récepteur des glucocorticoïdes (*NR3C1*), qui agit sur l'axe hypothalamique-hypophysaire-surrénal. Plus les violences sont graves, en particulier dans le cas de violences sexuelles répétées, et plus la méthylation du gène est importante, ces modifications du génome peuvent se perpétuer sur trois générations.

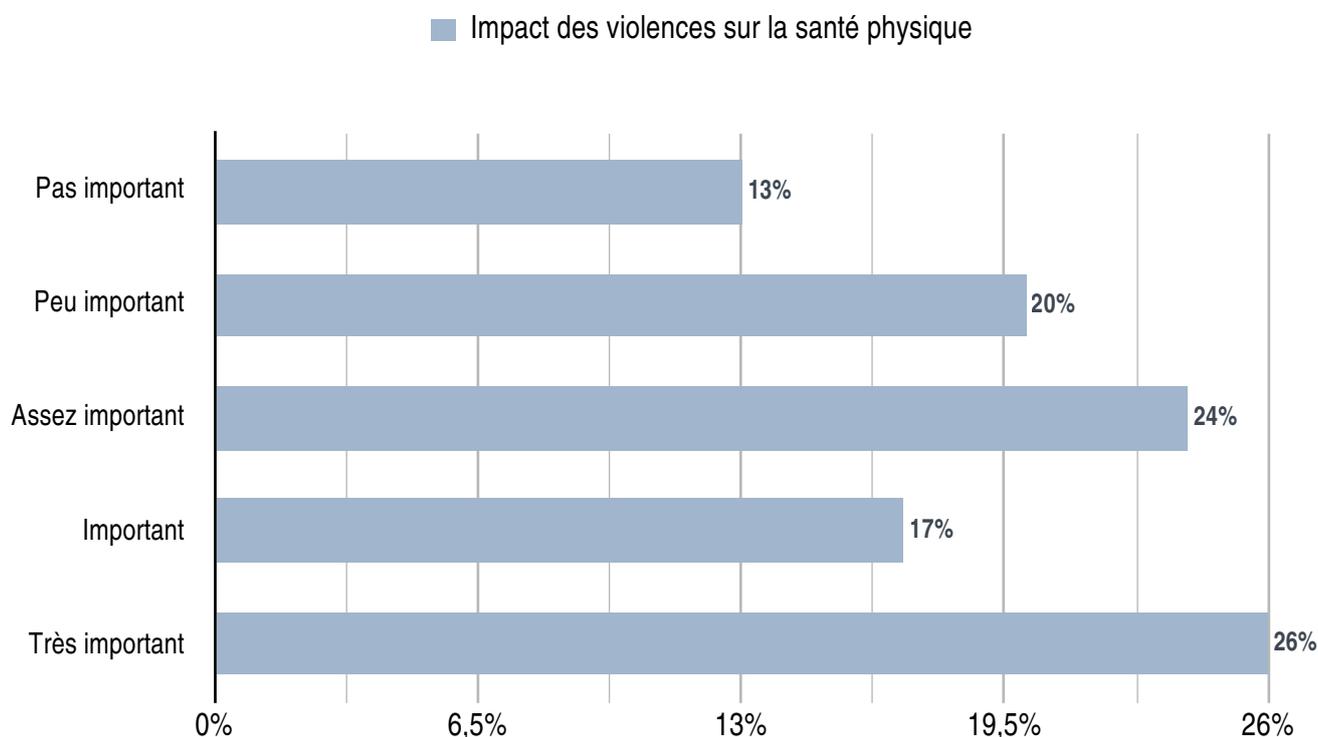
Source : PERROUD, Nader, PAOLONI-GIACOBINO, Ariane, PRADA, Paco, OLIÉ, Emilie, *et al.*, « [Increased methylation of glucocorticoid receptor gene \(*NR3C1*\) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma](#) » in *Translational Psychiatry*, Décembre 2011, Vol. 1, Issue 12, e59.

2. Impact des violences sexuelles sur la santé physique des répondant-e-s

Des conséquences importantes sur la santé physique pour 43% des répondant-e-s

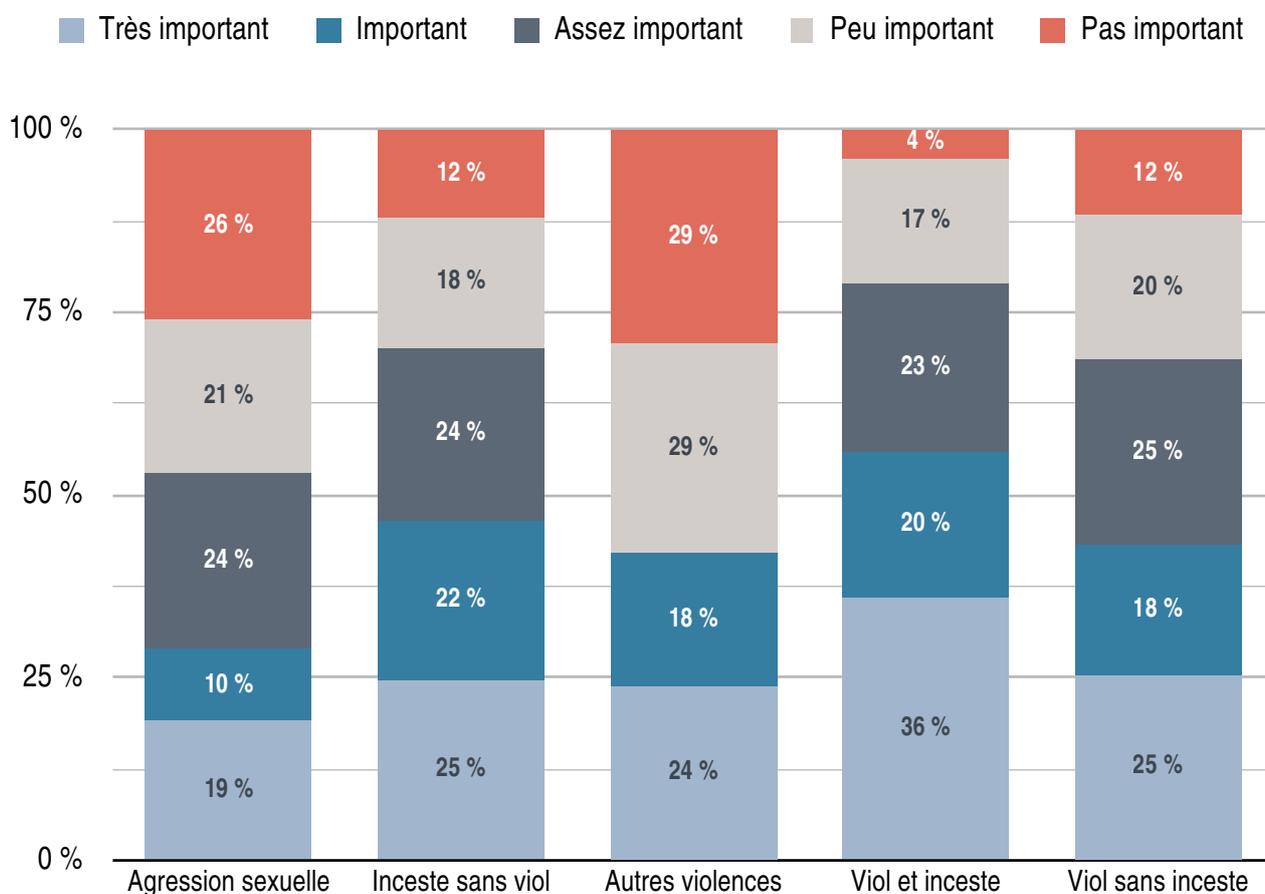
Les conséquences sur la santé ne sont donc pas uniquement psychiques, elle sont également physiques et l'impact des violences sexuelles sur la santé physique est estimé comme étant plutôt important par plus de deux tiers des répondant-e-s. Cet impact est d'autant plus important que les violences ont été assorties de circonstances aggravantes : plus d'un tiers (36%) des victimes de viol en situation d'inceste et plus d'un quart (26%) des victimes de viol le déclarent très important.

Figure E.1 - Impact des violences sur la santé physique



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1080 répondant-e-s).
En pourcentages.

Figure E.2 - Impact sur la santé physique selon le type de violence



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1080 répondant-e-s). En pourcentages.

Plus les violences subies avant l'âge de 18 ans ont été précoces et plus l'impact sur la santé physique semble lourd : les répondant-e-s ayant vécu les premières violences avant 6 ans sont 38% à le trouver très important, contre 21% pour la tranche d'âge 18-26 ans. Cette tendance s'inverse pour les victimes qui ont subi les premières violences à l'âge adulte, et un tiers des plus de 26 ans déclarent que les violences ont eu un impact très important sur leur santé physique, ce qui peut être lié à un facteur de comorbidité, des situations de violences conjugales pouvant alors accompagner les violences sexuelles.

Tableau E.3 - Impact des violences sexuelles sur la santé physique selon l'âge des premières violences

Tranche d'âge des premières violences subies	Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important	Total général
1 [De 0 à 5 ans]	7 %	13 %	21 %	21 %	38 %	100 %
2 [De 6 à 10 ans]	10 %	20 %	25 %	19 %	26 %	100 %
3 [De 11 à 14 ans]	20 %	23 %	21 %	16 %	20 %	100 %
4 [De 15 à 17 ans]	16 %	21 %	31 %	14 %	19 %	100 %
5 [De 18 à 26 ans]	17 %	25 %	28 %	8 %	21 %	100 %
6 [Plus de 26 ans]	10 %	10 %	12 %	36 %	33 %	100 %
Total général	13 %	20 %	24 %	17 %	26 %	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1080 répondant-e-s). En pourcentages.

Un quart des répondantes ayant été enceintes suite à un viol ont mené à terme leur grossesse

L'une des conséquences immédiates des viols sur la santé des victimes de sexe féminin est la grossesse. Les répondantes rapportent un nombre important de grossesses consécutives à des viols : 8,5% des victimes de viol sont tombées enceintes suite à ce viol, ce qui représente un taux presque deux fois plus élevé que celui de 5% constaté par une étude nord-américaine ¹⁹⁷. Parmi elles, 40% ont fait une IVG (interruption volontaire de grossesse), 25% ont mené la grossesse à son terme, 14% ont fait une fausse couche

¹⁹⁷ Une étude nord-américaine portant sur plus de 4000 femmes suivies durant trois ans a conclu que le taux de grossesse national imputable à des viols est de 5% parmi les victimes âgées de 12 à 45 ans. Source : HOLMES, Melisa M., RESNICK, Heidi S., KILPATRICK, Dean G., BEST, Connie L., « [Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women](#) » in *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Août 1996, Vol.175, Issue 2, p. 320-325.

spontanée, 5% ont fait une IMG (interruption médicale de grossesse) et 3% ont pris une contraception d'urgence.

Tableau E.4 - Grossesses consécutives à des viols

	Effectifs	Pourcentages
Oui	63	8,5 %
Non	665	91,5 %
Total général	728	100 %

Champ : répondantes ayant subi au moins un viol (728 répondantes).

Tableau E.5 - Conséquences de ces grossesses consécutives à des viols

	Effectifs	Pourcentages
IVG (Interruption volontaire de grossesse)	25	40 %
Grossesse menée à terme	16	25 %
Fausse couche spontanée	9	14 %
IMG (Interruption médicale de grossesse)	3	5 %
Contraception d'urgence	2	3 %
Grossesse menée à terme / IVG	3	5 %
Fausse couche spontanée / IVG	2	3 %
Fausse couche spontanée / IMG	1	2 %
IVG / IMG	1	2 %
Contraception d'urgence / Fausse couche spontanée	1	2 %
Total général	63	100 %

Champ : répondantes victimes d'au moins un viol ayant entraîné une grossesse (63 répondantes).

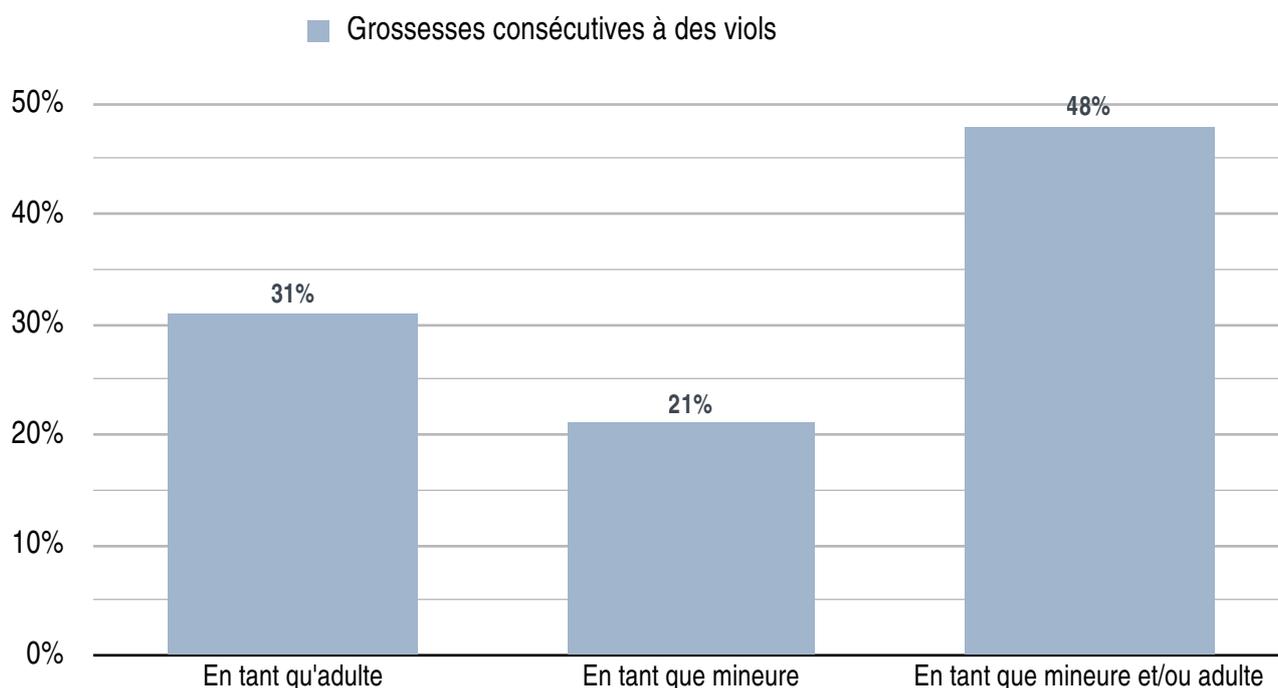
Lecture : 8 répondantes ont déclaré plusieurs grossesses suite aux viols subis, ces grossesses successives ont eu différentes conséquences.

Tableau E.6 - Grossesses consécutives à des viols selon la période des violences

	Non	Oui	Total général
En tant qu'adulte uniquement	144	19	163
En tant que mineure uniquement	269	13	282
En tant que mineure et adulte	236	29	265
Total général	649	61	710

Champ : répondantes ayant subi au moins un viol et ayant renseigné la période des violences (710 répondantes). En effectifs.

Figure E.3 - Grossesses consécutives à des viols selon la période des violences

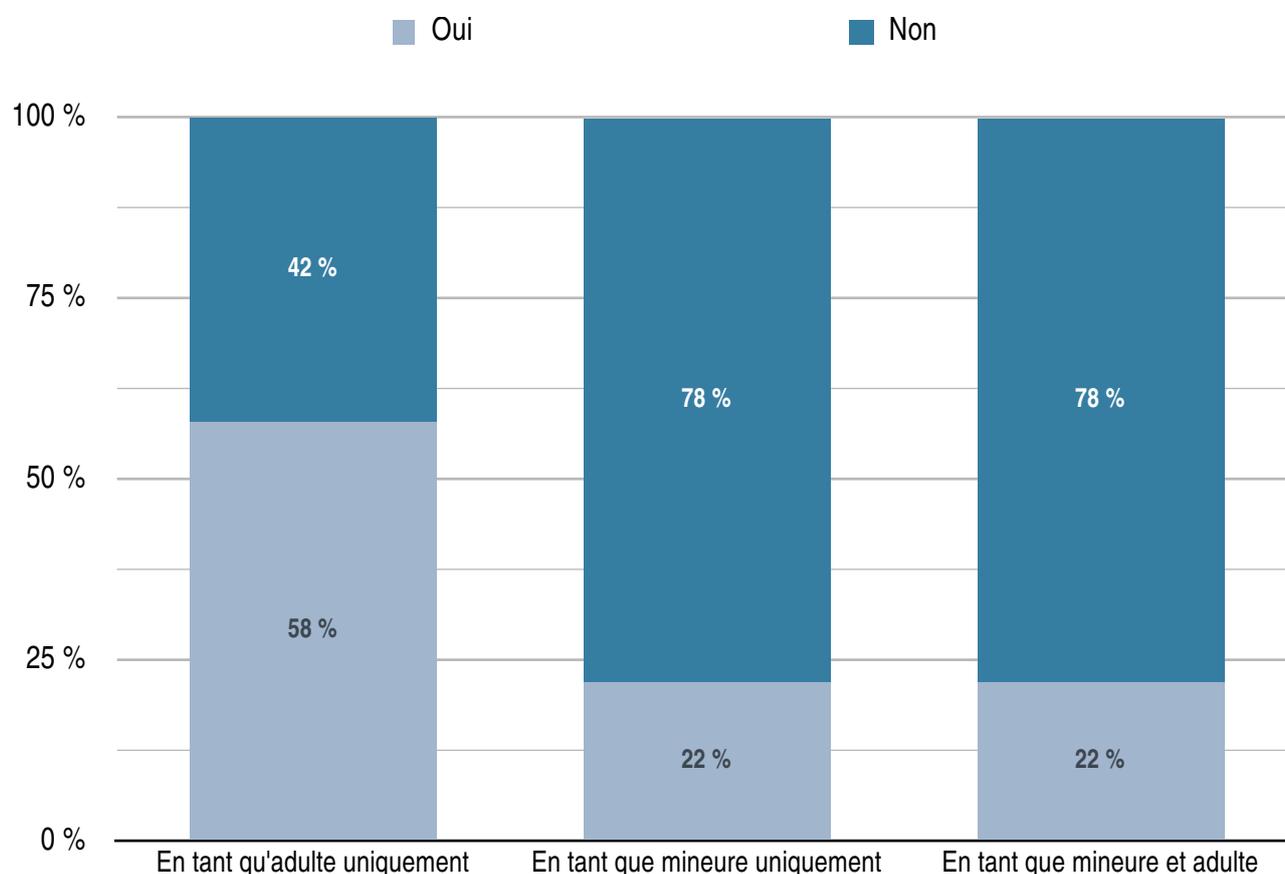


Champ : répondantes victimes d'au moins un viol ayant entraîné une grossesse et renseigné la période des violences (61 répondantes). En pourcentages.

Ces grossesses consécutives à des viols concernaient des mineures dans au moins 21% des cas ¹⁹⁸, ces victimes mineures étaient âgées de 9 à 17 ans au moment de la grossesse avec une moyenne d'âge de 15 ans. Seule l'une d'entre elles, âgée de 15 ans au moment des faits, a mené la grossesse à terme.

Dans plus de deux tiers (68%) des cas, les victimes n'ont pas pu parler du viol lorsqu'elles ont effectué une demande de contraception d'urgence ou d'IVG, et parmi celles qui étaient mineures, 78% n'ont pas pu en parler.

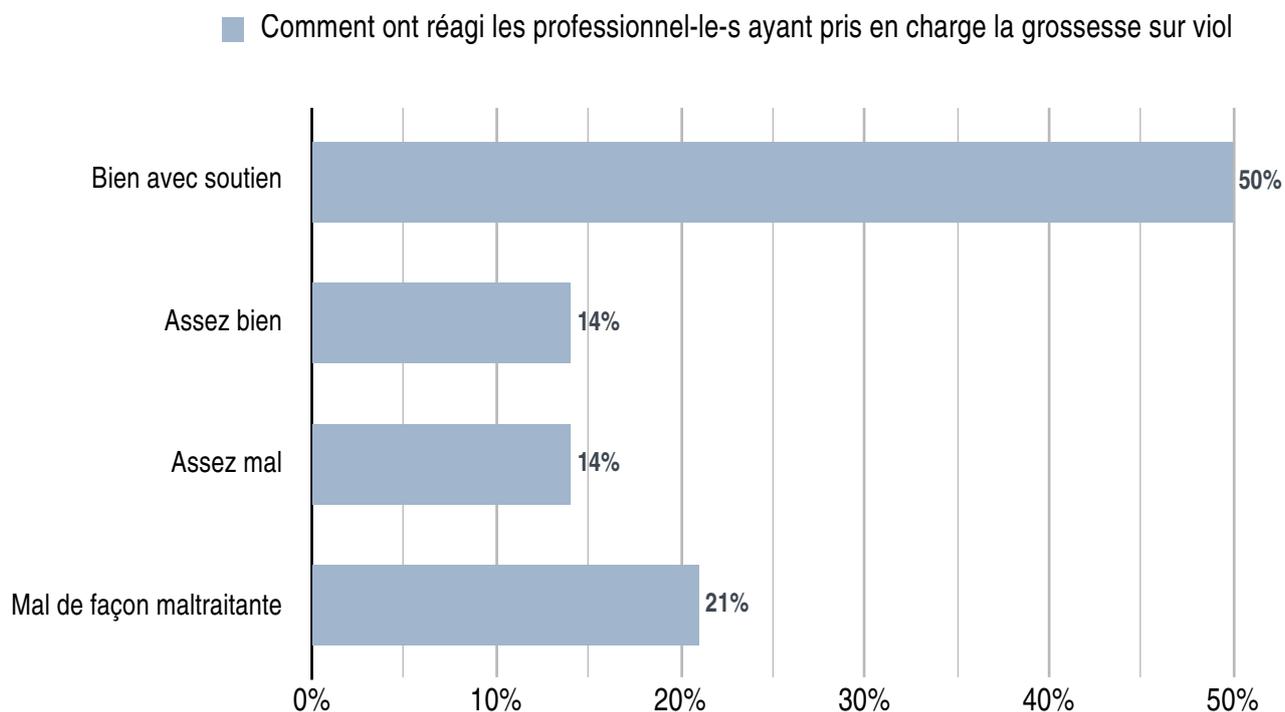
Figure E.4 - En cas de prise en charge médicale avez-vous pu parler du viol à l'origine de la grossesse ?



Champ : répondantes prises en charge médicalement pour leur grossesse sur viol et ayant renseigné la période des violences (44 répondantes). En pourcentages.

¹⁹⁸ Nous avons uniquement retenu les grossesses consécutives à des viols déclarées par les répondantes ayant exclusivement subi les violences sexuelles en tant que mineures. Cependant il est tout à fait possible que l'on puisse retrouver des grossesses survenues avant l'âge de 18 ans chez les 48% de répondantes victimes de violences en tant que mineures et en tant qu'adultes ayant rapporté des grossesses consécutives à des viols. La proportion retenue de 21% est donc probablement sous-estimée.

Figure E.5 - En cas de prise en charge médicale, si vous avez pu parler du viol à l'origine de la grossesse, comment ont réagi les professionnel-le-s ?



Champ : répondantes prises en charge médicalement pour leur grossesse et ayant pu parler du viol à l'origine de cette grossesse, hors non renseigné (14 répondantes).

Si 50% des répondantes qui ont pu parler du viol à l'origine de leur grossesse déclarent que les professionnel-le-s ont plutôt bien réagi, il reste que pour 21% d'entre elles la prise en charge a été vécue comme maltraitante.

Les violences sexuelles sont responsables de nombreuses pathologies

Les autres conséquences auxquelles l'on pense le plus volontiers sont les risques de contamination par des maladies sexuellement transmissibles, et plus particulièrement par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) responsable du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise). Mais les violences sexuelles peuvent occasionner de nombreuses autres pathologies, principalement causées par des perturbations endocriniennes dues aux niveaux élevés de stress des victimes, par des phénomènes de somatisation, par des conduites dissociantes et à risques adoptées par les victimes pour

s'anesthésier émotionnellement, et également par des atteintes neurologiques consécutives au psychotraumatisme ¹⁹⁹.

Suite aux violences, 58% des répondant-e-s déclarent avoir souffert de douleurs chroniques et 45% d'autres troubles somatiques. Parmi les pathologies recensées dans les réponses à la question « *Depuis les violences quelles autres maladies avez-vous eues ?* » , certaines reviennent fréquemment, notamment les troubles alimentaires (anorexie et boulimie), la fatigue chronique, les infections urinaires à répétition, les migraines, les dysfonctionnements thyroïdiens, les cancers, les pathologies de l'appareil reproducteur féminin (fibromes utérins, endométriose, kystes ovariens), la colopathie fonctionnelle, les maladies auto-immunes (sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique...), la fibromyalgie, les affections dermatologiques (psoriasis, eczéma...) et les papillomavirus.

De nombreuses études scientifiques internationales ont mis en évidence l'existence de liens entre certaines de ces pathologies et le fait de souffrir d'un état de stress post-traumatique ou d'avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance : c'est notamment le cas pour les troubles alimentaires ²⁰⁰, la fibromyalgie et la fatigue chronique ²⁰¹, les

¹⁹⁹ McFARLANE, Alexander C., « [The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences](#) » in *World Psychiatry*, Février 2010, Vol. 9, Issue 1, p. 3-10.

²⁰⁰ L'incidence des violences sexuelles chez les personnes présentant des troubles alimentaires apparaît comme significative dans de nombreuses études, on retrouve un passif de violences sexuelles chez 30 à 60% des femmes atteintes de troubles alimentaires [Connors & Morse, 1993 ; Zerbe, 1992].

Une étude nord-américaine conduite à la fin des années 1980 signale que 50% des patient-e-s anorexiques ou boulimiques interrogé-e-s ont rapporté avoir subi des violences sexuelles.

Source : TICE, Linda, HALL, Richard C., BERESFORD, Thomas P., KLASSEN HALL, Anne, *et al.*, « [Sexual abuse in patients with eating disorders](#) » in *Psychiatric Medicine*, 1989, Vol. 7, Issue 4, p. 257-267.

²⁰¹ Selon McFarlane, le rôle central de l'allumage de l'amygdale dans le syndrome de stress post-traumatique serait lié au phénomène d'amplification de la voie douloureuse (fibre C). Des études suggèrent que ce processus serait à l'origine de la fibromyalgie et de la fatigue chronique.

Sources :

McFARLANE, Alexander C., « [The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences](#) » in *World Psychiatry*, Février 2010, Vol. 9, Issue 1, p. 3-10.

MEEUS, Mira, NIJS, Jo, « [Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome](#) » in *Clinical Rheumatology*, Avril 2007, Vol. 26, Issue 4, p. 465-473.

dysfonctionnements thyroïdiens ²⁰², les cancers ²⁰³, la colopathie fonctionnelle ²⁰⁴, les fibromes utérins ²⁰⁵ et dans une moindre mesure pour la sclérose en plaques ²⁰⁶.

L'état de stress post-traumatique est connu pour être l'un des troubles entraînant le plus de troubles somatiques, en particulier des douleurs chroniques sans explication médicale apparente ²⁰⁷, et malgré nombre d'études — en particulier nord-américaines — à ce sujet, l'impact des violences sexuelles sur la santé physique est encore peu étudié en France. Il serait nécessaire que le corps médical s'y intéresse de plus près et pratique un dépistage systématique des violences sexuelles, et également des autres formes de violences, à toutes les étapes du parcours de soin.

²⁰² Une étude canadienne a démontré une augmentation significative de 40% du risque de présenter des dysfonctionnements thyroïdiens chez les femmes victimes de violences sexuelles dans l'enfance.
Source : FULLER-THOMSONA, Esme, KAOA, Farrah, BRENNENSTUHLB, Sarah, YANCURA, Loriena, « [Exploring Gender Differences in the Association Between Childhood Physical Abuse and Thyroid Disorders](#) » in *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, Juillet 2013, Vol. 22, Issue 6, p. 590-610.

²⁰³ Une étude conduite aux États-Unis a conclu à une augmentation significative du risque de développer un cancer à l'âge adulte chez les victimes de violences sexuelles dans l'enfance.
Source : BROWN, Monique J., THACKER, Leroy R., COHEN, Steven A., « [Association between Adverse Childhood Experiences and Diagnosis of Cancer](#) » in *Public Library of Science*, 11 juin 2013, Vol.8, Issue 6.

²⁰⁴ Des études nord-américaines suggèrent que le fait d'avoir subi des violences sexuelles pourrait être un important facteur de risque de développer des troubles gastro-intestinaux.

Sources :

WALKER Edward A., KATON Wayne J., ROY-BYRNE Peter P., JEMELKA, Ron P., RUSSO Joan, « [Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease](#) » in *The American Journal of Psychiatry*, 1993, Vol. 150, Issue 10, p. 1502-1506.

DROSSLAN, Douglas A., LESERMAN, Jane, NACHMAN, Ginette, LI, Zhiming, GLUCK, Honi, TOOMEY, Timothy C., MITCHELL, C. Madeline, « [Sexual and Physical Abuse in Women with Functional or Organic Gastrointestinal Disorders](#) » in *Annals of Internal Medicine*, 1990, Vol. 113, Issue 11, p. 828-833.

²⁰⁵ Une étude utilisant les données de l'étude prospective nord-américaine « Black Women's Health Study » a établi un lien entre le fait d'avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance et un risque accru de présenter des léiomyomes utérins.

Source : WISE, Lauren A., PALMER, Julie R., ROSENBERG, Lynn, « [Lifetime Abuse Victimization and Risk of Uterine Leiomyomata in Black Women](#) » in *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Avril 2013, Vol. 208, Issue 4, p. 272.

²⁰⁶ Les résultats d'une étude allemande évoquent l'existence d'un lien entre le fait d'avoir subi des violences dans l'enfance et la sclérose en plaques. Cependant, les résultats d'une étude prospective nord-américaine antérieure à celle-ci suggèrent le contraire et réfutent l'existence d'un lien entre les violences sexuelles dans l'enfance et le risque de développer une sclérose en plaques [Riise et coll. 2011]. Nous avons toutefois répertorié 5 cas déclarés de sclérose en plaques parmi les 1214 répondant-e-s à l'enquête, ce qui, rapporté à la prévalence de cette maladie en France (environ 94,7 pour 100 000 et 130,5 pour 100 000 chez les femmes qui sont beaucoup plus touchées par cette pathologie), nous a paru particulièrement élevé.

Source : SPITZER, Carsten, BOUCHAIN, Miriam, WINKLER, Liza Y., WINGENFELD, Katja, GOLD, Stefan M., GRABE Hans J., BARNOW, Sven, OTTE, Christian, HEESSEN, Christoph., « [Childhood trauma in multiple sclerosis: a case-control study](#) » in *Psychosomatic Medicine*, Avril 2012, Vol. 74, Issue 3, p. 312-318.

²⁰⁷ McFARLANE, Alexander C., « [The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences](#) » in *World Psychiatry*, Février 2010, Vol. 9, Issue 1, p. 3-10.

Un seuil anormalement élevé de résistance à la douleur qui peut avoir de lourdes conséquences

Un autre versant de cet impact des violences sexuelles sur la santé physique est la difficulté de certaines victimes à évaluer la douleur en raison d'une forme d'anesthésie traumatique ; plus d'un tiers (36%) des répondant-e-s évoquent un seuil de résistance accru à la douleur, les conduisant parfois à laisser évoluer certaines pathologies pendant un long laps de temps avant de consulter un médecin.

« Je suis actuellement très résistante à la douleur et je ne sais pas du tout l'évaluer. »

« Pendant 20 ans j'ai eu une gingivite chronique qui a viré en parodontite avec un énorme kyste qui a failli me coûter une dent, eh bien du début à la fin, je n'ai rien senti... »

« J'ai fait une embolie pulmonaire bilatérale en 2006 en supportant la douleur pendant une semaine avant d'aller aux urgences. »

« J'ai pu marcher avec une fracture du fémur pendant 3 semaines. »

« Je ne ressens pas les douleurs physiques ce qui m'empêche d'entendre les alertes de santé (péritonite etc.) et a pour conséquence que les médecins banalisent toujours mes symptômes. »

Tableau E.7 - Anesthésie physique

	Effectifs	Pourcentages
Oui	434	36 %
Non	327	27 %
Non renseigné	453	37 %
Total général	1214	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondantes).

Comme nous l'avons vu précédemment, les victimes de violences sexuelles présentent fréquemment des troubles alimentaires dans le cadre de conduites dissociantes. Ainsi, plus d'un tiers (36%) des répondant-e-s déclarent avoir souffert de troubles alimentaires anorexiques et 29% de troubles alimentaires boulimiques.

Près de la moitié (48%) des répondant-e-s rapportent également des conduites addictives (alcool, tabac, drogues, jeux...) et plus d'un tiers mentionnent des compulsions sexuelles et des conduites sexuelles à risques (35%) ainsi que des conduites auto-agressives (34%), avec toutes les conséquences sur la santé que cela implique à court et à long termes.

Les conduites à risques et mises en danger peuvent avoir des conséquences dramatiques, et 13% des répondant-e-s rapportent avoir subi au moins un accident grave suite aux violences.

La nécessité de dépister les violences pour une meilleure prise en charge médicale

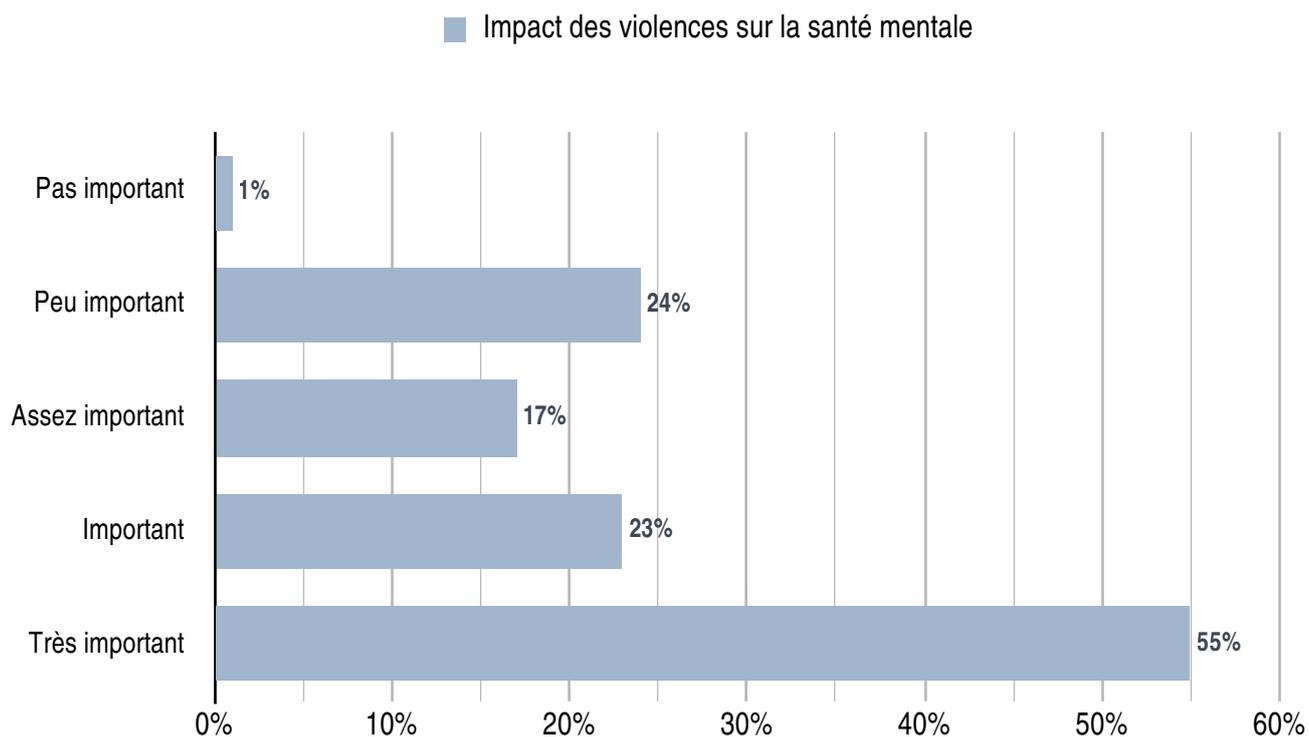
Tous les domaines de la médecine sont donc concernés, et ces données montrent bien à quel point il est important que le personnel médical soit formé à poser systématiquement la question des violences, cela permettrait non seulement d'améliorer la prise en charge, mais aussi de mettre fin à des situations de violences par le biais d'un signalement lorsque la victime est mineure ou vulnérable.

3. Impact des violences sur la santé mentale

Un impact conséquent pour 95% des répondant-e-s

Les conséquences des violences sexuelles sur la santé mentale des victimes apparaissent comme extrêmement lourdes : 95% des répondant-e-s considèrent que l'impact sur leur santé mentale est plutôt important ²⁰⁸. Il est déclaré très important par plus de la moitié (55%) des victimes et n'a pas été important pour seulement 1% d'entre elles.

Figure E.6 - Impact des violences sur la santé mentale

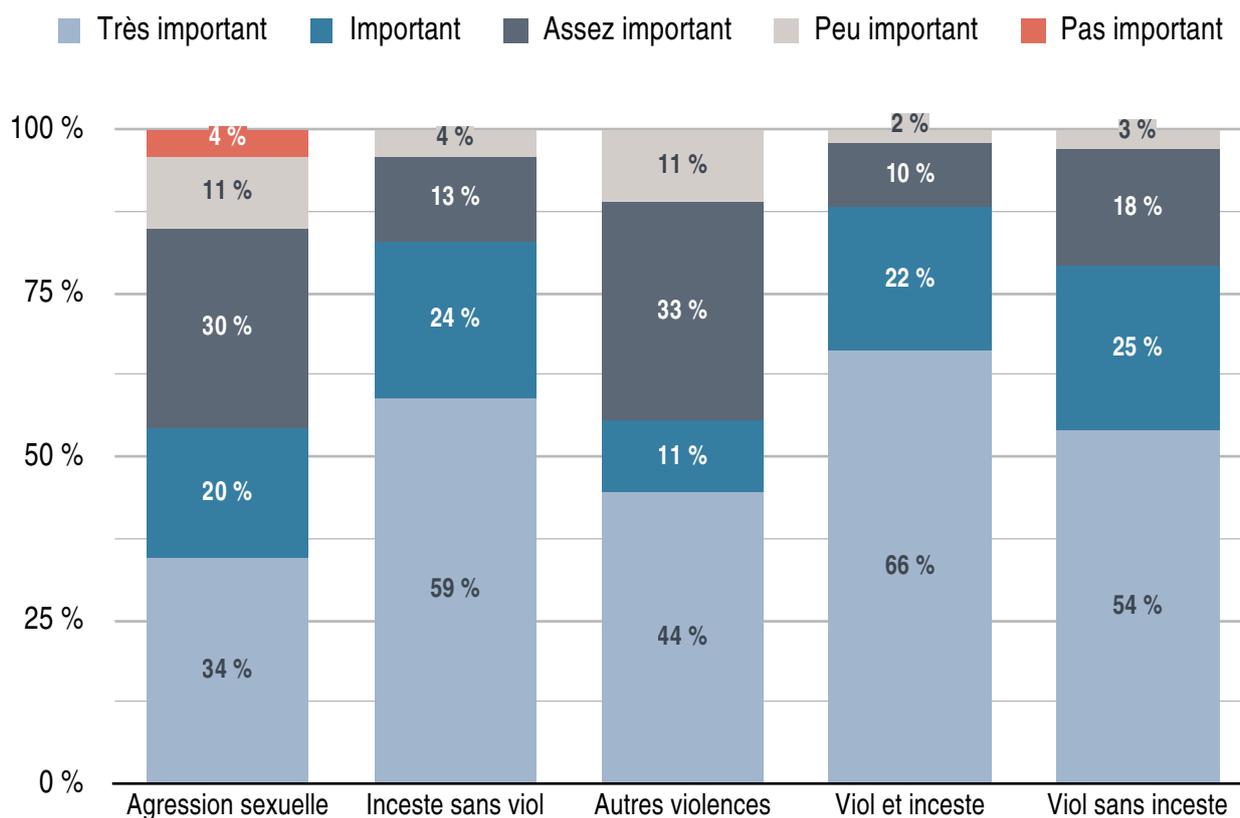


Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1089 répondant-e-s).
En pourcentages.

²⁰⁸ Somme de « très important », « important » et « assez important ».

Sans grande surprise, l'impact est déclaré plus important par les victimes de viol ou d'inceste : deux tiers des répondant-e-s ayant subi des viols en situation d'inceste estiment qu'il a été très important.

Figure E.7 - Impact sur la santé mentale selon le type de violence subie



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1151 répondant-e-s). En pourcentages.

De même, plus les violences ont eu lieu tôt et plus l'impact a été important : 66% des victimes ayant vécu les premières violences avant l'âge de 6 ans considèrent que l'impact sur leur santé mentale a été très important.

Par ailleurs, cet impact est plus souvent évalué comme très important par les hommes que par les femmes, 64% d'entre eux contre 54% d'entre elles. Cette différence peut s'expliquer non seulement par le poids supplémentaire des préjugés — qui d'un côté mettent en cause la « virilité » des hommes victimes de violences sexuelles et de l'autre

minimisent davantage encore cette violence — mais également par l'invisibilité actuelle des violences sexuelles faites aux hommes et du faible nombre de structures et d'associations qui s'emparent du sujet. Il est donc fort probable qu'une majorité d'hommes victimes se murent dans le silence, plus encore que les femmes, restant ainsi seuls avec leur mal-être.

Tableau E.8 - Impact des violences sexuelles sur la santé mentale selon l'âge des premières violences

Tranche d'âge des premières violences subies	Pas important	Peu important	Assez important	Important	Très important	Total général
1 [De 0 à 5 ans]	1 %	2 %	12 %	19 %	66 %	100 %
2 [De 6 à 10 ans]	0 %	4 %	16 %	25 %	55 %	100 %
3 [De 11 à 14 ans]	2 %	3 %	21 %	23 %	52 %	100 %
4 [De 15 à 17 ans]	0 %	6 %	19 %	30 %	45 %	100 %
5 [De 18 à 26 ans]	0 %	7 %	27 %	21 %	46 %	100 %
6 [Plus de 26 ans]	0 %	10 %	7 %	24 %	59 %	100 %
Total général	1 %	4 %	17 %	23 %	54 %	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1089 répondant-e-s). En pourcentages.

Tableau E.9 - Impact des violences sur la santé mentale selon le sexe

	Hommes	Femmes
Très important	64 %	54 %
Important	28 %	23 %
Assez important	5 %	18 %
Peu important	2 %	4 %
Pas important	2 %	1 %
Total général	100 %	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1151 répondant-e-s). En pourcentages.

De multiples symptômes handicapants

La majorité des répondant-e-s présentent donc une cohorte de symptômes qui, associés les uns aux autres, créent une situation de détresse psychique insoutenable, et ils-elles sont 58% à évaluer leur souffrance mentale actuelle due aux violences comme importante ²⁰⁹ et 64% à l'avoir estimée comme maximale ²¹⁰ au moment où elle a été la plus importante.

Les symptômes associés aux violences sont multiples, et les plus cités sont : une perte d'estime de soi pour 83% des victimes, des troubles anxieux pour 82% d'entre elles, des troubles du sommeil pour 72% d'entre elles, l'impression d'être différent-e des autres pour 71% d'entre elles et le stress et l'irritabilité pour 66% d'entre elles.

²⁰⁹ Voir tableau C.14, p.132. Note comprise entre 6 et 10 sur une échelle de 1 à 10, 10 indiquant une souffrance maximale.

²¹⁰ Voir tableau C.15, p. 133. Note de 10 sur une échelle de 1 à 10, 10 indiquant une souffrance maximale.

Tableau E.10 - Symptômes depuis les violences sexuelles (non exclusif)

	Pourcentages
Perte d'estime de soi	83 %
Troubles anxieux	82 %
Troubles du sommeil	72 %
Impression d'être différent-e des autres	71 %
Stress et irritabilité	66 %
Troubles phobiques	60 %
Flash-backs, réminiscences, images intrusives des violences	60 %
Perte d'espoir	60 %
Hyper-vigilance et contrôle de l'environnement	58 %
Douleurs chroniques	58 %
Ruminations importantes	57 %
Troubles de l'humeur (dépression, épisodes maniaco-dépressifs)	57 %
Fatigue chronique	54 %
Symptômes dissociatifs	54 %
Troubles sexuels (phobies, frigidité, vaginisme)	53 %
Troubles addictifs (alcool, tabac, drogue, jeu...)	48 %
Troubles somatiques (dermatologiques, gastro-entérologues, urinaires, gynécologiques, cardio-vasculaires, respiratoires, acouphènes, etc.)	45 %
Sentiment de danger permanent	43 %
Amnésie-s	40 %
Troubles alimentaires anorexiques	36 %
Troubles sexuels avec compulsions sexuelles, conduites sexuelles à risques	35 %
Conduites auto-agressives (auto-mutilations, scarifications...)	34 %
Conduites à risques, mises en danger	33 %
Sensations de mort imminente	32 %
Troubles alimentaires boulimiques	29 %
Hallucinations auditives, olfactives, visuelles, sensitives	16 %
Épisode-s qualifié-s de délirant-s	10 %

Champ : ensemble de répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages. Non exclusif.

Parmi les autres troubles cités, certains sont particulièrement handicapants comme les troubles phobiques et les symptômes intrusifs (flash-backs, réminiscences et images intrusives) qui concernent 60% des répondant-e-s, ainsi que des troubles de l'humeur (dépression, épisodes maniaco-dépressifs), une fatigue chronique, des symptômes dissociatifs (sentiment d'étrangeté, de dépersonnalisation, d'absence, de déconnection), une hyper-vigilance et des troubles sexuels (phobies, frigidité, vaginisme...) qui sont rapportés par plus de la moitié des répondant-e-s.

Une comorbidité des symptômes

Dans le *DSM-IV*, l'état de stress post-traumatique est considéré comme un trouble anxieux. Cependant, en particulier dans le cas des traumatismes complexes, la peur associée à l'événement traumatique tend à déborder du cadre et à s'étendre à d'autres situations entraînant alors d'autres troubles anxieux et phobiques. Toute une cohorte de troubles anxieux sont donc associés.

Cette comorbidité ne se limite pas aux troubles anxieux et on constate également une association avec des troubles dépressifs, qui sont retrouvés dans 30 à 90% des cas selon les études ²¹¹. Un état de stress post-traumatique serait par ailleurs un facteur de risque de développer un épisode dépressif majeur ultérieur ²¹². Et plus les sentiments de honte et de culpabilité sont conséquents, comme c'est généralement le cas pour les traumatismes dus aux violences sexuelles, plus le risque que des troubles dépressifs soient associés sera important ²¹³.

²¹¹ SÉGUIN-SABOURAUD, Aurore, DE FOUCAULT, Valérie, « Comorbidité » in KÉDIA, Marianne, SÉGUIN-SABOURAUD, Aurore *et al.*, *L'Aide-mémoire. Psycho-traumatologie*, Paris, Dunod, 2008, p. 141-146, p.142.

²¹² BRESLAU, Naomi, DAVIS, Glenn C., PETERSON, Edward L., SCHULTZ, Lonni R., « [A Second Look at Comorbidity in Victims of Trauma: The Posttraumatic Stress Disorder–Major Depression Connection](#) » in *Biological Psychiatry*, Novembre 2000, Vol. 48, Issue 9, p. 902-909.

²¹³ SÉGUIN-SABOURAUD, Aurore, DE FOUCAULT, Valérie, « Comorbidité » in KÉDIA, Marianne, SÉGUIN-SABOURAUD, Aurore *et al.*, *L'Aide-mémoire. Psycho-traumatologie*, Paris, Dunod, 2008, p. 141-146, p.144.

La mémoire traumatique, une bombe à retardement

Quant aux symptômes intrusifs, ils sont typiques de l'état de stress post-traumatique et sont dus à la réactivation de la mémoire traumatique ²¹⁴, qui peut se produire n'importe quand à partir du moment ou des stimuli — un son, une odeur, un lieu, une situation, une heure de la journée — rappellent l'événement traumatique.

Or, 10% des répondant-e-s rapportent avoir souffert de « bouffées délirantes » et 16% d'hallucinations (auditives, olfactives, visuelles, sensitives). Ces symptômes, qui sont fortement liés à la réactivation de la mémoire traumatique et aux messages paradoxaux que reçoivent de ce fait le cortex et l'hippocampe, peuvent malheureusement conduire les victimes à une hospitalisation en psychiatrie et/ou à être diagnostiquées comme souffrant de troubles psychotiques, avec toutes les conséquences que cela implique. Elles se retrouvent dès lors sous traitement neuroleptique à hautes doses, encore plus vulnérables, sans que leurs troubles psychotraumatiques ne soient jamais pris en charge de façon adéquate.

Des conduites à risque pour se dissocier

À ces symptômes s'ajoutent les conduites d'hyper-vigilance et d'évitement qui sont mises en place par les sujets souffrant d'un état de stress post-traumatique afin d'éviter une réactivation de la mémoire traumatique. Réactivation qui engendre un état d'angoisse extrême avec sensation de mort imminente, et une souffrance psychique intolérable chez le sujet, qui cherchera alors à se déconnecter par tous les moyens possibles ²¹⁵.

²¹⁴ SALMONA, Muriel, « Mémoire traumatique » in KÉDIA, Marianne, SÉGUIN-SABOURAUD, Aurore *et al.*, *L'Aide-mémoire. Psycho-traumatologie*, Paris, Dunod, 2008, p. 153-160, p.14.

²¹⁵ *Id.*, *Ibid.*

Le recours au suicide apparaît parfois aux victimes comme étant la seule solution pour mettre fin à l'enfer qu'elles vivent, et 44% des répondant-e-s rapportent avoir régulièrement des idées suicidaires ²¹⁶ tandis que 42% ont déjà tenté de se suicider ²¹⁷.

Mais cette recherche d'une déconnexion entraîne le plus souvent de nombreuses conduites dissociantes avec une forte consommation d'alcool ou de drogue, des troubles alimentaires, des mises en danger, des auto-mutilations, etc. Conduites qui vont permettre au sujet de s'anesthésier émotionnellement en générant un état de dissociation proche de celui qu'il avait expérimenté lors de la déconnexion spontanée consécutive au traumatisme.

L'anesthésie émotionnelle

Cette anesthésie émotionnelle est rapportée par plus de deux tiers (68%) des répondant-e-s qui la décrivent ainsi :

« Oui cela m'arrive toujours, je sais faire semblant de réagir normalement, mais c'est vraiment un vide émotionnel, une sorte de calme plat. Même si c'est assez flippant en même temps c'est reposant. »

« J'ai l'impression d'être un robot parfois. »

« Oui, surtout l'année après où je fumais beaucoup donc j'étais plus ou moins "déconnectée" de la vie mais ensuite je ne ressentais surtout aucun attachement à rien, aucune stabilité. »

« Complètement. Pour supporter l'insupportable, il le fallait bien. Je n'étais plus là. Je me regardais. C'était moi que je voyais mais moi j'étais à l'extérieur. »

« Oui, des dissociations traumatiques qui m'ont donné plusieurs personnalités...

²¹⁶ Voir figure C.3, p. 115.

²¹⁷ Voir tableau C.1, p. 111.

J'ai eu très peur de devenir complètement folle. »

« Oui, pendant et après des violences ou après m'être imposé des rapports sexuels à risque pour me faire "disjoncter". Je suis facilement anesthésiée dès qu'on me fait des propositions sexuelles soudaines et inattendues, ce qui me rend confuse et incapable de réagir (mon "ami" abusif s'en servait, consciemment ou non). »

Comme on peut le relever dans le dernier témoignage, cet état d'anesthésie émotionnelle est un facteur de risque de revictimisation : les conduites de mise en danger, ainsi que l'état de dissociation qui rend les victimes particulièrement vulnérables, créent un cocktail délétère et engendrent souvent de nouvelles violences ; de nouveaux traumatismes viennent ainsi se surajouter à l'existant, entraînant un cycle sans fin de violences.

Tableau E.11 - Période d'anesthésie émotionnelle

	Effectifs	Pourcentages
Oui	830	68 %
Non	114	9 %
Non renseigné	270	22 %
Total général	1214	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondantes).

Les victimes doivent bénéficier d'une prise en charge médicale adaptée

Les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles ont donc un impact très lourd sur la santé psychique et physique des victimes et peuvent durer des années, si ce n'est toute la vie, quand elles ne sont pas dépistées et prises en charge. Selon la *lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes*, seules 30% des victimes de

viol et de tentatives de viol ont pu bénéficier d'une prise en charge psychothérapique ²¹⁸, la majorité de ces victimes sont donc livrées à elle-mêmes, souffrant en silence des conséquences de leur traumatisme et développant de nombreuses pathologies psychiques et somatiques sans forcément faire le lien avec les violences subies.

²¹⁸ Observatoire national des violences faites aux femmes, *La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes*, « Les violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données », n°4, Novembre 2014, p. 5.

Source des chiffres : INSEE-ONDRP, enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2010 à 2013. Femmes âgés de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine victimes de viol ou de tentatives de viol et ayant consulté un psychiatre ou un psychologue suite à ces violences.

F. LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

1. Les soins d'urgence

Plus la prise en charge médicale est précoce et moins les victimes de violences sexuelles seront susceptibles de développer un état de stress post-traumatique par la suite. La prise en charge d'urgence est par ailleurs essentielle pour la santé des victimes puisqu'elle permet de dépister d'éventuelles contaminations par des maladies sexuellement transmissibles et de prescrire les traitements prophylactiques adéquats, de prescrire une contraception d'urgence pour les femmes victimes, et de dispenser des soins somatiques. Enfin, l'examen médico-légal est une étape essentielle de la constitution de preuves lorsque la victime a choisi de porter plainte.

La prise en charge en urgence est loin d'avoir été systématique

Seules 22% des victimes déclarent avoir pu bénéficier de soins immédiats médicaux ou psychologiques après les violences. Parmi ces 272 répondant-e-s qui ont reçu une prise en charge d'urgence, plus de la moitié (54%), sont des victimes de viol hors situation d'inceste.

Une victime sur 8 rapporte avoir été prise en charge dans un service d'urgence hospitalier et une sur 9 dans le cadre d'une plainte par un service d'UMJ (Unité Médico-Judiciaire) ou un autre service hospitalier. 29,5% des répondant-e-s déclarent avoir été pris-es en charge par des médecins : psychiatres, médecins généralistes et médecins spécialistes.

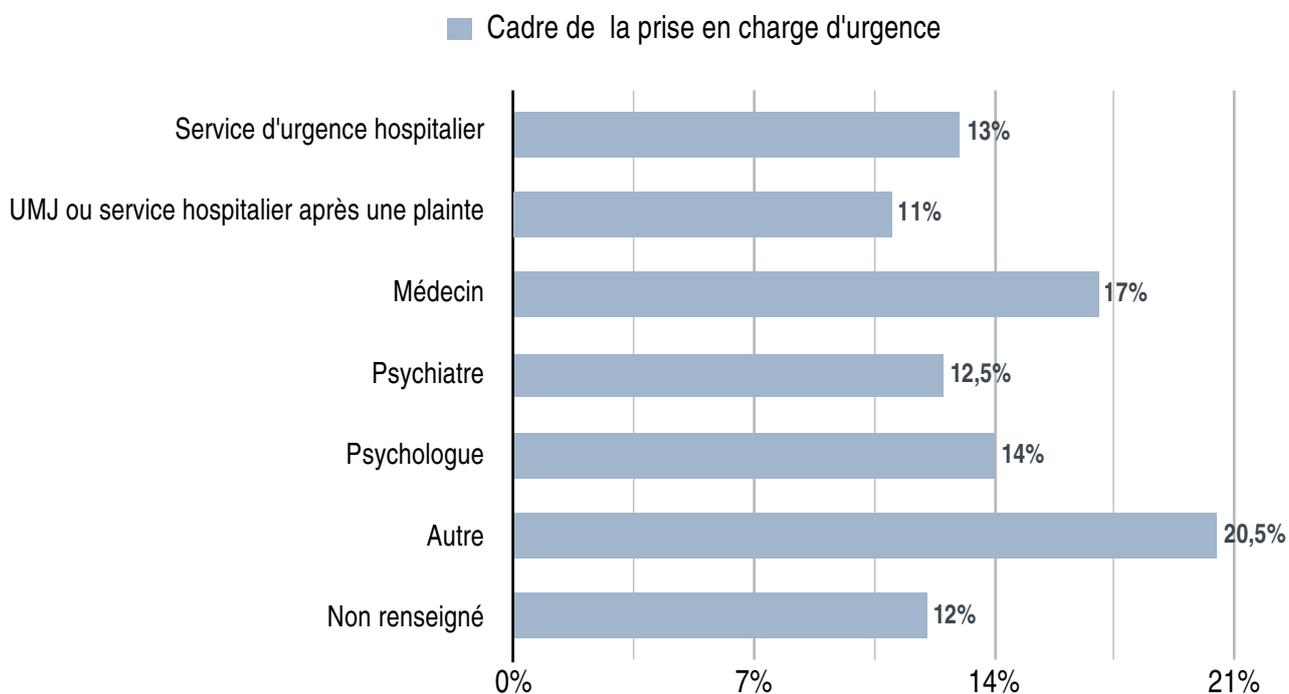
Sur les 148 victimes de viol hors situation d'inceste ayant bénéficié de soins d'urgence, près d'un tiers (32%) ont été prises en charge dans un service hospitalier ou d'UMJ et 14% ont vu un médecin.

Tableau F.1 - Prise en charge médicale ou psychologique d'urgence immédiatement après les violences

	Effectifs	Pourcentages
Oui	272	22 %
Non	665	55 %
Non renseigné	277	23 %
Total général	1214	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s).

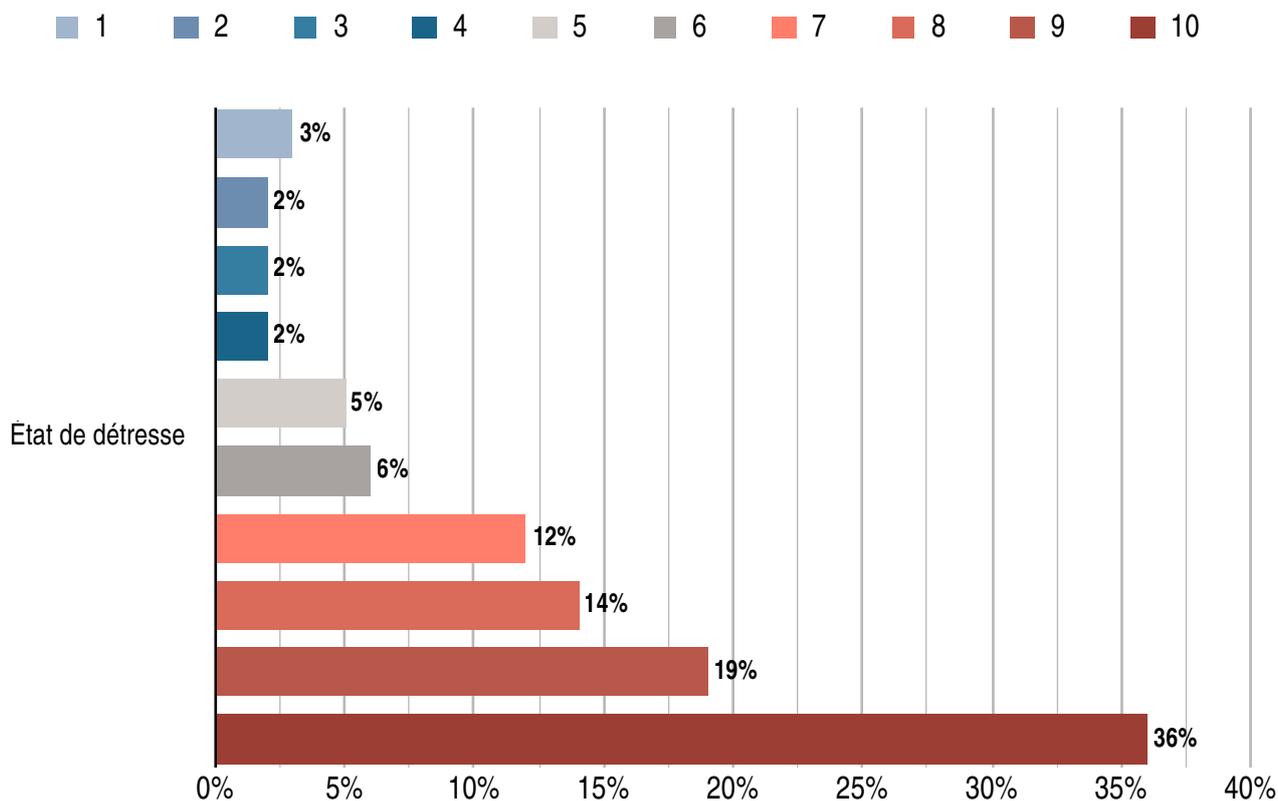
Figure F.1 - Cadre de la prise en charge d'urgence



Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'une prise en charge d'urgence (272 répondant-e-s).
En pourcentages.

55% des répondant-e-s estiment qu'au moment de la prise en charge leur état de douleur et de détresse morale était insoutenable ²¹⁹.

Figure F.2 - Échelle : état de détresse et de douleur morale au moment de la prise en charge d'urgence



Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'une prise en charge en urgence (272 répondant-e-s).

En pourcentages.

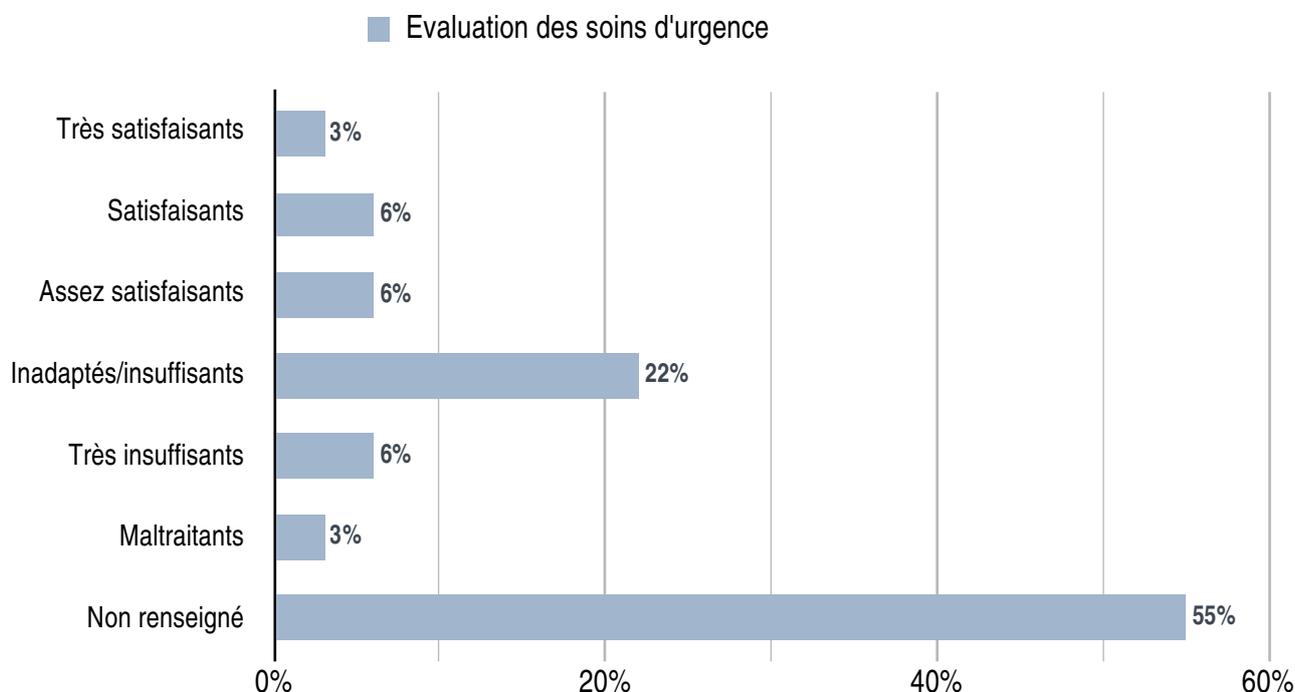
Lecture : évaluation sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le niveau le plus faible et 10 représentant une douleur morale intolérable et/ou proche du suicide.

²¹⁹ Notes de 9 ou 10 sur l'échelle notée de 1 à 10, 10 représentant une douleur morale intolérable et/ou proche du suicide.

Des soins trop rarement satisfaisants

Plus de la moitié (55%) des victimes ayant bénéficié d'une prise en charge d'urgence ne se prononcent pas sur la qualité des soins. Ce nombre important de non-réponses peut éventuellement s'expliquer par un état de choc des victimes ayant entraîné une amnésie partielle. Près d'un tiers (31%) des répondant-e-s soulignent que ces soins leur ont paru insuffisants ²²⁰, voire maltraitants, tandis que 15% d'entre elles ou eux les ont trouvés plutôt satisfaisants ²²¹. 3% des victimes interrogées ont jugé ces soins maltraitants.

Figure F.3 - Évaluation des soins d'urgence



*Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'une prise en charge d'urgence (272 répondant-e-s).
En pourcentages.*

Seul-e-s 18% des répondant-e-s ayant eu une prise en charge d'urgence rapportent avoir bénéficié d'un examen et de soins physiques, 3% d'un traitement contre la douleur et 6% de soins de l'état de choc psychotraumatique. Quant à la prévention du VIH et des autres MST (maladies sexuellement transmissibles), elle n'est intervenue que dans respectivement 14 et 12% des cas.

²²⁰ Somme de « inadaptés / insuffisants », « très insuffisants » et « maltraitants »

²²¹ Somme de « assez satisfaisants », « satisfaisants » et « très satisfaisants »

Par ailleurs, les praticien-ne-s n'ont recherché les idées suicidaires que dans 5% des cas, et seules 3% des victimes déclarent avoir été interrogées sur le danger qu'elles pouvaient encourir.

Tableau F.2 - Examens et soins proposés dans le cadre de la prise en charge d'urgence (non exclusif)

	Oui	Oui %
Examens et soins physiques	48	18 %
Prévention VIH	38	14 %
Prévention MST	33	12 %
Contraception d'urgence	31	11 %
Certificat médical	30	11 %
Recherche de sperme et ADN	26	10 %
Arrêt de travail	21	8 %
Explication des droits et des démarches judiciaires	20	7 %
Orientation vers des associations	18	7 %
Traitement contre les angoisses et le stress	17	6 %
Prescription de médicaments	17	6 %
ITT (Incapacité totale de travail)	15	6 %
Remise de documents	15	6 %
Soins de l'état de choc psychotraumatique	15	6 %
Explication des gestes médicaux	14	5 %
Recherche d'idées suicidaires	13	5 %
Orientation vers une consultation spécialisée	10	4 %
Explications des symptômes psychotraumatiques	9	3 %
Question sur le danger encouru	8	3 %
Traitement contre la douleur	7	3 %
Explication de la surveillance à mettre en place	0	0 %

Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'une prise en charge en urgence (272 répondant-e-s).
Non exclusif.

En ce qui concerne l'aspect légal, un certificat médical n'a été remis qu'à 11% des répondant-e-s, avec mention de l'ITT (Incapacité totale de travail) dans seulement 6% des cas. La recherche d'ADN et de sperme n'a été effectuée que dans 1 cas sur 10.

L'information des patient-e-s ne semble pas avoir été considérée comme une priorité non plus, et seules 5% des victimes se sont vu expliquer les gestes médicaux qui allaient être pratiqués sur elles. Un arrêt de travail n'a été proposé que dans 8% des cas et les praticien-ne-s n'ont remis des documents informatifs et n'ont orienté vers des associations que respectivement 6% et 7% des victimes. Seul-e-s 7% des répondant-e-s rapportent avoir été informé-e-s sur leur droits. Par ailleurs, seulement 3% des répondant-e-s ont pu recevoir une explication des symptômes psychotraumatiques qu'ils ou elles pouvaient présenter et 4% déclarent avoir été orienté-e-s vers des consultations spécialisées.

71% des répondant-e-s qui rapportent avoir été pris-es en charge en urgence sont des victimes de viol. Parmi ces victimes de viol, 81% n'ont pas bénéficié d'une prévention VIH et 84% ne se sont vu proposer ni prévention des maladies sexuellement transmissibles, ni contraception d'urgence, alors qu'il s'agit de soins qui doivent impérativement être dispensés en cas de viol. Enfin, la recherche de sperme et d'ADN n'a été effectuée que pour 15% de ces victimes de viol prises en charge en urgence.

Tableau F.2 bis - Examens et soins proposés aux victimes de viol exclusivement dans le cadre de la prise en charge d'urgence (non exclusif)

Parmi les victimes de viols	Effectifs	%
Prévention VIH	37	19 %
Prévention MST	32	16 %
Contraception d'urgence	31	16 %
Recherche de sperme et ADN	30	15 %

Champ : répondant-e-s victimes de viol ayant bénéficié d'une prise en charge d'urgence (194 répondant-e-s). Non exclusif.

Il apparaît donc que la prise en charge d'urgence des victimes de violences sexuelles souffre de nombreuses insuffisances et pourrait être largement améliorée par la mise en place de protocoles spécifiques.

Un accueil parfois inadapté voire malveillant

Les professionnel-le-s de santé qui ont assuré l'accueil des victimes n'ont été considéré-e-s comme bienveillant-e-s que dans 23% des cas. Seul-e-s 19% des répondant-e-s rapportent avoir été cru-e-s, tandis que les violences et leur impact psychotraumatique n'ont été reconnus que dans respectivement 18% et 13% des cas. Certain-e-s professionnel-le-s ont eu un comportement inadapté et respectivement 9%, 7% et 6% d'entre eux ou elles ont minimisé la gravité des violences, tenu des propos inopportuns et fait mal à la victime. D'autres ont eu un comportement maltraitant, et 4% des victimes rapportent un comportement déplacé ou violent des praticien-ne-s lors de la prise en charge.

Les maltraitements infligés par les professionnel-le-s de santé lors de la prise en charge immédiate après les violences sexuelles sont pointés du doigt par nombre de répondant-e-s.

« Je ne me souviens pas de bienveillance particulière, le lieu était sordide et dès mon arrivée je souhaitais repartir au plus vite. »

« Très dur, on nous prend pour du bétail... »

« Elle [la professionnelle de santé] était particulièrement froide, mécanique et brusque. »

On retrouve ces formes de maltraitance chez tout le corps médical, aussi bien chez les urgentistes, que chez les psychiatres, les gynécologues ou les généralistes.

« Après une fracture directe du nez et des coups sur le corps le médecin d'urgence n'a pas estimé un arrêt de travail nécessaire et m'a d'ailleurs à peine adressé la parole. »

« J'ai consulté une psychiatre à mon initiative qui a minimisé les faits et les violences subies. Elle a tout fait pour que j'accepte l'enfant et que je n'accouche pas sous X. »

« Je n'ai rien compris, c'était la première fois que je voyais un gynécologue et j'ai trouvé cela traumatisant. »

« C'est avec le médecin généraliste rencontré par la suite que j'ai eu des problèmes [...] : ce médecin m'a culpabilisée et fait la morale comme à une petite fille. C'était humiliant et blessant. »

Le mauvais accueil de la victime par le personnel soignant est systématiquement relevé du fait de la nudité, de l'attente et de l'absence d'écoute.

« J'ai eu le sentiment de déranger tout le monde avec mon histoire. »

« Je suis restée nue, juste vêtue d'une culotte, toute seule pendant un très long temps (un peu moins d'une heure environ) dans ce box. J'étais gelée et terrorisée. »

« Laisée seule dans une salle, avec aucun endroit où s'asseoir, aucune proposition réconfortante type boire quelque chose [...] le personnel soignant entrant et sortant de la pièce sans me parler et me regardant de la tête aux pieds sans savoir quoi faire. »

« L'attente est insupportable. »

Tableau F.3 - Comportement du ou de la professionnel-le de santé lors de la prise en charge d'urgence (non exclusif)

	Effectifs	Pourcentages
A été bienveillant	62	23 %
Sécurisant	25	9 %
Rassurant	25	9 %
Vous a exprimé qu'il vous croyait	53	19 %
Vous a compris-e	30	11 %
A reconnu les violences	50	18 %
A reconnu la gravité des violences	38	8 %
A reconnu votre souffrance	42	14 %
A reconnu l'impact psychotraumatique des violences	36	13 %
Vous a donné des explications	26	10 %
A été froid et indifférent	45	17 %
Vous a exprimé qu'il ne vous croyait pas	10	4 %
Ne vous a pas compris-e	24	9 %
N'a pas reconnu les violences	20	7 %
A minimisé la gravité des violences	24	9 %
A minimisé ou pas reconnu votre souffrance	20	7 %
N'a pas pris en compte l'impact psychotraumatique des violences	47	17 %
Vous a fait la morale	20	7 %
Vous a fait mal	17	6 %
Vous a angoissé-e encore plus	28	10 %
A tenu des propos déplacés	19	7 %
Vous a culpabilisé-e	19	7 %
A eu des comportements déplacés	6	2 %
A été violent verbalement	4	1 %
A été violent physiquement	3	1 %
A été violent sexuellement	1	0 %

*Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'une prise en charge en urgence (272 répondant-e-s).
Non exclusif.*

Tout comme lors de la prise en charge judiciaire, cette maltraitance peut générer une souffrance importante chez des victimes en situation de vulnérabilité extrême, et être dès lors vécue comme une seconde violence :

« Les soins d'urgence sont nécessaires et capitaux, mais aussi "humiliants" = observation du corps nu, prélèvements, photos, mesure des blessures... »

« C'est un homme qui m'a fait SUBIR l'examen gynécologique »

« Le premier examen que j'ai vécu a été très traumatisant, car non seulement on a remis en question mon agression, mais en plus on m'a montré une indifférence totale, j'étais en "chemise d'examen" dans le couloir à attendre deux heures, avec l'infirmière qui passait de temps en temps me poser des questions sur ce qui s'était passé devant tout le monde, en me disant que j'avais aussi ma part de responsabilité et qu'il ne fallait pas faire porter le chapeau au garçon avec qui j'avais eu un rapport non considéré. »

« J'appelle cela une autopsie du vivant. »

Après ce premier contact, l'accompagnement est décrit comme plus administratif que médical, et les répondant-e-s déplorent la rareté des informations dispensées.

« Je n'ai vu aucun psychologue, on ne m'a ni soutenue ni orientée vers quelqu'un d'autre ou vers une association. On m'a juste renvoyée chez moi. »

« A part pour les besoins de la procédure avec le test du VIH et l'expertise psychologique [...], rien ne m'a été proposé. »

« Le médecin a rempli les papiers pour la police sans se préoccuper de m'informer de ce que j'avais comme séquelles, étant uniquement dans une démarche administrative. »

Or, les répondant-e-s sont une majorité à souligner à quel point il est difficile de demander de l'aide en urgence après avoir subi des violences sexuelles. Les victimes sont alors en état de choc ; traumatisées et souvent dissociées, elles n'ont pas toujours — comme nombre de victimes de traumatismes — des réactions réfléchies et rationnelles.

« Pas toujours facile de réagir sur le champ, car en état de choc traumatique, c'est la dernière chose à laquelle on pense, on a plutôt vite envie d'aller se doucher et se frotter, frotter comme si on était archi sale !!!! »

« Encore faut-il comprendre qu'on vient de vivre un viol pour avoir le réflexe de demander des soins d'urgence. »

« Il me semble avec le recul avoir été dans les deux cas en état de choc voire d'euphorie qui cache l'état réel. »

Cependant, lorsque l'accueil a été bienveillant, il est particulièrement bénéfique pour la victime et s'inscrit dans un processus de guérison.

« Je suis tombée sur un interne gynéco homme et des infirmières adorables, je leur suis très reconnaissante du super boulot qu'ils ont fait. »

« L'équipe des urgences m'a énormément aidée. Je les ai consultés avant tout pour un traitement préventif pour le VIH, sans parler d'une agression sexuelle. C'est eux qui m'ont poussée à avouer [sic] la vraie raison de ma visite et à raconter ce qui s'était passé. Ils ont été bienveillants et m'ont bien informée. »

« J'ai le sentiment que c'est la bienveillance des soignants qui m'a ramenée à la vie. »

La bienveillance, la reconnaissance de la gravité des violences subies, ainsi que l'information et l'orientation des victimes, sont donc des étapes à part entière des soins à prodiguer aux victimes de violences sexuelles, et les professionnel-le-s de santé ne devraient pas en faire l'économie.

2. Le cadre de la prise en charge à distance des faits

En raison de l'impact des violences sexuelles sur la santé des victimes, le corps médical et para-médical est bien souvent en première ligne, et les médecins se retrouvent alors être des interlocuteurs privilégiés. Ainsi, les personnes à qui les répondant-e-s ont parlé pour la première fois des violences sexuelles subies sont des professionnel-le-s de santé dans 18% des cas ²²².

Des professionnel-le-s de santé plutôt bienveillants

En réponse à la question « *Voulez-vous en dire plus sur leurs réactions ?* », une majorité de répondant-e-s soulignent l'attitude bienveillante dont les professionnel-le-s de santé ont fait preuve à leur égard, et l'aide qu'ils ou elles leur ont apportée.

« La psychanalyste qui m'a écouté a accueilli ma parole dans sa dimension dramatique avec un courage exemplaire. Elle m'a soutenu dans mes doutes. »

« Le psychiatre est allé à mon rythme. Pas à pas. »

« J'en ai parlé à mon médecin généraliste. Elle m'a soutenue. Je ne pouvais en parler qu'à elle. Elle m'a beaucoup écoutée, et elle m'écoute encore aujourd'hui. Elle m'a convaincue d'en parler avec ma psychiatre et ma psychologue que je vois depuis ma tentative de suicide. »

« Mon psychologue m'aide à stopper quand c'est trop dur, ou que ce n'est pas le moment. Il est affectueux, me croit et est sincère. Je l'aime bien, et j'ai confiance en lui. »

« L'infirmière de mon lycée m'a aidée à ouvrir les yeux quand ça a été terminé. Elle a mis des mots sur ce que j'avais vécu. »

²²² Voir le tableau C.9, p. 136.

« Je faisais une dépression pour surmenage alors tout est remonté. La médecin généraliste qui me soignait a pris de longues heures avec moi et un jour elle m'a dit "alors aujourd'hui vous me dites ce qui vous traumatise, le fond de l'histoire". J'ai pu parler et elle m'a envoyée chez un psychiatre qui me suit depuis. Je suis rentrée dans son bureau et d'entrée je lui ai dit que je venais parce que mon père m'avait violée. IL M'A SAUVÉE. »

Mais toutes les victimes n'ont pas eu cette chance, certaines d'entre elles rapportent avoir dû entendre des phrases blessantes et assassines :

« Mon médecin traitant (une femme, pourtant expert criminologue) m'a dit de me trouver un mec ou deux sur internet, d'aller prendre du bon temps avec eux dans un hôtel et que ça me ferait du bien, m'aiderait à aller de l'avant... »

« Un psychologue m'a dit que ce n'était pas un viol. »

« J'en ai parlé à un généraliste qui m'a dit que c'était normal qu'un garçon de 16 ans joue au docteur avec une fillette de 8 ans. »

« Il me questionnait uniquement sur mes attitudes, mon rapport à la sexualité, aux hommes plus âgés (si j'étais attirée par eux par exemple), mes rapports avec mon père... J'ai rapidement mis un terme à nos entretiens car ils me faisaient terriblement culpabiliser. »

« Ce psychiatre m'a dit "j'espère que tu m'as tout dit. Car si après j'apprends par exemple que tu lui as fait une fellation, je ne pourrais plus être de ton côté". C'était pour moi choquant de l'entendre dire ça ! »

Quelques répondant-e-s évoquent également le refus de tout dialogue de la part de certain-e-s professionnel-le-s de santé, allant même parfois jusqu'au déni pur et simple des violences.

« Les infirmières à l'époque ne parlaient pas ! »

« Dès que j'ai parlé à ma thérapeute, il n'a plus été question que de la météo pendant les séances suivantes. J'ai arrêté avec elle. »

« La psy de l'association d'aide aux victimes a minimisé mon cas et mon traumatisme à tel point que j'ai voulu tout arrêter en me disant qu'elle avait raison, que je faisais du foin pour pas grand-chose. »

« La première fois que j'en ai parlé à un thérapeute, il a minimisé »

« La première fois ma psychanalyste ne m'a pas crue. J'ai été effondrée. »

L'accès aux soins

Suite aux violences, l'accès à certains soins est cependant difficile pour 62% des répondant-e-s, qui préfèrent souvent laisser évoluer leurs pathologies plutôt que de consulter. Selon les victimes interrogées, tous les soins impliquant des manipulations et/ou la nudité, ainsi que les soins intrusifs, sont extrêmement difficiles à supporter. Ainsi, les soins gynécologiques, dentaires, et la kinésithérapie, sont considérés comme particulièrement anxiogènes par les répondant-e-s.

« je ne peux plus aller chez le gynécologue »

« Je n'ai pas de médecin généraliste. Je n'ai eu que trois consultations gynécologiques. Et la consultation chez le dentiste, rien que de l'écrire, j'en suis malade de stress. Et pourtant, je suis une professionnelle de santé... mais impossible d'envisager un vrai suivi médical. Ça demande une confiance que je ne sais pas accorder. »

« Je refuse tout examen de médecine générale, je ne vais ni chez le gynéco, ni chez le dentiste. Personne ne peut me toucher. »

« j'ai du mal avec tout ce qui est "intrusif" du dentiste ou gynécologue. »

« J'évite scrupuleusement de me rendre chez les médecins et les personnes du corps médical en règle générale (kiné, etc.). Je n'ai pas vu de dentiste depuis plus de 20 ans, et je vais chez le généraliste ou chez un spécialiste quand je ne peux vraiment pas faire autrement (jamais vu de gynéco par exemple) après avoir attendu de voir si ça passe tout seul. »

« je ne vais jamais chez le gynéco ; difficulté pour soigner les problèmes intestinaux (hémorroïdes internes la piqûre très difficile et coloscopie angoissante) »

« J'ai eu un rapport au corps très compliqué à certains moments. Il m'était impossible de me laisser manipuler physiquement, observer, examiner, et surtout lorsque cela nécessitait un contact physique important (kinésithérapie par exemple) ou que cela demandait un passage par la nudité (gynécologue) »

Par ailleurs, les répondant-e-s rapportent éprouver de grandes difficultés à se laisser soigner et examiner par des praticiens de sexe masculin, en particulier lorsque les violences sexuelles ont été commises par un homme et encore plus lorsqu'elles sont le fait d'un professionnel de santé de sexe masculin, comme c'est le cas pour certaines répondantes (3% des victimes rapportent avoir subi les violences sexuelles dans le cadre du soin lorsqu'elles étaient mineures ²²³ et 9% lorsqu'elles étaient majeures ²²⁴).

« Grande difficulté pour se faire examiner par des hommes, problèmes de contacts physiques, même par des professionnels de santé (massage chez un kiné, examen demandant une certaine nudité etc.), inhibition sur tous les troubles liées à la sphère vaginale ou urinaire. »

« Difficulté à la nudité pour les consultations. Difficulté d'avoir un médecin homme. Difficulté encore à l'heure actuelle de ne pas voir dans tout acte médical une connotation sexuelle »

Quant aux soins et examens dispensés, ils peuvent parfois devenir maltraitants du fait de l'ignorance des professionnel-le-s quant aux antécédents de violences sexuelles de leurs patient-e-s :

²²³ Voir tableau B.11, p. 104.

²²⁴ Voir tableau B.15, p. 108.

« j'ai eu une MST suite aux viols subis à 15 ans, une fois sur la table d'opération (il s'agissait d'une intervention au laser), et alors que je refusais de me faire toucher au niveau des parties génitales, une soignante m'a dit qu'il fallait que j'assume puisque j'avais bien voulu coucher (évidemment je n'avais pas parlé des viols, mais aucun entretien préalable n'avait eu lieu sur les circonstances des rapports sexuels non plus) j'ai vu une infirmière scolaire pour mal-être, très souvent au cours de cette année-là : aucune réaction, médecin traitant, idem, gynéco, idem »

Si les professionnel-le-s de santé, en particulier les spécialistes cité-e-s plus haut, étaient formé-e-s à la prise en charge des victimes de violences et posaient systématiquement la question « Avez-vous subi des violences ? » à leurs patient-e-s, cela leur permettrait de dépister les patient-e-s victimes de violences, et d'être ainsi plus attentifs-tives lors de la consultation et des examens. Dispenser des soins adaptés aux patient-e-s victimes de violences sexuelles est important et nécessite des aménagements : à savoir le recueil systématique du consentement des patient-e-s tout au long de la consultation et avant chaque nouveau geste et examen, l'explication des gestes pratiqués, le fait de proposer, dans la mesure du possible, aux patient-e-s de rester vêtu-e-s lors de l'examen et de choisir le type d'examen, le fait de proposer et de privilégier les auto-examens et les auto-prélèvements lorsque c'est envisageable.

Tableau F.4 - Impact des violences sexuelles sur l'accès à des soins médicaux, paramédicaux ou dentaires

	Effectifs	Pourcentages
Très important et important	361	41 %
Assez important	186	21 %
Pas ou peu important	342	38 %
Total général	889	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (889 répondant-e-s).

Plus de la moitié des répondant-e-s ont bénéficié d'un suivi médical et/ou psychologique

60% des victimes interrogées rapportent avoir bénéficié d'un suivi médical et/ou psychologique régulier depuis les violences, et près de la moitié (49%) des répondant-e-s ont consulté un psychiatre. Viennent ensuite, dans l'ordre décroissant, les psychologues puis les médecins généralistes et dans une moindre mesure les psychanalystes, les infirmiers en psychiatrie, les kinésithérapeutes, les hypnothérapeutes et les ostéopathes.

Tableau F.5 - Suivi médical psychiatrique et/ou psychologique régulier depuis les violences

	Effectifs	Pourcentages
Oui	725	60 %
Non	333	27 %
Non renseigné	156	13 %
Total général	1214	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s).

Tableau F.6 - Suivi par un ou des médecins psychiatres

	Effectifs	Pourcentages
Oui	595	49 %
Non	416	34 %
Non renseigné	203	17 %
Total général	1214	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s).

Parvenir à bénéficier d'un suivi adéquat semble relever du parcours du combattant pour les victimes de violences

Les victimes n'ont pu bénéficier d'un suivi que 14 ans en moyenne après les violences, avec des périodes pouvant courir entre deux jours et 47 ans après les faits selon les réponses.

Lorsque les répondant-e-s ont été suivi-e-s par des médecins psychiatres, ils ou elles témoignent de parcours peu linéaires et font état de multiples contacts avec des psychiatres différents : psychiatres libéraux, psychiatres rencontrés aux urgences ou lors d'une hospitalisation, psychiatres experts auprès des tribunaux...

En ce qui concerne le suivi thérapeutique en lui-même, les retours sont très hétérogènes d'une personne à l'autre. Si certain-e-s répondant-e-s n'ont consulté qu'un seul psychiatre, d'autres ont pu en « tester » jusqu'à 45 avant de pouvoir être correctement soigné-e-s. De même, des victimes ont été suivies immédiatement après les violences, alors que d'autres ont pu attendre jusqu'à 40 ans après les faits avant de bénéficier d'un suivi. En moyenne, les répondant-e-s ont vu quatre psychiatres différents et leur suivi a débuté 3,5 ans ²²⁵ après les violences.

98% des personnes ayant déclaré avoir eu un suivi médical ou psychothérapeutique régulier ont bénéficié d'une ou de plusieurs psychothérapies, parmi elles, 57% ont fait appel à un psychologue, 48% à un psychiatre et 24,5% à un psychanalyste.

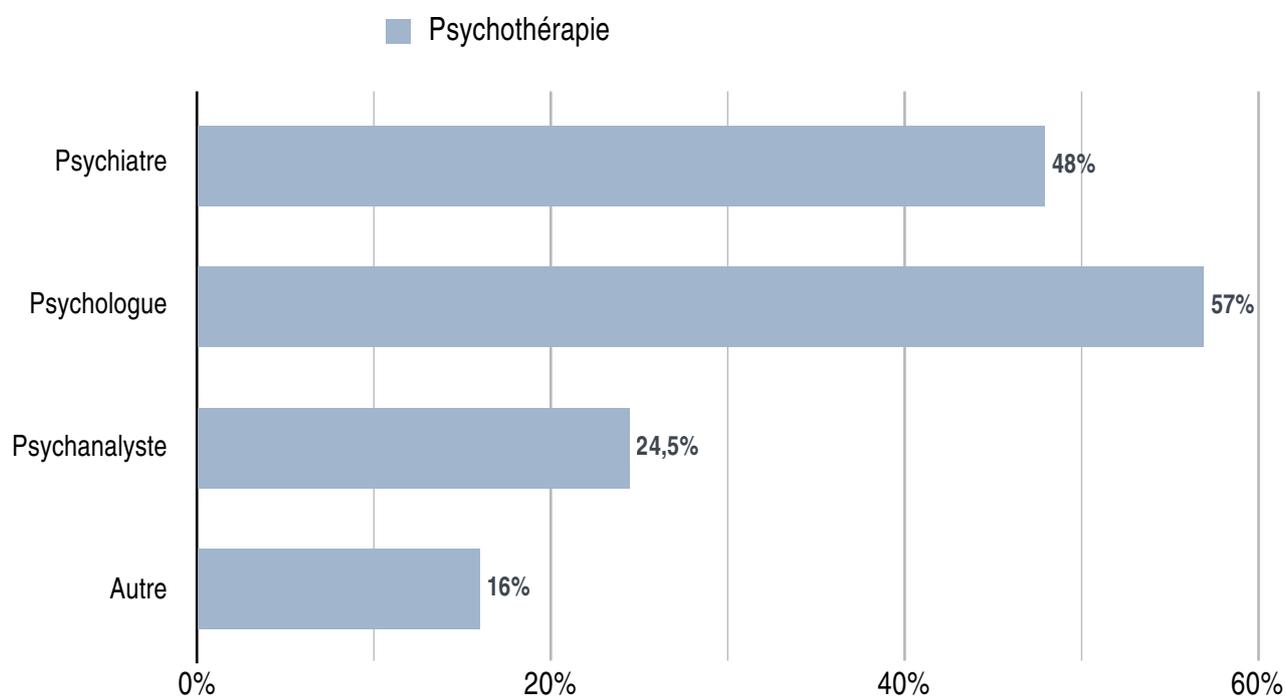
²²⁵ Ces chiffres sont à considérer avec une extrême prudence car ces moyennes ne sont pas forcément représentatives en raison du faible nombre de réponses obtenues à la question ouverte n°107 (« À partir de quand avez-vous été suivi par un-e ou des médecin-s psychiatre-s, pendant combien de temps et par combien de psychiatres différent-e-s ? »).

Tableau F.7 - Avez-vous suivi une ou plusieurs psychothérapies ?

	Effectifs	Pourcentages
Oui, une	262	21,5 %
Oui, plusieurs	448	37 %
Non	254	21 %
Non renseigné	250	20,5 %
Total général	1214	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s).

Figure F.4 - Quel-le-s professionnel-le-s ont assuré le suivi psychothérapeutique (non exclusif)



Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'une ou de plusieurs psychothérapies (710 répondant-e-s).
En pourcentages. Non exclusif.

Ces psychothérapies ont débuté 11 ans après les violences en moyenne, ce laps de temps pouvant s'étendre de immédiatement après les faits à 38 ans après. Les victimes ont vu entre 1 et 15 professionnel-le-s, soit 4 psychothérapeutes en moyenne par répondant-e-s, et ont été suivies durant 8 ans en moyenne ; de 6 mois à 18 ans selon les réponses, mais la plupart des répondant-e-s précisent que leur psychothérapie est toujours en cours.

17% des répondant-e-s n'ont pas pu parler des violences sexuelles subies avec les professionnel-le-s de santé, 56% ont pu le faire avec certain-e-s seulement. Quand elles ont pu en parler, les violences ont été évoquées spontanément par les victimes dans 79% des cas et seul-e-s 21% des répondant-e-s déclarent que c'est le ou la professionnel-e de santé qui a abordé la question.

Tableau F.8 - Avez-vous pu parler des violences aux professionnel-le-s de santé ?

	Effectifs	Pourcentages
Non, jamais	210	17 %
Oui, avec certain-e-s	685	56 %
Oui, avec tou-te-s	108	9 %
Non renseigné	211	17 %
Total général	1214	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s).

Les professionnelles de santé sont plus sollicitées que les hommes pour parler des violences, les répondant-e-s ont préféré s'adresser à une femme dans plus de la moitié (57%) des cas. Par ailleurs, les victimes sont une majorité à s'être confiées à des psychologues et des psychiatres, suivis par les médecins généralistes et traitants. Les

répondant-e-s ont pu parler des violences à un-e professionnel-le de santé 12 ans en moyenne après les faits.

Tableau F.9 - Qui a abordé la question des violences ?

	Effectifs	Pourcentages
C'est vous qui avez parlé spontanément des violences	298	79 %
Ce sont les professionnel-le-s de santé qui ont posé la question	79	21 %
Total général	377	100 %

Champ : répondant-e-s ayant pu parler des violences, hors non renseigné (377 répondant-e-s).

Des professionnel-le-s de santé insuffisamment formé-e-s

28% des répondant-e-s estiment que seul-e-s certain-e-s médecins, psychiatres et psychothérapeutes étaient véritablement formé-e-s et connaissaient la réalité des violences sexuelles et les psychotraumatismes. Seul-e-s 12,5% des répondant-e-s ont trouvé que l'ensemble des professionnel-le-s rencontré-e-s étaient réellement formé-e-s, tandis que 24,5% signalent qu'aucun-e n'était formé-e à la prise en charge des victimes de violences.

Tableau F.10 - Ces professionnel-le-s étaient-ils ou elles formé-e-s à la prise en charge des violences sexuelles ?

	Effectifs	Pourcentages
Aucun-e n'était formé-e	182	24,5 %
Certain-e-s étaient théoriquement formé-e-s mais ne connaissaient pas la réalité des violences	207	28 %
Certain-e-s étaient réellement formé-e-s	263	35 %
Tou-te-s étaient formé-e-s	93	12,5 %
Total général	745	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (745 répondant-e-s).

Pour près d'un tiers (30%) des répondant-e-s, il a été impossible de trouver des psychiatres et des psychothérapeutes formé-e-s à la prise en charge des violences sexuelles. La moitié des victimes estiment avoir traversé des difficultés pour en trouver, et elles ont mis 10,5 ans en moyenne à en rencontrer un-e. Le plus souvent, elles ont été orientées vers ces professionnel-le-s grâce à des associations spécialisées puis, dans l'ordre décroissant des réponses, grâce à des amis, aux réseaux sociaux, à la famille, et enfin grâce aux conseils de médecins (psychiatre et autres spécialités).

Tableau F.11 - Prise en charge par des psychiatres et psychothérapeutes formé-e-s à la prise en charge des violences sexuelles

	Effectifs	Pourcentages
Impossible d'en trouver	179	30 %
De grandes difficultés à en trouver	177	30 %
Cela a été assez difficile d'en trouver	120	20 %
Pas de difficultés pour en trouver	119	20 %
Total général	595	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné, (595 répondant-e-s).

Tableau F.12 - Diagnostics faits par les professionnel-le-s de santé (non exclusif)

	Effectifs	Pourcentages
Etat de stress post-traumatique, névrose post-traumatique, troubles psychotraumatiques	247	42 %
Troubles anxieux	287	48 %
Vous ne savez pas	62	23 %
Troubles de la personnalité borderline, état limite	82	14 %
Troubles bipolaires ou psychose maniacodépressive	65	11 %
Hystérie, névrose hystérique, conversion hystérique	25	4 %
Névrose phobo-obsessionnelle	22	4 %
Troubles autistiques	11	2 %
Schizophrénie	17	3 %
Autres psychoses	19	3 %
Dépression	383	64 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné, (595 répondant-e-s).

Non exclusif.

Lors du diagnostic des victimes interrogées, les professionnel-le-s de santé ont conclu à un état de stress post-traumatique, à une névrose traumatique ou à des troubles psychotraumatiques dans 42% des cas. Les autres troubles majoritairement diagnostiqués sont ceux qui accompagnent le plus souvent les états de stress post-traumatique, et on retrouve des diagnostics de dépression et de troubles anxieux dans respectivement 64% et 48% des cas. Cependant, ils ou elles ont également diagnostiqué des psychoses (schizophrénie, troubles bipolaires et autres psychoses) chez 17% des victimes, et des troubles autistiques chez 2% d'entre elles.

Par ailleurs, tou-te-s les professionnel-le-s ne jugent pas utile d'informer leurs patient-e-s et 23% des répondant-e-s déclarent ne pas savoir quels troubles leur ont été diagnostiqués.

Plus d'un tiers des répondant-e-s (36%) déclarent qu'aucun-e professionnel-le de santé n'a posé de questions sur les violences qu'ils ou elles auraient pu subir. C'est arrivé rarement pour 22% des personnes interrogées, plusieurs fois pour 14% d'entre elles, et dans tous les cas pour seulement 4% d'entre elles.

Tableau F.13 - Questions sur les violences de la part des professionnel-le-s de santé

	Effectifs	Pourcentages
Non jamais	434	36 %
C'est arrivé, très rarement	266	22 %
Oui, plusieurs fois	175	14 %
Oui, toujours	54	4 %
Non renseigné	285	23 %
Total général	1214	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s).

En ce qui concerne le genre du ou de la professionnel-le qui pose la question des violences, on retrouve une égalité quasi parfaite entre les hommes et les femmes. Les hommes qui posent la question sont plutôt médecins généralistes, gynécologues ou psychiatres, tandis que les femmes sont majoritairement psychologues et psychiatres. La question a été posée 8,7 ans en moyenne après les violences subies. Selon les réponses des victimes il s'est écoulé entre 2 semaines et 47 ans entre les violences et la question : « avez-vous subi des violences ? ».

Il n'est pas toujours tenu compte des violences sexuelles subies ou des dangers encourus par les victimes lors de la prise en charge

Plus de la moitié des victimes interrogées (51%) estiment qu'il a régulièrement été tenu compte des violences sexuelles subies lorsqu'elles étaient connues des professionnel-le-s de santé. Néanmoins, un quart des répondant-e-s rapportent que les violences subies n'ont jamais été prises en compte dans la prise en charge.

Tableau F.14 - Lorsqu'elles étaient connues, a-t-il été tenu compte des violences subies dans votre prise en charge ?

	Effectifs	Pourcentages
Non jamais	163	25 %
C'est arrivé, très rarement	166	25 %
Oui plusieurs fois	163	25 %
Oui toujours	170	26 %
Total général	662	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (662 répondant-e-s).

Dans leurs commentaires, les victimes condamnent des prises en charge dans lesquelles les violences sexuelles passent trop souvent au second plan, derrière d'autres diagnostics. Selon les répondant-e-s, certain-e-s professionnel-le-s ne déculpabilisent pas les victimes, allant même jusqu'à juger qu'elles sont responsables, ou qu'il s'agit de fantasmes, niant alors la réalité des violences.

« Très mal... considéré comme un sujet pas "intéressant" par rapport aux violences subies dans l'enfance par exemple, ou encore parce que "il n'y a pas vraiment eu viol". »

« Un des psychiatres que j'ai vus m'a dit que j'avais exagéré toute cette histoire, et que j'avais un trouble narcissique. »

« Les premiers médecins psychiatres que j'ai vus m'ont rarement fait comprendre que je n'étais pas responsable de ces viols. Ils m'ont laissée avec ma culpabilité »

« J'ai été prise en charge au départ par d'excellents professionnels pour mon problème de drogues (ce qui est déjà quasiment impossible à trouver), mais je n'ai pu recevoir d'eux aucune aide concernant les traumatismes dus aux violences, ce qui est regrettable puisque la majorité des femmes toxicomanes que je connais ont été bousillées par les violences sexuelles. »

« La première psy m'a dit que c'était sûrement du fantasme et qu'on ne saurait jamais si c'est vrai ou pas ! »

« Je n'aime pas trop critiquer le système de santé... mais la seule chose qui me vient à l'esprit c'est : prise en charge soit lamentable (culpabilisation, déni) soit inadaptée (psychanalyse). »

« Pour le viol (en tant qu'adulte), le psychiatre a dit qu'il s'agissait plutôt d'un symptôme de mes troubles bipolaires, en d'autres termes que j'en étais responsable et qu'il ne s'agissait pas d'un viol mais d'un comportement dangereux de ma part .»

Les répondant-e-s déplorent ainsi l'absence de formation des professionnel-le-s sur le sujet des violences sexuelles, sur leurs conséquences, et appuient sur la nécessité d'être correctement orienté-e-s vers des professionnel-le-s spécialisé-e-s.

« D'autre part il y a de très mauvaises réactions, orientations et prises en charge »

« Les professionnels de santé restent dans l'ensemble pas assez formés aux conséquences des abus sexuels !!! »

« Il a été peu tenu compte de l'impact qu'elles pouvaient avoir sur mon estime de moi, ma confiance en la vie et en les humains, ma relation à mon corps, à la société, à mes proches. »

« La psychologue que j'ai vue en dernier, dans un CMP [centre médico-psychologique], m'a beaucoup aidé. C'est elle qui m'a aiguillé vers une psychomotricienne. Là, les violences sont prises en compte à 100% dans la prise en charge. »

« Seule la psychologue EMDR a pris en compte et semblait formée sur les violences sexuelles. Pas un seul des autres professionnels de santé ne m'a aidé à faire le lien entre mon état de fragilité psychologique, qu'on pourrait appeler dépression, et des relations sexuelles anormales dans l'enfance. »

C'est donc souvent aux patient-e-s de prendre les devants et d'expliquer aux professionnel-le-s de santé comment ils ou elles veulent être traité-e-s. Les victimes rapportent ainsi avoir demandé à choisir entre un-e praticien-ne homme ou femme et à être informées des modalités de l'examen clinique avant d'être touchées.

« Je suis obligée de justifier du fait qu'avant d'être examinée j'ai besoin qu'on m'explique la raison de chaque examen, pourquoi et comment on va me toucher et ce qu'on fait. Même s'ils acceptent il est rare que les docteurs (3 suite au déménagement) le fassent vraiment. Je dois sans cesse poser des questions pour ne pas risquer la crise de panique. »

« J'ai été hospitalisée début août pour un œdème pulmonaire [...]. Lors de mon arrivée aux urgences, c'est un homme qui est venu pour la prise en charge et j'ai

commencé à paniquer. J'ai alors expliqué brièvement les faits, à savoir que j'étais victime d'abus sexuels et que pour mon bien-être psychique je désirais ne pas être suivie par un homme car ça serait beaucoup trop angoissant ... L'infirmier l'a mal pris... mais j'ai insisté ainsi que mon conjoint et ma mère. Puis ma demande a été entendue heureusement, ce qui m'a fait beaucoup de bien psychologiquement car c'était la première fois que l'on prenait réellement en considération mon vécu. »

« Ce sont des femmes qui venaient me voir et non pas des hommes. On me demandait toujours avant le moindre contact physique, en m'expliquant ce qu'elles allaient faire. On prenait le temps de m'écouter. »

« Chez mon médecin généraliste : dans la façon de communiquer avec moi, et de prendre en compte les impacts que certains actes/phrases "anodins" pouvaient avoir sur moi. Information préalable de mon médecin généraliste si besoin de faire un ECG [électrocardiogramme] lors d'une prochaine consultation. »

Par ailleurs, pour plus d'un-e répondant-e-s sur 2 (55%), les éventuels dangers encourus et les menaces reçues n'ont pas été pris en compte dans la prise en charge. Seule 1 victime sur 10 déclare qu'il en a été systématiquement tenu compte.

Tableau F.15 - Est-ce que dans la prise en charge il a été tenu compte du danger que vous pouviez courir ?

	Effectifs	Pourcentages
Non jamais	301	55 %
C'est arrivé, très rarement	131	24 %
Oui souvent	63	11 %
Oui toujours	56	10 %
Total général	551	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (551 répondant-e-s).

Tableau F.16 - Est-ce que les médecins ont eu des réactions appropriées quand vous avez parlé des violences subies ?

	Effectifs	Pourcentages
Non jamais	129	18 %
Oui c'est arrivé, mais très rarement	226	32 %
Oui le plus souvent	233	33 %
Oui toujours	128	18 %
Total général	716	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (716 répondant-e-s).

Plus de la moitié (51%) des répondant-e-s estiment que les médecins ont, toujours ou souvent, eu des réactions appropriées suite au récit des violences subies. Toutefois, 18% des victimes déplorent des réactions inadaptées.

Ces réactions inappropriées renvoient à la culture du viol avec une minimisation — voire un déni — des violences et de leurs conséquences, ainsi qu'une culpabilisation des victimes.

« Mon médecin généraliste a vu ça comme un problème de vie de couple comme un autre, sans reconnaître que c'était une violence. »

« "Je ne crois pas que vous ayez été violé". »

« Un psychologue m'a dit que ce viol était une chose positive puisqu'il prouvait que j'étais désirable... »

« Il faut savoir relativiser »

« Cela n'a rien à voir avec votre situation aujourd'hui »

« Il faut tourner la page »

« Psychologue de l'université (que j'ai rencontrée une seule fois): " Je ne vois pas pourquoi vous paniquez [à propos du risque de contamination VIH] ! Il était africain votre agresseur ? Homosexuel ? C'était un marginal ? Non ? Et bien alors ?! " »

« "Tout va bien ce n'était pas votre premier rapport sexuel et puis vous n'êtes pas enceinte" »

« "Faut s'amuser dans la vie, faut pas se bloquer, il faut profiter de sa vie sexuelle" »

« Mon médecin traitant m'a signifié "que j'avais mérité" ces viols car j'avais connus mon ex sur internet. »

« Me dire qu'un enfant était en mesure de dire non dans ce genre de situation. »

« Cela ne vous est pas arrivé par hasard »

« Savez-vous faire la différence entre vos fantasmes et la réalité ? »

« On m'a reproché un manque de vigilance d'avoir été me promener dans un lieu isolé. »

Mais dans plus de la moitié des cas (54%), les praticien-ne-s ont reconnu les symptômes et la souffrance des victimes.

Tableau F.17 - Ces médecins, psychiatres et psychothérapeutes, ont-ils reconnu vos symptômes et votre souffrance ?

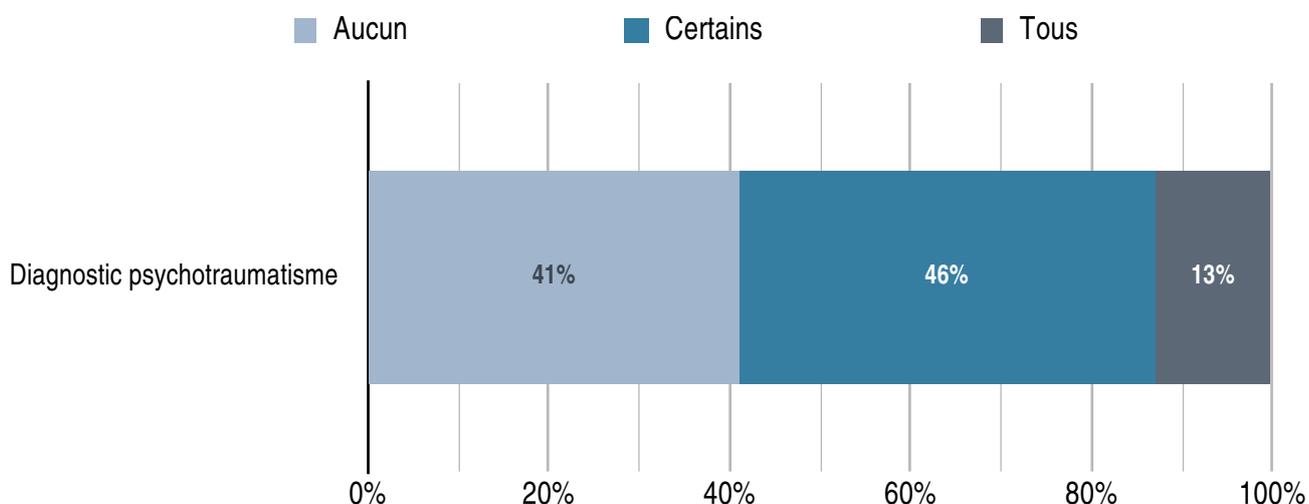
	Effectifs	Pourcentages
Oui	404	54 %
Un peu	132	18 %
Très peu	107	14 %
Pas du tout	103	14 %
Total général	746	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (746 répondant-e-s).

Des soins insuffisamment axés sur les violences subies

Les répondant-e-s rapportent par ailleurs que, dans 41% des cas, aucun des médecins, psychiatres et psychothérapeutes consultés n'a recherché ou diagnostiqué de troubles psychotraumatiques.

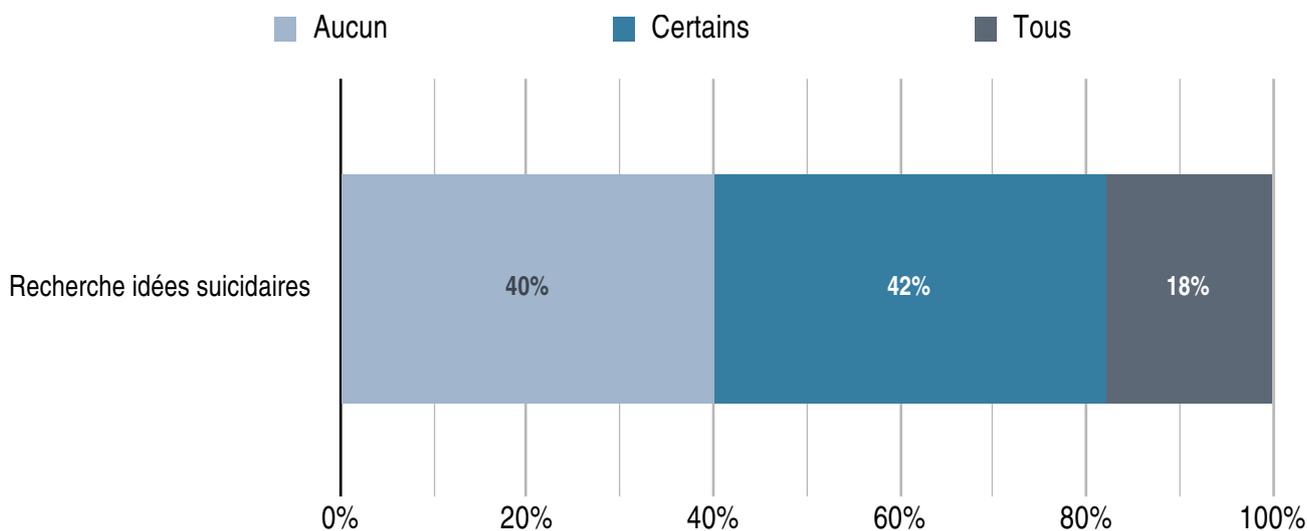
Figure F.5 - Ces médecins, psychiatres et psychothérapeutes, ont-ils ou ont-elles diagnostiqué des troubles psychotraumatiques ?



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (731 répondant-e-s). En pourcentages.

Et ce n'est que dans 18% des cas que ces praticien-ne-s ont tou-te-s recherché des idées suicidaires afin de les prévenir, alors que 40% des répondant-e-s rapportent qu'aucun-e n'a posé la question.

Figure F.6 - Ces médecins, psychiatres et psychothérapeutes ont-ils ou ont-elles recherché des idées suicidaires pour les prévenir ?



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (764 répondant-e-s). En pourcentages.

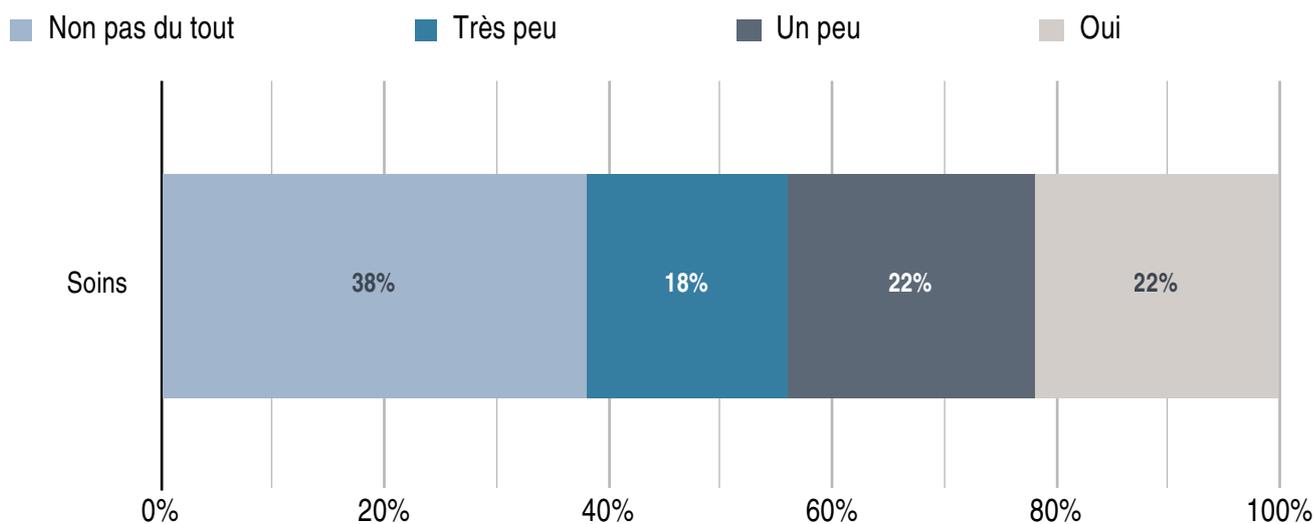
Lorsque la question a été posée, les idées suicidaires et/ou les tentatives de suicide des victimes ont été reliées aux violences subies dans 43% des cas, en revanche, un tiers des répondant-e-s déclarent avoir eu l'impression que les praticien-ne-s ne reconnaissaient pas leur souffrance.

Tableau F.18 - Réactions des professionnel-le-s de santé face aux idées suicidaires et tentatives de suicide

	Effectifs	Pourcentages
Vous vous êtes senti-e maltraité-e	46	10 %
Vous vous être senti-e culpabilisé-e et/ou jugé-e	123	27 %
Vous avez eu l'impression qu'ils ne reconnaissaient pas votre souffrance	150	33 %
Vous vous êtes senti-e incompris-e	166	36 %
Ils ont fait un lien entre les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les violences que vous avez subies	198	43 %
Ils ont recherché avec vous les causes et ce que vous avez ressenti pour avoir ces idées ou pour passer à l'acte	217	47 %
Vous vous êtes senti-e compris-e, rassuré-e et apaisé-e	185	40 %

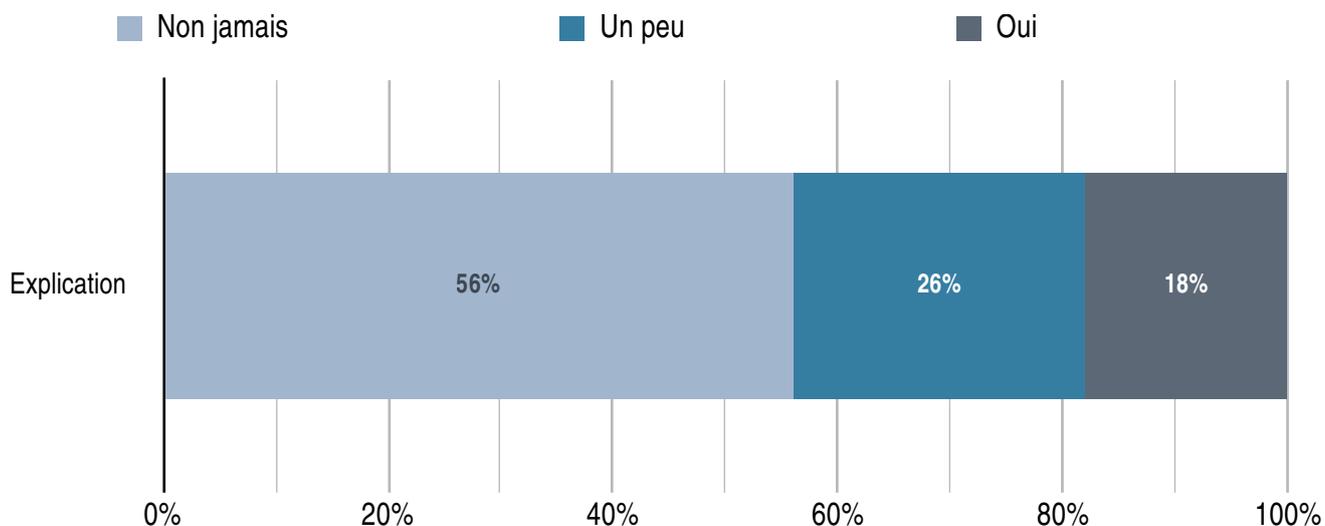
Champ : répondant-e-s dont les idées suicidaires ont été recherchées (459 répondant-e-s). Non exclusif.

Figure F.7 - Les soins ont-ils été centrés surtout sur les violences subies ?



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (799 répondant-e-s).
En pourcentages.

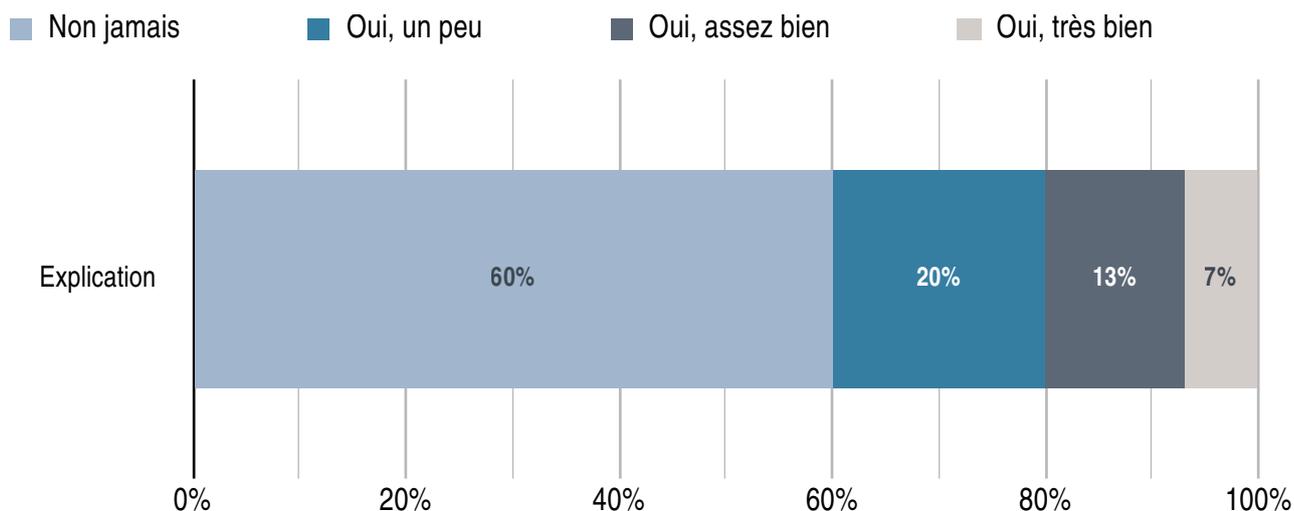
Figure F.8 - Explication des conséquences psychotraumatisantes des violences sexuelles par les psychiatres et psychothérapeutes consultés



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (847 répondant-e-s).
En pourcentages.

Selon 38% des victimes, les soins n'ont pas du tout été axés sur les violences subies, et seul-e-s 22% des répondant-e-s estiment que les violences sexuelles ont été au centre de la prise en charge.

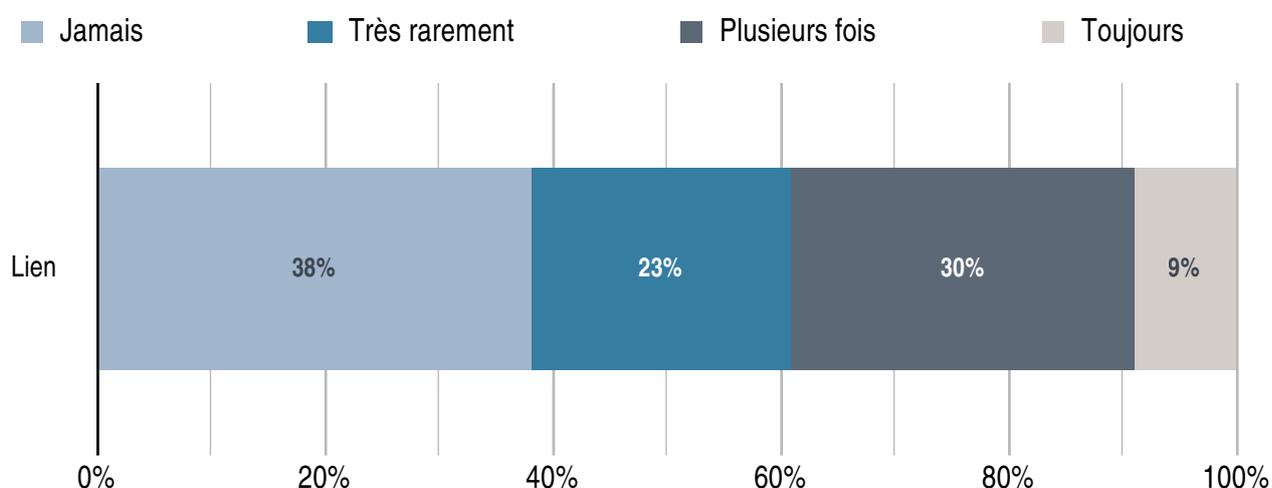
Figure F.9 - Explication des mécanismes psychotraumatisants des violences sexuelles par les psychiatres et psychothérapeutes consultés



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (853 répondant-e-s).
En pourcentages.

Par ailleurs, plus d'un-e répondant-e sur deux déclare que les psychiatres et psychothérapeutes consultés ne leur ont jamais expliqué ni les mécanismes, ni les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles. Et ces praticien-e-s ne relient pas toujours les symptômes présentés par leurs patient-e-s aux violences subies : seules 39% des victimes estiment que le lien de cause à effet a été régulièrement relevé par leurs thérapeutes.

Figure F.10 - Les psychiatres et psychothérapeutes consultés ont-ils fait le lien entre les symptômes présentés et les violences sexuelles subies

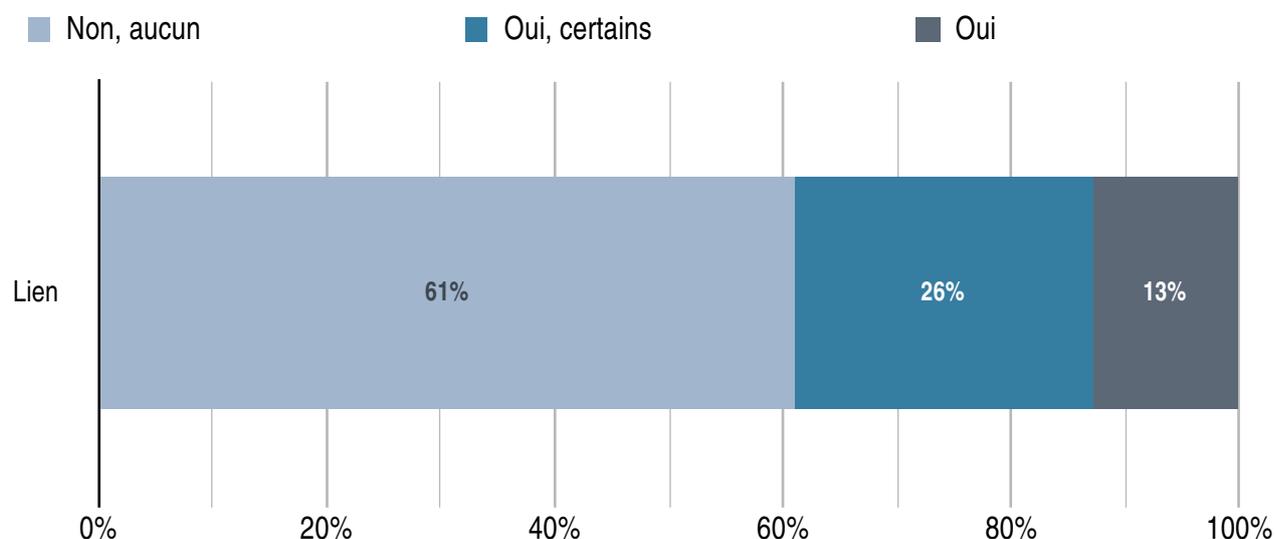


*Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (827 répondant-e-s).
En pourcentages.*

Dans 61% des cas, les psychiatres et psychothérapeutes consultés n'ont pas expliqué aux victimes interrogées que les troubles psychotraumatiques se soignaient, ni comment ils se traitaient.

Certain-e-s répondant-e-s ont pu consulter des praticien-ne-s formé-e-s, qui ont recherché des troubles psychotraumatiques et qui leur ont donné des explications sur les symptômes et les mécanismes en cause ainsi que sur la façon de les traiter. Cependant, ils ou elles ont mis 12 ans en moyenne avant de pouvoir les trouver — les périodes rapportées s'étalant de « immédiatement » à 47 ans après les violences — et ont dû consulter trois professionnel-le-s de santé en moyenne avant de les rencontrer.

Figure F.11 - Les psychiatres et psychothérapeutes consultés ont-ils expliqué que les troubles psychotraumatiques se soignent, et comment ?



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (815 répondant-e-s).
En pourcentages.

Le cadre des psychothérapies

Parmi les 710 répondant-e-s qui ont suivi une ou plusieurs psychothérapies, plus de la moitié (53%) a suivi une psychothérapie analytique en face-à-face. La psychothérapie de soutien arrive en deuxième position (31%), suivie de l'EMDR (21%), des thérapies cognitives et comportementales (15%) et de la psychanalyse sur divan (15%).

La psychothérapie intégrative, qui est pourtant la thérapie la plus adaptée pour traiter les troubles psychotraumatiques ne représente que 7% des psychothérapies suivies.

90% des répondant-e-s ont consulté dans le secteur privé lors de leurs psychothérapies, viennent ensuite les consultations au CMP (Centre médico-psychologique), et les consultations hospitalières (22%). Les consultations psychothérapiques dans des centres spécialisés et orientés ne représentent que de faibles pourcentages.

Tableau F.19 - Type de psychothérapies suivies (non exclusif)

	Effectifs	Pourcentages
Psychanalytique sur un divan	105	15 %
Psychanalytique en face à face	375	53 %
Psychothérapie de soutien	222	31 %
TCC	105	15 %
EMDR	149	21 %
Hypnose	97	14 %
Gestalt Thérapie	30	4 %
Thérapie de relaxation	86	12 %
Thérapie psychocorporelle	60	8 %
Thérapie systémique	24	3 %
Psychothérapie intégrative	52	7 %
Ne sait pas	218	31 %
Autres	88	12 %

Champ : répondant-e-s ayant suivi une ou plusieurs psychothérapies (710 répondant-e-s). Non exclusif.

Tableau F.20 - Cadre de la psychothérapie suivie (non exclusif)

	Effectifs	Pourcentages
CMPP	48	7 %
CMP	205	29 %
Consultations hospitalières	159	22 %
Centres de soins	55	8 %
Consultations gratuites et anonymes pour les victimes de violence	50	7 %
Consultations dans un centre de psychotrauma/victimologie	23	3 %
Consultations dans une association	61	9 %
Consultations privées	636	90 %
Autre	48	7 %

*Champ : répondant-e-s ayant suivi une ou plusieurs psychothérapies (710 répondant-e-s).
Non exclusif.*

Les prises en charge représentent un coût élevé pour les répondant-e-s

Les soins psychothérapeutiques ne sont pas remboursés dans près de deux tiers des cas (63%). 19% des répondant-e-s bénéficient d'une prise en charge par la sécurité sociale en ALD (Affection longue durée), 38% ont eu accès à des soins gratuits.

Seul-e-s 20% des répondant-e-s qui ont eu un suivi médical psychiatrique ou psychologique régulier déclarent bénéficier de l'exonération du ticket modérateur. Et les victimes rapportent de façon quasi unanime que les soins sont longs et chers, d'autant plus en dehors du secteur 1 ou en l'absence d'une mutuelle qui rembourse les frais :

« La prise en charge dans le domaine psychiatrique n'est pas adaptée à la demande grandissante, se faire soigner serait presque un privilège de "riche". »

« si je n'avais pas une bonne mutuelle je ne pourrais pas voir le psychiatre »

« Pour une jeune étudiante j'ai eu beaucoup de mal à financer les séances »

« Aucune prise en charge par la sécu. C'est difficile de se sentir victime dans ce cas-là : on n'a rien demandé et on souffre physiquement, psychiquement et en plus pour s'en sortir il faut faire un travail très dur sur soi-même et payer... La double peine ! »

De plus, l'Assurance Maladie et les mutuelles tardent parfois à rembourser, ou refusent les droits :

« 26 mois d'attente pour finalement avoir un refus définitif de congés longue maladie. »

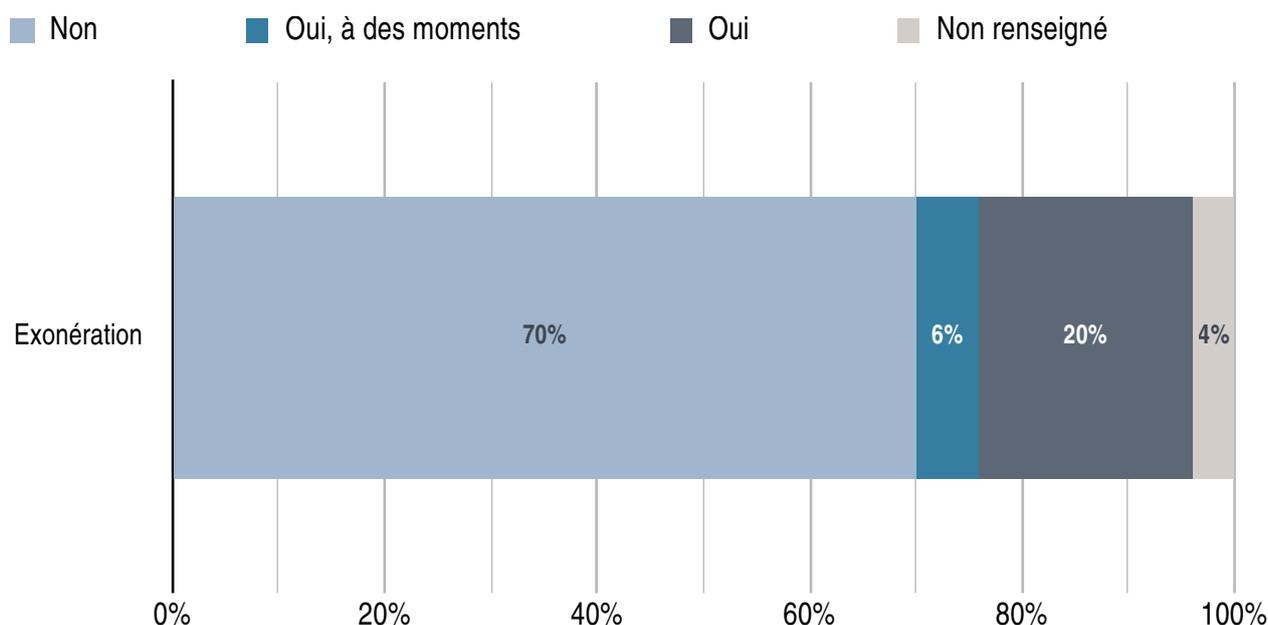
« Il est difficile d'avancer autant d'argent quand on est étudiant (six mois de retard de remboursement avec la LMDE). »

Tableau F.21 - Coût des soins psychiatriques et psychothérapeutiques (non exclusif)

	Effectifs	Pourcentages
Gratuits	216	30 %
Gratuits et anonymes	56	8 %
Pris en charge par la sécurité sociale en ALD	138	19 %
Pris en charge par la sécurité sociale en secteur 1	221	31 %
Pris en charge par la sécurité sociale en secteur 2	142	20 %
Non remboursés	447	63 %
Autres	50	7 %

Champ : répondant-e-s ayant suivi une ou plusieurs psychothérapies (710 répondant-e-s). Non exclusif.

Figure F.12 - Exonération du ticket modérateur (100%) dans le cadre d'une ALD



Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'un suivi médical psychiatrique ou psychologique (725 répondant-e-s). En pourcentages.

Les personnes interrogées plébiscitent les psychothérapies effectuées en consultation privée par des psychologues (49% des réponses). Ces consultations ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, elles coûtent entre 30 et 110 euros la séance selon les réponses. Néanmoins, ces dépenses semblent nécessaires tant il existe un besoin d'être bien soigné-e chez les répondant-e-s :

« C'est un effort financier très important mais c'est le prix à payer pour mieux vivre. Lorsque j'ai entamé mon analyse dont je suis content, je n'avais plus d'autre choix : c'était cela ou la dérive... »

« Cela m'a déjà coûté beaucoup d'argent, mais, c'est le "prix" à payer pour avancer... »

« ça coûte très cher de trouver des réponses... »

Malheureusement, le coût des thérapies est dissuasif et empêche parfois les victimes de se faire soigner :

« j'ai tout arrêté à cause du coût »

« C'est un frein pour vraiment me soigner »

« J'ai dû interrompre pour des raisons financières au bout de 5/6 mois »

Les répondant-e-s ont consulté au CMP dans près d'un tiers des cas, ils ou elles soulignent le caractère gratuit du CMP, mais déplorent les délais pour obtenir un rendez-vous et l'absence de souplesse :

« C'est long d'avoir un rendez-vous en CMP, c'est impossible de changer de psychologue quand il n'y en a qu'un dans le CMP et qu'on ressent le besoin de changer de praticien. Les CMP étant sectorisés, on ne peut en changer »

« Au CMP c'était gratuit, mais consultations courtes et rares, pas satisfaisantes, juste le temps de me faire une ordonnance. »

« J'ai des rendez-vous à trois mois d'intervalle souvent. »

Etant donné la difficulté des victimes à trouver des professionnel-le-s formé-e-s et l'offre restreinte des CMP, il est regrettable que les consultations privées dispensées par des psychologues ne puissent pas être prises en charge par la sécurité sociale.

Des prises en charge inégales

Dans 30% des cas, les répondant-e-s déplorent n'avoir reçu aucune explication sur la psychothérapie suivie, seules 40% des personnes interrogées ont été informées des raisons du choix de la psychothérapie. Au-delà du manque d'information, les victimes n'ont même pas eu le choix du type de psychothérapie dans 39% des cas, seules un quart d'entre elles (27%) ont pu choisir à chaque fois.

Figure F.13 - Vous a-t-on expliqué en quoi consistait le type de psychothérapie proposée ?

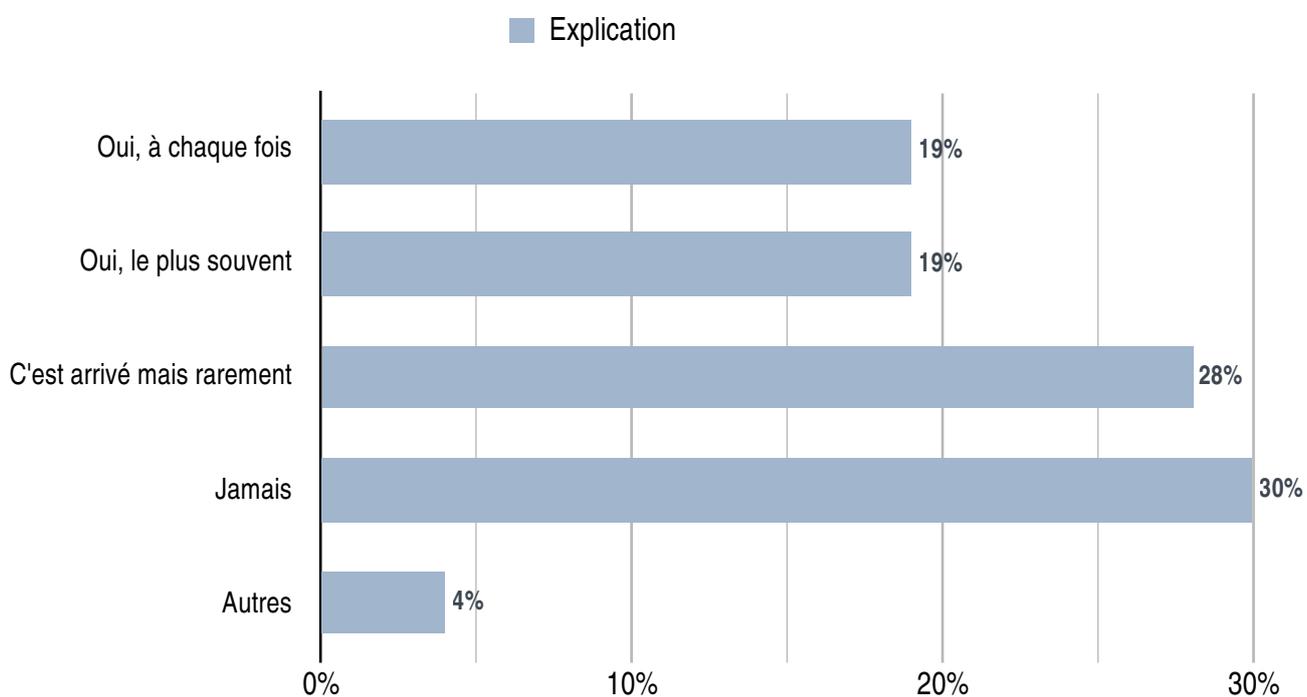
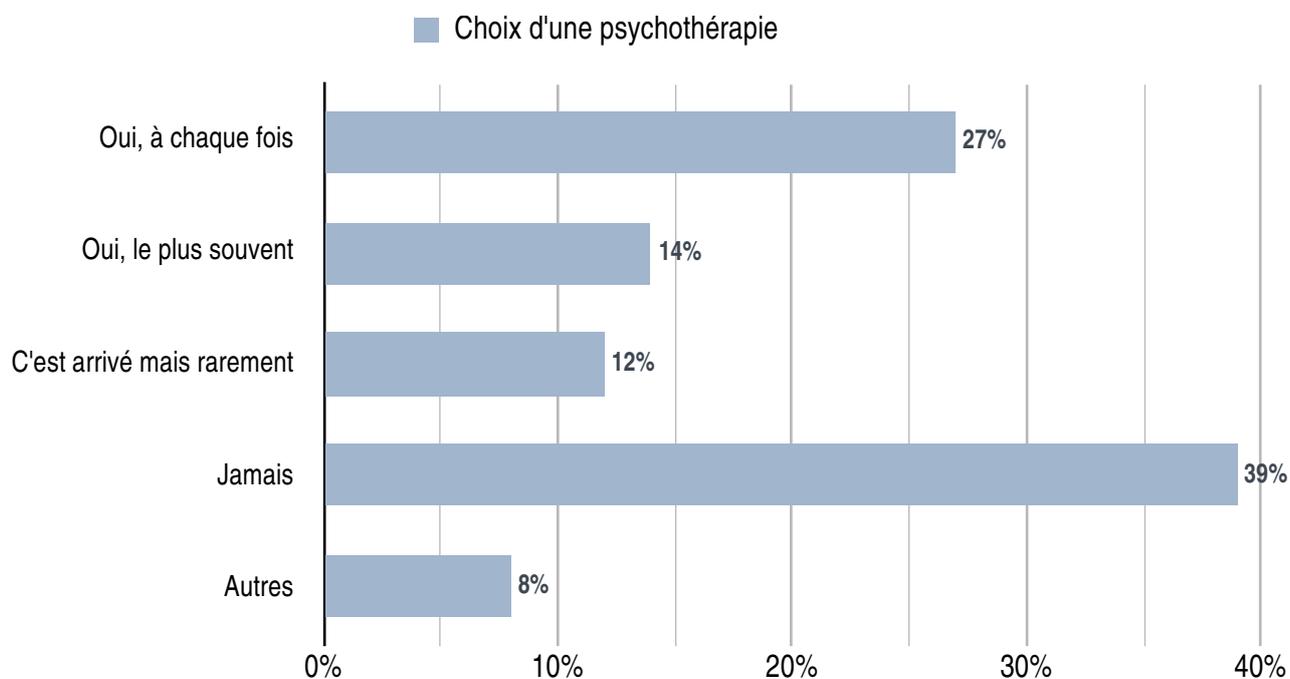


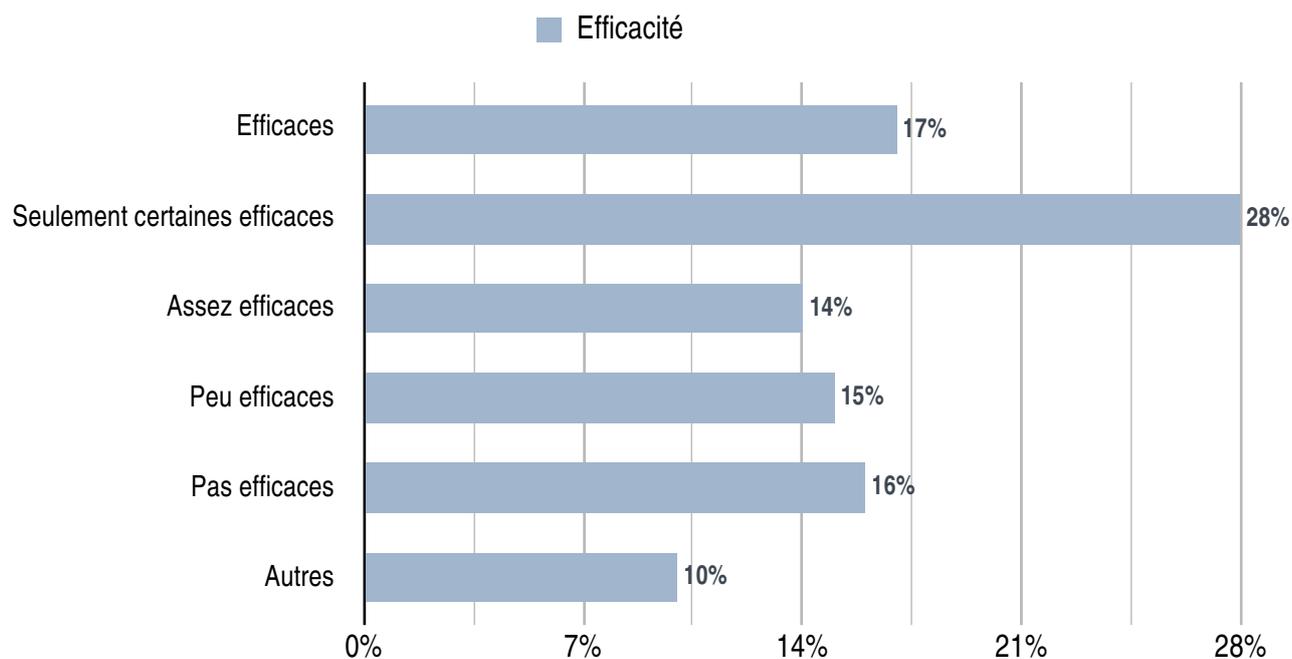
Figure F.14 - Vous a-t-on laissé le choix d'une psychothérapie ?



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (711 répondant-e-s).
En pourcentages.

Les psychothérapies ont été considérées peu ou pas efficaces dans près d'un tiers (31%) des cas. Les autres répondant-e-s les ont trouvées efficaces dans seulement 17% des cas. Par ailleurs, 28% des répondant-e-s estiment que seules certaines ont été efficaces : pouvoir choisir sa psychothérapie ou en changer semble donc primordial.

Figure F.15 - Efficacité des psychothérapie suivies



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (778 répondant-e-s).
En pourcentages.

Aux dires des victimes interrogées, les prises en charge sont très inégales. Pour les victimes de violences, trouver une psychothérapie adaptée à leurs besoins semble pourtant nécessaire, voire vital.

« les deux premières m'ont permis de survivre »

« maintenant je relève la tête »

« Je serais morte par suicide sans la psychanalyse »

Au contraire, en cas de psychothérapie inadaptée, les victimes témoignent de la perte de temps et même du danger que peuvent représenter ces prises en charge inadéquates.

« sentiment d'une grande perte de temps »

« j'aurais aimé rencontrer le psychiatre qui me suit actuellement plus tôt dans ma vie. J'aurais gagné des années et je serais peut-être déjà maman à l'heure qu'il est... »

« Globalement, plus elles sont longues moins elles sont efficaces. »

« Certaines étaient dangereuses... »

« Beaucoup sont incompétentes, pas mal sont des apprentis sorciers, peu sont dangereux et quand ils le sont, si l'on n'est pas assez fort(e) pour partir je pense que les dégâts peuvent être irréversibles. »

« Inefficaces, perte de temps et d'argent. »

Le manque d'écoute et le manque d'explications, le changement trop fréquent d'interlocuteur dans certaines structures, et le nombre réduit de professionnel-le-s spécifiquement formé-e-s aux violences sexuelles, sont des risques d'échec de la prise en charge.

« Je regrette de n'avoir trouvé aucun thérapeute spécialisé dans les traumatismes sexuels »

« Le dialogue et l'explication des mécanismes de ces violences subies semblent extrêmement importants pour dépasser ce traumatisme. Or, aucun psy jusqu'à maintenant n'avait su me dire que ce n'était pas moi qui suis "folle". »

« Pas de diagnostic, pas d'explication sur les causes et effets et surtout pas de proposition autre que les séances, pour compléter ou aider la prise en charge, en cohérence avec le patient »

« Je ne me sentais pas prête et je crois qu'il m'aurait fallu une prise en charge en rapport avec les violences sexuelles »

« Sans écoute empathique peu importe la méthode, ça peut faire plus de mal que de bien. »

« le premier psychiatre a été efficace, par la suite à l'hôpital, il y a eu beaucoup de changements de médecins... »

« La seule qui a été efficace, c'est avec le psychiatre que je connais depuis près de 24 ans. »

Ce qu'attendent en premier lieu les victimes interrogées des professionnel-le-s de santé, c'est de la bienveillance. Qu'ils ou elles les écoutent, les mettent en confiance et les protègent, mais également qu'ils ou elles soient formé-e-s et expliquent les conséquences des violences sexuelles, mais aussi ce en quoi consistent les psychothérapies.

« Si la personne avec laquelle le travail est engagé a une bonne connaissance de ce qui peut se passer avec des victimes de violences de type agression sexuelle et mettre en confiance, notamment en exprimant qu'elle croit la victime »

« De soutien explicite de la part des thérapeutes, du renforcement positif par exemple. »

« Maintenant que je sais, je me dis que, dans l'idéal, j'aurais aimé que les professionnels prennent en considération ma souffrance, m'écoute et mettent rapidement le mot "stress post traumatique" sur mes symptômes. »

« Si l'on m'avait expliqué que ces souffrances pouvaient être dues à un traumatisme (en énumérant les différentes possibilités) et qu'on m'avait posé des questions avec bienveillance sur d'éventuels abus sexuels, je pense que j'aurais parlé. »

« je voulais savoir quels sont les moyens de me protéger »

« j'avais besoin de sécurité »

« besoin d'interlocuteurs formés et bienveillants, sans préjugés sur les violences sexuelles, les transidentités +++ et ses conséquences sociales aujourd'hui, l'homosexualité et la bisexualité. »

« des interlocuteurs conscients du fait qu'ils peuvent eux-mêmes rajouter à la violence subie par leur propre violence, et rendre notre parole impossible, tout en "aggravant" encore notre situation. »

« Il serait idéal que les thérapeutes aient une meilleure connaissance des conséquences du viol et du psychotraumatisme. »

« J'aurais voulu que le psychiatre prenne en compte mes violences subies et puisse m'en expliquer les thérapies possibles »

« Comprendre le processus physique et psychologique de la psychotraumatologie »

« Comprendre les incidences du choc de l'agression sur le physique et le psycho. »

D'autre part, le coût élevé de la psychothérapie est fréquemment considéré comme un frein à une prise en charge de qualité.

« psychiatre et psychologue en même temps. J'ai dû attendre de pouvoir avoir des revenus suffisants pour aller en TCC [thérapie cognitive et comportementale] et PCER [psychothérapie comportementale émotionnelle rationnelle]. »

« J'envisage EMDR à présent par la même psy mais c'est cher »

« Les tarifs doivent être négociés selon les possibilités de la personne — si la thérapie se déroule en institution ou dans le cadre associatif, une rémunération minimum raisonnable doit être garantie pour pouvoir offrir des soins sans ruiner les victimes (souvent précaires) ».

Les traitements médicamenteux

Lorsque des médicaments ont été prescrits, les antidépresseurs arrivent en première position de l'ensemble des thérapies médicamenteuses prescrites, quasiment à égalité avec les anxiolytiques (79 et 72%). Par ailleurs, des somnifères ont été prescrits à 48% des personnes ayant renseigné la question, des neuroleptiques à 22% d'entre elles, des thymorégulateurs à 12,5% d'entre elles, et des bêtabloquants à 8% d'entre elles.

Tableau F.22 - Médicaments prescrits dans le cadre du suivi (non exclusif)

	Effectifs	Pourcentages
Anxiolytiques	478	72 %
Antidépresseurs	522	79 %
Neuroleptiques	147	22 %
Thymorégulateurs	83	12,5 %
Somnifères	320	48 %
Bêtabloquants	51	8 %
Autres	74	11 %

Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (661 répondant-e-s).

Non exclusif.

Parmi les répondant-e-s qui ont suivi un traitement médicamenteux, seul-e-s 12,5% estiment que les médicaments ont été efficaces, 17% que certains seulement ont été efficaces. 1 personne interrogée sur 5 souligne que les médicaments prescrits ont eu trop d'effets secondaires.

Ainsi, de nombreux-ses répondant-e-s témoignent avoir dû refuser ou arrêter les traitements médicamenteux du fait des effets secondaires et de la dépendance.

« J'ai eu des effets secondaires terrifiants : des crises d'urticaire, des dyskinésies, des évanouissements, des convulsions suite à différents traitements. J'ai eu peur de mourir. »

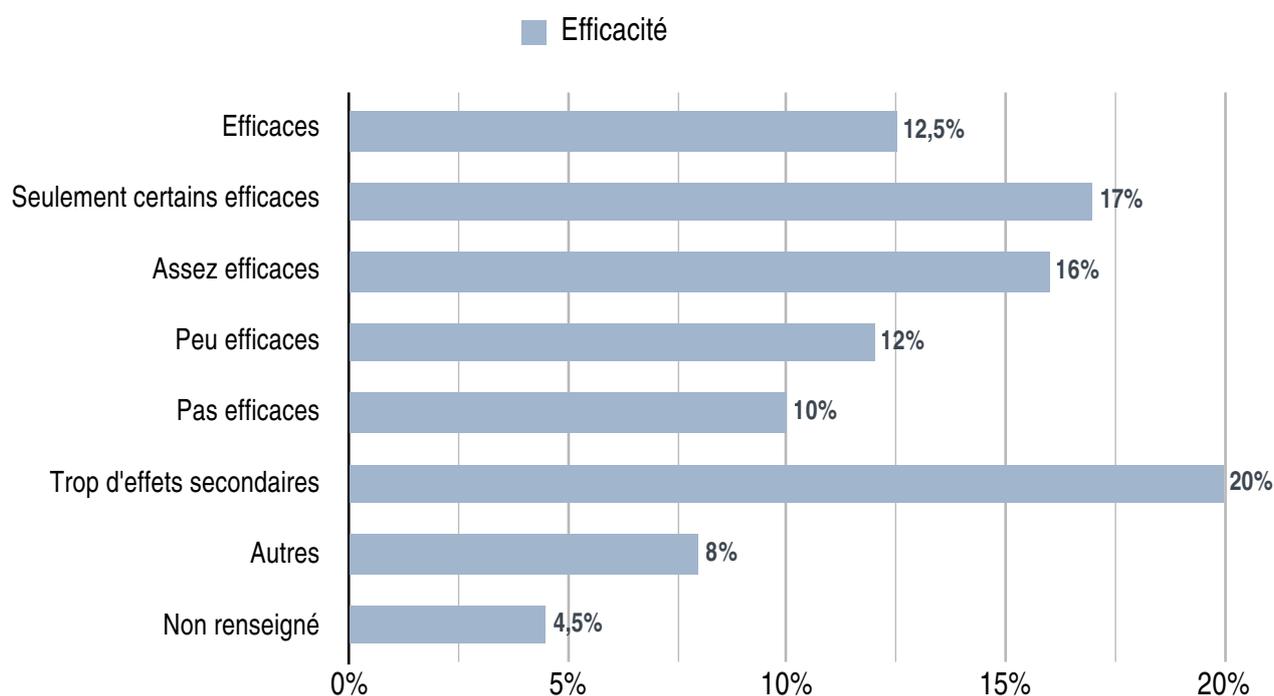
« Après il m'est difficile d'avoir un rythme vraiment normal, les traitements me rendent somnolente et les après-midi je m'endors même souvent en fin de matinée. »

« J'ai été dépendant aux anxiolytiques et somnifères à une époque, j'ai arrêté d'un seul coup et j'ai fait une crise d'épilepsie »

« Beaucoup d'effets secondaires, on prend ça pour des bonbons. »

« Ils rendent léthargiques, c'est encore plus infernal que la souffrance... »

Figure F.16 - Efficacité des traitements médicamenteux



Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'un traitement médicamenteux (661 répondant-e-s).
En pourcentages.

Pire, les médicaments peuvent freiner la guérison en anesthésiant les patient-e-s et en se substituant au travail psychothérapeutique.

« J'ai eu le sentiment d'être traitée comme une cobaye, compte tenu que les médicaments étaient inadaptés, ils ont masqué mes souffrances, m'ont fait dormir, mais en aucun cas, ils n'ont traité mes troubles alimentaires »

« À aucun moment pendant ces hospitalisations, les médecins n'ont pris le temps de m'écouter au lieu de me mettre sous camisole chimique »

« Je refusais les médicaments parce que le viol m'a anesthésiée, je ne voulais pas l'être par un truc de plus ! Et le meilleur médicament a été ma psy, son approche des choses, nos dialogues et l'EMDR. »

« La violence des doses était proportionnelle à la violence vécue. Les médecins, quand j'étais enfant les distribuaient comme des bonbons, sans creuser plus loin. Déculpabilisant pour tout le monde. Carcéral pour moi. »

« Anxiolytiques efficaces mais très tentant de s'anesthésier avec. »

« Un médicament n'est pas une baguette magique ! »

« C'est un peu comme se bourrer la gueule ou fumer du shit, ça n'arrange rien au final. »

Les médicaments peuvent cependant aider à soulager les victimes, et faire office de « béquille » pour passer un cap difficile.

« Pour moi les médicaments sont comme une soupape de sécurité lorsque la souffrance devient insupportable. »

« Ils ne guérissent pas mais aident à diminuer les crises et à passer les mois les plus durs. »

« Mais je reconnais, que le médicament est une bonne béquille pour s'accrocher et commencer à suivre un chemin mais savoir ne pas abrutir ses patients serait une bonne chose »

Des hospitalisations souvent traumatisantes pour les victimes

16% des répondant-e-s rapportent avoir été hospitalisé-e-s en psychiatrie après les violences sexuelles subies, et 38% d'entre eux ou elles l'ont été à plusieurs reprises. 37% des victimes hospitalisées en psychiatrie l'ont été sous contrainte, que ce soit en hôpital ou en clinique psychiatrique.

Tableau F.23 - Hospitalisation en psychiatrie

	Effectifs	Pourcentages
Non	686	57 %
Oui, une fois	122	10 %
Oui, à plusieurs reprises	75	6 %
Non renseigné	331	27 %
Total général	1214	100 %

Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s).

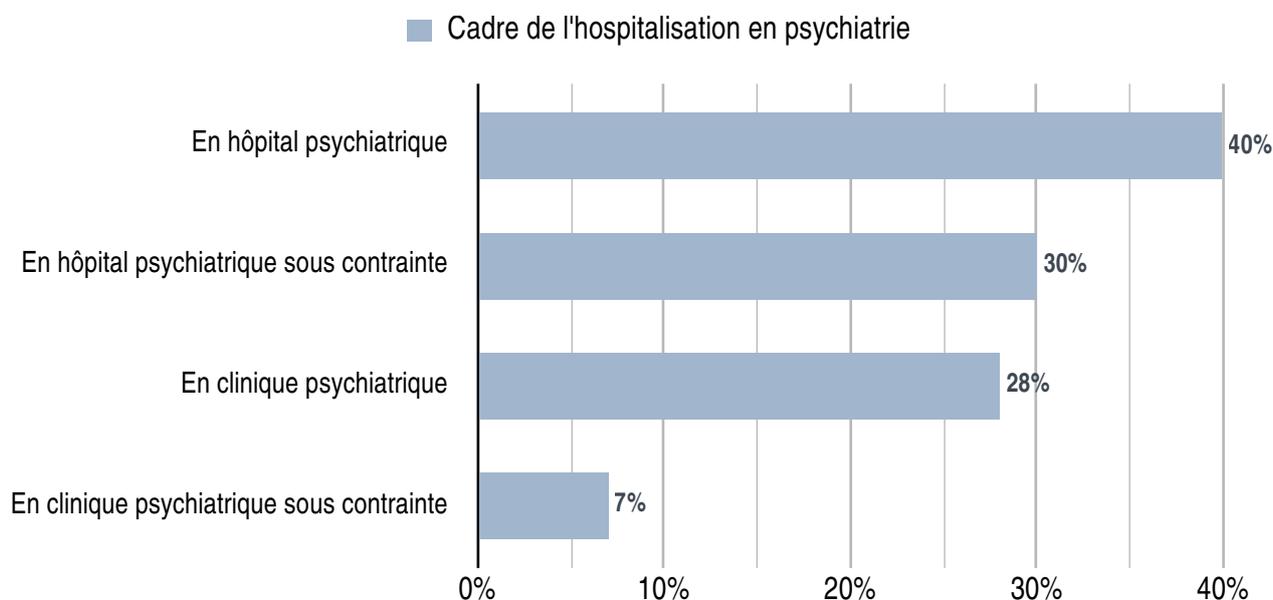
Près de deux tiers (60%) des répondant-e-s hospitalisé-e-s ont été contraint-e-s à prendre des traitements, 35% ont été privé-e-s de visites, 43% de moyens de communication, 26% ont été placé-e-s en chambre d'isolement et 15% ont subi des contentions mécaniques.

Par ailleurs, 38% d'entre eux ou elles déclarent avoir été menacé-e-s ou avoir subi des violences de la part des soignants ou des autres internés durant leur hospitalisation.

Ces hospitalisations, qu'elles soient libres ou sous contrainte, on fait suite à une « *dépression* », une « *tentative de suicide* », des « *addictions* » ou un « *coma éthylique* »

des victimes. On retrouve une moyenne de 2,3 hospitalisations par répondant-e hospitalisé-e, le nombre de ces hospitalisations étant compris entre 1 et 6 selon les personnes interrogées.

Figure F.17 - Cadre de l'hospitalisation en psychiatrie (non exclusif)



Champ : répondant-e-s ayant été hospitalisé-e-s en psychiatrie (197 répondant-e-s).
En pourcentages. Non exclusif.

Lorsque les répondant-e-s s'expriment à propos de leur hospitalisation, hormis le témoignage de 10 personnes pour lesquelles elles s'est avérée salutaire, un ressenti extrêmement négatif transparaît dans leur réponses. L'hospitalisation est vécue comme un second traumatisme, et un emprisonnement.

« Très mal, une honte indicible, un traumatisme de plus. Comme une double peine après avoir subi des violences sexuelles. Les médecins, à cause des plaintes somatiques ont remis en cause ma parole, renforçant la honte, mon envie de disparaître, de ne pas avoir ma place sur terre, d'être "de trop". »

« Je l'ai vécu comme une injustice, je suis enfermée et eux [les agresseurs] sont dehors »

« Ça devait être du repos et une coupure du monde extérieur pour réfléchir et me poser, mais je l'ai vécu comme un enfermement. Comme si [on me mettait] en prison parce que je m'étais faite violer... [sic] »

Le personnel soignant est décrit comme absent, pas à l'écoute des patient-e-s et trop prescripteur de médicaments.

« Chaque jour seulement dix minutes ou un quart d'heure avec le psychiatre puis on ne le revoit que le lendemain, journées abruties de cachets pas d'horizon rien à quoi se raccrocher pas de vraie discussion pas de prise en compte de la douleur psychologique sauf par les médicaments et tout est complètement dépersonnalisé »

« J'ai subi les moqueries du personnel »

« Il n'y a pas grand-chose à raconter : beaucoup de médicaments, pas ou peu d'entretiens avec le personnel soignant, livrée à moi-même dans une structure mixte. À posteriori je me suis demandée comment la psychiatre qui me suivait à l'époque a pu imaginer que ça pouvait me faire du bien ! »

« J'ai passé un mois d'août en maison de repos, un mouvoir, personnel soignant restreint, aucun soin ou presque »

« Une fois à l'âge de 20 ans... J'ai demandé à sortir du centre par peur de finir drogué par des médicaments »

Tableau F.24 - Pendant la ou les hospitalisations, avez-vous ? (non exclusif)

	Effectifs	Pourcentages
eu une prise en charge psychothérapeutique	114	58 %
bénéficié d'activités	105	53 %
été reçu-e par un-e travailleur-seuse social-e	35	18 %
bénéficié de visites	87	44 %
bénéficié de permissions	103	52 %
été privé-e de visites	69	35 %
été privé-e de moyens de communication	85	43 %
eu une sismothérapie (électrochocs)	5	3 %
subi des contentions mécaniques	29	15 %
été mis-e en chambre d'isolement	52	26 %
été contraint-e à prendre des traitements	117	60 %
subi des violences de la part d'autres personnes hospitalisées	36	18 %
subi des violences de la part de soignant-e-s	19	12 %
subi des menaces	19	10 %
autres	19	10 %

Champ : répondant-e-s ayant été hospitalisé-e-s en psychiatrie (197 répondant-e-s).

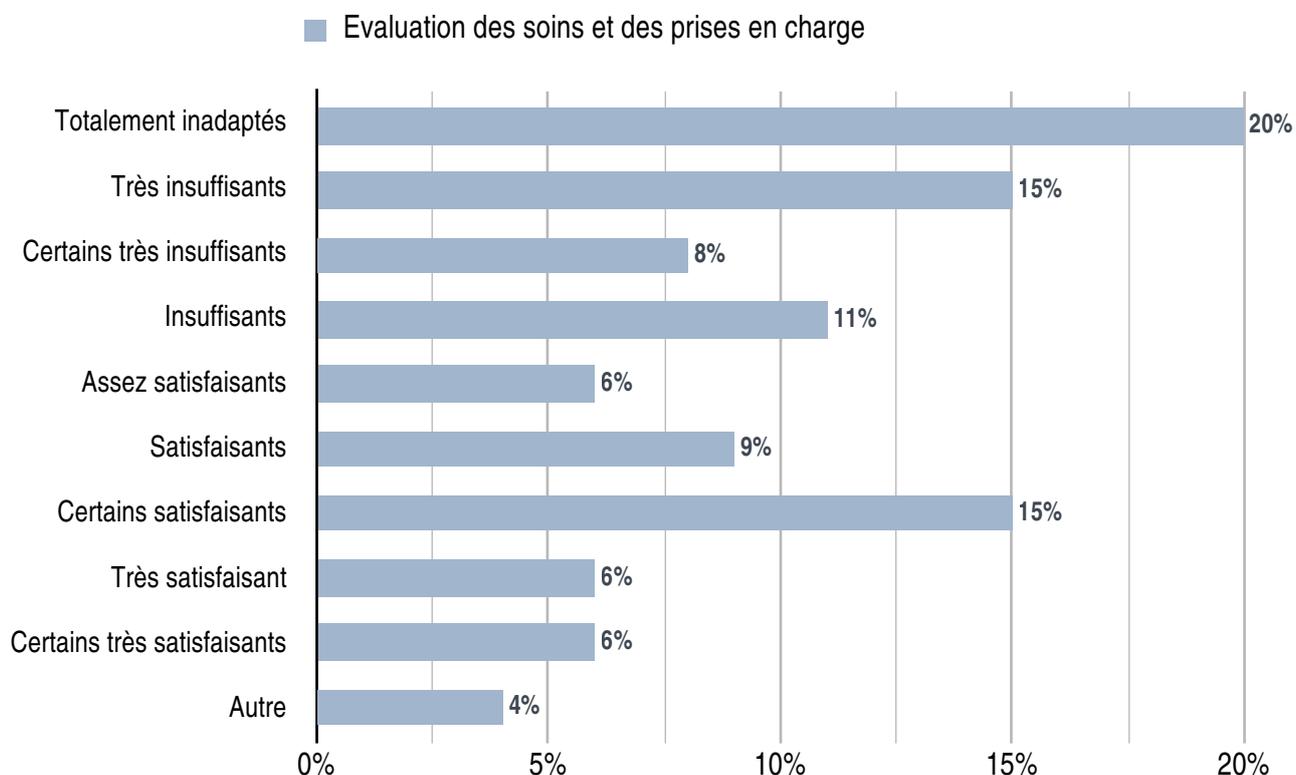
Non exclusif.

Les soins sont jugés négativement par plus de la moitié des répondant-e-s

Lors de l'évaluation des soins et prises en charges reçus, 54% des répondant-e-s qui ont renseigné la question les ont jugés négativement : de totalement inadaptés à insuffisants. Les 42% de répondant-e-s qui ont jugé positivement les soins reçus ont

trouvé une prise en charge satisfaisante au bout d'une période allant de 1 mois à 47 ans après les violences, soit 13 ans en moyenne.

Figure F.18 - Évaluation globale des soins et des prises en charge



Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'un suivi médical psychiatrique ou psychologique, hors non renseigné (604 répondant-e-s). En pourcentages.

Plusieurs répondant-e-s déplorent le temps qu'ils ou elles estiment avoir perdu avant de pouvoir commencer une psychothérapie adaptée.

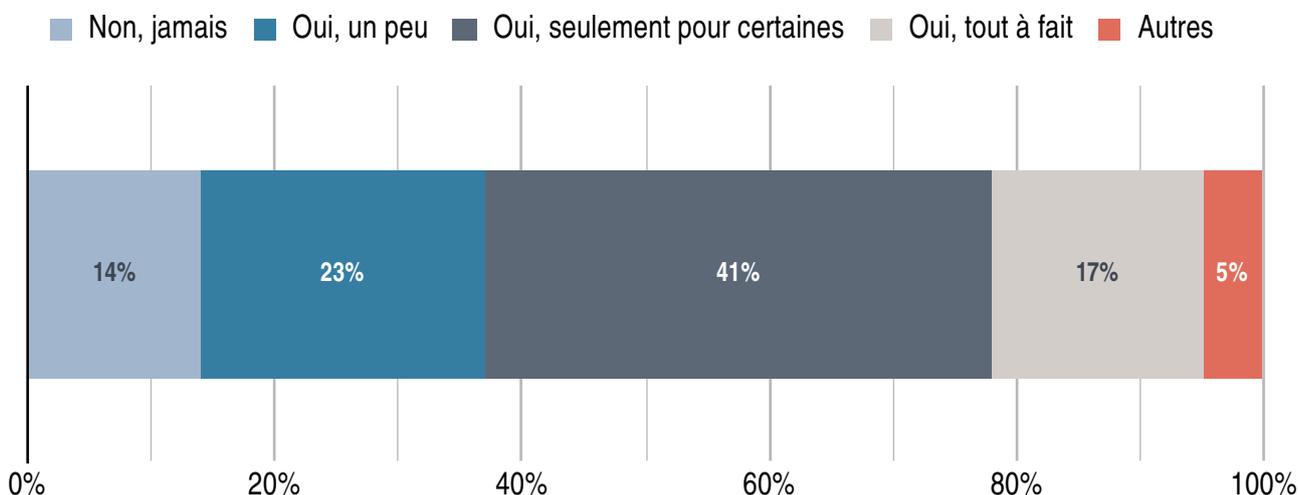
« Si j'avais rencontré un/une psychiatre thérapeute spécialiste du stress post-traumatique, je n'en serais pas là, sans doute que je serais une autre personne, un minimum saine de corps et d'esprit »

« J'ai perdu 7 ans, il m'a fallu tout ce temps pour trouver la force d'affronter mon problème »

« Cela m'a demandé beaucoup de temps, d'argent et d'investissement. Mais cela a valu le coup. À partir du moment où j'ai trouvé ma thérapeute, le cercle vertueux a pu commencer. »

Cependant, une majorité (58%) de répondant-e-s déclarent s'être senti-e-s compris-es par les professionnel-le-s de santé, au moins au cours de certaines prises en charge.

Figure F.19 - Sentiment d'être compris-e au cours des prises en charge

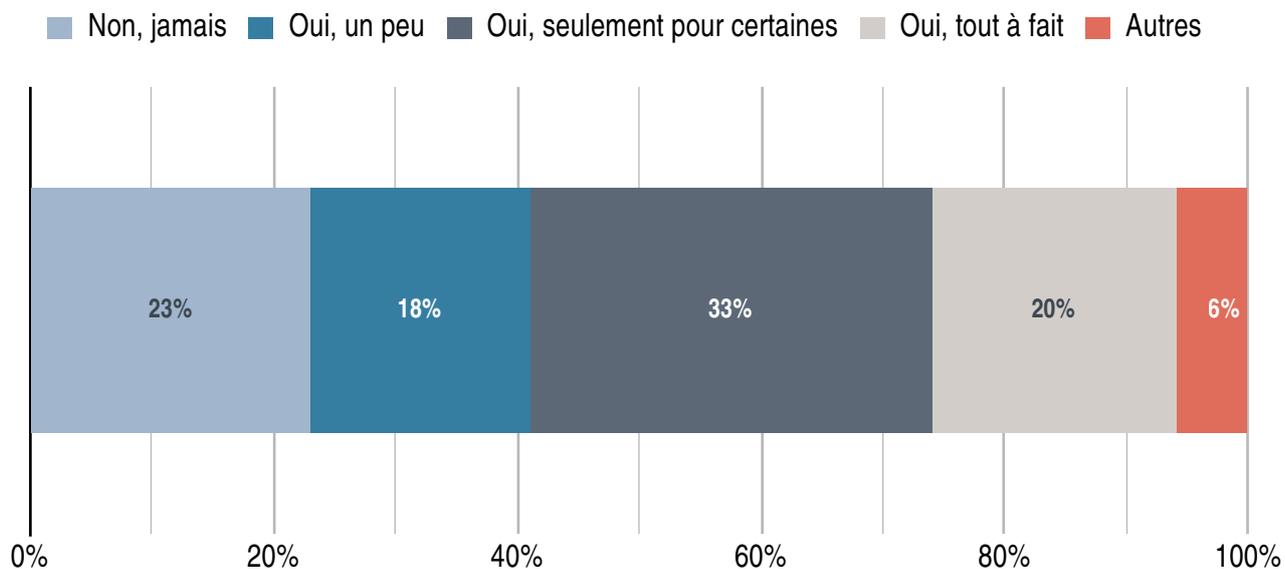


Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'un suivi médical psychiatrique ou psychologique, hors non renseigné (692 répondant-e-s). En pourcentages.

Quant à la gravité des violences sexuelles subies et l'importance de leur impact, elles ont été réellement reconnues dans 53% des cas : de « Oui, seulement dans certaines prises en charge » (33%) à « Oui, tout à fait » (20%).

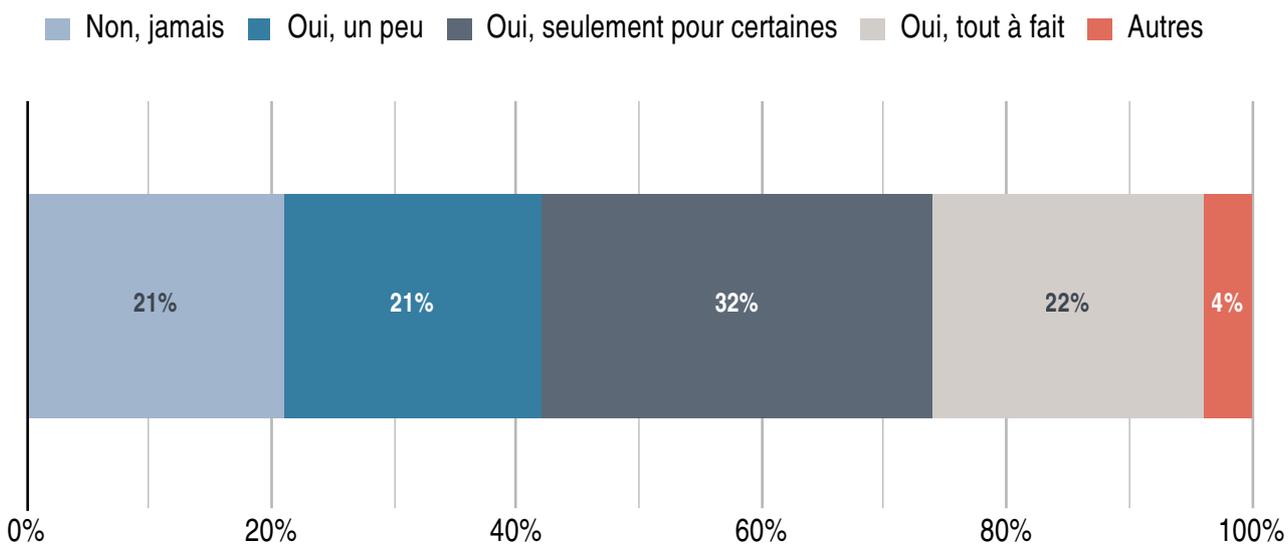
Toutefois, 1 répondant-e sur 5 ne s'est pas senti-e en sécurité et protégé-e au cours des prises en charge médicales et psychothérapeutiques.

Figure F.20 - La gravité des violences sexuelles subies et l'importance de leur impact ont-elles été reconnues au cours des prises en charge ?



Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'un suivi médical psychiatrique ou psychologique, hors non renseigné (693 répondant-e-s). En pourcentages.

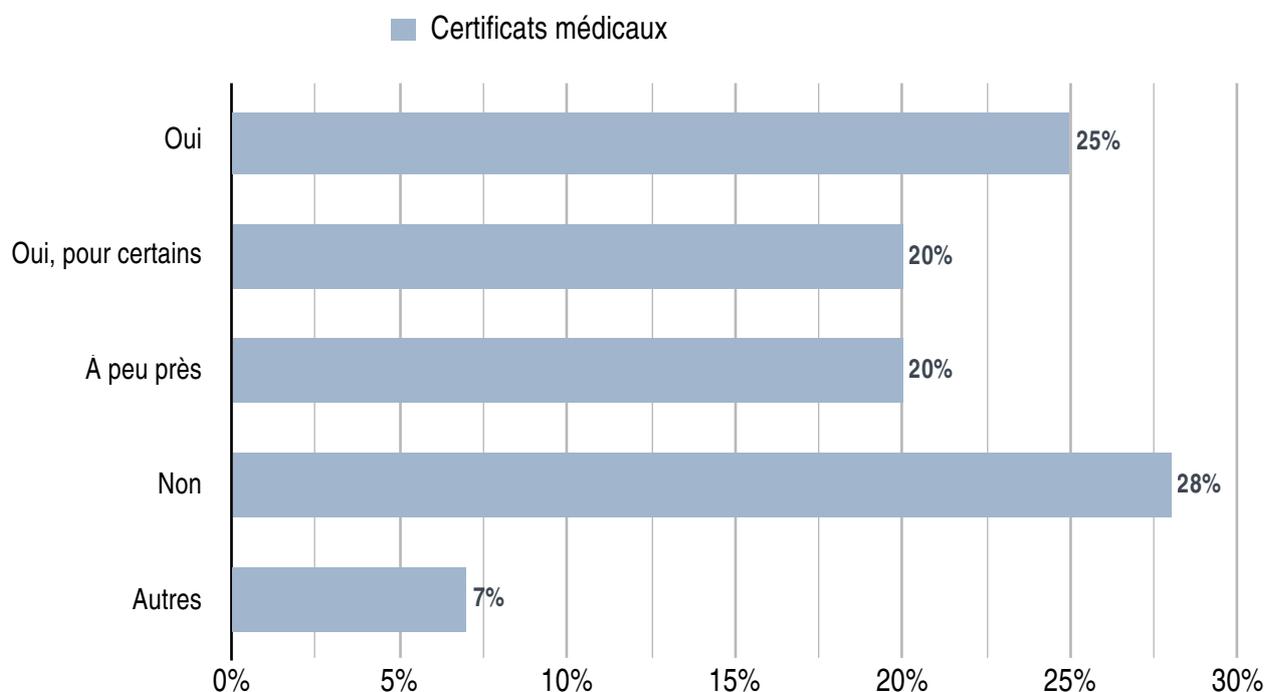
Figure F.21 - Vous êtes-vous senti-e en sécurité et protégé-e au cours des prises en charge ?



Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'un suivi médical psychiatrique ou psychologique, hors non renseigné (686 répondant-e-s). En pourcentages.

Il n'a pas forcément été aisé pour les victimes interrogées de réussir à obtenir des certificats médicaux, ainsi, un quart d'entre elles déclarent que cela a été impossible ou très difficile.

Figure F.23 - Est-ce que ces certificats médicaux vous ont paru adaptés et détaillés ?

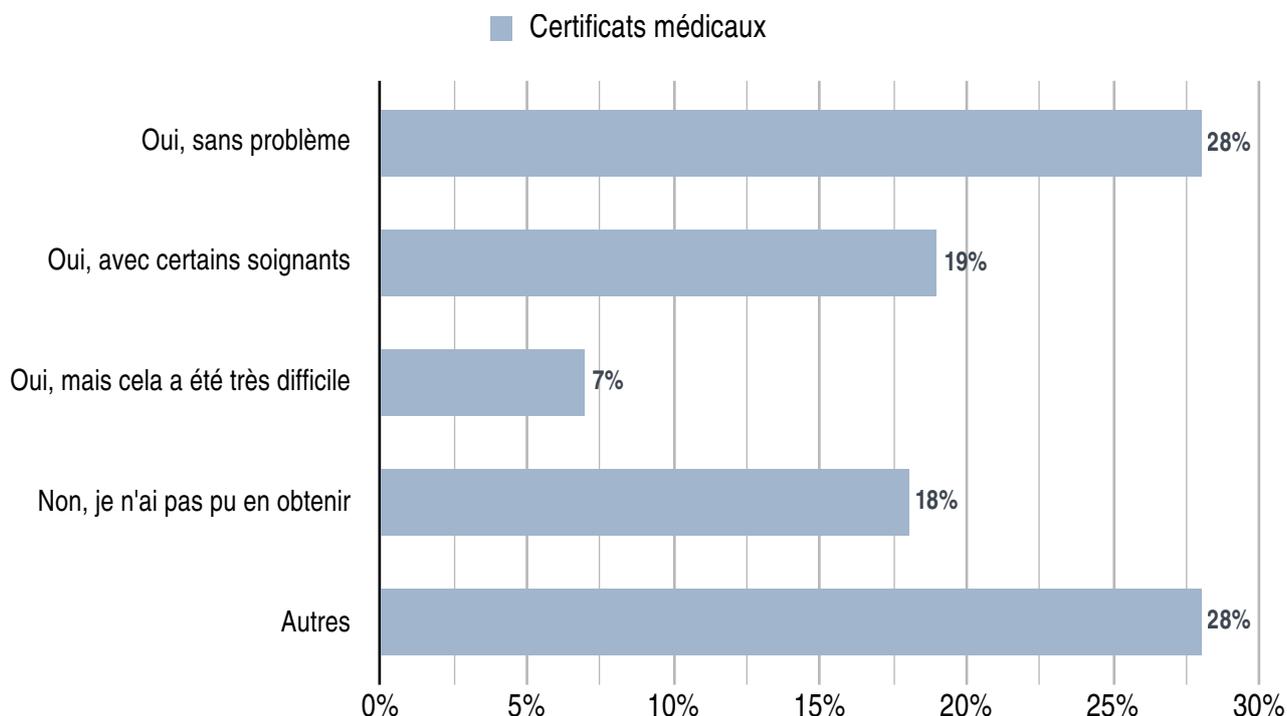


Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'un suivi médical psychiatrique ou psychologique, hors non renseigné (318 répondant-e-s). En pourcentages.

L'item « Autres » représente près d'un tiers des réponses et les personnes interrogées y expliquent soit qu'elles n'ont pas eu besoin de certificats médicaux, soit qu'elles ne savent pas ce qu'est un certificat médical (« Est-ce la même chose qu'une attestation ITT ? »), soit qu'elles n'ont jamais demandé de certificat. Il semble donc crucial que les professionnel-le-s de santé expliquent à leurs patient-e-s la nature et l'intérêt du certificat médical et proposent spontanément d'en délivrer.

Par ailleurs, seul-e un-e répondant-e sur 4 considère que les certificats médicaux délivrés étaient tous adaptés et détaillés.

Figure F.22 - Vous a-t-on fait des certificats médicaux sans problème quand vous en avez eu besoin ?



Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'un suivi médical psychiatrique ou psychologique, hors non renseigné (502 répondant-e-s). En pourcentages.

Une majorité (63%) de répondant-e-s n'ont pas eu d'expertise psychologique ou psychiatrique. Lorsqu'ils ou elles en ont eu, elles ont le plus souvent été réalisées par un-e psychiatre ou un-e expert-e des tribunaux.

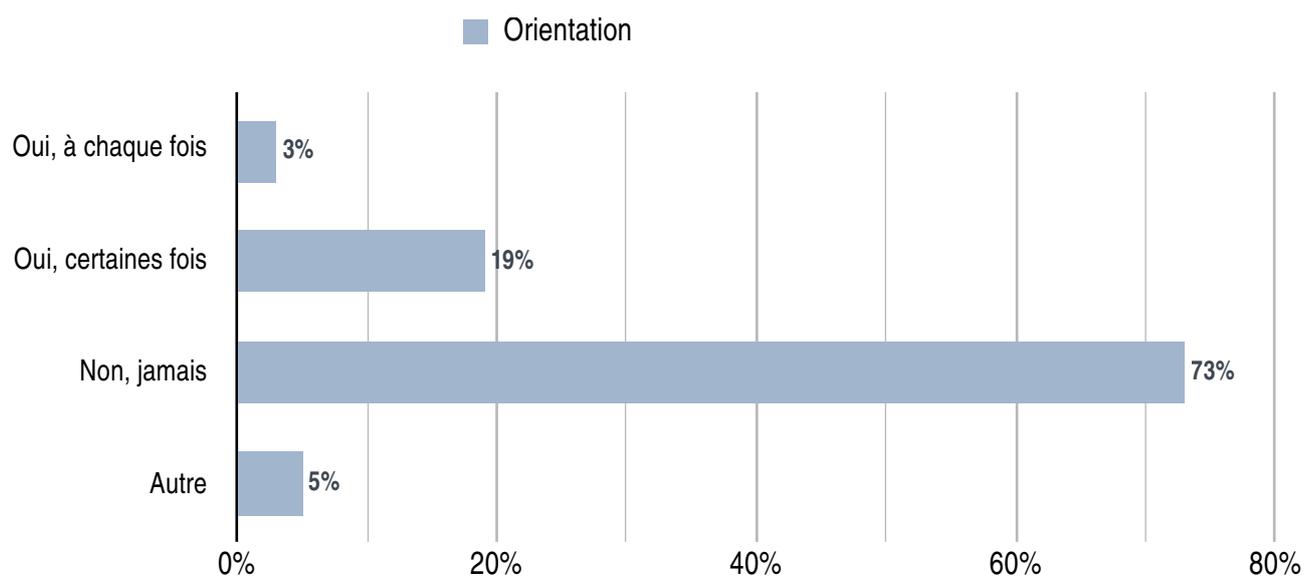
Par ailleurs, au cours de leurs prises en charge, les victimes interrogées n'ont que très rarement été orientées vers des associations d'aide aux victimes ou des professionnel-le-s des secteurs juridique et social. Seul-e-s 22% des répondant-e-s rapportent que c'est arrivé dans toutes ou certaines prises en charge. Enfin, 41% des répondant-e-s estiment que certains soins ou prises en charge ont été maltraitants.

Tableau F.25 - Avez-vous eu des expertises psychologiques ou psychiatriques

	Effectifs	Pourcentages
Non	539	63 %
Oui par des médecins de la sécurité sociale	39	5 %
Oui par des psychiatres de la sécurité sociale	18	2 %
Oui par un-e médecin de la Caisse d'Allocations Familiales	4	0 %
Oui par un-e psychiatre de la Caisse d'Allocations Familiales	1	0 %
Oui par un-e psychiatre expert-e auprès des tribunaux	110	13 %
Oui par un-e psychologue expert-e auprès des tribunaux	103	12 %
Oui par un-e médecin expert auprès de mutuelles d'assurance	12	1 %
Autre	35	4 %
Total général	861	100 %

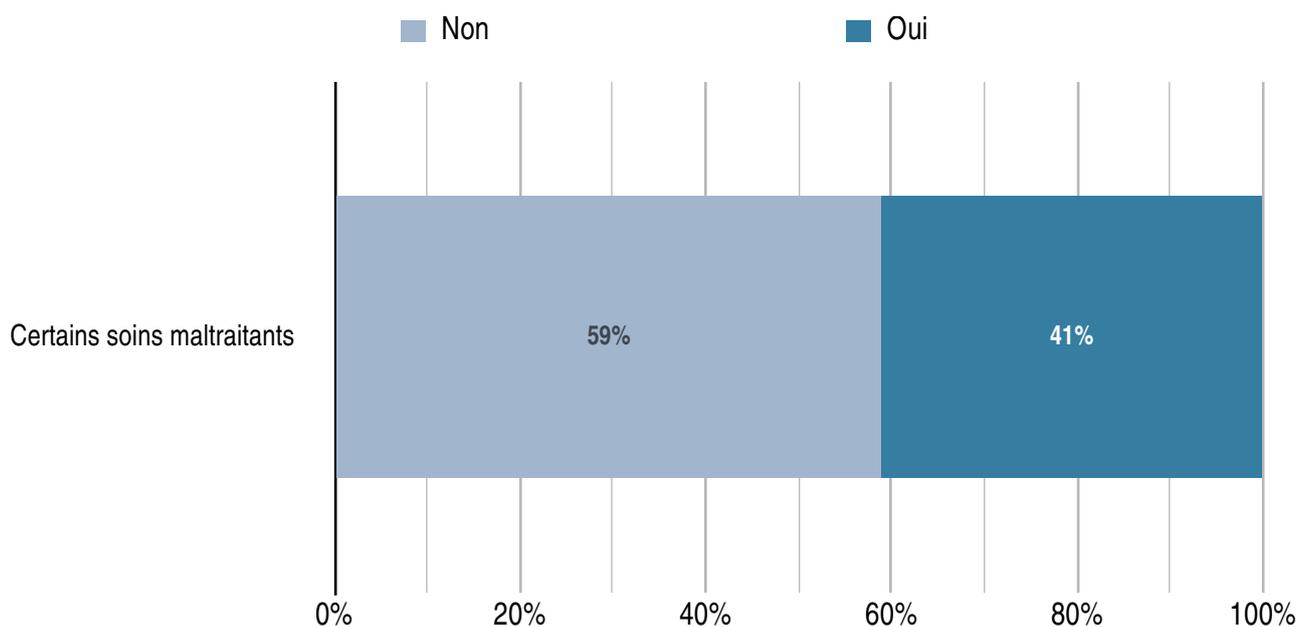
Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (861 répondant-e-s).

Figure F.24 - Vous a-t-on orienté-e vers des associations d'aide aux victimes ou vers des professionnel-le-s des secteurs juridique et social au cours de vos prises en charge ?



Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'un suivi médical psychiatrique ou psychologique, hors non renseigné (661 répondant-e-s). En pourcentages.

Figure F.25 - Considérez-vous que certains soins ou prises en charge ont été maltraitants ?



Champ : répondant-e-s ayant bénéficié d'un suivi médical psychiatrique ou psychologique, hors non renseigné (624 répondant-e-s). En pourcentages.

III. SOUHAITS ET PROPOSITIONS DES VICTIMES INTERROGÉES

Les répondant-e-s nous ont fait part de nombreuses propositions pour améliorer la prise en charge des victimes de violences sexuelles. Dans un ordre décroissant de réponses, leurs recommandations visent à faciliter les démarches des victimes, former les professionnel-le-s impliqué-e-s et lutter contre le déni ambiant.

1. Faciliter les démarches des victimes

« les victimes sont en souffrance, soulagez-les dans les procédures et l'accompagnement. »

▸ Donner des informations via les professionnel-le-s de santé, les administrations, par des plateformes téléphoniques, par des plateformes web, car bien souvent les victimes se sentent désemparées face au manque d'information sur leurs droits, sur les personnes à qui s'adresser, sur les démarches à entreprendre.

« Que les victimes n'aient plus à chercher par elles-mêmes, où aller, qui est formé, et attendre des mois voire des années (pour certaines jamais) pour trouver un professionnel compétent. »

« Mise en place sur internet d'une plateforme de forums spécifiques pour les victimes, accessibles à tous, en simple lecture et/ou participation, avec présence de personnes spécialisées qui informent, orientent et rassurent, avec personnalisation des réponses en fonction des demandes. »

« Et puis développer l'information dans les campagnes, on y est tellement isolés : mettre des notices d'information visibles et accessibles dans les mairies, les services de proximité, les gendarmeries, que les personnes ressentent l'implication et le soutien de la justice dans leur démarche »

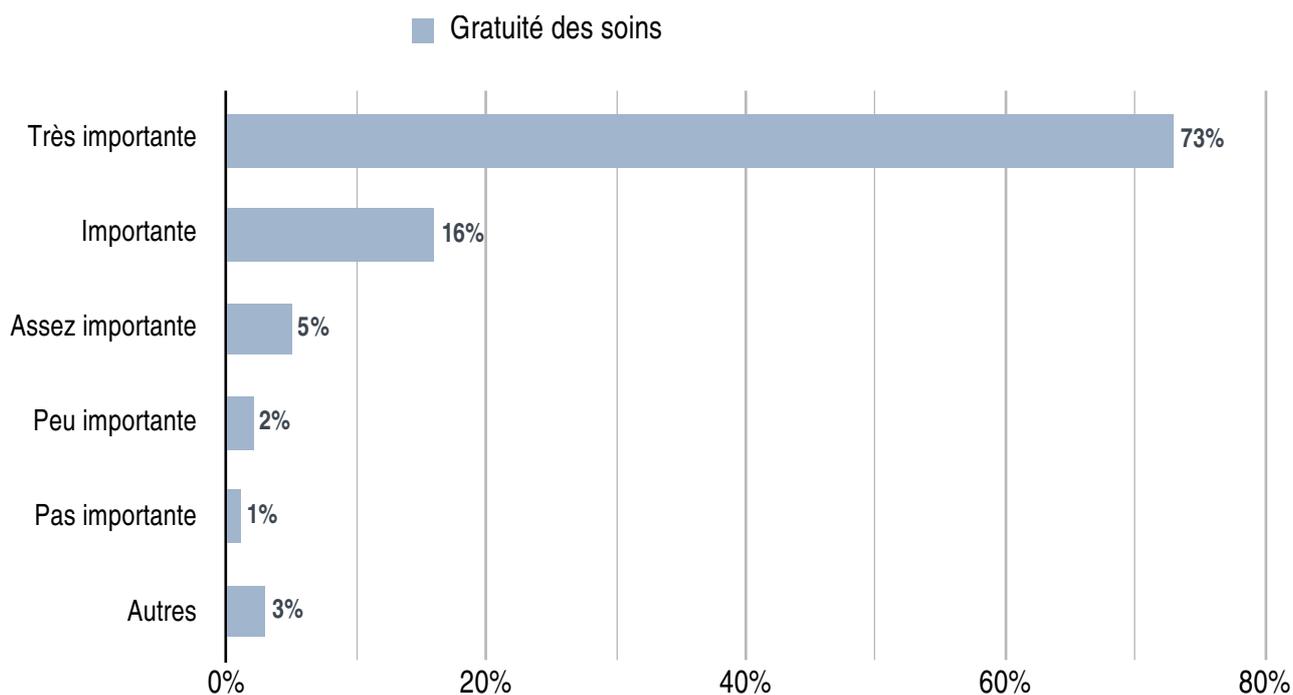
► Mettre en place la gratuité des soins pour les victimes de violences sexuelles. 89% des personnes interrogées considèrent que la gratuité des soins est très importante à importante.

« Accompagnement financier primordial pour les temps de soin à répétition car certaines victimes ne peuvent plus travailler et n'ont plus de famille. »

« C'est honteux que l'inégalité entre les victimes et les autres soit aussi financière, moi j'y ai mis tout mon argent pour aller mieux. »

« La prise en charge des victimes doit être gratuite, pour les jeunes et pour que tout le monde y ait accès... »

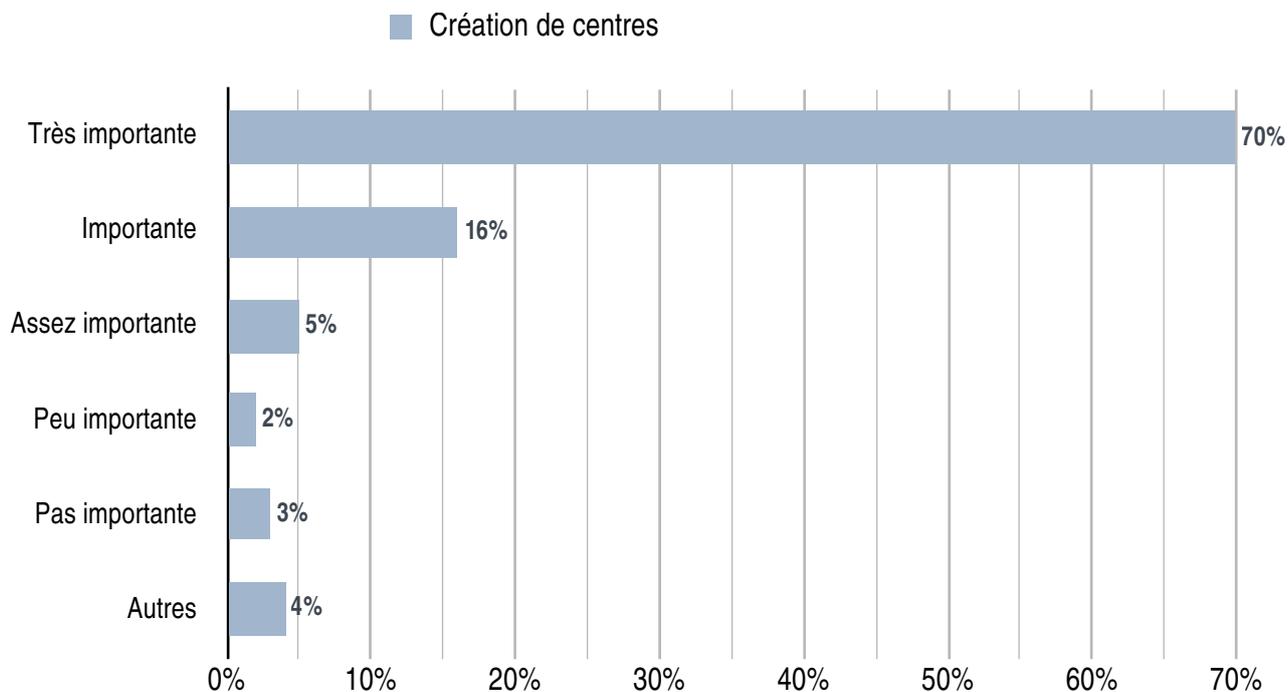
Figure F.26 - Est-ce que la gratuité des soins vous paraît :



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1049 répondant-e-s).
En pourcentages.

- Créer des centres spécialisés pluridisciplinaires dans chaque département pour accueillir les victimes et leur offrir une prise en charge globale. 86% des répondant-e-s jugent que la création de ces centres est très importante à importante.

Figure F.27 - Est-ce que la création de centres de soins spécialisés pour les victimes de violences sexuelles dans chaque département vous paraît :



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1021 répondant-e-s).
En pourcentages.

« Il me paraît également souhaitable de créer des espaces gratuits dédiés aux victimes de violences sexuelles dans chaque département, qui seraient capables de réunir toutes les professions (de la médecine légale au psychologue/psychiatre, en passant par l'aide juridique, l'assistante sociale ou encore des associatifs), qu'une victime doit rencontrer tout au long de son parcours du combattant. Ceux-ci seraient ainsi mieux formés et plus spécialisés. »

« Des centres et des spécialistes en province, vite ! »

« Plus de liens entre les services de police, les associations d'aide aux victimes, pour un suivi efficace et systématique. »

« Permettre un accès à un centre de soins gratuit et anonyme avec une prise en charge globale (psycho-médico-sociale et judiciaire). »

► Protéger les victimes et préserver leur anonymat lors des procédures policières et judiciaires :

« Que lorsqu'une victime est reçue chez un médecin, aux urgences, à la gendarmerie, si celle-ci ne reçoit aucun soin/aide, elle soit protégée automatiquement, et dirigée vers les personnes compétentes dans son département. »

« Prise en charge : assurer un traitement judiciaire protecteur, rapide et non stigmatisant (anonymat du même type que celui assuré aux mineurs ?) de la personne qui porte plainte. »

« Il faudrait mettre en place des services de protection des victimes (notamment pour les violences conjugales...), car certaines ont peur de parler (peur des représailles, honte). »

2. Former les professionnel-le-s

Les victimes interrogées sont 81% à considérer que la formation des professionnel-le-s de santé à la réalité des violences sexuelles et à leurs conséquences psychotraumatiques est très importante à importante. Mais elles estiment également qu'il est important de former tou-te-s les intervenant-e-s de la prise en charge sociale, policière et judiciaire.

« Formation des professionnels à la prise en charge spécifique des victimes de maltraitances sexuelles (médecins généralistes, psychiatres, psychologues, gendarmes, policiers, magistrats, travailleurs sociaux, bénévoles d'association...) »

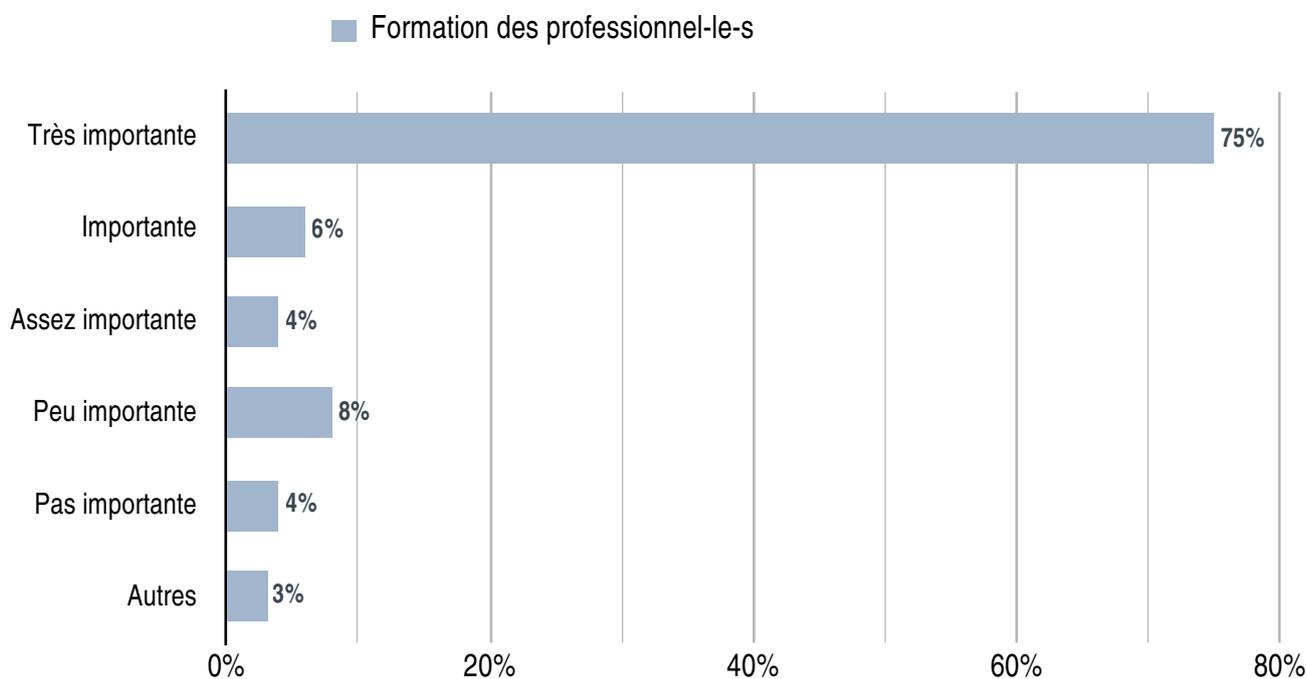
▸ **Savoir dépister les violences :**

« Diffusion d'information en direction des médecins pour qu'ils sachent que, devant certains types de pathologies, ils devraient automatiquement supposer l'existence préalable de traumatismes et poser la question à leurs patients. »

« Peut-être demander aux médecins (scolaire, de famille, du travail) de poser systématiquement la question aux patients dans les anamnèses et qu'ils puissent directement orienter les patients vers les services/soins/aides appropriés. »

« Tenter d'expliquer que "si tu as de la fièvre et des courbatures ce sont des symptômes qui prouvent que tu as la grippe", de même "si tu te sens coupable et honteux ce sont des symptômes qui prouvent que tu es victime et qu'il faut en parler à un adulte jusqu'à tant qu'on te croie" »

Figure F.28 - Est-ce que la formation des professionnel-le-s de santé à la réalité des violences sexuelles et à leurs conséquences psychotraumatiques vous paraît :



Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1013 répondant-e-s).

En pourcentages.

► **Croire les victimes, reconnaître leur souffrance, sortir du déni :**

« Être d'emblée dans une neutralité bienveillante. Ne pas croire que la victime invente, est mythomane, veut se venger. Croire les victimes. »

« Les gens ne sont pas à l'aise avec ce sujet et du coup nous victimes, passons systématiquement pour des tarés, des personnes fragiles. »

« J'aimerais que l'on soit prises (victimes) au sérieux, et surtout que l'on nous aide à ne plus culpabiliser ni à souffrir du déni. »

► **Organiser des groupes de parole :**

« Au-delà de tout ce qui a été évoqué précédemment, il me paraît nécessaire de créer des groupes de paroles pour les victimes de viol. J'en ai cherché mais jamais réussi à en trouver autour des lieux où j'ai vécu. Je sais que l'on est malheureusement nombreuses à subir cet acte mais cela reste théorique. J'aurais aimé rencontrer d'autres femmes qui ont vécu cela, pour partager notre ressenti, ne plus me sentir seule dans ma souffrance, et pourquoi pas aider les autres. »

« Promouvoir des groupes de parole me semble très important, il y en a très peu et les professionnels de santé ou du social ne les connaissent pas ou dénigrent cette forme de thérapie car ils ignorent la dimension profondément collective de l'expérience du viol, ils individualisent les cas, nous pathologisent et dénigrent les cas de viols qui ne correspondent pas au stéréotype du psychopathe planqué dans une allée sombre avec un couteau »

« Les victimes sont les principales expertes pour des actions à mener avec d'autres victimes, des professionnels, en faveur des victimes : elles peuvent former et en retour être formées ! »

- ▶ Donner du temps, et pourquoi pas un espace dédié au repos des victimes :

« Accepter que le temps des victimes n'est ni celui de la justice, ni du domaine médical ! »

« Leur permettre de souffler dans un lieu convivial, et bienveillant comme une cure dédiée, comme une grande colo où elles participent aux tâches et se valorisent en produisant des objets, légumes, ou services finançant le domaine... où elles parlent entre elles. => maison de repos et de reconstruction. »

« Un accueil apaisant, chaleureux, vous considérant comme une victime au même titre qu'un accidenté de la route, sauf que c'est celui de la vie ! »

3. Rompre le silence

« Il ne me paraît pas juste de devoir se battre pour trouver quelqu'un à qui parler alors qu'on nous bassine avec ce fameux "briser la loi du silence". »

- ▶ Eduquer la population :

« Aborder ces questions auprès des plus jeunes pour les sensibiliser à détecter ces cas en tant que victime et agresseur, multiplier les campagnes d'information : faire comprendre que le viol existe dans le cadre du mariage, travailler à la déculpabilisation des victimes, rappeler les chiffres édifiants des agressions, viols, incestes, sur hommes et femmes. »

« Renforcer la prévention, faire des interventions (auprès des jeunes notamment, histoire que leurs cours d'éducation sexuelle ne se limitent pas à enfiler une capote à un pied de chaise), leur apprendre que le sexe n'est pas un mérite ou un dû, que chacun est libre de dire non au moment où il le désire. »

▸ **Nommer les violences :**

« Pour l'inceste, c'était pareil. Avec ma mère ce n'était pas du viol... Où est le mal s'il n'y a pas pénétration... Dans le corps ??? »

« Nommer plus les violences sexuelles, les violences psychiques, car elles sont dans notre société considérées comme moins violentes que les violences physiques (un coup au visage sera plus grave et visible qu'un attouchement ou une tentative de viol, l'aide et la reconnaissance de la gravité des faits seront minimales voire inexistantes pour ce qui est invisible) »

« Mais aussi expliquer à quel point, n'importe quel genre de violences est grave et est impardonnable car (les violences) rongent tout entier que l'on soit homme ou femme. »

CONCLUSION

1. Les limites de l'enquête

L'enquête a été victime de son succès, et nous n'avons malheureusement pas pu, par manque de temps et de moyens, exploiter la totalité des résultats collectés. Nous n'avions pas prévu un tel nombre de réponses et nous n'y étions pas préparé-e-s. Nous nous sommes du coup heurté-e-s à diverses problématiques lors de l'exploitation des résultats. Ainsi, les victimisations successives de la majorité des répondant-e-s ont rendu difficile l'identification précise des faits qui les avaient conduit-e-s à porter plainte ou pour lesquels ils ou elles avaient reçu une prise en charge d'urgence.

Par ailleurs, le mode d'administration de l'enquête fait que l'échantillon interrogé n'est pas forcément représentatif de la population des victimes de violences sexuelles. Celles qui se sont senties ciblées par l'enquête sont forcément plus averties que l'ensemble des victimes : elles ont pu mettre le mot « violences sexuelles » sur ce qu'elles ont subi, ne présentent pas ou plus d'amnésie traumatique totale, et ont donc probablement fait plus de démarches auprès des associations, de la justice et des professionnel-le-s de santé.

D'autre part, en n'incluant pas de frontières temporelles claires aux questions qui traitent des prises en charge médicales et judiciaires, la conception du questionnaire induit un biais temporel : les lois, le système judiciaire et le système de santé n'étaient pas identiques il y a 10, 20, 30 ans, ou plus, à ce qu'ils sont aujourd'hui. Et il nous a malheureusement été impossible d'isoler exclusivement les réponses concernant les prises en charge judiciaires ou médicales les plus récentes.

Enfin, nous n'avons, hélas, pas pu collecter de données suffisantes auprès de certaines franges de la population : les hommes et les plus de 54 ans sont sous-représenté-e-s, en partie en raison du mode de diffusion du questionnaire qui a surtout été relayé sur le web, et par un milieu associatif et des médias ciblant plutôt les femmes. Les résultats qui les concernent sont probablement sous-estimés et sont donc à considérer avec prudence. Il nous a également été impossible de recueillir des données sur les violences spécifiques que sont les mutilations génitales et les mariages forcés, il nous aurait fallu conduire des enquêtes plus ciblées en parallèle pour toucher les populations concernées.

2. Une situation d'urgence sanitaire et sociale

Malgré les insuffisances énumérées ci-dessus, les résultats de l'enquête démontrent clairement une situation d'urgence sanitaire et sociale. Les victimes interrogées avaient grand besoin de témoigner de l'enfer qu'elles vivent, ainsi que de la solitude et de la souffrance dans lesquelles le déni ambiant les emmure. Les violences sexuelles font partie des pires traumatismes, et faute de dépistage systématique, de protection et de soins appropriés dispensés par des professionnel-le-s formé-e-s, elles auront de lourdes conséquences sur la vie et la santé des victimes. Or, la gravité de ces violences ne paraît pas être suffisamment prise en compte par les proches et les professionnel-le-s, et le droit des victimes à bénéficier de soins, d'informations, de protection et de justice leur est régulièrement dénié. Quant aux situations de vulnérabilité, elles semblent n'entraîner aucune mesure de protection supplémentaire ou de prise en charge adaptée. Force est de constater que les enfants ne sont pas correctement protégés en France, loin s'en faut, et que le dispositif de protection de l'enfance est particulièrement insuffisant en ce qui concerne le dépistage et la protection effective des enfants victimes de violences sexuelles.

Comme les résultats de l'enquête le démontrent, plus les violences sexuelles surviennent tôt dans la vie des victimes et plus les conséquences sont lourdes, d'autant plus si l'agresseur est un membre de la famille ou un proche. Ainsi, les enfants payent un lourd tribut : les situations de violences qu'ils endurent sont loin d'être systématiquement dépistées et les violences sexuelles dont ils sont victimes perdurent souvent pendant des années, durant lesquelles ils ne bénéficient ni de soins, ni de protection. Abandonnés, ils pâtissent en silence des conséquences de ces violences au risque d'en subir de nouvelles, de développer de graves troubles psychotraumatiques, voire même d'en mourir ²²⁶. De plus, un certain nombre de ces enfants deviendront, hélas, agresseurs à

²²⁶ Les violences entraînent un risque vital, pouvant aller jusqu'à 20 ans de perte d'espérance de vie lorsque plusieurs violences sont associées.

Source : BROWN, David W., ANDA, Robert F., TIEMEIER, Henning, FELITTI, Vincent J., EDWARDS, Valerie J., CROFT, Janet B., GILES, Wayne H., « [Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality](#) » in *American Journal of Preventive Medicine*, Novembre 2009, Vol. 37, Issue 5, p. 389-396.

leur tour et feront de nouvelles victimes ²²⁷.

Il est donc urgent que les pouvoirs publics mettent en œuvre les moyens nécessaires pour protéger, accompagner et soigner efficacement toutes les victimes de violences sexuelles afin d'enrayer le cycle infernal des violences.

²²⁷ Avoir été exposé à des violences sexuelles dans l'enfance est un facteur de risque pour en commettre.
Source : World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine, *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*, Genève, WHO, 2010, p. 22.

RECOMMANDATIONS

“ Des recherches de plus en plus nombreuses montrent qu’une grande partie de la violence interpersonnelle peut être prévenue de façon efficace et que ses lourdes conséquences peuvent être atténuées. ”

Organisation mondiale de la Santé - 2014 ²²⁸

Les professionnel-le-s de santé sont le premier recours des victimes de violences sexuelles, ils ou elles sont les mieux placé-e-s pour mettre fin au cycle des violences et de leurs conséquences en informant, en accompagnant et en soignant les victimes. Les recommandations du rapport visent donc en priorité à mettre les personnes victimes de violences au cœur du système de soins, mais aussi à améliorer leur protection et à prévenir la survenue des violences sexuelles.

²²⁸ World Health Organization, [*Global Status Report on Violence Prevention*](#), Genève, WHO, 2014, p. 50.

RECOMMANDATIONS :

1. Une vraie politique de santé publique concernant la prévention, le dépistage, l'accompagnement et le soin des victimes de violences avec :

- La formation en urgence des professionnel-le-s de santé et de tou-te-s les intervenant-e-s de la prise en charge psycho-médico-socio-éducative des victimes de violences : à la réalité des violences, aux dangers encourus par la victime et à leurs repérages, aux conséquences sur la santé physique et psychique et à leurs dépistages (notamment en posant systématiquement la question « *avez-vous subi des violences ?* »), leurs traitements et prises en charge, ainsi qu'à l'orientation des victimes. Sans oublier de les former dans le cadre médico-légal pour faire des certificats, des ITT et des expertises. La formation des professionnel-e-s est le prérequis principal pour améliorer la qualité de la prise en charge des victimes.

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

- La mise en place par décret de centres spécifiques d'aide et de soin, accessibles à tous (y compris à la population des DOM-COM), dans chaque département et par bassin de 200 000 habitants ²²⁹ pour les départements très peuplés (avec des relais décentralisées animés par des professionnel-le-s formé-e-s rattaché-e-s et référencé-e-s auprès du centre). Proposant à toutes les victimes de violences, quels que soient leur âge, leur handicap ou leur situation sociale, des soins sans frais, et si nécessaire anonymes, dispensés par des professionnel-le-s compétent-e-s et formé-e-s, ainsi qu'une prise en charge globale avec un accompagnement social, judiciaire et associatif : centre de crise, d'accueil, de traitement et d'accompagnement social, judiciaire et associatif (permanences sur place), de soutien, d'aide à l'orientation, proposant des

²²⁹ Conformément aux préconisations du rapport explicatif de la Convention du Conseil de l'Europe ou Convention d'Istanbul, article 25-142.

²²⁹ [Rapport explicatif de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention de la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique](#), Istanbul, 2011.

groupes de paroles, des activités artistiques et corporelles de restauration personnelle, une information et une documentation.

- La création d'un observatoire national sur l'impact des violences, l'accompagnement et le soin des victimes, voué à la conduite de programmes de recherche et de collecte des données.

- La mise en place d'un centre d'accueil téléphonique d'expertise, de conseil, d'orientation et de documentation pour les professionnel-le-s de santé et tou-te-s les intervenant-e-s de la prise en charge.

- La protection des professionnel-le-s de santé (contre les attaques en justice ou devant le conseil de l'Ordre) qui signalent des maltraitances sur des mineur-e-s ou des personnes vulnérables, et qui établissent des certificats médico-légaux pour des victimes de violences.

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

2. Des plans d'action gouvernementaux de prévention, d'accompagnement et d'information avec :

- La mise en place d'enquêtes et de recherches spécifiques, y compris et surtout auprès des populations les plus vulnérables (mineur-e-s, personnes âgées, personnes handicapées, personnes discriminées et marginalisées).

- La création de campagnes d'information et de prévention grand public visant à démonter les normes culturelles et sociales qui favorisent l'existence des violences sexuelles, ainsi que la création de campagnes d'information et de prévention ciblant les personnes les plus touchées et les plus vulnérables (mineur-e-s, personnes handicapées, personnes âgées, personnes discriminées et marginalisées). Ainsi que

la mise en œuvre d'un travail de prévention dans le cadre scolaire pour informer sur la réalité des violences sexuelles, sur la loi, et pour promouvoir les droits des enfants et l'égalité homme-femme.

▸ L'adaptation des procédures policières et judiciaires à la spécificité des violences sexuelles, la formation spécifique des professionnel-le-s impliqué-e-s, et la création de mesures de protection particulières pour les victimes de violences sexuelles. Conformément aux exigences de la *Convention du Conseil de l'Europe* ²³⁰, des mesures doivent notamment être prises pour :

- veiller à ce que les victimes soient, ainsi que les membres protecteurs de leur famille et les témoins à charge, à l'abri des risques d'intimidation, de représailles et de nouvelles victimisations ;
- empêcher la diffusion publique de toute information pouvant permettre l'identification des victimes ou divulguant l'adresse de leur lieu de résidence habituel ;
- veiller à ce que les contacts entre les victimes et les auteurs d'infractions à l'intérieur des tribunaux et des locaux des services de police soient évités ;
- permettre aux victimes de témoigner en salle d'audience sans être présentes, ou du moins sans que l'auteur présumé de l'infraction ne soit présent, notamment par le recours aux technologies de communication appropriées, si elles sont disponibles ;
- veiller à une évaluation contextuelle des preuves afin de déterminer, au cas par cas le consentement ou non à l'acte sexuel accompli, comme résultat de la volonté de la personne considérée dans le contexte spécifique à cet acte, ainsi qu'à la prise en compte des réactions comportementales à la violence sexuelle et au viol que la victime peut adopter. Il convient également de veiller à ce que les interprétations de la législation relative au viol et les poursuites engagées dans les affaires de viol ne soient pas inspirées par des stéréotypes et des mythes sexistes visant respectivement les sexualités masculine et féminine.

²³⁰ La Convention du Conseil de l'Europe ou convention d'Istanbul a été ratifiée par la France et est applicable depuis le 1^{er} août 2014.

[Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique](#), Istanbul, 12 Avril 2011.

▸ L'amélioration des lois relatives aux violences sexuelles conformément aux exigences de la *Convention du Conseil de l'Europe* ²³¹, et le suivi de leur réelle application, notamment :

- l'amélioration du délai de prescription de l'action publique concernant les violences sexuelles en rendant imprescriptibles les atteintes, agressions sexuelles et viols ;

- la prise en compte, dans le code pénal, de la nature incestueuse des violences sexuelles commises à l'encontre de mineur-e-s comme circonstance aggravante, en retenant pour définition « *Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis sur la personne d'un mineur par un membre de sa famille selon l'état civil, ou par toute autre personne résidant habituellement au sein du même foyer que la victime ou entretenant une relation sexuelle ou conjugale avec un des membres de la famille de la victime selon l'état civil.* »

- le retrait systématique de l'autorité parentale du parent ayant commis des violences sexuelles à l'encontre de l'enfant, de la fratrie de l'enfant ou de l'autre parent ;

- veiller à une stricte application de la législation et empêcher la pratique, en principe illégale, mais pourtant fréquente et consolidée par la loi du 9 mars 2004, de correctionnalisation des viols par une requalification en agression sexuelle ;

- le vote définitif et l'application de la proposition de loi renforçant la lutte contre le système prostitutionnel, adoptée par l'Assemblée nationale le 3 décembre 2013 ²³².

▸ La mise en place de dispositifs améliorant l'accès des victimes au droit, à la justice, à des réparations et à des aides sociales adaptées : les victimes doivent notamment être informées de leurs droits, des services auxquels elles peuvent avoir accès et des suites données à leur plainte, des chefs d'accusation retenus, du déroulement général de l'enquête ou de la procédure, et de la décision rendue.

²³¹ La Convention du Conseil de l'Europe ou convention d'Istanbul a été ratifiée par la France et est applicable depuis le 1^{er} août 2014.

Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, Istanbul, 12 Avril 2011.

²³² Assemblée nationale, *Proposition de loi renforçant la lutte contre le système prostitutionnel*, Assemblée nationale, Session ordinaire de 2013-2014, 4 décembre 2013.

- La refonte de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), afin d'améliorer la prise en charge des victimes et des agresseurs mineurs. De meilleurs résultats, en terme de dépistage, de protection et de prise en charge pourraient être obtenus, notamment en mettant en place une formation systématique aux conséquences psychotraumatiques des violences pour les professionnel-le-s sociaux-éducatifs (éducateurs-trices ASE et PJJ, familles d'accueil, etc.) et de l'Éducation Nationale.
- Le respect et l'application stricte des conventions internationales ratifiées par la France : *Convention européenne des droits de l'Homme* ou *Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales*, *Convention internationale des droits de l'enfant*, *Convention du Conseil de l'Europe* ou *Convention d'Istanbul*, *Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF/CEDAW)*.

Lutter contre les violences sexuelles, une urgence absolue

La lutte contre les violences sexuelles et la prise en charge de leurs conséquences est un enjeu important de société et de santé publique. Il est urgent que soit prise la décision politique de développer un plan d'action global de lutte contre ces violences et d'assurer son suivi. Les violences sexuelles et leurs conséquences ne sont pas une fatalité, elles peuvent être prévenues grâce à des programmes adaptés, permettant ainsi d'atténuer les importants coûts humains et économiques qu'elles impliquent.

Sortir du déni, protéger et soigner les victimes de violences sexuelles est une urgence absolue. Soyons solidaires, n'abandonnons pas les victimes de violences.

FOCUS VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

FOCUS VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS : UN SILENCE ASSOURDISSANT ET UN SCANDALE HUMAIN, SANITAIRE ET JUDICIAIRE

Les récentes études internationales de l'UNICEF et de l'OMS ainsi que notre enquête menée en France convergent dans le terrible constat d'une insuffisante reconnaissance et prise en charge des violences sexuelles subies par les enfants.

De toutes les violences sexuelles, celles qui touchent les enfants font partie des plus cachées. Chaque année, nous dit-on, 102 000 adultes sont victimes de viol et de tentatives de viol (86 000 femmes et 16 000 hommes) en France, mais on ne nous parle pas des victimes mineures pourtant bien plus nombreuses, estimées à 154 000 (124 000 filles et 30 000 garçons) ²³³. Dans le monde, 120 millions de filles (une sur dix) ont subi des viols, et la prévalence des violences sexuelles est de 18% pour les filles et de 7,5% pour les garçons ²³⁴.

Selon les résultats de l'enquête *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, conduite auprès de plus de 1200 victimes par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, et présentée le 2 mars 2015 avec le soutien de l'UNICEF France (dans le cadre de son action internationale #ENDviolence) : 81% des victimes de violences sexuelles ont subi les premières violences avant l'âge de 18 ans, 51% avant 11 ans, et 21% avant 6 ans.

²³³ INSEE-ONDRP, enquêtes Cadre de vie et sécurité de 2010 à 2013.

²³⁴ United Nations Children's Fund, *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*, New York, UNICEF, 2014.

World Health Organization, *Global Status Report on Violence Prevention*, Genève, WHO, 2014.

Alors que les mineur-e-s sont les principales victimes de ces délits graves et de ces crimes (68% de viols dans notre enquête), moins de 20% déclarent avoir été reconnu-e-s comme victimes et protégé-e-s, et 30% en cas de plainte, à peine plus. Les enfants sont d'autant plus pris au piège, condamnés au silence et abandonnés que 94% de ces violences sont commises par des proches, et 52% par des membres de la famille. Les agresseurs — essentiellement masculins, dont le quart sont des mineurs — bénéficient presque toujours d'une totale impunité.

Or, les violences sexuelles font partie des pires traumas, et la quasi-totalité des enfants victimes développeront des troubles psychotraumatiques. Ces traumas ne sont pas seulement psychologiques mais aussi neuro-biologiques avec des atteintes corticales et des altérations des circuits émotionnels et de la mémoire à l'origine d'une dissociation et d'une mémoire traumatique.

Faute d'être reconnus et soignés, ces enfants gravement traumatisés développent des stratégies hors normes pour survivre aux violences et à leur mémoire traumatique qui — telle une machine infernale à remonter le temps — leur fait revivre à l'identique ce qu'ils ont subi, comme une torture sans fin. Ces stratégies de survie (conduites d'évitement et conduites à risques dissociantes) sont invalidantes et à l'origine de fréquentes amnésies traumatiques (37%). Traumas et stratégies de survie s'installent dans la durée si la mémoire traumatique n'est pas traitée de façon spécifique, ils vont gravement impacter la santé et la qualité de vie des victimes, et les exposer à des revictimisations (7 victimes sur 10 ont subi des violences sexuelles à répétition).

Les conséquences sur la santé à long terme seront d'autant plus graves que les victimes ont subi un viol, alors qu'elles avaient moins de 11 ans, et que c'était un inceste : risques de morts précoces par accidents, maladies et suicides (selon l'enquête, elles sont 45% à avoir tenté de se suicider), de maladies cardio-vasculaires et respiratoires, de diabète, d'obésité, d'épilepsie, de troubles psychiatriques, d'addictions (pour 48% des victimes), de troubles de l'immunité, de troubles gynécologiques, digestifs et alimentaires, de douleurs chroniques, etc.

Avoir subi des violences dans l'enfance est le déterminant principal de la santé 50 ans après et peut faire perdre jusqu'à 20 années d'espérance de vie si plusieurs violences sont associées ²³⁵.

Le manque de formation fait que, face à un enfant en souffrance, suicidaire, se mettant en danger, peu de professionnel-le-s s'interrogent sur ce que cache cette détresse, ou pensent à lui poser des questions pour savoir s'il a subi des violences (ce qui devrait être systématique lors de tout entretien). Les symptômes des enfants sont fréquemment banalisés, mis sur le compte de la crise d'adolescence, où sont, à l'inverse, parfois étiquetés comme des déficiences ou des psychoses, et font l'objet de traitements dissociants qui ne font qu'anesthésier la souffrance ²³⁶.

Pour les victimes, la non reconnaissance de leurs psychotraumatismes est une perte de chance car une prise en charge adaptée leur permet, en traitant leur mémoire traumatique, de ne plus être colonisées par les violences et les agresseurs, d'activer une réparation neurologique et d'en stopper les conséquences.

Il est essentiel de protéger les enfants de toutes les violences et d'assurer le respect de leurs droits fondamentaux. Il faut garantir aux enfants victimes l'accès à la justice et à des réparations en améliorant les lois et les procédures, et un accès rapide à des soins spécialisés gratuits.

²³⁵ BROWN, David W., ANDA, Robert F., TIEMEIER, Henning, FELITTI, Vincent J., EDWARDS, Valerie J., CROFT, Janet B., GILES, Wayne H., « [Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality](#) » in *American Journal of Preventive Medicine*, Novembre 2009, Vol. 37, Issue 5, p. 389-396.

²³⁶ SALMONA, Muriel, *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013.

Nous réclamons la mise en place d'un plan global de lutte contre les violences sexuelles faites aux enfants, avec des campagnes d'information, une formation de tous les professionnels concernés et la création de centres de soins spécifiques. Sortir du déni, protéger et soigner les enfants victimes de violences sexuelles est une urgence humanitaire et de santé publique.

Michèle Barzach,

Présidente de l'Unicef France

& Muriel Salmona,

Présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie,

Psychiatre-psychotraumatologue

FOCUS VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

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

FOCUS VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

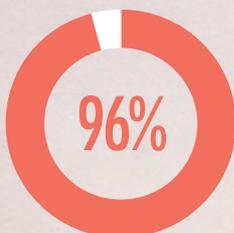
VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS



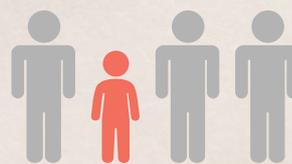
ENQUÊTE DE RECONNAISSANCE
IMPACT & PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES
ENQUÊTE AUPRÈS DES VICTIMES



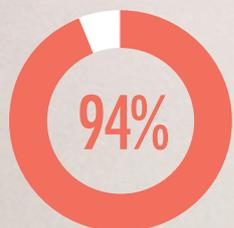
QUI SONT LES AGRESSEURS ?



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



1 agresseur sur 4
EST MINEUR



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



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

68%

des agresseurs mineurs
**COMMETTENT
DES VIOLS**

Source :

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



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

#EndViolence

Avec le soutien de
unicef

FOCUS VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

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



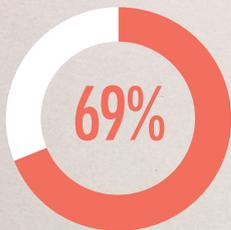
DE LOURDES CONSÉQUENCES



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

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



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

#EndViolence

Avec le soutien de
unicef

FOCUS VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

VIOLENCES SEXUELLES : LES ENFANTS SONT LES PRINCIPALES VICTIMES

1214 victimes de violences sexuelles, dont 95% de femmes, ont accepté de répondre à notre enquête, anonyme et auto-administrée par ordinateur, sur l'impact et la prise en charge des violences sexuelles. L'enquête *Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte* a été conduite de mars à septembre 2014 par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie dans le cadre de la campagne *Stop au déni*. Les répondant-e-s, qui semblent avoir eu grand besoin de faire entendre leur voix, ont pris le temps de renseigner les 184 questions de notre questionnaire et répondu longuement à de nombreuses questions ouvertes. Jusqu'ici, toutes les études prenant en compte les conséquences des violences sexuelles consultaient uniquement des professionnel-le-s en contact avec les victimes. Notre enquête nationale auprès des victimes de violences sexuelles est donc une grande première, et les données collectées se révèlent particulièrement alarmantes.

LES VIOLENCES SEXUELLES SONT EN MAJORITÉ COMMISES SUR DES MINEUR-E-S

Le fait le plus marquant apporté par les résultats de l'enquête est sans conteste l'âge au moment des premières violences sexuelles. 81% des victimes déclarent avoir subi les premières agressions avant l'âge de 18 ans, 51% avant l'âge de 11 ans et 21 % avant 6 ans !

Si ces pourcentages peuvent paraître étonnants au premier abord, c'est principalement dû au fait que les chiffres officiels de 102 000 personnes ²³⁷ — dont 86 000 femmes et 16 000 hommes — victimes, chaque année en France, de viol ou de tentatives de viol, ne concernent que les 18-75 ans. Ils ne prennent donc pas en compte les violences sexuelles dont sont victimes les mineur-e-s. Or, un récent rapport de l'OMS souligne que 20% des femmes et 5 à 10% des hommes dans le monde rapportent avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance ²³⁸. Et l'on sait grâce à l'enquête *CSF (Contexte de la sexualité en France)* que 59% des femmes et 67% des hommes victimes de violences sexuelles ont subi les premiers viols ou tentatives de viol avant l'âge de 18 ans ²³⁹. Si l'on tente de croiser ces données avec celles de l'Observatoire national des violences faites aux femmes, on obtient donc les chiffres suivants : environ 123 756 filles et 32 485 garçons de moins de 18 ans seraient victimes d'un viol ou d'une tentative de viol chaque année, ce qui, en extrapolant, porte le chiffre global de victimes de moins de 75 ans à près de 260 000 chaque année.

La majorité de ces violences sexuelles subies dans l'enfance sont assorties de circonstances aggravantes. On retrouve des situations d'inceste et/ou de viol dans plus de la moitié des cas. Ainsi, les victimes interrogées déclarent avoir subi les violences sexuelles suivantes exclusivement en tant que mineur-e-s : agressions sexuelles pour 14% des victimes, situation d'inceste hors situation de viol pour 28% des victimes ; autres violences sexuelles pour 1% d'entre elles ; viol en situation d'inceste pour 24% d'entre elles ; viol hors situation d'inceste pour 31% d'entre elles.

²³⁷ Selon la lettre n°4 de novembre 2014 de l'Observatoire national des violences faites aux femmes, chaque année en moyenne, près de 0,2 % des personnes de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine, soit 102 000 personnes dont 86 000 femmes et 16 000 hommes, sont victimes d'un viol ou d'une tentative de viol.

Source : INSEE-ONDRP, enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2010 à 2013. Questionnaire auto-administré par ordinateur (méthode audio-CASI) auprès de 13 500 (moyenne) répondants, hommes et femmes âgés de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

²³⁸ World Health Organization, *Global Status Report on Violence Prevention*, Genève, WHO, 2014, p. 70.

²³⁹ BAJOS, Nathalie et BOZON, Michel (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008, p. 388.

PLUS LA VICTIME EST JEUNE AU MOMENT DES FAITS ET PLUS LES CONSÉQUENCES SONT LOURDES

Il apparaît dans les résultats du questionnaire que les violences sexuelles commises sur une personne en situation de vulnérabilité (notamment en tant que mineur-e ou dans les situations de dépendance et d'emprise que l'on retrouve dans le cas de l'inceste et des violences conjugales), entraînent les conséquences les plus graves, qu'il s'agisse de la propension à tenter de se suicider ou de l'impact sur la santé mentale et physique.

En effet, le fait d'avoir vécu des violences sexuelles en tant que mineur-e influence positivement le fait de faire au moins une tentative de suicide, c'est le cas pour 45% des répondant-e-s victimes de violences sexuelles alors qu'ils ou elles étaient mineur-e-s. Près de la moitié (49%) des répondant-e-s victimes d'une première violence sexuelle avant l'âge de 6 ans ont tenté de se suicider. Et environ 1 victime de viol en situation d'inceste sur 2 (52%) rapporte avoir fait au moins une tentative de suicide. Hors situation d'inceste, les victimes ayant subi des violences sexuelles alors qu'elles étaient mineures sont plus nombreuses à tenter de se suicider lorsqu'elles ont été agressées par une personne ayant autorité — 52% de celles qui sont dans ce cas ont fait au moins une tentative de suicide.

Par ailleurs, 86% des victimes de violences sexuelles en tant que mineur-e-s rapportent avoir eu des idées suicidaires.

63 % des victimes ayant subi leur première violence sexuelle avant l'âge de 5 ans et 49% de celles qui l'ont subie entre l'âge de 5 et 9 ans déclarent avoir eu peur de mourir lors de ces violences.

L'impact sur la santé mentale est déclaré comme plutôt important (somme de très important, important et assez important) par 95% des victimes. Plus les violences ont eu lieu tôt, plus l'impact sur la santé mentale est vécu comme important. Ainsi, 97% des victimes de viol en situation d'inceste et des victimes ayant subi les premières violences avant l'âge de 6 ans rapportent que les violences ont eu un impact plutôt important sur leur santé mentale.

Il en va de même pour l'impact sur la santé physique qui est déclaré plutôt important par 79% des victimes de viol en situation d'inceste et 80% des victimes ayant subi les premières violences sexuelles avant l'âge de 6 ans.

Quant à l'impact sur la qualité de vie, il est d'autant plus important lorsque les violences ont eu lieu alors que la victime était très jeune. Ainsi, il est déclaré important à très important par 82% des personnes interrogées ayant subi les premières violences sexuelles avant l'âge de 6 ans et par 70% de celles en ont été victimes entre 6 et 10 ans.

Plus d'un tiers (37%) des victimes mineur-e-s au moment des faits rapportent avoir présenté une période d'amnésie traumatique après les violences, ce chiffre atteint 46% — soit près de la moitié d'entre elles — lorsque les violences sexuelles ont été perpétrées par un membre de la famille. Ces amnésies traumatiques peuvent durer jusqu'à 40 ans et même plus longtemps dans 1% des cas. Elles ont duré entre 21 et 40 ans pour 11% des victimes, entre 6 et 20 ans pour 29% d'entre elles et de moins de 1 an à 5 ans pour 42% d'entre elles. On peut en conclure que la loi actuelle sur les délais de prescription de l'action publique en cas de viol ou d'agression sexuelle est inadaptée et mériterait d'être modifiée.

LA MAJORITÉ DES VICTIMES MINEURES N'ONT BÉNÉFICIÉ D'AUCUNE PROTECTION

Sans surprise, puisque l'OMS a reconnu en 2010 que le déterminant principal pour subir des violences est d'en avoir déjà subi ²⁴⁰, une grande majorité de répondant-e-s déclarent avoir été victimes de plus d'une violence sexuelle (70%). Cette majorité rapporte également s'être sentie en danger au moment des violences (83%), n'avoir bénéficié d'aucune protection (83%) et ne pas s'être sentie reconnue comme victime par la police et la justice (70%).

Plus les violences sont assorties de circonstances aggravantes (viol, inceste) et moins les victimes ont été protégées par la police, la justice ou leurs proches. Ainsi, 83% des victimes de viol et 88% des victimes d'agression sexuelle en situation d'inceste

²⁴⁰ World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine, [*Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*](#), Genève, WHO, 2010, p. 22 et 26.

déclarent qu'elles n'ont pu bénéficier d'aucune protection. Et 56% des répondant-e-s rapportent n'avoir pu parler à personne de ce qu'ils ou elles subissaient au moment des violences.

Les mineur-e-s ne bénéficient pas de plus de protection, loin de là. Seules 4% des victimes agressées dans l'enfance rapportent avoir été prises en charge par l'Aide sociale à l'enfance. Et parmi les victimes qui ont porté plainte, 66% de celles qui avaient moins de 6 ans au moment des faits, 70% de celles qui avaient entre 6 et 10 ans et 71% de celles qui avaient entre 11 et 14 ans, rapportent n'avoir jamais été protégées.

Des répondantes témoignent :

« Une inaptitude à reconnaître l'emprise et l'autorité des parents sur une victime d'inceste de la part de la Brigade des mineurs, du procureur à qui j'ai demandé à parler et qui m'a refusé l'audience. Au juge pour enfants qui a convoqué toute ma famille pour nous dire qu'elle était heureuse de voir devant elle une famille enfin réunie !!! L'incompétence d'analyse de cette situation par les adultes et les professionnels, me laissant repartir vivre avec mon violeur, avec leur bénédiction. J'avais 18 ans, ma sœur 13 ! »

« Concernant la première affaire, j'en veux aux policiers de ne pas m'avoir écoutée et de m'avoir prise pour une menteuse. À 6 ans, on n'invente pas ça. J'en veux à la "justice" d'avoir créé le délai de prescription et la catégorisation des agresseurs selon leur âge. »

PRÈS D'UN QUART DES AGRESSEURS DE MINEUR-E-S ONT MOINS DE 18 ANS

Les violences sexuelles faites aux mineur-e-s sont très rarement perpétrées par des pédocriminel-le-s inconnu-e-s de la victime. Ainsi, dans 94% des cas, les agresseurs sont des proches, voire même des membres de la famille dans plus de la moitié (52%) des cas. Hors situation d'inceste, les agressions sexuelles et les viols sont le plus souvent commis par des personnes faisant partie du cercle de connaissances de la victime, dans respectivement 59% et 55% des cas.

24% des auteur-e-s de violences sexuelles sur mineur-e-s étaient mineur-e-s au moment des faits ²⁴¹. Leur victime avait moins de 10 ans dans 62% des cas. Et 68% de ces enfants et adolescent-e-s agresseurs ont commis des viols, incestueux dans près d'un quart des cas (23%). Selon un article de Becker et Hunter, ces agresseurs mineurs seraient eux-mêmes victimes de violences sexuelles dans 40 à 80% des cas ²⁴².

Ces chiffres sont loin d'être négligeables et indiquent l'importance de conduire des campagnes d'information, de prévention et de dépistage des violences subies auprès des jeunes afin de briser le cycle des violences, puisque l'un des déterminants principaux pour commettre des violences est d'en avoir déjà subi ²⁴³.

1 GROSSESSE CONSÉCUTIVE À UN VIOL SUR 5 AFFECTE UNE MINEURE

Parmi l'ensemble des répondantes, 8,5% des victimes de viol sont tombées enceintes suite à ce viol et un quart d'entre elles ont mené leur grossesse à terme, avec toutes les conséquences que cela implique pour l'enfant né de ces violences, dont les possibilités d'abandon, de négligences et de maltraitements, de troubles psychiques, etc.

Ces grossesses consécutives à des viols concernaient des mineures dans au moins 21% des cas. Selon les réponses à l'enquête, ces victimes mineures étaient âgées de 9 à 17 ans au moment de la grossesse, avec une moyenne d'âge de 15 ans.

²⁴¹ Selon l'étude nord-américaine du Bureau of Justice Statistics, 23% des auteur-e-s de violences sexuelles sont des adolescents de sexe masculin, ce taux atteint 40% lorsque les victimes sont des enfants âgés de moins de 6 ans.

Source : SNYDER, Howard N., « [Sexual Assault Of Young Children As Reported To Law Enforcement: Victim, Incident, And Offender Characteristics](#) », Juillet 2000, National Center for Juvenile Justice, U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.

²⁴² BECKER, Judith V., HUNTER, John A., « [Understanding and treating child and adolescent sexual offenders](#) » in *Advances in Clinical Child Psychology*, 1997, Vol. 19, p. 177-197.

²⁴³ World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine, [Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence](#), Genève, WHO, 2010, p. 22.

UNE SITUATION D'URGENCE SANITAIRE ET SOCIALE

Les violences sexuelles font partie des pires traumatismes, et faute de dépistage systématique, de protection et de soins appropriés dispensés par des professionnel-le-s formé-e-s, elles auront de lourdes conséquences sur la santé des victimes, même cinquante ans après ²⁴⁴. En effet, les victimes développent une mémoire traumatique ²⁴⁵, véritable torture qui leur fait revivre sans fin les violences dans un état de stress extrême. Pour y échapper, leur seul recours est de mettre en place des stratégies de survie (conduites d'évitement et conduites dissociantes anesthésiantes) extrêmement coûteuses pour leur santé et leur qualité de vie, et pouvant même impliquer un risque vital ²⁴⁶.

Or, la gravité des violences sexuelles ne paraît pas être suffisamment prise en compte par les proches et les professionnel-le-s. Quant aux situations de vulnérabilité, elles semblent n'entraîner aucune mesure de protection supplémentaire ou de prise en charge adaptée. Ainsi, les enfants payent un lourd tribut : les situations de violences qu'ils vivent sont loin d'être systématiquement dépistées et les violences sexuelles dont ils sont victimes perdurent souvent pendant des années, durant lesquelles ils ne bénéficient ni de soins, ni de protection ²⁴⁷. Abandonnés, ils pâtissent en silence des conséquences de ces violences, au risque d'en subir de nouvelles, de développer de graves troubles psychotraumatiques, voire même d'en mourir, comme en témoigne cette répondante :

« Dans mon enfance, l'autorité totale de l'instituteur sur les élèves a été un facteur important, ainsi que l'isolement. J'étais dans un petit village, tout se savait. Ma meilleure amie de l'époque était battue et subissait des violences sexuelles de son

²⁴⁴ FELITTI, Vincent J., ANDA, Robert F., « [The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care](#) » in LANIUS, R., VERMETTEN, E., PAIN C. (eds.), *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010, p. 77-87.

²⁴⁵ SALMONA, Muriel, « [L'impact psychotraumatique de la violence sur les enfants : la mémoire traumatique à l'œuvre](#) » in doss. « La protection de l'enfance », *La revue de santé scolaire & universitaire*, janvier-février 2013, Vol. 4, n°19, p. 21-25.

²⁴⁶ Pouvant aller jusqu'à 20 ans de perte d'espérance de vie lorsque plusieurs violences sont associées. Source : BROWN, David W., ANDA, Robert F., TIEMEIER, Henning, FELITTI, Vincent J., EDWARDS, Valerie J., CROFT, Janet B., GILES, Wayne H., « [Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality](#) » in *American Journal of Preventive Medicine*, Novembre 2009, Vol. 37, Issue 5, p. 389-396.

²⁴⁷ Un témoignage de victime d'inceste issu des réponses à l'enquête illustre bien ces situations intolérables :
« Mon père m'a violée en moyenne 3 à 4 fois par semaine pendant plus de dix ans ».

père, tout le monde le savait, et personne n'a rien fait. Lorsqu'une nouvelle institutrice est arrivée et a fait un signalement, les services sociaux et la police (qui connaissaient le père) l'ont couvert et ont enterré l'affaire (par exemple, les services sociaux ont appelé au domicile, ont parlé au père, lui annonçant que sa fille aînée avait parlé de violences à sa maîtresse et qu'ils devaient venir faire une inspection, ils voulaient prendre rendez-vous avec lui pour qu'il soit présent). Cette loi du silence forcée par toute la société dans laquelle je vivais m'a conditionné à me taire. Si pour elle rien n'était fait, pourquoi ferait-on quoi que ce soit pour moi ? Laetitia, mon amie, est morte à l'âge de 11 ans, des conséquences des sévices qu'elle avait subis.

Ce conditionnement "psychologique" m'exposera à d'autres violences plus tard dans mon adolescence et dans ma vie d'adulte. »

Le constat est sans appel, le coût humain des violences sexuelles — et en particulier de celles infligées aux mineur-e-s — est alarmant. Ce que dépeignent les résultats de l'enquête, c'est l'absence de prise en charge adaptée, de protection et de reconnaissance des enfants victimes — surtout pour les plus vulnérables d'entre eux — alors même que les conséquences sur leur santé et leur vie affective, familiale et professionnelle apparaissent comme extrêmement importantes. Il s'agit d'un véritable scandale de santé publique et d'une atteinte aux droits des victimes à bénéficier de soins, de protection et de justice.

FOCUS VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

LA PROTECTION DES ENFANTS VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES

Les résultats de cette enquête soulignent ce que perçoivent les cliniciens, et ce qu'affirment les chiffres de la police, que le lieu de plus grand danger d'être victime de violences sexuelles pour un enfant est sa famille.

Par ailleurs, le pourcentage effarant (96%) de répondant-e-s au questionnaire, victimes dans l'enfance, qui n'ont pas été protégées par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), doit nous alerter sur les graves défaillances du dispositif de protection de l'enfance quant au dépistage et à la protection des enfants victimes de violences sexuelles.²⁴⁸

L'enquête confirme aussi l'expérience de terrain : il existe d'autres défaillances qui concernent les enfants identifiés comme en danger par l'Aide sociale à l'enfance (bénéficiant d'aide administrative ou judiciaire en milieu ouvert, d'intervention de la protection judiciaire de la jeunesse, ou de placement). Dans le questionnaire, sur les 36 répondant-te-s qui ont détaillé leur prise en charge par les services de l'ASE, 27 considèrent qu'elle a été mauvaise. Sur le terrain, effectivement, on peut constater :

a) l'absence de dépistage systématique des violences sexuelles

- alors qu'il y a souvent une situation de continuité entre les autres violences (les réponses le montrent) – psychologiques, physiques, dues à des carences – et les violences sexuelles. Quand, dans une famille, on s'autorise à commettre des violences contre le corps de l'enfant, qu'est-ce qui interdit de l'utiliser sexuellement ? Toutes les

²⁴⁸ Il est remarquable que les chiffres concernant le nombre d'enfants victimes de violences sexuelles protégés par l'Aide sociale à l'enfance soient introuvables sur les sites officiels de la Protection de l'enfance (ONED) ou même ailleurs.

violences contre l'enfant ne conduisent pas aux violences sexuelles mais par principe, elles les rendent possibles ;

- alors qu'il est plus facile de parler des coups que de l'inceste, et qu'un placement pour « mauvais traitements » peut être la première expérience d'être protégé et pourrait permettre de libérer la parole sur les violences indicibles ;

- en raison d'une méconnaissance du fonctionnement des agresseurs sexuels et des systèmes qui les soutiennent qui conduit les professionnel-le-s à sous-estimer leur capacité de dissimulation et à se focaliser sur l'éducatif : discipline, hygiène domestique, « bonne éducation », scolarité, etc. Pour cette raison, les enfants victimes de violences sexuelles issus de milieux favorisés peuvent être encore moins bien dépistés que les autres ;

- parce qu'il existe, chez les professionnel-le-s de l'enfance, une méconnaissance généralisée et un déni des conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles, et donc du lien entre les « troubles du comportements » — mises en danger, agitation, prostration, agressivité, comportements sexualisés, agressions sexuelles, etc. — manifestés par les enfants, et des violences, réelles, subies.

b) quand les violences sexuelles sont connues, on observe :

- trop souvent un déni de l'asymétrie sexuelle entre les adultes et les enfants qui entraîne un déni de la nature violente par essence de tout contact sexuel entre adulte et enfant ;

- une méconnaissance et un déni des violences sexuelles – répétitions de violences commises par des adultes – entre enfants du même âge, par enfants plus jeunes aussi bien que par enfants plus âgés ;

- une méconnaissance et un déni de la pédocriminalité féminine (une dizaine de cas dans l'enquête) contre des victimes filles et garçons ;

- un manque de rigueur par rapport à la loi, trop fréquent. Certains conseils généraux se dispensent de transmettre systématiquement au Procureur de la République les révélations des enfants qui leurs sont confiés, concernant des délits, voire des crimes comme le prévoit la loi. Ils confondent ainsi : évaluation d'une information préoccupante par la cellule adéquate et enquête de police suite à des allégations de faits constitutifs d'une infraction. Ils avancent parfois, pour justifier ce manquement à leurs obligations, le prétexte que les victimes en question ne sont plus

en contact avec l'agresseur, que celui-ci est un enfant de sa fratrie ou est un autre enfant placé. Dans tous les cas, il s'agit d'un non respect de la loi et d'un déni de justice. En ce qui concerne les agresseurs mineurs, cela les prive également de la possibilité d'être reconnus comme victimes pour les actes qu'ils ont été amenés à reproduire et de stopper le processus d'identification à l'agresseur qui a commencé à les agir.

- ces facteurs font que de nombreuses violences sexuelles peuvent être connues sans être reconnues et signalées à la Justice.

c) même quand les violences sexuelles sont reconnues et signalées à la justice, on observe :

- une méconnaissance et un déni des conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles qui privent les enfants de prises en charge thérapeutiques spécialisées et conduisent à privilégier « l'accompagnement éducatif », réponse normative, culpabilisante alors que l'enfant maltraité, insistait Bernard Lempert « *n'est pas un enfant inadapté, c'est un enfant blessé* »²⁴⁹ ;

- une idéalisation de la « présomption d'innocence », qui justifie qu'on laisse la victime en contact avec son agresseur tant qu'il n'a pas été reconnu coupable — ce qui peut arriver des années après les faits, voire après la majorité de la victime ;

- une idéalisation du lien biologique au détriment de la protection qui conduit à donner une mission impossible aux travailleurs sociaux : œuvrer à une « réparation » de la famille et une « restauration des liens » alors que l'inceste est irréparable et que le lien en question est une aliénation ;

- une méconnaissance et un déni du fonctionnement des systèmes incestueux – complicité active ou passive des mères, forces « homéostasiques » qui conduisent certaines parties de la fratrie à protéger le clan familial au détriment de la victime ou des victimes, mécanismes de répétition transgénérationnels, etc.

Ces facteurs conduisent :

- à une sous-évaluation de la complicité, active ou passive, des mères, qui les exonèrent trop facilement et empêche de mettre en place la protection et une aide efficaces ;

²⁴⁹ Communication personnelle. Auteur entre autres de *Désamour*, Paris, Le Seuil, 1994, et de *Critique de la pensée sacrificielle*, Paris, Le Seuil, 2000.

- à des réexpositions permanentes des enfants aux adultes agresseurs ou/et à leurs complices, dont les conséquences sont désastreuses pour la réparation du psychotraumatisme ;
- au déni de leur souffrance et à leur culpabilisation en raison des symptômes dont ils souffrent ;
- au maintien de l'aliénation et de l'intoxication psychique des enfants victimes avec les adultes agresseurs et leurs complices.

d) quand les violences sont en cours de traitement ou ont été traitées par la justice, il existe une méconnaissance trop fréquente par les équipes socio-éducatives du fonctionnement de la justice pénale et civile qui entraîne :

- un soutien insuffisant des enfants pendant la procédure (avant et après les auditions, les expertises, les confrontations, pendant le procès...), l'enfant peut revenir avec des vécus très éprouvants dans son foyer de l'enfance ou sa famille d'accueil sans rencontrer un interlocuteur adulte capable de lui expliquer ce qui se passe et les raisons de tout ce qu'on lui fait subir ;
- un défaut d'explications, parce que les adultes eux-mêmes ne comprennent pas tout ce qui se passe ;
- une paralysie des équipes devant certaines décisions de justice préjudiciables à l'enfant telles que le maintien de l'autorité parentale pour un parent mis en examen pour violences sexuelles contre son enfant, des visites au parloir dans le même contexte, alors qu'ils sont habilités à transmettre au Juge des enfants leurs inquiétudes ou, au, nom du conseil général, à faire appel de ses décisions si elles ne semblent pas protectrices.
- On observe aussi une méconnaissance ou un déni de l'importance de la remise en place des responsabilités que permet l'intervention de la justice pour lutter contre l'inversion de culpabilité entre la victime et l'agresseur. Ceci entraîne que les enfants soient souvent laissés dans l'ignorance de choses aussi importantes pour leur évolution et le sens qu'ils peuvent donner à leur histoire, que la reconnaissance ou non des faits par leur agresseur, le renvoi ou non devant une cour pénale, du verdict, de la condamnation...

Il est urgent que les pouvoirs publics s'attaquent à une refonte de la loi relative à la protection de l'enfant pour remédier efficacement à ces graves défaillances qui, les

résultats de notre enquête le soulignent, contribuent aux lourdes conséquences des violences sexuelles, tant médicales, que psychologiques, sociales et relationnelles sur l'avenir des enfants victimes.

Sokhna Fall,

Thérapeute familiale, Victimologue,
Vice-présidente de l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie

FOCUS VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX ENFANTS

TÉMOIGNAGE D'UNE VICTIME DE VIOLENCES DE L'ENFANCE À L'ÂGE ADULTE

Victime de violences physiques, psychologiques et sexuelles graves et extrêmes, j'aimerais vous dire, aujourd'hui, du haut de mes 55 années de souffrances, combien ces violences ont marqué et marquent encore ma vie.

J'ai grandi sous la dictature parentale et dans la terreur. Mon père n'aimait personne. Il se plaisait à dévaloriser, se moquer, humilier et ridiculiser ma mère, et les femmes en général, en privé comme en public, et les filles aussi, ça le faisait beaucoup rire. Ma mère était victime de mon père, elle était dépassée, débordée, déstructurée, imprévisible, souvent violente avec ses enfants, harcelante et haineuse. Rien n'était jamais satisfaisant. Mes parents me faisaient peur. Je n'avais aucune confiance en eux. Pour me punir, ils m'enfermaient dans la cave, lumière éteinte, me privaient de repas, m'ignoraient, me frappaient à coups de torchon, coups de martinet avec des nœuds ajoutés aux lanières, coups de pied, coups de poing, gifles, pincements, tirages de cheveux, humiliations. Ils s'appliquaient à faire mal. J'ai grandi sous les cris et les coups au quotidien. À l'école, j'étais bonne élève, très timide, j'ai appris en subissant la violence des enfants et des enseignants, des coups, des hurlements et des humiliations. Mon monde n'était pas bien grand et il était violent. Les adultes me terrorisaient.

En ce qui me concerne plus particulièrement, la violence a commencé très tôt, environ une heure avant ma naissance, quand mon père a violé ma mère et moi dans son ventre, toute prête à voir la lumière du jour. Je suis née la tête meurtrie, souillée, victime d'une violence sans nom. Personne n'était là pour m'accueillir.

Quelques mois plus tard, j'étais encore un nourrisson, mon père m'a violée. Dans ma gorge. J'ai été une enfant pleurnicheuse qui geignait sans cesse et sans raison. Personne n'a entendu mes pleurs d'enfant.

À 2 ans, j'ai reçu à Noël le martinet qui allait frapper mon corps durant toute mon enfance.

J'avais 3 ans quand les dames de service de l'école ont mis la moitié de mon corps dans le tambour de la machine à laver, hurlant que la prochaine fois elles me laveraient dedans. J'ai hurlé de terreur. Tout cela parce que je m'étais uriné dessus. Je n'ai plus jamais recommencé.

À 4 ans, laissée seule, j'ai pris un bonbon. Mon père, hors de lui, s'est déchaîné d'une violence adulte sans limite. Je suis presque morte. Ma mère était à la maternité.

À 5 ans, j'ai appris à lire, toute seule, sous les cris de mon père et les coups qu'il donnait à ma sœur en difficulté d'apprentissage. Je voulais juste aider ma sœur, cela a été pire pour elle. Aux repas, nous avions des journaux sous les bras pour apprendre à manger les coudes serrés. Gare au journal qui tombait. Il était interdit de s'adosser à la chaise pour avoir le dos droit.

À 6 ans, au CP, les adultes ont exigé tout à coup, avec violences, que je devienne droitière. Un jour, dans un bureau de l'école, un homme m'a violée avec ses doigts, pour que je comprenne et me soumette. Ce n'était pas que je ne voulais pas mais je ne pouvais pas.

À 7 ans, j'avais très bien compris qu'il ne faisait pas bon être un enfant ou une femme dans ce monde. Je me suis haïe.

À 8 ans, pendant les siestes obligées, ma mère tapait mon corps parce que je respirais trop fort. Mon père a tué les chatons sauvages que j'essayais d'appivoiser jour après jour.

J'aurais voulu m'enfuir ou disparaître. Je pleurais souvent, assise au pied d'un arbre, seule dans la forêt.

Je me souviens de toutes ces récréations où je me laissais tomber sur la plaque d'égout de la cour. Inerte, le regard tourné vers le ciel, j'attendais. J'attendais qu'un adulte s'inquiète, qu'un enseignant vienne me parler, me demander ce qui se passait. Personne n'a prêté attention à l'enfant que j'étais. Au coup de sifflet, je me relevais, en silence j'allais me ranger.

Au collège, à 10 ans, j'ai découvert et subi quotidiennement le harcèlement sexuel, les tentatives d'attouchements incessantes et les agressions sexuelles. Dans les couloirs, quand les garçons organisaient des bousculades et que leurs mains, leurs doigts cherchaient à toucher, à pénétrer le corps des filles. Dans la cour où de petits groupes agissaient pendant les récréations. Dans le car de ramassage où des mains d'agresseurs surgissaient des sièges de derrière. Quatre ans de collège, c'est long. Même quand on aime l'école. Je n'ai pas le souvenir d'adultes présents qui nous auraient protégés.

À 14 ans, un dimanche après-midi, j'ai dû me jeter à bras perdus pour sauver ma mère d'une tentative de meurtre de mon père. Ce fut horrible. Le lendemain, je suis devenue mutique. Un professeur a entendu mon silence mais il s'est vite agacé alors je n'ai rien dit. Pour lui, je devais changer mon comportement.

À 15 ans, je suis entrée au lycée, à l'internat. « Bon débarras ! » dixit mes parents. J'ai raté mon année. J'étais si seule. J'ai redoublé.

À 16 ans, j'ai subi une terrible agression sexuelle sur le quai du RER, à Denfert, d'un homme assez âgé. Les gens passaient de tous côtés, près de moi. Personne n'a trouvé que je valais la peine d'être secourue.

Quelques mois après, hospitalisée, j'ai parlé de la tentative de meurtre de mon père. Le psy a répondu que j'avais voulu tuer mon père. Inconsciemment. Perplexe et stuporeuse, je n'ai pas évoqué mon agression dans les transports.

Ayant déménagé, l'internat s'était terminé, j'ai dû retourner au domicile de mes parents. Les années qui ont suivi ont été cris, hurlements, coups, harcèlement et privations.

À 17-18 ans, j'ai écrit un mot à ma prof préférée du lycée. Elle a bien essayé de m'aider, a demandé une visite avec le médecin scolaire, m'a conseillé de voir un psy. Je l'ai attendue, attendue, cette visite médicale, je n'ai jamais vu le médecin scolaire de mon lycée. La psy qui me suivait au CMP n'a pas pris au sérieux l'enfer que je vivais. Mon père a menacé ma prof alors elle a commencé à m'éviter.

À 19 ans, dans un épais brouillard, seule, désespérée et suicidaire, j'ai obtenu le baccalauréat.

Plus tard, quand, un jour, j'ai osé décider pour moi, quand j'ai démissionné de cette école qui ne me correspondait pas, mes deux parents, d'un commun accord, après m'avoir frappée et menacée de mort, m'ont jetée à la rue. C'était quelques jours avant Noël.

J'ai passé des journées à attendre la mort dans le froid, assise sur un banc de pierre, Pont-Neuf, ou pliée, aux Halles, le regard au sol, les os gelés, tel un déchet jeté là, broyé désintégré, une ombre fantôme. J'étais là et je n'y étais pas, je flottais. Une assistante sociale m'a trouvé un refuge de 19h à 7h. Des éducateurs d'une association ont refusé de m'aider car j'avais le bac, alors je pouvais bien me débrouiller toute seule, et ça les a fait rire les gars. Au bureau d'aides pour les jeunes, je ne correspondais pas au profil attendu. Humiliée, je me suis recroquevillée.

J'ai fini jetée dans un vieil HP (hôpital psychiatrique), une ville dans la ville, puant et rempli de dangers : agressions, viols, prostitution, drogues ; un lieu où la société concentraient les indésirables, les jetables, les mal-nés et les mal-vêtus, les fous, parfois durant des décennies ; un lieu où l'on apprend surtout à se taire. Et la société n'a pas honte d'appeler cela un hôpital.

Un soir, en descendant dîner, j'ai commenté que je n'avais pas faim. Un soignant haineux a surgi dans mon dos, m'a projetée au sol dans un coin de l'escalier. Hurlant des méchancetés, il m'a rouée de coups de pieds, de coups de poing. Je me suis sentie comme un rat.

Pendant des mois, les psys m'ont traitée comme un objet, m'ont déplacée sans m'intégrer à leur projet, ont décidé, et puis ils m'ont donné un mois pour trouver à me loger et m'en aller.

Je suis partie. Dans un foyer de jeunes travailleurs où le veilleur de nuit m'a vite repérée. En quelques mots mon cerveau a buggé alors il m'a violée, plusieurs fois, et d'autres filles aussi. Un soir de lucidité, je suis descendue, révoltée. Il a appelé des amis, un groupe armé, organisé. Ils sont venus me chercher, m'ont séquestrée. Ils m'ont torturée. Comme en temps de guerre. Ils m'ont violée de nombreuses fois, collectivement ou pas. J'ai subi des actes de barbarie, assisté au massacre de plusieurs personnes, été gravement menacée d'être tuée si je parlais.

Déposée à l'HP, en état de stupeur avancé, les psys n'ont rien vu, ne se sont pas non plus intéressés à mon violent changement de comportement. J'étais déjà étiquetée, psychiatrisée. Une amnésie traumatique s'est alors installée.

Deux mois après, j'ai vu passer l'un de ces barbares, de terreur me suis effondrée dans la rue. Une entorse ont-ils dit aux urgences. Et puis, je suis tombée encore, nouvelle entorse. Plâtrée, une phlébite s'est développée. Puis une embolie pulmonaire m'a emportée jusqu'en réanimation où, sous couvert de soins, j'ai subi de nouvelles tortures. J'étais seule, étiquetée folle malade mentale, les médecins n'avaient pas pris la peine de me prescrire les anticoagulants pourtant incontournables, j'étais une personne à risque.

J'ai fui le foyer et son veilleur en partant avec un soi-disant ami dont j'étais devenue l'esclave. Jamais personne ne m'a posé une seule question. Et puis un jour, il est parti se marier.

J'avais 25 ans, ma vie s'est arrêtée là.

Ensuite, j'ai eu la chance de rencontrer des personnes au regard humain, cela m'a sauvée. J'ai changé de langue, de culture, je suis devenue mère, j'ai étudié, j'ai travaillé, et puis il y a eu la séparation, et je me suis effondrée. J'ai alors voulu comprendre pourquoi ma vie était celle-là.

Il faut savoir que lorsqu'un enfant grandit dans un milieu violent au sein d'une société muette face aux violences faites aux enfants, la question de la violence ne se pose pas car elle ne s'identifie pas. Du point de vue de l'enfant, les violences qu'il subit sont pour lui la norme. Ainsi, comme pour un nombre considérable d'adultes, il m'a fallu plusieurs décennies pour identifier et pour nommer les violences que j'avais vécues. À 43 ans, seulement, j'ai compris et j'ai pu dire que j'étais une victime de maltraitances subies dans l'enfance et l'adolescence.

Mais ce n'est pas suffisant pour guérir des traumatismes. Il faut aussi traiter les mémoires traumatiques qui resurgissent continuellement au quotidien.

Pendant de longues années, j'ai erré de psy en psy, en recherche de savoir et de comprendre ce que j'avais. Les souvenirs des violences ont ressurgi et ma mémoire traumatique explosait. Je souffrais de crises envahissantes. Les psychiatres et les psychologues, non formés à traiter cette mémoire spécifique, ne comprenaient pas. Il m'est arrivé d'avoir jusqu'à trois diagnostics psychiatriques différents au même moment. Les hospitalisations ont recommencé, j'étais à nouveau une malade mentale, le problème c'était moi, c'était mon comportement. Selon les psys, je devais ingurgiter des psychotropes à vie. Ce n'était pas ainsi que je voulais être soignée. J'ai refusé. C'est une grande difficulté que d'être en guerre avec les psys et leurs théories tout en ayant besoin des psys. Ils ne sont pas formés à traiter la mémoire traumatique mais ils savent très bien la faire exploser. Pour me défendre, j'ai dû me mettre à niveau, chercher, lire et étudier tout ce que j'ai pu trouver sur les traumatismes. Un jour je suis arrivée sur le site *memoiretraumatique.org*. Comme pour de nombreuses victimes, les informations que je lisais m'ont bouleversée. Elles correspondaient exactement à ce que je vivais.

À 52 ans, j'ai pu enfin comprendre ce qui m'arrivait, j'avais trouvé ce dont j'avais besoin, la guerre était enfin terminée.

Avec ma psychotraumatologue, rien n'a été simple, il a fallu commencer à remettre tout un monde à l'endroit. Un jour, elle m'a dit que j'étais une personne. Une personne qui avait des droits. Je ne comprenais pas. Et elle insistait. J'ai cru que j'allais m'étouffer de surprise et de rage. J'avais bien du mal à la croire, moi qui ne m'étais jamais sentie concernée par des droits.

Je dois préciser que je n'ai pas eu le Droit de naître en être humain, je n'ai pas eu le Droit à mon intégrité, ni bébé, ni enfant, ni à la maison ni à l'école, ni adolescente ni jeune adulte, je n'ai pas eu le Droit d'appartenance, ni le Droit au sentiment.

Je n'ai pas eu le Droit d'être protégée alors que les services sociaux me connaissaient. Ils m'ont ignorée. Mes parents étaient une famille agréée pour accueillir des enfants placés.

Je dois ajouter que je n'ai pas eu le Droit de parler, ni le Droit d'être informée, ni même le Droit d'être soignée. J'ai pourtant bien essayé encore et encore, pendant des années mais les médecins ne sont pas formés à écouter, à expliquer, à désamorcer et déminer les mémoires traumatiques. J'ai même dû apprendre à tout cacher, à ne pas dire les troubles que je vivais, pour ma sécurité. Depuis ma première rencontre avec un psychiatre, 36 années se sont écoulées durant lesquelles j'ai croisé environ 21 psychiatres et 10 psychologues. De mes 17 à 25 ans j'étais suivie par les psys du CMP et de l'HP. Aucun n'était formé. 36 années de questionnement sur moi-même, de recherche, de lutte, d'espoir et de désespoir, et surtout d'une solitude immense. 36 années, vous rendez-vous compte ? Et j'ai eu de la chance.

Il va falloir arrêter de dire que les victimes de violences ont le Droit à la santé parce que ce n'est pas encore vrai. Les victimes attendent que les psys soient enfin formés à traiter les mémoires traumatiques et que des centres spécifiques pour victimes de violences soient créés pour les recevoir et les aider à guérir des traumatismes dans un total respect généralisé.

Je n'ai pas eu le Droit de me plaindre, ni le Droit d'être écoutée. Frappée par une profonde amnésie traumatique, ma difficulté a été d'accéder à ma mémoire bloquée et isolée afin de savoir ce qui s'était vraiment passé. Et maintenant que j'ai presque réussi à sortir de ce déni, je n'ai pas le Droit à une enquête car les délais sont passés, c'est trop tard, il y a prescription. Les victimes de violences ET d'une longue amnésie traumatique n'ont pas le Droit à la justice.

Aujourd'hui, j'ai tenté d'écrire et de survoler ma vie en quelques lignes. Je vous ai dit comment j'ai été éjectée de l'humanité avant même d'avoir pu y entrer. Mon enfance a plutôt ressemblé à une guerre mondiale. Je me sens encore comme les millions d'enfants de France toujours privés de leur Droit à leur intégrité, comme des petits objets.

J'ai d'abord été traitée comme un objet, puis comme un jouet. De l'objet jusqu'au jouet.

Ma vie est une catastrophe humaine. Je me sens comme toutes les filles et les femmes violées et torturées du monde entier, en temps de guerre comme en temps de paix, sans avoir jamais pu parler. Je suis une rescapée de l'horreur et de la barbarie en temps de paix, et je ne peux pas parler. En France, on ne croit pas aux violences que l'on ne peut pas imaginer. Sans sourciller, on préfère sacrifier les victimes des violences les plus extrêmes, enfants ou adultes, plutôt que d'affronter et de traiter l'impensable et l'inimaginable. Comme si ne pas croire pouvait modifier ou effacer les violences subies, ou pouvait induire que ces violences n'existent pas ou n'ont pas existé.

Mes parents et la société m'ont tout volé : ma naissance, mon enfance, ma vie et celle de mes enfants, et même ma souffrance. Je ne peux même pas pleurer. Je suis comme deux yeux dans une boule de coton, une voix sortant d'une longue nuit noire, un fantôme. Je suis un fantôme déguisé. Mon histoire est une honte pour la société. Je me demande comment je vais pouvoir, un jour, me sentir appartenir à l'espèce humaine, à l'humanité.

Et après tant d'errance, tant de souffrances et tant d'efforts, qui va s'excuser, qui va réparer ? Je ne crois plus en rien. J'ai appris que j'avais des droits mais qu'ils n'étaient pas pour moi. Je voudrais crier au monde entier que non seulement il faut informer, dire aux enfants, aux femmes et aux victimes qu'elles et qu'ils ont des Droits mais qu'il faut AUSSI les leur donner, leurs Droits ! Pour que les enfants et les adultes ne meurent plus d'une enfance fracassée. Pour que les violences faites aux femmes ne soient plus une simple suite logique des violences faites aux enfants. Les enfants, en France, sont la seule catégorie d'êtres humains que l'on peut taper en toute impunité, sur le corps et dans l'esprit, avec ou sans objet et avec des mots. Quand cela va-t-il s'arrêter? Les adultes ne peuvent plus faire semblant de ne pas savoir combien les violences faites aux enfants

portent préjudice à leur avenir, se poursuivent jusqu'à l'âge adulte, et comment cela finit. Ils ne peuvent plus, non plus, faire croire aux nouveaux adultes qu'ils ne savaient pas. Et les enfants du monde attendent de pouvoir grandir et vivre en Paix pour de vrai. Alors, allez-vous choisir de continuer sans rien changer ?

FOCUS LES INTERVENANT-E-S DE LA PRISE EN CHARGE

FOCUS LES INTERVENANT-E-S DE LA PRISE EN CHARGE

LES 20 INCONTOURNABLES DE LA PRISE EN CHARGE

Le soin est politique, il ne se réduit pas aux secours nécessaires et vitaux, il est aussi, comme nous le dit Frédéric Worms ²⁵⁰ : soutien, travail social, solidarité, souci du monde. Car il s'agit avant tout de remettre le monde à l'endroit, et de le rendre plus juste.

«La liberté ne s'épanouit que dans des espaces où les droits de tous sont garantis, et sont universels. Et ces droits universels, quand ils sont respectés, sont un rempart très efficace contre les violences. En l'absence de droits fondamentaux à la dignité et à l'intégrité, le consentement n'est pas un outil conceptuel suffisant pour définir s'il y a ou non violence. Le consentement d'une personne à renoncer à ses droits, à être tuée, blessée, séquestrée, torturée, humiliée, souillée, esclavagisée, ne saurait être valide. L'érotisation de la haine, de la domination, de la soumission, ne saurait être tolérée. Une société reconnaissant la déclaration universelle des Droits humains se doit de faire le choix politique de ne tolérer aucune violence et de porter secours et assistance à toutes les victimes, de les protéger, les soigner et de leur rendre justice.

Pour lutter contre les violences et leur reproduction de proche en proche et de génération en génération, il est temps de garantir l'égalité des droits de tous les citoyens, mais il est temps aussi que les « blessures psychiques » des victimes de violences et leur réalité neuro-biologique soient enfin reconnues, comprises, prises en charge et traitées. Il est temps de considérer enfin que ces « blessures psychiques » sont des conséquences logiques d'actes intentionnels malveillants perpétrés dans le but de générer le maximum de souffrance chez les victimes, et d'organiser délibérément chez elles un traumatisme qui sera utile à l'agresseur pour s'anesthésier et mettre en place sa domination. Il est temps que les victimes soient enfin réellement secourues, protégées et soutenues. Il est temps d'être solidaires des victimes, de s'indigner de ce qu'elles ont subi et de dénoncer les coupables. Il est temps de leur

²⁵⁰ WORMS, Frédéric, *Soin et politique*, Paris, PUF, coll. "Questions de soin", 2012.

*redonner la dignité et la valeur que leur a déniées l'agresseur. Il est temps de leur rendre justice et de les soigner. »*²⁵¹

Les intervenant-e-s dans le cadre du soin des victimes de violences sont l'ensemble des professionnel-le-s amené-e-s à accompagner la victime dans son parcours : intervenant-e-s des secteurs de la santé, du social, des secteurs associatifs d'aide aux victimes et de lutte contre les violences.

1. L'intervenant-e doit être soutenu-e par une politique globale de santé publique et d'action sociale qui met en place un plan de lutte efficace contre les violences, et contre l'impunité des agresseurs, qui s'engage à tout faire pour protéger et accompagner les victimes, pour qu'elles obtiennent justice et réparations, et qu'elles puissent accéder rapidement à des soins sans frais par des professionnels formés dans des centres dédiés sur tout le territoire et les DOM-COM.

2. L'intervenant-e doit être formé-e, il ou elle doit connaître la réalité des violences et de leurs conséquences sur la vie et la santé des victimes, ainsi que les mécanismes psychotraumatiques à l'œuvre, savoir les repérer, les rechercher et les identifier. Il ou elle doit être capable de se référer à la loi.

3. L'intervenant-e doit être engagé-e dans la lutte contre toutes les violences, contre toutes les discriminations et les inégalités de droits. Il ou elle doit se positionner contre le système agresseur quel qu'il soit (en prenant garde de ne pas être contaminé-e par les idées fausses), contre la loi du silence et pour un monde juste et cohérent.

4. L'intervenant-e garantit que l'espace de prise en charge est accueillant, sécurisant, solidaire, bienveillant, et qu'il ou elle respecte tous les droits humains de la victime, particulièrement le droit à la sécurité, à ne pas subir de nouvelles violences, à la santé, à la justice, au respect de sa dignité et de son intégrité, et à la confidentialité.

²⁵¹ SALMONA, Muriel, *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013.

5. L'intervenant-e doit être le « témoin éclairé » des violences commises à l'encontre de la victime, il ou elle doit les rechercher (dépistage universel), en être à l'écoute et en reconnaître la réalité et la gravité en les nommant précisément. Il ou elle doit rappeler que rien de ce qu'a fait la victime ne justifie la violence, et attribuer la responsabilité de la violence à l'agresseur.

6. L'intervenant-e prend en compte la parole de la victime, ce qu'elle ressent, son expertise concernant sa situation, et tout ce qu'elle a déjà mis en place, tout en lui donnant tous les outils dont elle a besoin pour éclairer son jugement et se libérer de l'emprise et de tous les mensonges et des incohérences du système agresseur. Il ou elle doit respecter le temps de la victime, et lui apporter soutien, aide dans toutes ses démarches, y compris judiciaires.

7. L'intervenant-e doit savoir reconnaître le niveau de souffrance et de détresse de la victime et évaluer le danger et les risques qu'elle court. Il ou elle doit prendre garde à ne pas les sous-estimer, ni à considérer que la victime les sur-évalue. Il ou elle doit être attentif-ive à ne pas générer de souffrance par des comportements, des propos ou un vocabulaire inadaptés.

8. L'intervenant-e s'assure de la sécurité de la victime, et doit mettre en place tout ce qui est nécessaire pour la protéger de nouvelles violences. Il ou elle doit être particulièrement attentif-ive à la protection des plus vulnérables (enfants, personnes handicapées, âgées, malades, en situation d'exclusion, femmes enceintes...) qui peuvent nécessiter des signalements aux autorités.

9. L'intervenant-e a un devoir d'information de la victime sur ses droits, la possibilité de porter plainte, sur les mécanismes de la violence, les connaissances actuelles sur le psychotraumatisme et ses conséquences sur la santé, sur les possibilités de soins et sur toutes les ressources disponibles.

10. L'intervenant-e doit, en concertation avec la victime, informer tous les proches susceptibles de lui offrir un soutien.

11. L'intervenant-e doit travailler en réseau avec tou-te-s les autres professionnel-le-s concerné-e-s, être en capacité de bien orienter la victime, et de s'assurer qu'elle puisse avoir accès à des informations fiables et à des soins spécialisés par des thérapeutes formé-e-s.

12. L'intervenant-e s'interdit le désaveu et la culpabilisation de la victime, mais aussi la banalisation, la minimisation et la dépenalisation des faits. Il ou elle ne se fait pas le relais des stéréotypes et des idées fausses sur les violences, les victimes et les agresseurs. Il ou elle n'est pas en position de juger la véracité des faits rapportés par la victime, ni d'enquêter, ce n'est pas son rôle.

13. L'intervenant-e ne réduit pas la personne à ses troubles des conduites et du comportements, ni à ses symptômes, ni ne considère qu'elle est l'artisane de son propre malheur. Il ou elle doit toujours faire l'effort de les comprendre à la lumière des violences subies comme des conséquences traumatiques et des stratégies de survie.

14. L'intervenant-e doit aider la victime à comprendre ses réactions, ses émotions et ses comportements même les plus paradoxaux comme des conséquences normales et universelles des violences et de la volonté destructrice de l'agresseur dues à des mécanismes psychotraumatiques (sidération, dissociation, mémoire traumatique, conduites d'évitement et de contrôle, conduites dissociantes).

15. L'intervenant-e doit aider la victime à repérer et à dénoncer le discours mystificateur et les mises en scène de l'agresseur et de ses complices qui organisent sa culpabilité, sa honte, son humiliation, son indignité et son absence de valeur, de droits et de légitimité, pour l'en décoloniser. De même l'intervenant-e se garde de toute contamination par ces mêmes discours.

16. L'intervenant-e doit être conscient-e et tenir compte des troubles de la mémoire, de la confusion et du sentiment d'irréalité dus aux processus dissociatifs induits par le pouvoir sidérant des violences, sur la victime et sur lui-même ou elle-même. Il ou elle ne doit pas confondre anesthésie émotionnelle traumatique, amnésie dissociative et absence de souffrance ou indifférence. Le travail thérapeutique consiste justement à

sortir la victime de son état de sidération et à désamorcer puis déminer la mémoire traumatique des violences.

17. L'intervenant-e doit être également conscient-e des effets sur la victime des stratégies de survie qu'elle doit mettre en place pour éviter les violences et leur ré-actualisation par la mémoire traumatique (conduites d'évitement, contrôle émotionnel, hyper-adaptation, conduites dissociantes), stratégies qui peuvent donner le change et cacher une grande souffrance, ou paraître paradoxales.

18. L'intervenant-e se garde de confondre l'engagement relationnel et émotionnel dans lequel se retrouve piégée la victime de violences (par emprise, loyauté obligée, menaces au sein de la famille, du couple, de l'institution, du travail...) avec une co-responsabilité de la victime.

19. L'intervenant-e s'assure que son positionnement contre toutes les violences reste cohérent et prend donc en compte la situation des enfants, et de l'entourage de la victime. Il s'interdit toute position de domination, toute discrimination et toute violence (qu'elle soit psychologique, physique ou sexuelle). Et il ou elle se positionne contre toutes les violences quel qu'en soit l'auteur (y compris les autres intervenant-e-s et la victime elle-même).

20. L'intervenant-e se considère lui-même ou elle-même comme un « sauveteur », et un soutien éclairé et non comme un « sauveur ». De même, il ou elle n'est pas là pour faire l'éducation de la victime, ni pour lui faire des leçons de morale, ni pour la juger. Il ou elle n'hésite pas à se faire aider quand il ou elle est en difficulté.

FOCUS LES INTERVENANT-E-S DE LA PRISE EN CHARGE

LOI N° 2002-303 DU 4 MARS 2002 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES ET À LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

ARTICLE 3

Chapitre I^{er} : Droits de la personne

« *Art. L. 1110-1. - Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.*

Art. L. 1110-2. - La personne malade a droit au respect de sa dignité.

Art. L. 1110-3. - Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Art. L. 1110-4. - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Art. L. 1110-5. - Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

ARTICLE 5

« Avant le dernier alinéa de l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

“ Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale.”

Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers

ARTICLE 11

« Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

« Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »

« Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

« L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

« Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions. »²⁵²

²⁵² [Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé](#), dite « loi Kouchner », JORF du 5 mars 2002, page 4118.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. (DSM-III)*, APA, Washington, DC, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV)*, APA, Washington, DC, 1994.

BROWNMILLER, Susan, *Against Our Will: Men, Women and rape*, New York, Simon and Schuster, 1975.

BURGESS, Ann Wolbert and HOLMSTROM, Lynda Lytle, *Rape: Victims of crisis*, Bowie, MD, R.J. Brady, 1974.

BISSON, J. I, MCFARLANE, A. C, ROSE, S., « Psychological debriefing » in FOA, Edna B., KEANE, Terrence M., FRIEDMAN, Matthew. J., COHEN, Judith A., (eds.), *Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies: Effective treatments for PTSD*, New York, Guildford Press, 2000, p. 39-59.

CROCQ, Louis, *et al.*, *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Elsevier-Masson, 2007.

FERENCZI, Sándor, *Traumatisme* [1935], Paris, Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2006.

FOA, Edna B., OLASOV ROTHBAUM, Barbara, *Traiter le traumatisme du viol*, Paris, Dunod, coll. "Psychothérapies Pratiques", 2012.

FREUD, Sigmund, BREUER, Joseph, *Études sur l'hystérie* [1895], Paris, PUF, 2002.

HERMAN, Judith, *Trauma and Recovery* [1992], New-York, Basic Books, 1997.

BIBLIOGRAPHIE

LE GOAZIOU, Véronique, JASPARD, Maryse, *Le viol, aspects sociologiques d'un crime*, Paris, Documentation française, coll. "Perspectives sur la justice", 2011.

JANET, Pierre, *L'automatisme psychologique [1889]*, Paris, Société Pierre Janet Édition, Alcan, 1973.

KÉDIA, Marianne, SÉGUIN-SABOURAUD, Aurore, *et al.*, *L'Aide-mémoire. Psycho-traumatologie*, Paris, Dunod, 2008.

VAN DER HART, Onno, *et al.*, *Le soi hanté*, Paris, De Boeck, 2010.

VAN DER LINDEN, M., CESCHI, G., D'ARGEMBEAU, A., JUILLERAT, A.-C., « Approche cognitive et par imagerie cérébrale de la réaction individuelle au stress » in THURIN, Michel, BAUMAN, Nicole (dir.), *Stress, pathologies et immunité*, Paris, Flammarion, coll. "Médecine-Sciences", 2003, p. 73-86.

OPPENHEIM, Hermann, *Die traumatischen Neurosen Nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen*, Berlin, Hirschwald, 1889.

ROMANO, Hélène, *L'enfant face au traumatisme*, Paris, Dunod, 2013.

SALMONA, Muriel, « La mémoire traumatique » in KÉDIA, Marianne, SABOURAUD-SEGUIN, Aurore, (eds.), *L'aide-mémoire. Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, 2008, rééd. 2013.

SALMONA, Muriel, « [La mémoire traumatique et les conduites dissociantes](#) » in COUTANCEAU, Roland, LEMITRE, Samuel, SMITH, Joanna, (dir.), *Traumas et résilience*, Dunod, 2012.

SALMONA, Muriel, *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013.

SHAPIRO, Francine, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*, New York, Guilford Press, 1995.

VAIVA, Guillaume, LEBIGOT, François, DUCROCQ, François, GOUDEMANT, Michel, *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*, Paris, Masson, 2005.

WORMS, Frédéric, *Soin et politique*, Paris, PUF, coll. "Questions de soin", 2012.

ÉTUDES

Association Internationale des Victimes de l'inceste / IPSOS, *État des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne*, Paris, AIVI / IPSOS, Mai 2010.

BAJOS, Nathalie et BOZON, Michel (Dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008.

BISSON, Jonathan, ANDREW, Martin, *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*, Cochrane Library, Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group, 2007.

Collectif Féministe Contre le Viol, *Statistiques générales de la permanence téléphonique du N°Vert Viol-Femmes-Informations*, Paris, CFCV, 2006-2007.

Collectif Féministe Contre le Viol, *Year 2011 at the Toll free number « Viols-Femmes-Information » answering service*, Paris, CFCV, 2011.

GILLES, Christine, *La prise en charge des agressions sexuelles*, Service de Gynécologie, CHU Saint-Pierre, Bruxelles, Mardi 10 Novembre 2009, présentation lors du Séminaire des services d'urgences IRIS.

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, *Psychotherapy: An evaluation of three approaches*, INSERM, Paris, France, 2004.

JASPARD, Maryse, Equipe ENVEFF, *Le questionnaire de l'enquête Enveff - « Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France »*, Paris, ENVEFF, 2000.

LAZIMI, Gilles, *Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? Étude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes. 557 patientes interrogées. Intérêt et faisabilité.*, Mémoire dans le cadre du diplôme universitaire « Stress, traumatisme et pathologies », université Paris VI, 2007.

LAZIMI, Gilles, DUGUET, Alexandre, GRANGER, Benjamin, AUSLENDER, Valérie, VASSE, Solène, KARAM, Élias, *Enquête auprès des étudiants en médecine sur les violences*, ANEMF, MIPROF, UMPC-Paris 6, 2013.

LE GOAZIOU, Véronique, MUCCHIELLI, Laurent, *Les déterminants de la criminalité sexuelle (étude du viol)*, Juillet 2010, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales, CESDIP-CNRS.

Observatoire des violences envers les femmes du conseil général de la Seine-Saint-Denis, *Enquête sur les comportements sexistes et les violences envers les filles*, conseil général de la Seine-Saint-Denis, 2007.

SALMONA, Muriel (dir.), CHALMETON, Pierre, *Étude pilote menée dans les Hauts-de-Seine sur les conséquences psychotraumatiques des victimes de violences conjugales et/ou sexuelles et sur l'impact d'une formation sur les violences et leurs conséquences psychotraumatiques sur la prise en charge des femmes victimes de violences*, présentée à la DDFE (Délégation Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité) de Nanterre (92), le 9 avril 2008.

SNYDER, Howard N., *Sexual Assault Of Young Children As Reported To Law Enforcement: Victim, Incident, And Offender Characteristics*, Juillet 2000, National Center for Juvenile Justice, U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.

ARTICLES

ANDA, Robert F., FELITTI, Vincent J., BREMNER, J. Douglas, WALKER, John D., WHITFIELD, Charles, PERRY, Bruce D., DUBE, Shanta R., GILES, Wayne H., « [The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology](#) », in *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, Vol. 256, Issue 3, April 2006, p. 174-186.

BEBBINGTON, Paul, JONAS, Sarah, KUIPER, Elizabeth, KING, Michael, COOPER, Claudia, BRUGHA, Traolach, *et al.*, « [Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England](#) » in *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, Juin 2011, Vol. 199, Issue 1, p. 29-37.

BECKER, Judith V., HUNTER, John A., « [Understanding and treating child and adolescent sexual offenders](#) » in *Advances in Clinical Child Psychology*, 1997, Vol. 19, p. 177-197.

BRADLEY, Rebekah, GREENE, Jamelle, RUSS, Eric, DUTRA, Lisa, WESTEN, Drew, « [A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD](#) » in *American Journal of Psychiatry*, Février 2005, Vol. 162, Issue 2, p. 214-227.

BRESLAU, Naomi, DAVIS, Glenn C., ANDRESKI, Patricia, PETERSON, Edward, « [Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults](#) » in *Archives of General Psychiatry*, Mars 1991, Vol. 48, Issue 3, p. 216-222.

BRESLAU, Naomi, DAVIS, Glenn C., PETERSON, Edward L., SCHULTZ, Lonni R., « [A Second Look at Comorbidity in Victims of Trauma: The Posttraumatic Stress Disorder–Major Depression Connection](#) » in *Biological Psychiatry*, Novembre 2000, Vol. 48, Issue 9, p. 902-909.

BRIERE, John, CONTE, Jon, « [Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children](#) » in *Journal of traumatic stress*, Janvier 1993, Vol. 6, Issue 1, p. 21-31.

BROWN, David W., ANDA, Robert F., TIEMEIER, Henning, FELITTI, Vincent J., EDWARDS, Valerie J., CROFT, Janet B., *et al.*, « [Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality](#) » in *American Journal of Preventive Medicine*, Novembre 2009, Vol. 37, Issue 5, p. 389-396.

BROWN, Jocelyn, COHEN, Patricia, JOHNSON, Jeffrey G., SMAILES, Elizabeth M., « [Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality](#) » in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Décembre 1999, Vol. 38, Issue 12, p. 1490-1496.

BROWN, Monique J., THACKER, Leroy R., COHEN, Steven A., « [Association between Adverse Childhood Experiences and Diagnosis of Cancer](#) » in *Public Library of Science*, 11 juin 2013, Vol. 8, Issue 6.

BURGESS, Ann Wolbert and HOLMSTROM, Lynda Lytle, « [Rape Trauma Syndrome](#) » in *American Journal of Psychiatry*, September 1974, Vol. 131, p. 981-986.

BURGESS Ann W., HOLMSTROM Lynda L., « [Coping behavior of the rape victim](#) » in *American Journal of Psychiatry*, 1976, Vol. 133, Issue 4, p. 413-418.

CAMPBELL, Jacquelyn C., « [Helping Women Understand Their Risk in Situations of Intimate Partner Violence](#) » in *Journal of Interpersonal Violence*, Décembre 2004, Vol. 19, Issue 12, p. 1464-1477.

CARDEÑA, Etzel, « [Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention](#) » in *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 2000, Vol. 48, n°2, p. 225-238.

CHEN, Yingyu, ULLMAN, Sarah E., « [Women's reporting of sexual and physical assault to police in the national violence against women survey](#) » in *Violence Against Women*, 2010, Vol. 16, n°3, p. 262-279.

CROCQ, Louis, LOUVILLE, Patrice, DOUTHEAU, Carle, *et al.*, *Psychiatrie de catastrophe*, « Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective » in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie*, Elsevier, Paris, 1998, 37-113-D-10.

DE QUATREBARBES, Pia, « Contre les violences faites aux femmes : l'urgence de mobiliser les médecins » in *humanite.fr*, Vendredi 21 Novembre 2014, <http://www.humanite.fr/contre-les-violences-faites-aux-femmes-lurgence-de-mobiliser-les-medecins-558321>.

DROSSLAN, Douglas A., LESERMAN, Jane, NACHMAN, Ginette, LI, Zhiming, GLUCK, Honi, TOOMEY, Timothy C., *et al.*, « [Sexual and Physical Abuse in Women with Functional or Organic Gastrointestinal Disorders](#) » in *Annals of Internal Medicine*, 1990, Vol. 113, Issue 11, p. 828-833.

EHLING, T., NIJENHUIS, E.R.S., KRIKKE, A., « Volume of discrete brain structures in florid and recovered DID, DDNOS, and healthy controls. » Presented at 20th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation. Chicago, 2003, November 4.

EVANS, Hannah, « [Psychotherapy for the Rape Victim: Some Treatment Models](#) » in *Hospital and Community Psychiatry*, Mai 1978, Vol. 29, Issue 5, p. 309-312.

FELITTI, Vincent J., ANDA, Robert F., « [The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care](#) » in LANIUS, R., VERMETTEN, E., PAIN C. (eds.), *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010, p. 77-87.

FERGUSON, David M., HORWOOD, L. John, LYNSKEY, Michael T., « [Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: II. Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse](#) » in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Octobre 1996, Vol. 35, Issue 10, p. 1365-1374.

- FOA, Edna B., KEANE, Terence M., FRIEDMAN, Matthew J., « [Guidelines for Treatment of PTSD](#) » in *Journal of Traumatic Stress*, 2000, Vol.13, Issue 4, p. 539-588.
- FOA, Edna B., STEKETEE, Gail, OLASOV ROTHBAUM, Barbara, « [Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder](#) » in *Behavior Therapy*, 1989, Vol. 20, Issue 2, p. 155-176.
- FULLER-THOMSONA, Esme, KAOA, Farrah, BRENNENSTUHLB, Sarah, YANCURA, Loriena, « [Exploring Gender Differences in the Association Between Childhood Physical Abuse and Thyroid Disorders](#) » in *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, Juillet 2013, Vol. 22, Issue 6, p. 590-610.
- GUNDERSON, John G., SABO, Alex N., « [The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD](#) » in *American Journal of Psychiatry*, Janvier 1993, Vol. 150, Issue 1, p. 19-27.
- HOLMES, Melisa M., RESNICK, Heidi S., KILPATRICK, Dean G., BEST, Connie L., « [Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women](#) » in *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Août 1996, Vol. 175, Issue 2, p. 320-325.
- HOLZMAN, Clare G., « [Counseling Adult Women Rape Survivors: Issues of Race, Ethnicity, and Class](#) » in *Women and Therapy*, 1996, Vol. 19, Issue 2, p. 47-62.
- HOLZMAN, Clare G., « [Multicultural perspectives on counseling survivors of rape](#) » in *Journal of Social Distress and the Homeless*, Janvier 1994, Vol. 3, Issue 1, p. 81-97.
- JOHNSON, Jeffrey G., COHEN, Patricia, BROWN, Jocelyn, SMAILES, Elizabeth M., BERNSTEIN David P., « [Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood](#) » in *Archives of General Psychiatry*, Juillet 1999, Vol. 56, Issue 7, p. 600-606.
- KESSLER, Ronald C., SONNEGA, Amanda, BROMET, Evelyn, HUGUES, Michael, NELSON, Christopher B., « [Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey](#) » in *Archives of General Psychiatry*, Décembre 1995, Vol. 52, Issue 12, p. 1048-1060.
- LAZIMI, Gilles, PIET, Emmanuelle, CASALIS, Marie-France, « [Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique](#) » in *Les cahiers de santé publique et de protection sociale*, septembre 2011, p. 9-18.
- LEMIEUX-COUTURE, Marie-Christine, « Le viol parfait », in *Mauvaise Herbe*, 5 novembre 2014, <http://www.mauvaiseherbe.ca/2014/11/05/le-viol-parfait/>
- LÉPINE, J.P., GASQUET, I., KOVESH, V., ARBABZADEH-BOUCHEZ, S., NEGRE-PAGÈS, L., NACHBAUR, G., GAUDIN, A.F., « [Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique](#) », ESEMeD/MHEDEA, 2000 in *Encéphale*, 2005, Vol. 31, p.182-194.

LINDBERG, Frederick H., DISTAD, Lois J., « [Post-traumatic stress disorders in women who experienced childhood incest](#) » in *Child Abuse & Neglect*, 1985, Vol. 9, Issue 3, p. 329-334.

LONSWAY, Kimberly A., FITZGERALD, Louise F., « [Rape Myths. In Review](#) » in *Psychology of Women Quarterly*, Juin 1994, Vol. 18, Urbana-Champaign, University of Illinois, Department of Psychology, p. 133-164.

LOUVILLE, Patrice, SALMONA, Muriel, *et al.*, « [Clinique du psychotraumatisme](#) » in *Santé Mentale*, Mars 2013, n° 176, p. 30-33.

L'OBS, « École en bateau, Kameneff condamné à 12 ans de prison » in *L'OBS*, 22 mars 2013, <http://tempsreel.nouvelobs.com/justice/20130322.OBS2800/ecole-en-bateau-kameneff-condamne-a-12-ans-de-prison.html>.

McFARLANE, Alexander C., « [The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences](#) » in *World Psychiatry*, Février 2010, Vol. 9, Issue 1, p. 3-10.

McLEAN, Linda M., GALLOP, Ruth, « [Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder](#) » in *American Journal of Psychiatry*, Février 2003, Vol. 160, Issue 2, p. 369-371.

MOUQUET, Marie-Claude, BELLAMY, Vanessa, « [Suicides et tentatives de suicide en France](#) » in *Études et résultats*, Mai 2006, n°488, DREES.

NEWMAN, M. G., CLAYTON, L., ZUELLIG, A., CASHMAN, L., ARNOW, B., DEA, R., *et al.*, « [The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization](#) » in *Psychological Medicine*, Septembre 2000, Vol. 30, Issue 5, p. 1063-1077.

OQUENDO, Maria A., MILLER, Jeffrey M., SUBLETTE, Elizabeth, « [Neuroanatomical Correlates of Childhood Sexual Abuse: Identifying Biological Substrates for Environmental Effects on Clinical Phenotypes](#) » in *The American Journal of Psychiatry*, Juin 2013, Vol. 170, Issue 6, p. 574-577.

PERROUD, Nader, PAOLONI-GIACOBINO, Ariane, PRADA, Paco, OLIÉ, Emilie, *et al.*, « [Increased methylation of glucocorticoid receptor gene \(NR3C1\) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma](#) » in *Translational Psychiatry*, Décembre 2011, Vol. 1, Issue 12, e59.

PITMAN, Roger K., SANDERS, Kathy M., ZUSMAN, Randall M., HEALY, Anna R., CHEEMA, Farah, LASKO, Natasha B. *et al.*, « [Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol](#) » in *Biological Psychiatry*, Janvier 2002, Vol. 51, Issue 2, p. 189-192.

PUTNAM, Frank, « [Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse](#) » in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Mars 2003, Vol. 42, Issue 3, p. 269-278.

REBUT, Didier, « [Correctionnalisation - Quelle place pour les cours d'assises ?](#) » in *La Semaine juridique*, 6 septembre 2010, n° 36, p.1654-1655.

RIGER, Stephanie, GORDON, Margaret T., « [The Fear of Rape: A Study in Social Control](#) » in *Journal of Social Issues*, 1981, Vol. 37, Issue 4, p. 71-92.

ROTHBAUM, Barbara O., KEARNS, Megan C., PRICE, Matthew, MALCOUN, Emily, DAVIS, Michael, RESSLER, Kerry J. *et al.*, « [Early Intervention May Prevent the Development of PTSD: A Randomized Pilot Civilian Study with Modified Prolonged Exposure](#) » in *Biological Psychiatry*, Décembre 2012, Vol. 72, Issue 1, p. 957-963.

RODRIGUEZ, Ned, RYAN, Susan W., VANDE KEMP, Henrika, FOY, David W., « [Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of child sexual abuse: A comparison study](#) » in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Février 1997, Vol. 65, Issue 1, p. 53-59.

SALMONA, Muriel, « Appel à voter la loi modifiant les délais de prescription de l'action publique des agressions sexuelles » in *Blog Mediapart*, 30 novembre 2014, <http://blogs.mediapart.fr/blog/muriel-salmona/301114/appele-voter-la-loi-modifiant-les-delaiss-de-prescription-de-laction-publique-des-agressions-sex-0>

SALMONA, Muriel, « [La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité post-traumatiques : ou comment devient-on étranger à soi-même ?](#) » in *Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie*, Paris, Dunod, 2013.

SALMONA, Muriel, « La victime c'est la coupable. Complicité institutionnelle dans les crimes de viol » in *Blog Mediapart*, 5 Septembre 2011, <http://blogs.mediapart.fr/blog/muriel-salmona/050911/la-victime-cest-la-coupable-complicites-institutionnelles-dans-les-c>

SALMONA, Muriel, « Le cerveau des victimes de violences serait modifié : ce n'est pas irréversible » in *L'OBS Le Plus*, 18 Juin 2013, <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/889153-le-cerveau-des-victimes-de-violences-sexuelles-serait-modifie-ce-n-est-pas-irreversible.html>

SALMONA, Muriel, « [L'impact psychotraumatique de la violence sur les enfants : la mémoire traumatique à l'œuvre](#) » in doss. « La protection de l'enfance », *La revue de santé scolaire & universitaire*, janvier-février 2013, Vol. 4, n°19, p. 21-25.

SALMONA, Muriel, « Le viol, crime absolu » in doss. « Le traumatisme du viol », *Santé Mentale*, Mars 2013, n°176.

SANSONE, Randy A., SANSONE, Lori A., WIEDERMAN, Michael, « [The prevalence of trauma and its relationship to borderline personality symptoms and self-destructive behaviors in a primary care setting](#) » in *Archives of Family Medicine*, Mai 1995, Vol. 4, Issue 5, p. 439-442.

SHARPS, Phyllis W., KOZIOL-MACLAIN, Jane, CAMPBELL, Jacquelyn C., McFARLANE, Judith, SACHS, Carolyn, XU, Xiao, « [Health Care Providers' Missed Opportunities for](#)

[Preventing Femicide](#) » in *Preventive Medicine*, Novembre 2001, Vol. 33, Issue 5, p. 373-380.

SHIN, Lisa M., RAUCH, Scott L., PITMAN, Roger K., « [Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD](#) » in *Annals New York Academy of Sciences*, Juillet 2006, Vol. 1071, p. 67-79.

SMAGA, Daniel, « [La place de l'hypnose dans le traitement des syndromes psychotraumatiques](#) » in *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 2008, Vol.159, Issue 8, p. 506–510.

SOLOMON, Eldra, P., HEIDE, Kathleen, M., « [Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma](#) » in *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, Juin 1999, Vol. 43, N°2, p. 202-210.

SPITZER, Carsten, BOUCHAIN, Miriam, WINKLER, Liza Y., WINGENFELD, Katja, GOLD, Stefan M., GRABE Hans J., *et al.*, « [Childhood trauma in multiple sclerosis: a case-control study](#) » in *Psychosomatic Medicine*, Avril 2012, Vol. 74, Issue 3, p. 312-318.

STONE, Mark B., LAUGHREN,Thomas, JONES, M. Lisa, LEVENSON, Mark, HOLLAND, P. Chris, HUGHES, Alice, « [Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration](#) » in *BMJ*, 2009.

TERR, Lenore C., « [Childhood traumas: an outline and overview](#) » in *American Journal of Psychiatry*, Janvier 1991, Vol. 148, Issue 1, p.10-20.

THOMASSIN, Claire, AMOUSSOU, Gisèle, DOMINGUEZ, Patricia, FOUGEYROLLAS, Dominique, GILLET, Anne, LE CLERC, Sylviane, *et al.*, « [Enquête en Seine-Saint-Denis sur les violences sexuelles faites aux femmes au travail \(Enquête VSFT-93\)](#) » in *Travailler*, 2009, Vol. 2, n°22, p. 59-77.

TICE, Linda, HALL, Richard C., BERESFORD, Thomas P., KLASSEN HALL, Anne, *et al.*, « [Sexual abuse in patients with eating disorders](#) » in *Psychiatric Medicine*, 1989, Vol. 7, Issue 4, p. 257-267.

WALKER Edward A., KATON Wayne J., ROY-BYRNE Peter P., JEMELKA, Ron P., RUSSO Joan, « [Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease](#) » in *The American Journal of Psychiatry*, 1993, Vol. 150, Issue 10, p. 1502-1506.

WATHEN, C. Nadine, MACMILLAN, Harriet L., « [Prevention of violence against women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care](#) » in *CMAJ*, Septembre 2003, Vol. 169, Issue 6, p. 582-584.

WEISS, Erica L., LONGHURST, James G., MAZURE Carolyn M., « [Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates](#) » in *American Journal of Psychiatry*, Juin 1999, Vol. 156, Issue 6, p. 816-828.

BIBLIOGRAPHIE

WILLIAMS, Linda Meyer, « [Recall of childhood trauma : a prospective study of women's memory of child sexual abuse](#) » in *Journal of consulting and clinical psychology*, 1994, Vol. 62, n°6, p. 1167-1176.

WISE, Lauren A., PALMER, Julie R., ROSENBERG, Lynn, « [Lifetime Abuse Victimization and Risk of Uterine Leiomyomata in Black Women](#) » in *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Avril 2013, Vol. 208, Issue 4, p. 272.

YAFFE, Kristine, VITTINGHOFF, Eric, LINDQUIST, Karla, BARNES, Deborah, COVINSKY, Kenneth E., NEYLAN, Thomas, *et al.*, « [Posttraumatic Stress Disorder and Risk of Dementia Among US Veterans](#) » in *Archives of General Psychiatry*, Juin 2010, Vol. 67, Issue 6, p. 608-613.

YEHUDA, Rachel, LEDOUX, Joseph, « [Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD](#) » in *Neuron*, Octobre 2007, Vol. 56, Issue 1, p. 19-32.

ZIMMERMAN, Joshua M., MAREN, Stephen, « [NMDA receptor antagonism in the basolateral but not central amygdala blocks the extinction of Pavlovian fear conditioning in rats](#) » in *The European Journal of Neuroscience*, Mai 2010, Vol. 31, Issue 9, p. 1664-1670.

RAPPORTS

Haute Autorité de Santé, *Guide Haute Autorité de Santé*, HAS, Juin 2007.

Human Rights Watch, [Human Rights for Women and Children with Disabilities](#), Human Rights Watch, 2012.

Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, [La criminalité en France, Rapport 2012](#), ONDRP, 2012.

Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, [Crise économique, marché du travail et pauvreté](#), Rapport 2011-2012, ONPES, 2012.

Observatoire national des violences faites aux femmes, [La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes](#), « Les violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données », n°4, Novembre 2014.

United Nations Children's Fund, [Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children](#), New York, UNICEF, 2014.

VION, Pascale, [Combattre toutes les violences faites aux femmes, des plus visibles aux plus insidieuses](#), Conseil économique social et environnemental, Les éditions des Journaux officiels, novembre 2014.

BIBLIOGRAPHIE

World Health Organization, [*Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*](#), Genève, WHO, 2013.

World Health Organization, [*Global Status Report on Violence Prevention*](#), Genève, WHO, 2014.

World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine, [*Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*](#), Genève, WHO, 2010.

COMPTES RENDUS

Assemblée nationale, [*Proposition de loi renforçant la lutte contre le système prostitutionnel*](#), Assemblée nationale, Session ordinaire de 2013-2014, 4 décembre 2013.

DÉTRAIGNE, Yves, [*Proposition de loi modifiant le délai de prescription de l'action publique des agressions sexuelles autres que le viol*](#), Rapport n° 249, fait au nom de la commission des Lois, déposé au Sénat le 11 janvier 2012.

LAGARDE, Sonia, [*Rapport fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de la Législation et de l'Administration générale de la République sur la proposition de loi adoptée par le Sénat \(n° 1986\), modifiant le délai de prescription de l'action publique des agressions sexuelles*](#), n°2352, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 novembre 2014.

Organisation des Nations Unies, « [*Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir*](#) », Assemblée générale de l'ONU, 40ème session, Résolution 40-34, 29 novembre 1985, p. 226.

Sénat, [*Prescription de l'action publique des agressions sexuelles*](#), Compte rendu analytique officiel du 28 mai 2014, Sénat.

LIVRETS D'INFORMATIONS

Association Mémoire Traumatique et Victimologie / Délégation régionale aux Droits des femmes et à l'Égalité d'Île-de-France, « [*Informations médicales si vous subissez ou avez subi des violences*](#) », AMTV / Préfecture de la région d'Île-de-France, 2009.

Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains, court métrage ANNA et son livret d'accompagnement pédagogique destiné la formation des professionnel-le-s, MIPROF, 2013, <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/2-Outils-pour-l-animation-sur-les.html>

Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains, court métrage *ÉLISA* et son livret d'accompagnement pédagogique destiné à la formation des professionnel-le-s, MIPROF, 2013, <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/2-Outils-pour-l-animation-sur-les.html>

ANNEXES

ANNEXES POUR ALLER PLUS LOIN

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES VIOLENCES SEXUELLES ET LES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS :

▶ **Les sites de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie :**

<http://www.memoiretraumatique.org>

<http://stopaudeni.com/>

▶ **Les blogs de la Dre Muriel Salmona :**

<http://stopauxviolences.blogspot.fr/>

<http://lelivrenoirdesviolencessexuelles.wordpress.com>

▶ **L'ouvrage :**

SALMONA, Muriel, *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013.

▶ **Les articles de la Dre Muriel Salmona :**

« [Il est urgent de sortir du déni face à la pédocriminalité sexuelle](#) »

publié sur le site memoiretraumatique.org

« [Violences faites aux enfants : Un silence assourdissant et un scandale sanitaire, social et humain](#) »

publié sur le blog *Médiapart Muriel Salmona* le 14/07/2013

« [La mémoire traumatique et les conduites dissociantes](#) » in *Traumas et résilience*, Paris, Dunod, 2012.

« La mémoire traumatique » in KÉDIA, Marianne, SABOURAUD-SEGUIN, Aurore, (eds.), *L'aide-mémoire. Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, 2008, rééd. 2013.

« [L'impact psychotraumatique de la violence sur les enfants : la mémoire traumatique à l'œuvre](#) » in doss. « La protection de l'enfance », *La revue de santé scolaire & universitaire*, janvier-février 2013, Vol. 4, n°19, p. 21-25.

« [La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité post-traumatiques : ou comment devient-on étranger à soi-même ?](#) » in *Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie*, Paris, Dunod, 2013.

« [Victime vous avez dit victime](#) » publié sur le site memoiretraumatique.org

« [La victime c'est la coupable. Complicité institutionnelle dans les crimes de viol](#) » in *Blog Mediapart*, 5 Septembre 2011.

« [Conséquences des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes neurobiologiques sur la prise en charge médicale et judiciaire des victimes de viols](#) » publié en 2009 sur le site memoiretraumatique.org

« [Violences sexuelles et situations paradoxales de dépendances à l'agresseur liées à la mémoire traumatique, la dissociation et aux conduites dissociantes](#) » publié en 2008 sur le site memoiretraumatique.org

« [Appel à voter la loi modifiant les délais de prescription de l'action publique des agressions sexuelles](#) » in *Blog Mediapart*, 30 novembre 2014.

« Le viol, crime absolu » in doss. « Le traumatisme du viol », *Santé Mentale*, Mars 2013, n°176.

LOUVILLE, Patrice, SALMONA, Muriel, *et al.*, « [Clinique du psychotraumatisme](#) » in *Santé Mentale*, Mars 2013, n° 176, p. 30-33.

« [Propositions pour améliorer la prise en charge et le soin des victimes de violences sexuelles ainsi que la formation des professionnels de santé](#) » publié en 2010 sur le site memoiretraumatique.org

« Le cerveau des victimes de violences serait modifié : ce n'est pas irréversible » in *L'OBS Le Plus*, 18 Juin 2013, <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/889153-le-cerveau-des-victimes-de-violences-sexuelles-serait-modifie-ce-n-est-pas-irreversible.html>

► **Autres ouvrages et articles :**

ROMANO, Hélène, *L'enfant face au traumatisme*, Paris, Dunod, 2013.

TURSZ, Anne, *Les oubliés : enfants maltraités en France et par la France*, Paris, Seuil, 2010.

FERENCZI, Sandor, « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion » [1932], in *Psychanalyse IV*, Paris, Éditions Payot, 1982 pour la traduction française, p. 125-147.

FALL, Sokhna, « [L'éternel détournement de Dolores Haze](#) »

► **Bibliographie générale :**

<https://lelivrenoirdesviolencessexuelles.wordpress.com/bibliographie/>

► **Les brochures d'information de l'association à destination des jeunes :**

« [Information sur les violences et leurs conséquences sur la santé, à destination des jeunes](#) » éditées en 2013 avec l'association Sortir du Silence, texte de la Dre Muriel Salmona, distribuées gratuitement par l'association, à télécharger sur le site memoiretraumatique.org

« [Information médicale sur les violences, à destination des adolescents](#) » réalisées en partenariat avec l'association Le Monde à Travers un Regard, texte de la Dre Muriel Salmona, adaptation de Sokhna Fall, distribuées gratuitement par l'association, à télécharger sur le site memoiretraumatique.org

► **Autres documents informatifs :**

« Signaux d'alerte et phrases assassines, les violences sexuelles sur les mineurs » livret élaboré par l'association Le monde à travers un regard, présidée par Sandrine Apers, avec la participation et une préface de Muriel Salmona, et les illustrations de cAro.

le DVD de formation « Longtemps après » sur les conséquences de l'inceste, de Brigitte Lemaine avec 11 témoignages de victimes et 3 interviews de professionnel-le-s dont une interview de Muriel Salmona.

ANNEXES LE QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE

Questionnaire d'évaluation de la prise en charge médicale des violences sexuelles

Bonjour cher-e-s ami-e-s,

Dans le cadre de la campagne Stop au déni et Violences et soins de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie memoiretraumatique.org et à la suite du colloque Violences et Soins du 5 novembre 2013, nous militons auprès des pouvoirs publics pour la reconnaissance de la réalité des violences subies par les victimes et de l'impact sur leur santé, et pour l'amélioration de leur prise en charge médicale et pour la formation des professionnel-le-s de la santé à cette problématique.

Par ce questionnaire anonyme nous voulons évaluer quel a été votre parcours de prise en charge et de soins en tant que victime de violences sexuelles. Nous ferons remonter au gouvernement, aux élus et aux décideurs la réalité des dysfonctionnements de la prise en charge des victimes pour qu'une réelle politique d'accès à des soins de qualité soit mise en place et pour que les victimes de violences sexuelles ne soient plus condamnées au silence et abandonnées. Nous voulons une vraie politique de solidarité et de justice envers les victimes de violences sexuelles. Et une vraie politique d'égalité des droits, de lutte contre les discriminations et de protection des personnes en situation de handicap et d'autres situations de vulnérabilité, c'est dans des situations d'inégalité de discriminations et de handicap que s'exercent le plus de violences.

Les violences sexuelles font partie des violences qui ont le plus d'impact sur la santé à court et à long terme. De très nombreuses conséquences psychotraumatiques pourraient être évitées avec une prise en charge de qualité. Or les professionnels de la santé ne sont toujours pas formés à la psychotraumatologie et à la prise en charge des victimes de violences, et il existe très peu de centres de soins spécialisés (même si récemment, et il faut le saluer, la Mission Interministérielle de protection des femmes victimes de violences travaille à améliorer la formation de tous les professionnels.

Nous vous remercions beaucoup de participer nombreu-x-ses à ce questionnaire, vous pouvez choisir de ne pas répondre à toutes les questions, de même si vous ne savez pas répondre à certaines questions, les questions les plus importantes sont celles sur les violences et sur votre parcours de soin. Pour les questions avec des réponses précédées d'un carré vous pouvez cocher plusieurs réponses.

Nous vous remercions également de nous faire part de vos remarques et de nous signaler des oublis importants. Si vous le souhaitez vous pouvez ne remplir que le questionnaire plus court sur les violences que nous vous proposons également. Vous pouvez nous contacter sur colloqueviolencesetsoins@gmail.com pour témoigner plus longuement.

Les résultats et les analyses de ce questionnaire seront traités de façon anonyme et seront publiés sur le site, les blogs et les réseaux sociaux de l'association, ils seront communiqués aux autorités compétentes et aux élu-e-s pour qu'ils tiennent compte de la

réalité de la prise en charge des victimes de violences sexuelles et qu'ils agissent en conséquence. Vous pouvez également si vous le souhaitez utiliser le PDF du questionnaire, l'imprimer et l'envoyer à l'adresse suivante Association Mémoire Traumatique et Victimologie 54 avenue des vergers 92340 Bourg la Reine

Dre Muriel Salmona

présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, janvier 2014

Association Mémoire Traumatique et Victimologie, janvier 2014

memoiretraumatique.org

1 Quel âge avez-vous ?

2 êtes-vous ?

- une femme
- un homme
- une femme transgenre
- un homme transgenre

3 êtes-vous ?

- célibataire
- en couple hétérosexuel
- en couple homosexuel
- séparé-e
- veuve ou veuf
- adopté-e
- français-e métropolitain-e
- français-e des DOM-COM
- français-e vivant à l'étranger
- réfugié-e, demandeur-e d'asile, apatride
- étranger-e vivant en France
- Autre :

4 êtes-vous parent d'enfant-s

- oui
- non

5 si oui de combien d'enfant-s êtes-vous parent ? Ont-ils été adoptés ?

6 êtes-vous ?

- étudiant

- en activité professionnelle
- au chômage
- à la retraite
- en invalidité
- au RSA
- Autre :

7 si vous êtes en activité professionnelle ou à la retraite dans quelles catégories professionnelles êtes-vous ou étiez-vous ?

- ouvrier-e-s
- employé-e-s
- professions intermédiaires (techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise, profession intermédiaires de la santé, du social et de l'enseignement)
- professions libérales, cadres supérieurs et professions intellectuelles
- artisans et commerçants
- chefs d'entreprise
- agriculteurs exploitants
- Autre :

8 Avez-vous été, êtes-vous ou pensez-vous être en situation de handicap, de précarité, de vulnérabilité, d'exclusion ou de risque de l'être (sans-papier, à la rue, sans logement personnel, sans revenu, en situation prostitutionnelle, en situation d'addiction : alcoolisme, toxicomanie) ou d'être discriminé-e (discrimination liée à l'âge, au sexe, à l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, à l'origine, à l'aspect physique, au handicap ou à la maladie, à la religion ou les convictions, au lieu de résidence etc.)?

vous pouvez cocher plusieurs cases

- oui
- oui je l'étais déjà avant les violences
- oui je l'étais au moment des violences
- oui je le suis toujours après les violences
- oui je le suis plus après les violences
- oui je l'ai été uniquement après les violences
- non
- je ne sais pas

9 si oui et si vous le souhaitez, pouvez-vous dire laquelle ou lesquelles ? Et si vous ne savez-pas qu'est-ce qui vous fait vous interroger ?

9 BIS Pensez-vous que ces situations de handicap, précarité, vulnérabilité, d'exclusion et de discrimination par rapport aux violences sexuelles que vous avez subies :

vous pouvez cocher plusieurs réponses

- vous ont exposé à plus de risque de subir des violences sexuelles
- ont été aggravées par les violences sexuelles
- sans les violences sexuelles vous n'auriez pas été dans ces situations
- vous ont encore plus condamné-e au silence
- ont aggravé le manque de reconnaissance des violences que vous avez subi
- ont rendu encore plus difficile l'accès à la justice
- on rendu encore plus difficile l'accès à des soins de qualité
- ou au contraire ont permis d'être mieux protégé-e
- ou au contraire ont permis d'être mieux reconnu-e par la justice en tant que victime
- ou au contraire ont permis d'être mieux soigné-e
- ou au contraire ont permis de bénéficier de plus de solidarité et de soutien
- Autre :

9 TER Pouvez-vous nous dire quelles situations ont été en lien direct selon vous avec les violences sexuelles que vous avez subies, que ce soit en tant que facteur d'exposition, d'isolement et de non-reconnaissance ou en tant que conséquences ? Ou à l'inverse si vous pensez que ces certaines de ces situations vous ont protégées et permis de bénéficier de plus de solidarité ?

vous pouvez cocher plusieurs réponses

10 Quelles violences sexuelles avez-vous subies ? Si vous avez des hésitations par rapport aux termes juridiques utilisés ou si vos souvenirs sont parcellaires, n'hésitez pas à décrire ce que vous avez subi dans la case "autre"

vous pouvez cocher plusieurs réponses

- VIOL-S ce sont des actes de pénétrations imposés : "tout acte de pénétration de quelque nature que ce soit (vaginale, anale, orale avec le sexe, les doigts ou un objet) commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte (physique, morale, économique), menace ou surprise
- TENTATIVE-S DE VIOL-S
- AGRESSION-S SEXUELLE-S c'est toute atteinte sexuelle commise par violence contrainte menace ou surprise (cela peut-être des attouchements imposés sur des zones du corps sexualisées : sexe, fesse, cuisses, seins, bouche (baisers forcés) et des attouchements que l'agresseur vous impose de faire sur lui (prendre la main pour la mettre sur son sexe par ex), ou le fait d'imposer de regarder des actes sexuels, imposer de prendre des photos et des vidéos dans à connotation sexuelle, de regarder des photos ou des films pornographiques, même s'ils ne paraissent pas imposés tout acte sexuel entre un adulte et un mineur de moins de 15 ans est considéré comme un délit, et pour un mineur entre 15 et 18 ans tout acte sexuel même s'il ne parait pas imposé par un adulte ayant autorité est un délit

- INCESTE : ce sont des viols ou agressions sexuelles commises par une personne de la famille (parents, beaux-parents, grands parents, frères et sœurs, oncles et tantes, cousins et cousines), l'inceste n'est actuellement pas inscrit comme tel dans le code pénal
- HARCÈLEMENT SEXUEL propos, comportements répétés à connotation sexuelle qui portent atteinte à la dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, ou qui créent une situation intimidante, hostile ou offensant, ou des pressions qui peuvent être uniques pour obtenir un acte sexuel
- EXHIBITION SEXUELLE
- BIZUTAGE actes humiliants ou dégradants à connotations sexuels imposés ou non lors de manifestations ou de réunions liés au milieu scolaire, sportif ou socio-éducatif
- EXPLOITATION SEXUELLE actes sexuels contre de l'argent ou des avantages (comme un travail, un logement ou un hébergement) prostitution, pornographie, traite à des fins sexuelles
- MUTILATION SEXUELLE FÉMININE
- MARIAGES FORCÉS : union imposée qu'elle soit civile, religieuse ou coutumière
- Autre :

11 Vous avez subi les violences sexuelles ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- en tant que mineur-e de moins de 15 ans
- en tant que mineur-e de moins de 18 ans
- en tant qu'adulte ?

12 À quel âge avez-vous subi les premières violences sexuelles et pendant combien de temps ?

13 Avez-vous subi d'autres violences sexuelles et à quel âge avez-vous subi les dernières violences sexuelles ?

14 Avez vous subi des violences sexuelles par plusieurs personnes à la fois (en réunion) ?

15 Avez-vous subi des violences sexuelles par la même ou les mêmes personnes à plusieurs reprises ?

15 BIS Est-ce qu'il y avait d'autres victimes avec vous pendant les violences sexuelles que vous avez subi ? Et est-ce que vous avez eu connaissance d'autres personnes qui ont été victimes du même ou des mêmes agresseurs que vous ? Étaient-elles mineures ou majeures ? Ont-elles été victimes avant ou après vous ?

16 En tant que mineur-e dans quel cadre avez-vous subi des violences sexuelles ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- dans la famille
- dans l'entourage de la famille (ami-e-s, voisin-e-s, etc.)
- dans le couple, par un partenaire
- par un partenaire après séparation
- dans un cadre amical (soirée, sortie, vacances, etc.)
- dans un milieu scolaire ou universitaire
- dans une colonie de vacances, garderie, centre de loisir
- dans une institution religieuse
- dans le cadre du soin : institution médico-sociale, consultation, hospitalisation
- dans le cadre de situation de protection et de secours (interventions de la police, des pompiers)
- dans le cadre de situation d'aide (associations, ONG, services sociaux)
- dans des foyers d'accueil, famille d'accueil, centres d'hébergement
- dans le milieu sportif
- dans le milieu des loisirs (activités musicales, plastiques, etc.)
- dans le cadre du travail
- dans le cadre de l'armée
- lors de stage, d'apprentissage
- en milieu carcéral
- en situation prostitutionnelle
- dans l'espace public
- en situation de guerre, de violences d'Etat ou d'exactions armées
- dans le cadre de crimes de guerre
- dans le cadre de crimes contre l'humanité
- Autre :

17 En tant qu'adulte dans quel cadre avez-vous subi des violences sexuelles ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- dans la famille
- dans l'entourage de la famille (ami-e-s, voisin-e-s, etc.)
- dans le couple, par un partenaire
- par un partenaire après séparation
- dans un cadre amical (soirée, sortie, vacances, etc.)
- dans un milieu scolaire ou universitaire
- dans une colonie de vacances, garderie, centre de loisir
- dans une institution religieuse
- dans le cadre du soin : institution médico-sociale, consultation, hospitalisation
- dans le cadre de situation de protection et de secours (interventions de la police, des pompiers)
- dans le cadre de situation d'aide (associations, ONG, services sociaux)
- dans des foyer d'accueil, famille d'accueil, centres d'hébergement
- dans le milieu sportif
- dans le milieu des loisirs (activités musicales, plastiques, etc.)
- dans le cadre du travail
- dans le cadre de l'armée
- lors de stage, d'apprentissage
- en milieu carcéral
- en situation prostitutionnelle
- dans l'espace public
- en situation de guerre, de violences d'États, d'exactions armées
- de crimes de guerre
- de crimes contre l'humanité
- Autre :

18 Pouvez-vous préciser qui étai-en-t votre ou vos agresseurs lors de l'agression ou des agressions que vous avez subi en tant que mineur-e ? (en précisant leur sexe, leur âge, leur lien avec vous et leur fonction par rapport à vous (parents, grands-parents, frères et sœurs, oncles et tantes, cousins, cousines, conjoint, ami-e-s, enseignants, entraîneurs, professionnels de la santé, etc),

19 Pouvez-vous préciser qui était votre ou vos agresseurs lors de l'agression ou des agressions que vous avez subi en tant que majeur-e ? (en précisant leur sexe, leur âge, leur lien avec vous et leur fonction par rapport à vous, si vous les connaissiez ou non) ?

20 Avez-vous subi d'autres violences que des violences sexuelles ?

- violences physiques
- actes de tortures ou de barbarie
- violences de guerre ou d'État
- crimes de guerre
- crimes contre l'humanité
- violences psychologiques
- violences verbales
- négligences graves (le fait de vous priver de nourriture, de soins, de vêtements, de logement, de vous empêcher de faire des études, de loisirs, de voir des amis, etc...)
- violences économiques
- exposition à des violences conjugales enfant
- Autre :

21 Ces autres violences que vous avez subies étaient-elles pour toutes ou pour certaines associées aux violences sexuelles ?

- oui toutes
- oui certaines
- non

22 Pouvez-vous nous dire quelles autres violences étaient associées et donner des précisions si vous le souhaitez ?**23 si vous souhaitez donner plus de précisions sur les violences sexuelles que vous avez subies et sur leur-s auteur-s**



24 le-s auteur-s de ces violences sexuelles et leur-s complice-s vous ont-ils menacé de mort ou menacé un proche ?

- oui j'ai été menacé pendant les violences sexuelles avec une arme
- oui j'ai été menacé pendant les violences sexuelles avec des menaces verbales
- oui j'ai été menacé après les violences sexuelles
- oui mes proches ont été menacés par le ou les agresseurs
- oui le ou les agresseurs ont menacé mon ou mes animaux de compagnie
- Autre :

25 Lors de ces violences sexuelles vous est-il arrivé d'avoir peur de mourir ?

- oui à chaque fois
- oui de nombreuses fois
- oui quelquefois
- non

26 En raison de ces violences et à la suite de ces violences vous êtes-vous senti-e en danger ?

- oui à chaque fois
- oui de nombreuses fois
- oui quelquefois
- non

27 avez-vous bénéficié de protections de proches ou de mesures de protection policières ou judiciaires?

- non jamais
- oui quelque fois
- oui à chaque fois

28 quelles ont été ces protections ?

- prise en compte du danger
- séparation du ou des agresseurs
- éloignement du ou des agresseurs
- mesures d'AEMO
- placement en famille d'accueil

- placement en foyer
- hébergement d'urgence
- attribution d'un logement dans une autre commune ou un autre département
- attribution d'un permis de séjour
- en cas de violences au travail : mise à pied ou tout au moins changement de poste de l'agresseur
- ordonnance de protection
- mesure d'éviction d'un conjoint violent
- suspension de l'autorité parentale du parent violent
- contrôle judiciaire de l'agresseur
- interdiction pour l'agresseur de s'approcher de la victime
- retrait pour l'agresseur de l'autorisation d'avoir une arme
- domiciliation chez l'avocat ou auprès du procureur de la République
- dispositif électronique grand danger (téléphone portable d'alerte)
- Autre :

29 quelles auraient été les mesures de protection dont vous auriez eu besoin ?

30 Plainte (si il n'y a pas eu de plainte passez directement à la question 49): avez-vous pu porter plainte ou a-t-on porté plainte pour vous au pénal ?

- oui
- oui seulement pour certaines
- non
- non les faits étaient prescrits
- Autre :

31 Quand avez-vous pu porter plainte ou quand a-t-on porté plainte pour vous? à quel âge et combien de temps après les faits de violences ?

32 Si vous étiez mineur-e ou personne vulnérable au moment des violences : qui a porté plainte pour vous ? La plainte a-t-elle fait suite à un signalement ? si oui par qui ?

33 En cas de violences sexuelles au travail avez-vous pu porter plainte au prud'hommes ou au tribunal administratif ?

- oui
- oui seulement pour certaines
- non

34 En cas de violences sexuelles ou de maltraitances commises par un médecin ou un avocat avez-vous pu porter plainte au conseil de l'Ordre des médecins ou au barreau des avocats ?

- oui
- oui seulement pour certaines
- non

35 Quelle a été ou quelles ont été pour vous les raisons principales qui vous ont permis de porter plainte ?

36 Quelles ont été les suites de cette ou ces plainte-s ?

- faits prescrits
- affaire classée
- non-lieu
- déqualification en agression sexuelle d'un viol
- déqualification en harcèlement sexuel d'un viol ou d'une agression sexuelle
- procès au tribunal correctionnel
- procès en cour d'assise
- procès aux prud'hommes
- procès au tribunal administratif
- procès au conseil de l'ordre des médecins
- condamnation du ou des inculpé-e-s
- sanction-s par le conseil de l'ordre des médecins

acquittement ou relaxe du ou des inculpé-e-s

Autre :

37 Si le ou les auteurs ont été condamné-s, quelle peine a-t-il ou ont-ils eu ?

38 Si le ou les auteurs ont été condamné-s, y a-t-il eu un procès en appel et si oui quelle peine a-t-il ou ont-ils eu ?

39 Si le ou les auteurs ont été condamné-s ou si les faits ont été reconnus, avez-vous pu obtenir des réparations ou être indemnisé par la CIVI (commission d'indemnisation des victimes d'infractions pénales) ?

oui

non

40 Si oui à quelle hauteur avez-vous été indemnisé-e par la CIVI (commission d'indemnisation des victimes d'infractions pénales) ?

41 Comment avez-vous vécu le dépôt de plainte ?

très mal

mal

pas très bien

assez bien

bien

très bien

42 Comment avez-vous vécu l'enquête policière, les auditions et la procédure judiciaire ?

très mal

mal

pas très bien

assez bien

bien

très bien

43 Comment avez-vous vécu le ou les procès ?

très mal

mal

pas très bien

assez bien

- bien
- très bien
- différemment selon les procès

44 Estimez-vous que la justice a joué son rôle ?

- non pas du tout
- de façon très insuffisante
- oui à peu près
- assez bien
- bien
- très bien

45 Vous êtes-vous sentie protégé-e par la police et la justice ?

- non pas du tout
- de façon très insuffisante
- oui à peu près
- assez bien
- bien
- très bien

46 Vous êtes-vous sentie reconnu-e comme victime par la police et la justice ?

- non pas du tout
- de façon très insuffisante
- oui à peu près
- oui assez bien
- oui plutôt bien
- oui très bien

47 Si vous voulez en dire plus ou témoigner sur les procédures policières et judiciaires**48 Si c'était à refaire porteriez-vous plainte à nouveau ?**

- oui
- oui mais pas pour moi, pour les autres victimes du ou des mêmes agresseurs
- oui mais pas pour moi, pour que le ou les agresseurs ne fassent pas d'autres victimes

- non
- peut-être
- je ne sais pas

49 SANTÉ : Avez-vous pu bénéficier d'une prise en charge médicale rapide après avoir subi des violences sexuelles (consultation aux urgences, aux unités médico-judiciaires?)

- oui à chaque fois
- oui certaines fois
- non
- dans le cadre d'urgences hospitalières
- dans le cadre d'une unité médico judiciaire
- dans le cadre d'une consultation de médecin généraliste
- dans le cadre d'une consultation avec votre médecin traitant
- dans le cadre d'un médecin spécialiste
- dans le cadre d'une consultation de psychiatrie
- dans le cadre d'une consultation avec un psychologue
- Autre :

50 Comment évaluez-vous l'impact des violences sexuelles que vous avez subies sur votre santé mentale

- pas important
- peu important
- assez important
- important
- très important

51 Comment évaluez-vous l'impact des violences sexuelles que vous avez subies sur votre santé physique

- pas important
- peu important
- assez important
- important
- très important

52 Comment évaluez-vous l'impact des violences sexuelles que vous avez subies sur votre qualité de vie ?

- pas important
- peu important
- assez important
- important

très important

53 Comment évaluez-vous l'impact des violences sexuelles que vous avez subies sur votre scolarité et/ou votre vie professionnelle ?

pas important

peu important

assez important

important

très important

cela m'a obligé-e à interrompre ma scolarité et/ou ma formation professionnelle de façon transitoire

cela m'a empêché-e de poursuivre ma scolarité, de passer des examens et d'avoir des diplômes

cela m'a empêché-e de travailler

cela m'a empêcher de travailler à certaines périodes de ma vie

Autre :

54 Comment évaluez-vous l'impact des violences sexuelles que vous avez subies sur votre vie affective (relations amoureuses, amicales, familiales) ?

pas important

peu important

assez important

important

très important

cela m'a empêché-e d'avoir une vie affective à certaines périodes de ma vie

cela m'a empêché-e d'avoir une vie affective tout au long de ma vie

Autre :

55 Comment évaluez-vous l'impact des violences sexuelles que vous avez subies par rapport à vos relations avec votre famille et vos enfants si vous en avez ? ?

pas important

peu important

assez important

important

très important

cela m'a obligé-e à rompre avec toute ma famille

cela m'a obligé-e à rompre avec une partie de ma famille

une partie de ma famille a rompu avec moi après la révélation des violences

cela m'a empêché-e de vivre en couple à certaines période de ma vie

cela m'a empêché-e de vivre en couple tout au long de ma vie

cela m'a empêché-e d'avoir des enfants

Autre :

56 Comment évaluez-vous l'impact des violences sexuelles que vous avez subies sur votre vie sexuelle (relations sexuelles avec un partenaire, activité sexuelle)?

- pas important
- peu important
- assez important
- important
- très important
- cela m'a empêché-e d'avoir une vie sexuelle à certaines périodes de ma vie
- cela m'a empêché-e d'avoir toute vie sexuelle
- Autre :

57 Comment évaluez-vous l'impact des violences sexuelles que vous avez subies sur vos grossesses si vous en avez eu ?

- pas important
- peu important
- assez important
- important
- très important
- cela m'a empêchée d'être enceinte pendant une longue période
- Autre :

57 BIS Comment évaluez-vous l'impact des violences sexuelles que vous avez subies sur votre accès à des soins médicaux, par-médicaux ou dentaires ? (difficultés à consulter, à se faire examiner, tendance à négliger sa santé, à ne pas aller régulièrement chez le dentiste, à ne pas faire des examens de prévention et à ne pas se protéger)

- pas important
- peu important
- assez important
- important
- très important
- Autre :

57 TER Pouvez-vous si vous le souhaitez en dire plus sur l'impact qu'on eu les violences sexuelles sur votre accès à des soins ?**58 Si vous voulez en dire plus sur l'impact des violences sur votre vie :**

59 Comment évaluez-vous la souffrance mentale au moment des violences sexuelles et juste après ?

sur une échelle de 0 à 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

60 Comment évaluez-vous la souffrance mentale due aux violences sexuelles quand elle a été la plus importante ?

sur une échelle de 0 à 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

61 Pouvez-vous préciser à quelle période elle a été la plus importante ??

62 Comment évaluez-vous la souffrance mentale due à ces violences sexuelles actuellement ?

sur une échelle de 0 à 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

63 Avez-vous eu des périodes où vous vous êtes sentie anesthésiée émotionnellement, ne ressentant pas ou très peu des émotions ?

64 Comment évaluez-vous la souffrance physique pendant et juste après les violences sexuelles?

sur une échelle de 0 à 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

65 Comment évaluez-vous la souffrance physique due à ces violences actuellement ?

sur une échelle de 0 à 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

66 Avez-vous eu des périodes où vous vous êtes senti-e anesthésié-e, ne ressentant plus ou très peu la douleur physique ?

67 Comment évaluez-vous le sentiment de solitude dû à ces violences sexuelles ?

sur une échelle de 0 à 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

68 Avez-vous eu des idées suicidaires dues à ces violences sexuelles ?

- jamais
- rarement
- parfois
- souvent
- très souvent

69 Avez-vous fait des tentatives de suicide ?

- oui
 non

70 Si oui, combien avez-vous fait de tentatives de suicide ?**71 Depuis les violences quels symptômes avez-vous eu dans cette liste ?**

- troubles anxieux (anxiété, crise d'angoisse, de panique)
 troubles phobiques (conduites d'évitement, phobies, phobie sociale,...)
 troubles obsessionnels (vérifications, lavages répétés, etc.)
 troubles de l'humeur (dépression, épisode-s maniaco-dépressif-s)
 troubles du sommeil (insomnies, cauchemars, somnambulisme,...)
 troubles alimentaires anorexique, vomissements, épisodes d'anorexie-boulimie),
 troubles alimentaires boulimiques avec prise de poids importante
 troubles sexuels (phobies, frigidité, vaginisme)
 troubles sexuels avec compulsions sexuelles, conduites sexuelles à risque
 troubles addictifs (tabac, alcool, drogues, jeux,...)
 conduites auto-agressives (auto-mutilations, scarifications, etc.)
 conduites à risques, mises en danger
 épisode-s qualifié-s de délirant-s
 hallucinations auditives, olfactives, visuelles, sensibles
 flash-backs, réminiscences, images intrusives des violences
 des ruminations importantes
 une perte d'espoir
 une perte d'estime de soi
 des sensations de mort imminente
 symptômes dissociatifs (sentiment d'étrangeté, de dépersonnalisation, d'absence, de déconnection)
 l'impression d'être différent-e des autres
 amnésie-s
 sentiment de danger permanent
 hypervigilance et contrôle de l'environnement
 douleurs chroniques (céphalées, douleurs ostéo-musculaires, abdominales, etc.)
 fatigue chronique
 troubles cognitifs (troubles de la mémoire, de la concentration, de l'attention)
 stress et irritabilité
 fibromyalgie (douleurs chroniques importantes et diffuses dans tout le corps)
 troubles somatiques (dermatologiques, gastro-entérologiques, urinaires, gynécologiques, cardio-vasculaires, respiratoires, acouphènes, etc.)
 Autre :

72 Si vous avez subi un ou des viols ont-ils été à l'origine de grossesse ?

- oui
 non

73 Si cela a été le cas, avez-vous :

- mené la grossesse à son terme
 pris une contraception d'urgence
 fait une fausse-couche spontanée
 fait une IVG
 fait une IMG (interruption médicale de grossesse)

74 En cas de demande de contraception d'urgence ou d'IVG avez-vous pu parler du ou des viol-s à l'origine de cette grossesse au médecin ou à un travailleur social ou à une association ?

- oui
 non

75 Si oui comment ont-ils réagi ?

- Bien avec compréhension et soutien
 Assez bien
 assez mal
 Mal de façon maltraitante
 Autre :

76 Depuis les violences quelles autres maladies avez-vous eues ?**77 Depuis les violences avez vous subi des accidents graves ?**

- oui
 oui plusieurs
 non

78 si oui combien ?**79 Depuis les violences avez-vous dû interrompre vos études, votre formation ou votre**

travail ?

- non
- oui de façon transitoire
- oui et c'est toujours le cas

80 En raison des violences avez-vous été pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance ?

- non
- oui
- oui avec placement dans une famille d'accueil
- oui avec placement dans un foyer

81 Comment s'est passée votre prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance ?**82 Depuis les violences avez-vous eu ?**

- des périodes de chômage
- des arrêts de travail répétés
- des congés longue maladie
- des congés longue durée
- une mise en invalidité
- une mise en retraite anticipée
- une allocation adulte handicapé

83 Depuis les violences avez-vous eu des périodes de précarité et d'exclusion sociale ?

- longue période d'inactivité
- longue période de chômage
- période en foyer ou en hôtels
- période en maison d'accueil ou famille d'accueil
- périodes sans ressources
- RSA
- fugues
- périodes où vous avez vécu dans la rue
- situation prostitutionnelle
- hospitalisations de longue durée en hôpital psychiatrique
- séjours en centre de détention
- Autre :

84 Si vous souhaitez en dire plus sur les périodes de précarité et d'exclusion sociale que vous avez traversées :**85 Au moment des violences avez-vous pu en parler immédiatement à quelqu'un ?**

- oui
- oui uniquement pour certaines violences
- non

86 Si oui, à quelle-s personne-s ?

- ami-e-s
- famille
- collègue de travail
- professionnel-s de santé
- professionnel-s du secteur social
- professionnel-s de l'éducation nationale
- police ou gendarmerie
- SAMU pompiers
- association d'aide aux victimes
- numéros verts d'urgence (119, 39-19, Viols Femmes Informations 0 800 95 95, 08 VICTIMES)
- forum internet, réseau social
- Autre :

87 Quelles ont été leurs réactions ?

- on vous a écouté-e
- on vous a cru-e
- on vous a réconforté-e
- on a reconnu les violences
- on a reconnu la gravité des violences
- on a reconnu l'impact traumatique des violences
- on a reconnu votre souffrance comme légitime
- on vous a protégé
- on vous a soutenu
- on vous a donné des conseils et orienté
- on a mis en doute votre parole
- on a dit que vous mentiez

- on a minimisé les violences
- on a minimisé la gravité des violences
- on a minimisé la culpabilité de l'agresseur
- on a minimisé l'impact traumatique des violences
- on a minimisé votre souffrance
- on ne vous a pas réconforté-e
- on a été indifférent
- on vous a culpabilisé-e
- on vous a fait des reproches
- on vous a demandé de vous taire
- on vous a dit que ce n'était pas grave, on a fait comme si ce n'était pas grave
- on a fait comme si rien ne s'était passé
- on a dit que vous étiez fou ou folle, que vous déliriez
- on a dit que vous aviez été influencé-e
- on a vous a menacé-e
- on a fait des pressions sur vous pour vous faire taire
- on a été violent avec vous
- on ne vous pas aidé-e
- on ne vous a pas protégé-e
- Autre :

88 Par rapport aux réactions des personnes à qui vous avez parlé des violences voulez-vous en dire plus et donner des exemples de réactions inappropriées et de phrases "assassines" ?

89 SOINS D'URGENCE : Immédiatement après les violences avez-vous eu une prise en charge médicale et/ou psychologique ? Si la réponse est non passez à la question 95

- non
- oui

90 Dans quel cadre avez-vous eu cette prise en charge médicale et/ou psychologique en urgence ?

- par un service d'urgence hospitalier
- dans le cadre d'une plainte par un service d'UMJ (unité médico-judiciaire) ou un service hospitalier
- par un médecin généraliste
- par un psychiatre
- par un médecin gynécologue ou une sage-femme

- par un autre médecin spécialiste
- par un psychologue
- par un psychothérapeute non psychologue
- par un-e infirmier-e
- Autre :

91 Comment évaluez-vous votre état de détresse et de douleur morale à ce moment là (10 représentant une douleur morale intolérable et/ou proche du suicide) ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



92 Si vous avez eu une prise en charge médicale immédiate comment évaluez-vous les soins ?

- maltraitants
- inadaptés
- très insuffisants
- insuffisants
- assez satisfaisants
- satisfaisants
- très satisfaisants
- Autre :

93 Si vous avez eu une prise en charge médicale immédiate comment évaluez-vous le comportement à votre égard du professionnel de santé ?

- a été bienveillant
- sécurisant
- rassurant
- vous a cru-e
- vous a compris-e
- a reconnu les violences
- a reconnu la gravité des violences
- a reconnu votre souffrance
- a reconnu l'impact psychotraumatique des violences
- vous a donné des explications
- a été froid et indifférent
- ne vous a pas cru-e
- ne vous a pas compris-e
- n'a pas reconnu les violences
- a minimisé la gravité des violences

- a minimisé ou pas reconnu votre souffrance
- n'a pas pris en compte l'impact psychotraumatique des violences
- vous a fait la morale
- vous a fait mal
- vous a angoissé-e encore plus
- a tenu des propos déplacés
- vous a culpabilisé
- a eu des comportements déplacés
- a été violent verbalement
- a été violent physiquement
- a été violent sexuellement
- Autre :

94 Pour un viol quels examens et soins vous ont été proposés ?

- examens et soins physiques
- contraception d'urgence
- prévention HIV (virus du SIDA)
- prévention MST (maladie sexuellement transmissibles)
- examen psychologique à la recherche de symptômes psychotraumatiques
- soins de l'état de choc psychotraumatique
- prescription de médicaments
- recherche de sperme et ADN (écouvillonnage, recherche sur la peau)
- certificat médical
- ITT interruption totale de Travail
- arret de travail
- explication des gestes médicaux
- explication des symptômes psychotraumatiques
- explication de la surveillance à mettre en place
- explication de vos droits et des démarches judiciaires
- consultations spécialisées
- orientation vers des associations
- remise de documents
- est-ce que le ou les professionnels de santé vous ont demandé si vous aviez des idées suicidaires
- est-ce qu'ils vous ont demandé si vous étiez en danger
- est-ce que vous avez eu un traitement contre la douleur
- est-ce que vous avez eu un traitement contre les angoisses et le stress
- Autre :

95 Soins d'urgence : souhaitez-vous en dire plus ?

96 Si vous n'avez pas pu parler immédiatement après les violences, au bout de combien de temps avez-vous pu en parler ?

97 Pour quelle-s raison-s pensez-vous n'avoir pas pu en parler ?

- vous aviez subi des pressions et/ou des menaces du ou des agresseur-s
- vous aviez subi des pressions et/ou des menaces de la part de proches
- vos proches étaient menacés
- vous aviez peur de ne pas être cru-e
- vous aviez peur que ce que vous aviez subi ne soit pas pris en compte
- vous aviez peur d'être confronté-e à de l'indifférence
- vous aviez peur d'être confronté-e à des réactions violentes des interlocuteurs
- vous aviez peur que ce soit insupportable ou impossible à entendre pour votre interlocuteur
- vous avez mis du temps à réaliser ce qui s'était passé
- vous avez mis du temps à pouvoir mettre des mots sur ce qui s'était passé
- vous ne pouviez pas en parler, c'était trop dur, vous n'étiez pas en état de le faire
- vous aviez peur de vos réactions et de vos émotions si vous en parliez
- vous avez eu une période d'amnésie
- vous étiez trop petit-e
- vous pensiez que ce n'était pas des violences
- vous pensiez que ce n'était pas si grave
- vous pensiez que c'était de votre faute
- vous pensiez que vous aviez mérité ces violences
- Autre :

98 Pour en dire plus sur les raisons pour lesquelles vous n'avez-vous pas pu en parler

99 Si vous avez eu une période d'amnésie traumatique combien de temps a-t-elle duré ?

100 Quand et comment les souvenirs vous sont-ils revenus ?**101 Quand vous avez pu enfin en parler, à qui avez-vous pu en parler ?**

- ami-e-s
- membre de la famille
- conjoint
- collègue de travail
- professionnel-le-s de santé
- professionnel-le-s du social
- professionnel-le-s de l'Education nationale
- police, gendarmerie
- avocat, juriste
- procureur de la République, juge
- association-s d'aide aux victimes
- numéros verts d'urgence
- forum, réseaux sociaux
- Autre :

102 Quelles ont été leurs réactions ?

- on vous a écouté-e
- on vous a cru-e
- on a reconnu les violences
- on a reconnu la gravité des violences
- on a reconnu votre souffrance comme légitime
- on a reconnu l'impact psychotraumatique
- on vous a réconforté-e
- on vous a soutenu
- on vous a protégé
- on vous a donné des conseil et orienté
- on ne vous a pas écouté
- on a mis en doute votre parole
- on vous a dit que vous mentiez
- on a pas reconnu les violences
- on a minimisé la culpabilité de ou des agresseur-s
- on a minimisé la gravité des violences

- on vous a renvoyé que votre souffrance n'était pas légitime
- on a pas reconnu l'impact psychotraumatique des violences
- on ne vous a pas réconforté-e
- on vous a culpabilisé-e
- on vous a fait des reproches
- on vous a menacé-e
- vous demander de vous taire
- on a été violent avec vous
- on ne vous a pas aidé-e
- on a été indifférent
- on vous a dit que ce n'était pas grave, on a fait comme si ce n'était pas grave
- on a fait comme si il ne s'était rien passé
- on vous a dit que vous étiez fou ou folle, que vous déliriez
- on vous a dit qu'on vous avait influencé-e
- on ne vous a pas protégé-e
- Autre :

103 Voulez-vous en dire plus sur leurs réactions ?**104 Depuis les violences avez-vous eu un suivi médical psychiatrique et/ou psychologique régulier ?**

- oui
- non
- Autre :

105 Par quel-le-s professionnel-le-s de la santé et au bout de combien de temps après les violences ?**106 Avez-vous eu un suivi par un ou des médecins psychiatres ?**

- oui
- non

107 À partir de quand et pendant combien de temps et par combien de psychiatres différents ?

108 Avez-vous suivi une ou plusieurs psychothérapie ?

- non
- oui une
- oui plusieurs
- par un psychiatre
- par un psychologue
- par un psychanalyste
- Autre :

109 À partir de quand, pendant combien de temps et par combien de psychothérapeutes différents ?**110 Avez-vous pu parler des violences à ces professionnel-le-s de la santé ?**

- non jamais
- oui avec certains
- oui avec tous
- c'est vous qui avez parlé spontanément des violences
- c'est le ou les professionnels de la santé qui vous ont posé des questions pour savoir si vous avez subi des violences sexuelles
- Autre :

111 Si vous avez pu parler avec certains professionnels de la santé avec lesquels (de quelle spécialité, était-ce des femmes, des hommes) cela a été possible et à quel moment (au bout de combien de temps) ?**112 Ces médecins, psychiatres et psychothérapeutes étaient-ils à votre avis formés à la prise en charge de victimes de violences sexuelles ?**

- aucun n'était formé à la prise en charge des victimes de violences sexuelles
- certains étaient théoriquement formés à la prise en charge des victimes mais selon vous ne connaissaient pas la réalité des violences sexuelles et les psychotraumatismes
- certains étaient selon vous réellement formés et connaissaient la réalité des violences sexuelles et les troubles psychotraumatiques
- tous étaient selon vous réellement formés

Autre :

113 Avez-vous eu des difficultés à trouver des psychiatres ou psychothérapeutes formés à la prise en charge des violences sexuelles ?

- impossible d'en trouver
- de grandes difficultés à en trouver
- cela a été assez difficile d'en trouver
- pas de difficulté pour en trouver
- Autre :

114 Si vous avez eu des difficultés à trouver des psychiatres ou psychothérapeutes formés à la prise en charge des violences sexuelles, au bout de combien de temps avez vous enfin pu en trouver un et comment ?

115 quels diagnostics ont été faits par les professionnels de la santé qui vous ont suivi-e ?

- dépression
- troubles bi-polaires ou psychose maniaco dépressive,
- schizophrénie
- autres psychoses
- troubles autistiques
- névrose phobo-obsessionnelle
- hystérie, névrose hystérique, conversion hystérique
- trouble de la personnalité border-line, état limite
- troubles anxieux
- état de stress post-traumatique, névrose traumatique, troubles psychotraumatiques
- vous ne savez pas
- Autre :

116 Est-ce qu'un ou des professionnels de la santé vous a posé une ou des questions sur les violences que vous auriez pu subir ?

- non, jamais
- c'est arrivé, très rarement
- oui, plusieurs fois
- oui, toujours

117 si oui lequel-le-s, de quelle spécialité et de quelles façons ? Etait-ce des femmes, des hommes ? Au bout de combien de temps ?

118 Est-ce que dans la prise en charge quand les violences étaient connues, il a été tenu compte des violences que vous avez subies ou que vous subissiez ?

- non, jamais
- c'est arrivé, très rarement
- oui, plusieurs fois
- oui, toujours
- Autre :

119 Est-ce que vous souhaitez faire des commentaires sur la façon dont les violences sexuelles que vous avez subies ont été prises en compte dans la prise en charge ?

120 Est-ce que dans la prise en charge, il a été tenu compte du danger que vous pouviez courir et des menaces faites contre vous ?

- non, jamais
- c'est arrivé, très rarement
- oui, souvent
- oui, toujours

121 Est-ce que vous souhaitez faire des commentaires sur la façon dont on a tenu compte du danger que vous pouviez courir ?

122 Est-ce que ces médecins ont eu des réactions appropriées quand vous leur avez parlé

des violences que vous avez subi ?

- non, jamais
- oui c'est arrivé, mais très rarement
- oui, le plus souvent
- oui, toujours
- Autre :

123 Souhaitez-vous faire des commentaires ou donner des exemples de réactions inappropriées si c'est arrivé ?**124 ces médecins, psychiatres et psychothérapeutes ont-ils reconnu vos symptômes et votre souffrance ?**

état de stress post traumatique, névrose traumatique

- oui
- un peu
- très peu
- pas du tout
- Autre :

125 Ces médecins, psychiatres et psychothérapeutes ont-ils compris vos symptômes et votre souffrance ?

état de stress post traumatique, névrose traumatique

- oui
- un peu
- très peu
- pas du tout
- Autre :

126 Ces médecins, psychiatres et psychothérapeutes ont-ils recherché et diagnostiqué des troubles psychotraumatiques

état de stress post traumatique, névrose traumatique

- aucun
- certains
- tous

127 Au bout de combien de temps et de combien de psychiatres et de psychothérapeutes des troubles psychotraumatiques ont été recherchés et/ou diagnostiqués ?

état de stress post traumatique, névrose traumatique

128 Ces médecins, psychiatres et psychothérapeutes ont-ils recherché des idées suicidaires pour les prévenir ?

- aucun
 certains
 tous

129 Comment ces médecins, psychiatres et psychothérapeutes ont-ils réagi face à vos idées suicidaire et/ou vos tentatives de suicide ?

- vous vous êtes senti-e compris-e, rassuré-e et apaisé-e
 ils ont recherché avec vous les causes et ce que vous avez ressenti pour avoir ces idées ou pour passer à l'acte
 ils ont fait avec vous un lien entre ces idées suicidaires et ces tentatives de suicides et les violences que vous avez subies
 vous vous êtes sentie incomprise
 vous avez eu l'impression qu'ils ne reconnaissaient pas votre souffrance
 vous vous êtes sentie culpabilisée et/ou jugée
 vous vous êtes sentie maltraité-e
 Autre :

130 Les soins ont-ils été centrés surtout sur les violences sexuelles subies ?

- non, pas du tout
 très peu
 un peu
 oui

131 Ces psychiatres et ces psychothérapeutes vous ont-ils expliqué les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles

- non, jamais
 un peu
 oui

132 Ces psychiatres et ces psychothérapeutes vous ont-ils expliqué les mécanismes

psychotraumatiques des violences sexuelles

sidération, dissociation, mémoire traumatique, conduites d'évitement, conduites à risques dissociantes

- non, jamais
- un peu
- oui assez bien
- très bien

133 Ces psychiatres et ces psychothérapeutes ont-ils relié certains de vos symptômes aux violences sexuelles que vous avez subi ou que vous subissez ?

sidération, dissociation, mémoire traumatique, conduites d'évitement, conduites à risques dissociantes

- non, jamais
- c'est arrivé très rarement
- oui, plusieurs fois
- oui, toujours

134 Ces psychiatres et ces psychothérapeutes vous ont-ils expliqué que les troubles psychotraumatiques se soignent et comment ?

-
-
-

et/ou de

psychothérapeutes avez-vous rencontré un ou des psychiatres et/ou psychothérapeutes qui ont recherché des troubles psychotraumatiques et donné des explications sur vos symptômes, les mécanismes en cause et sur comment les soigner, et comment le ou les avez-vous trouvé-s ?

136 Quel-s traitement-s vous a-t-on proposé ?

- aucun
- un suivi psychiatrique sans prise en charge thérapeutique
- une psychothérapie
- des médicaments uniquement
- des médicaments et une psychothérapie
- une sismothérapie (électrochocs)
- une ou des hospitalisations

Autre :

137 Au cas où on ne vous ait pas proposé de prise en charge psychothérapique, est-ce que vous avez de vous-même recherché une psychothérapie ?

- oui
 non

138 Quel-s type-s de psychothérapie avez-vous suivi ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- psychanalytique sur un divan
 psychanalytique en face à face
 psychothérapie de soutien
 TTC thérapie comportementale et cognitives
 EMDR
 hypnose
 gelstat-thérapie
 thérapie de relaxation
 thérapie psycho-corporelle
 thérapie systémique
 psychothérapie "intégrative" spécialisée dans la prise en charge de la mémoire traumatique et des symptômes dissociatifs
 je ne sais pas, on ne m'a pas dit de quelle psychothérapie il s'agissait
 Autre :

139 Dans quel cadre avez-vous suivi une psychothérapie? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- CMPP (centre médico-psycho-pédagogique)
 CMP (centre médico-psychologique)
 consultations hospitalières (publiques ou privées)
 consultations dans le cadre de centres de soins (centres de santé, dispensaires)
 consultations dans un centre de psychotraumatologie et de victimologie
 consultation gratuites et anonymes pour victimes de violences dans un centre de soins
 consultations dans le cadre d'une association
 consultation dans un cadre privé
 Autre :

140 Les soins psychiatriques et psychothérapies étaient-ils ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- gratuits
 gratuits et anonymes
 pris en charge par la sécurité sociale avec exonération du ticket modérateur (prise en charge en ALD à 100%)

- pris en charge par la sécurité sociale au tarif du secteur 1 (sans dépassement)
- pris en charge par la sécurité sociale au tarif du secteur 2 (avec dépassement)
- non remboursés
- Autre :

141 Avez-vous des remarques sur le coût des soins et sur les dépassements pratiqués ?

142 Vous a-t-on expliqué en quoi consistait la psychothérapie que l'on vous proposé ?

- oui à chaque fois
- oui le plus souvent
- c'est arrivé mais très rarement
- jamais
- Autre :

143 Vous a-t-on laissé le choix d'une psychothérapie ?

- oui à chaque fois
- oui le plus souvent
- c'est arrivé mais très rarement
- jamais
- Autre :

144 qu'avez-vous pensé des psychothérapies que vous avez suivies ?

- dans l'ensemble pas efficaces
- peu efficaces
- assez efficaces
- certaines seulement efficaces
- efficaces
- Autre :

145 Avez-vous des commentaires à faire sur les psychothérapies que vous avez suivies ?

/

146 Pouvez-vous dire ce dont vous auriez eu le plus besoin lors des différentes psychothérapies et faire des suggestions ?

/

147 Quel-s médicaments vous a-t-on prescrit-s ?

- des anxiolytiques
- des antidépresseurs
- des neuroleptiques
- des thymo-régulateurs
- des somnifères
- des bêta-bloquants
- Autre :

148 Qu'avez-vous pensé des traitements médicamenteux ?

- pas efficaces
- peu efficaces
- assez efficaces
- certains seulement ont été efficaces
- efficaces
- trop d'effets secondaires
- Autre :

149 Avez-vous des commentaires à faire sur les médicaments que vous avez pris ?

/

150 Avez-vous été hospitalisé en psychiatrie après les violences sexuelles subies ?

- non
- oui une fois
- oui à plusieurs reprises
- oui en hopital psychiatrique en hospitalisation libre
- oui en hopital psychiatrique en hospitalisation sous contrainte
- oui en clinique psychiatrique en hospitalisation libre
- oui en clinique psychiatrique en hospitalisation sous contrainte

151 Pendant la ou les hospitalisations avez-vous ?

- eu une prise en charge psychothérapique
- bénéficié d'activités (ergothérapie, sports, activités artistiques, groupe de paroles)
- été reçu-e par un travailleur social
- bénéficié de visites tout au long de l'hospitalisation
- bénéficié de permissions
- été privé-e de visites
- été privé de moyens de communication (téléphone, lettres)
- eu une sismothérapie (électrochocs)
- subi des contentions mécaniques (être attaché, camisole)
- été mis en chambre d'isolement
- été contraint à prendre des traitements (par voie orale ou par voie intra-musculaire)
- subi des violences de la part d'autres personnes hospitalisées
- subi des violences de la part de soignant-s
- avez-vous subi des menaces
- Autre :

152 Combien de fois avez-vous été hospitalisé en psychiatrie et comment cela s'est passé?

/

153 Bénéficiez-vous d'une exonération du ticket modérateur (100%) dans le cadre d'une ALD (affection longue durée) ?

- oui
- non
- j'en ai bénéficié à certains moments

154 Comment évaluez-vous les soins et les prises en charge (consultations et

hospitalisations) que vous avez reçu globalement ?

- totalement inadaptés
- très insuffisants
- certains très insuffisants
- insuffisants
- assez satisfaisants
- satisfaisants
- certains seulement ont été satisfaisants
- très satisfaisants
- certains seulement ont été très satisfaisants
- Autre :

155 Si vous êtes plutôt satisfait de votre prise en charge médicale et psychothérapique, au bout de combien de temps avez-vous pu bénéficier de celle-ci ?

/

156 Avez-vous des commentaires à propos de l'évaluation de ces soins et de ces prises en charge ?

/

157 Au cours de ces prises en charge médicales et psychothérapiques vous êtes-vous senti-e compris-e ?

- non jamais
- oui un peu
- oui mais seulement dans certaines prises en charge
- oui tout à fait
- Autre :

158 Au cours de ces prises en charge médicales et psychothérapiques trouvez-vous que la gravité des violences sexuelles que vous avez subies et l'importance de leur impact a été reconnue ?

- non jamais

- oui un peu
- oui mais seulement dans certaines prises en charge
- oui tout à fait
- Autre :

159 Au cours de ces prises en charge médicales et psychothérapiques vous êtes-vous senti-e en sécurité et protégé-e ?

- non jamais
- oui un peu
- oui mais seulement dans certaines prises en charge
- oui tout à fait
- Autre :

160 Au cours de ces prises en charge médicales et psychothérapiques vous a-t-on informé sur vos droits ?

- non jamais
- oui un peu
- oui mais seulement dans certaines prises en charge
- oui tout à fait
- Autre :

161 Au cours de ces prises en charge médicales vous a-t-on fait des certificats médicaux sans problème quand vous en avez eu besoin ?

- je n'ai pas pu en obtenir
- j'en ai obtenu mais cela a été très difficile
- j'en ai obtenu qu'avec certains soignants
- j'en ai obtenu sans problème
- Autre :

162 Est-ce que ces certificats médicaux vous ont paru adaptés et détaillés ?

- non
- à peu près
- oui pour certains
- oui
- Autre :

163 Avez-vous eu des expertises psychologiques et/ou psychiatriques ?

- non
- oui par un médecin de la sécurité sociale
- oui par un psychiatre de la sécurité sociale

- oui par un médecin de la caisse d'allocation familiale
- oui par un psychiatre de la caisse d'allocation familiale
- oui par un psychiatre expert auprès des tribunaux
- par un psychologue expert auprès des tribunaux
- oui par des médecins experts de mutuelles d'assurance
- Autre :

164 Comment se sont passées ces expertises ?

/

165 Au cours de ces prises en charge médicales et psychothérapeutiques vous a-t-on orienté vers des associations d'aide aux victimes ou vers des professionnels des secteurs juridique et social ?

- non jamais
- oui c'est arrivé avec certaines prises en charge
- oui à chaque fois
- Autre :

166 Considérez-vous que certains soins ou prises en charge ont été maltraitants ?

- oui
- non

167 Si oui lesquels et pourquoi ?

/

168 Depuis les violences avez-vous reçu des soutiens de qualité ?

- oui
- oui parfois
- non

169 Qui vous a le plus cru et soutenu ?

170 Votre proche entourage a-t-il reconnu les faits de violences ?

- oui
- non
- certains seulement

171 Au total comment évaluez-vous votre prise en charge globale ?

- nulle
- très insuffisante
- peu satisfaisante
- assez satisfaisante
- satisfaisante
- très satisfaisante
- Autre :

172 Si vous voulez en dire plus sur votre prise en charge

/

173 Quelles sont les améliorations qui vous paraissent les plus prioritaires

- la formation des professionnels
- le soin des victimes
- l'information des victimes
- l'amélioration des procédures judiciaires
- l'amélioration de la protection des victimes
- l'amélioration de la prévention
- Autre :

174 Pouvez-vous donner leur ordre de priorité et donner vos commentaires ?

/

175 Est-ce que la connaissance des mécanismes psychotraumatiques et l'information sur les conséquences psychotraumatiques des violences des victimes de violences vous paraît :

- très importante
- importante
- assez importante
- peu importante
- pas importante
- Autre :

176 Est-ce que l'information générale de la population sur les conséquences psychotraumatiques des violences des victimes de violences vous paraît :

- très importante
- importante
- assez importante
- peu importante
- pas importante
- Autre :

177 Est-ce que la formation des professionnels de la santé à la réalité des violences sexuelles et à leurs conséquences psychotraumatiques vous paraît :

- très importante
- importante
- assez importante
- peu importante
- pas importante
- Autre :

178 Est-ce que la création de centres de soins spécialisés pour les victimes de violences sexuelles dans chaque département vous paraît :

- très importante
- importante
- assez importante
- peu importante
- pas importante
- Autre :

179 Est-ce que la gratuité des soins vous paraît :

- très importante
- importante
- assez importante

peu importante

pas importante

Autre :

180 Pouvez-vous nous donner votre avis et nous faire des propositions pour améliorer la prise en charge des victimes ? Merci beaucoup

/

181 si vous voulez rajouter des commentaires :

/

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Fourni par

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

Émilie Morand, sociologue

Noémie Roland, médecin généraliste

ANALYSE ET SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Laure Salmona, coordinatrice de la campagne *Stop au déni*

Noémie Roland, médecin généraliste

Sokhna Fall, thérapeute familiale et victimologue

RÉDACTION DU RAPPORT & COORDINATION

Laure Salmona, coordinatrice de la campagne *Stop au déni*

CONCEPTION DE L'ENQUÊTE, DIRECTION & SUPERVISION

Muriel Salmona, psychiatre - psychotraumatologue

CONCEPTION GRAPHIQUE DE LA COUVERTURE

Louise Frydman

ÉDITEUR

Association Mémoire Traumatique et Victimologie - Mars 2015

ASSOCIATION MÉMOIRE TRAUMATIQUE ET VICTIMOLOGIE

54, avenue des Vergers,

92340 Bourg-la-Reine, France.

www.memoiretraumatique.org