

SYNTHÈSE DU RAPPORT

# 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.*

AVEC LE SOUTIEN DE L'UNICEF  
 unicef



## OBJECTIFS

En Mars 2005, dans le cadre de l'élaboration du plan « *Violence et Santé* », le rapport du Dr Jacques Lebas préconisait de mettre en place des recherches sur les trajectoires des personnes victimes de violence et sur leur accès au système de santé, pour mieux connaître leur parcours et pouvoir en analyser les dysfonctionnements dans le but d'améliorer la prise en charge<sup>1</sup>. 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*<sup>2</sup> 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.

## MÉTHODOLOGIE

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 auprès de 1 214 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 via les sites et les comptes sociaux de l'association, la radio, la presse papier et web, ainsi que le réseau associatif.

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 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 sociologue, Émilie Morand, et de la rédactrice du rapport, Laure Salmona.

<sup>1</sup> 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, p.36.

<sup>2</sup> Pour plus d'informations voir : <http://stopaudeni.com/>

## LA PRÉVALENCE DES VIOLENCES SEXUELLES EN FRANCE

Les violences sexuelles sont un phénomène difficile à chiffrer, et les statistiques basées sur le nombre de plaintes enregistrées sont loin de refléter la réalité. À partir des années 2000, la première *Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France (ENVEFF)*<sup>3</sup> a suscité un début de prise de conscience de la prévalence et des aspects multiples du phénomène, d'autres enquêtes ont suivi, produisant à chaque fois des chiffres un peu plus élevés en matière de violences sexuelles, ce qui suggère que la parole des victimes met du temps à se libérer, et que les chiffres dont nous disposons aujourd'hui sont encore certainement sous-estimés.

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 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 interrogé-e-s<sup>4</sup>. Les derniers chiffres officiels, publiés dans la lettre n°4 de novembre 2014 de l'*Observatoire national des violences faites aux femmes*, font état, chaque année en moyenne, de 102 000 personnes dont 86 000 femmes et 16 000 hommes, victimes d'un viol ou d'une tentative de viol<sup>5</sup>.

Mais ces statistiques ne prennent jamais en compte les violences sexuelles dont sont victimes les mineur-e-s, alors qu'il s'agit pourtant de la frange de la population la plus touchée. 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 pendant leur enfance<sup>6</sup>; et l'on sait grâce à l'enquête *CSF* que 59% des femmes et 67% des hommes victimes de violences sexuelles ont subi des premiers viols ou tentatives de viol avant l'âge de 18 ans<sup>7</sup>. Si l'on croise ces données avec celles de l'*Observatoire national des violences faites aux femmes* on obtient 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 porte le chiffre global de victimes de moins de 75 ans à près de 260 000 par an. Les violences sexuelles faites aux mineur-e-s sont peu documentées en France et il est regrettable que les enquêtes nationales excluent ainsi de leurs statistiques tout un pan particulièrement vulnérable de la population, comme c'est également le cas pour les personnes âgées, les personnes handicapées<sup>8</sup> et les personnes très défavorisées ou sans domicile fixe<sup>9</sup>. Or, les situations d'inégalité sont connues pour favoriser la propagation des violences sexuelles, qui sont des instruments de domination et d'oppression — une personne vulnérable ou discriminée court donc plus de risques d'en subir.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> BAJOS Nathalie et BOZON Michel (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008, pp. 386-387.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> World Health Organization, *Global Status Report on Violence Prevention*, Genève, 2014, p. 70.

<sup>7</sup> BAJOS Nathalie et BOZON Michel (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008, p. 388.

<sup>8</sup> Selon les estimations de l'association Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir, 70% des femmes handicapées seraient victimes de violences en France. Le risque qu'elles 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, pp. 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*, 2012, p. 5.

<sup>9</sup> 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, pp. 47-62.

## UNE GRANDE PREMIÈRE

Toutes les études de victimation le confirment : les violences sexuelles, perpétrées en 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<sup>10</sup>, 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.

## LES VIOLENCES SEXUELLES SUBIES

Parmi les 1 214 répondant-e-s, on retrouve 95% de femmes, seuls 5% d'hommes ont participé à l'enquête. Vu le déni qui entoure la question des violences sexuelles faites aux hommes, il existe de fortes probabilités que le pourcentage d'hommes parmi les victimes de violences sexuelles soit en réalité bien plus élevé.

70% des répondant-e-s ont déclaré avoir subi plusieurs types de violences sexuelles, nous avons donc choisi de privilégier systématiquement la violence assortie des circonstances les plus aggravantes<sup>11</sup> afin d'isoler une violence principale subie pour chaque répondant-e. Le viol est la violence la plus fréquemment rapportée par les répondant-e-s, il est possible à cet égard que de nombreuses victimes ayant uniquement subi des faits de violences considérés comme des délits par le code pénal ne soient pas suffisamment informées pour les identifier comme tels, ou qu'elles se soient moins senties ciblées par notre enquête.

- \* 70% des répondant-e-s déclarent avoir été victimes de plusieurs violences sexuelles
- \* 68% des victimes ont subi au moins un viol
- \* 40% des victimes rapportent une situation d'inceste

Parmi les victimes d'inceste, 58% ont été victimes de viol. Sans surprise, les situations d'inceste concernent des victimes mineur-e-s au moment des faits dans une écrasante majorité des cas. Seules 1% des victimes d'inceste ont subi l'inceste à l'âge adulte uniquement. La majorité (78%) des répondant-e-s qui ont vécu des violences sexuelles uniquement à l'âge adulte ont subi des viols.

Plus les principales violences subies sont assorties de circonstances aggravantes, et plus les répondant-e-s ont eu tendance à subir d'autres violences sexuelles.

## LES ENFANTS SONT LES PRINCIPALES VICTIMES DES VIOLENCES SEXUELLES

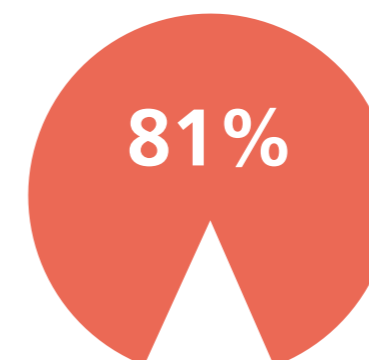
L'âge au moment des premières violences sexuelles est sans conteste la donnée la plus marquante apportée par les résultats de l'enquête. 81% des répondant-e-s qui ont renseigné la question déclarent avoir subi les premiers faits avant l'âge de 18 ans, 68% avant l'âge de 15 ans, 51% avant 11 ans et 21%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

- \* 81% des victimes étaient mineures au moment des premières violences sexuelles
- \* 1 victime sur 2 a subi les premières violences sexuelles avant 11 ans
- \* 90% des hommes interrogés étaient mineurs lors des premières violences sexuelles
- \* Avant 6 ans les violences sexuelles sont infligées par un membre de la famille dans 70% des cas

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 violé en moyenne 3 à 4 fois par semaine pendant plus de dix ans. »

**81% des victimes ont subi les premières violences dans l'enfance**



**1 victime sur 2 avait alors moins de 11 ans**



<sup>10</sup> AIVI / IPSOS, *État des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne*, Mai 2010.

<sup>11</sup> 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 : AIVI / IPSOS, *État des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne*, Mai 2010.

## LE PROFIL DES AGRESSEURS

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

Les violences sexuelles faites aux mineur-e-s sont rarement perpétrées par des pédo-criminels inconnus 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.

- \* Lorsque la victime est mineure, 94% des agresseurs sont des proches
- \* 1 victime mineure sur 2 a été agressée par un membre de sa famille
- \* 25% 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 infligées par plusieurs agresseurs, en réunion ou de façon successive. On retrouve notamment des tableaux dans lesquels plusieurs membres d'une même famille ont agressé la victime.

« De 3 ans à 10 ans, masculin, 50 ans, grand-père maternel.

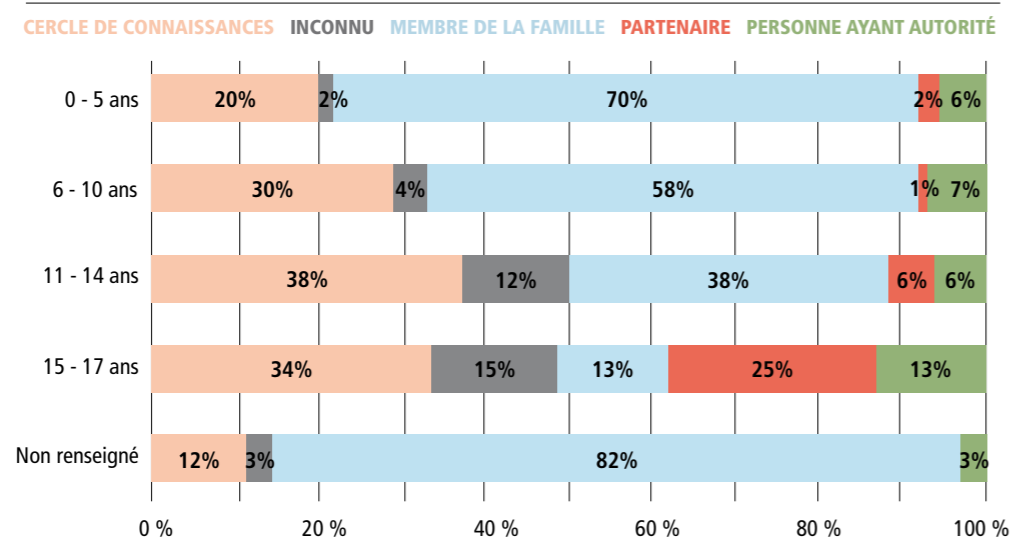
De 5 ans à 7 ans, masculin, 15 ans, frère.

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. »

Figure 1 - Auteur-e des violences selon l'âge de la violence (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.

### \* Lorsque la victime est mineure, 1 agresseur sur 4 est lui-même mineur

24% des auteur-e-s de violences sexuelles sur mineur-e-s étaient mineur-e-s au moment des faits<sup>12</sup>. 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-même victimes de violences sexuelles dans 40 à 80% des cas<sup>13</sup>.

### \* Lorsque la victime est adulte, 1 viol sur 2 est un viol conjugal

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. Les personnes ayant autorité responsables des violences sexuelles sont le plus souvent des supérieurs hiérarchiques, mais aussi des médecins, des moniteurs d'auto-école, des enseignants et des clients habituels de la prostitution.

Les viols sont en majorité perpétrés par des partenaires ou des ex-partenaires (47%), et seuls 18% des viols imposés à une victime majeure sont le fait d'inconnus. Les victimes de viol en situation d'inceste qui subissent de nouvelles violences à l'âge adulte sont victimes d'un-e partenaire ou d'un-e ex-partenaire dans plus d'un tiers des cas (34%).

**Quel que soit l'âge des victimes, les résultats de l'enquête indiquent donc que les sphères familiales et amicales 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.**

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> BECKER Judith V., HUNTER John A., « *Understanding and treating child and adolescent sexual offenders* » in *Advances in Clinical Child Psychology*, 1997, Vol. 19, pp. 177-197.

## UN IMPACT TRÈS LOURD SUR LA VIE DES VICTIMES

Le suicide est la conséquence la plus dramatique des violences sexuelles, mais 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<sup>14</sup>, sont probablement plus touchés qu'elles par ces morts précoces lorsqu'ils ont été victimes de violences sexuelles, rendant ainsi les violences qu'ils ont subies encore plus difficiles à quantifier et donc à dénoncer.

Parmi les répondant-e-s, un grand nombre de victimes ont rapporté avoir déjà eu des idées suicidaires et 42% ont déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide.

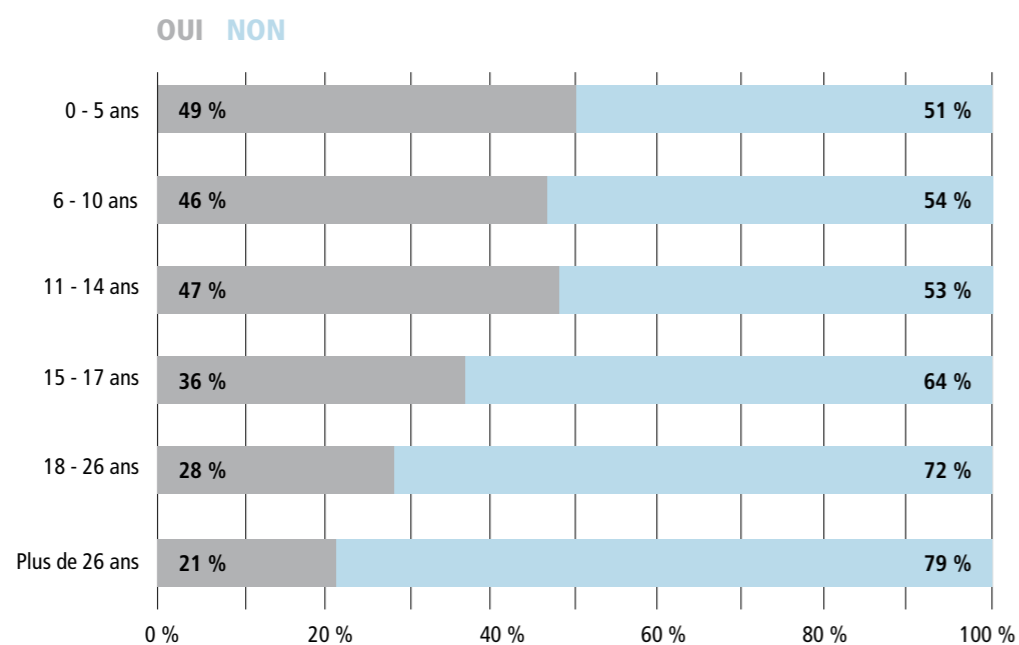
- \* 78% des victimes interrogées rapportent avoir déjà eu des idées suicidaires
- \* 42% déclarent avoir déjà fait au moins une tentative de suicide
- \* Le risque de tentative de suicide est 7 fois plus élevé chez les répondant-e-s que dans la population générale
- \* 1 victime de viol par inceste sur 2 a tenté de se suicider

Les tentatives à répétition sont fréquemment rapportées, et certaines victimes ont tenté plus de 10 fois de mettre fin à leurs jours, quelques-unes plus de 20 fois. 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. A 6 ans, j'ai voulu me jeter sous une voiture. Ma tante m'a rattrapée à temps. »

Figure 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.

La tendance des répondant-e-s à tenter de se suicider est corrélée à la gravité des violences subies, et plus la victime est jeune au moment des faits, plus le risque croît. Ainsi, près de la moitié des victimes qui avaient moins de 6 ans au moment des violences rapportent avoir fait au moins une tentative de suicide.

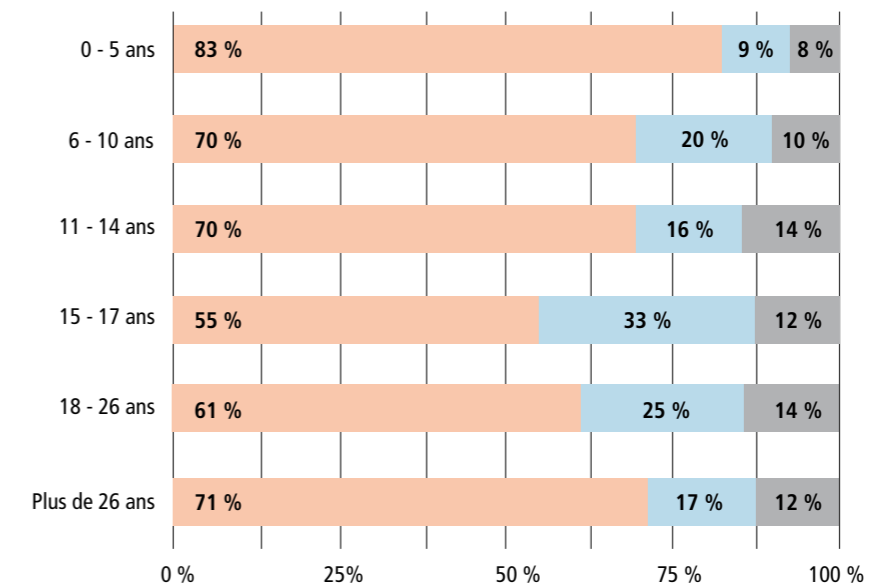
Interrogées au sujet de l'impact des violences sexuelles sur leur qualité de vie, les victimes le considèrent en majorité comme important. Elles sont également nombreuses à rapporter que les violences ont eu des répercussions néfastes sur leur vie familiale, affective et sexuelle. Ces conséquences semblent encore plus lourdes lorsque la victime a subi les violences 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.

- \* 65% des répondant-e-s jugent l'impact des violences sur leur qualité de vie important à très important
- \* Pour les victimes de violences sexuelles conjugales ce taux atteint 80%
- \* Pour les victimes de viol en situation d'inceste ce taux atteint 83%

Ce sont les viols qui ont les conséquences les plus graves, 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.

Figure 3 - Impact des violences sexuelles subies sur la qualité de vie selon l'âge de la victime

TRÈS IMPORTANT & IMPORTANT ASSEZ IMPORTANT PEU OU PAS IMPORTANT



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

<sup>14</sup> 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, pp. 488-492, p. 490.

En matière de violences sexuelles, le déni et la loi du silence règnent en maîtres, et les victimes ont couramment l'impression que personne ne peut les comprendre ni les aider. Quand elles dénoncent les violences, elles sont fréquemment ostracisées par leur famille, et subissent des remarques malveillantes à la suite desquelles elles se murent parfois dans le silence. Certaines d'entre elles évitent même délibérément toute interaction sociale, ce qui peut devenir un facteur d'exclusion.

- \* 44% des victimes interrogées éprouvent un sentiment de solitude extrême
- \* 56% des répondant-e-s n'ont pu parler à personne au moment des violences
- \* 1 victime sur 2 a dû interrompre ses études ou sa carrière professionnelle suite aux violences

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 subi et leur manque de confiance en elles se conjuguent, rendant bien souvent leur situation épineuse et précaire. Les actes les plus anodins leur demandent des efforts énormes, et leur vie peut devenir un véritable enfer.

Cette solitude et cette vulnérabilité conduisent bien souvent les victimes à subir de nouvelles violences sexuelles, l'OMS a d'ailleurs reconnu en 2010 qu'avoir subi des violences est le facteur de risque principal pour en subir à nouveau<sup>15</sup>.

## LA DIFFICULTÉ À OBTENIR 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 parfois maltraitées par la police et les professionnel-le-s de la justice. Une grande majorité de répondant-e-s déplorent n'avoir jamais été protégé-e-s, ni par la police, ni par leurs proches. Et même lorsqu'une plainte a été déposée, les mesures de protection sont loin d'avoir été systématiques.

- \* 83 % des victimes interrogées déclarent n'avoir jamais été protégées
- \* 67% des répondant-e-s qui ont porté plainte n'ont bénéficié d'aucune mesure de protection

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.

<sup>15</sup> World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine, *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*, Genève, World Health Organization, 2010, p. 22 et 26.

Sur les 1214 victimes interrogées, 380 ont porté plainte, soit 31% d'entre elles<sup>16</sup>. Cela ne signifie pas que les 69% restantes n'aient pas désiré le faire, certaines n'ont pas porté plainte parce que les faits étaient prescrits, ou parce que l'agresseur était inconnu ou décédé. Dans certains cas la plainte a bien été déposée mais pas enregistrée :

« 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. »

- \* 82% des répondant-e-s ont mal vécu le dépôt de plainte

La plupart des victimes interrogées ont porté plainte pour être reconnu-e-s comme victimes et empêcher l'agresseur de continuer à sévir, mais nombreuses sont celles qui déplorent avoir mal vécu le dépôt de plainte. 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.

- \* 89% ont mal vécu le procès

Le temps du procès a également été considéré comme éprouvant par une majorité de répondant-e-s. 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 ait été reconnue et ont parfois le sentiment que la justice privilégie les agresseurs au détriment des victimes.

Ce sentiment d'injustice est renforcé par les trop fréquentes correctionnalisations des viols ainsi que par le problème des délais de prescription. Plus d'un tiers (34%) des répondant-e-s témoignent d'une période d'amnésie traumatique, or ces amnésies peuvent durer jusqu'à 40 ans après les faits et empêchent trop souvent les victimes d'obtenir justice du fait de la prescription.

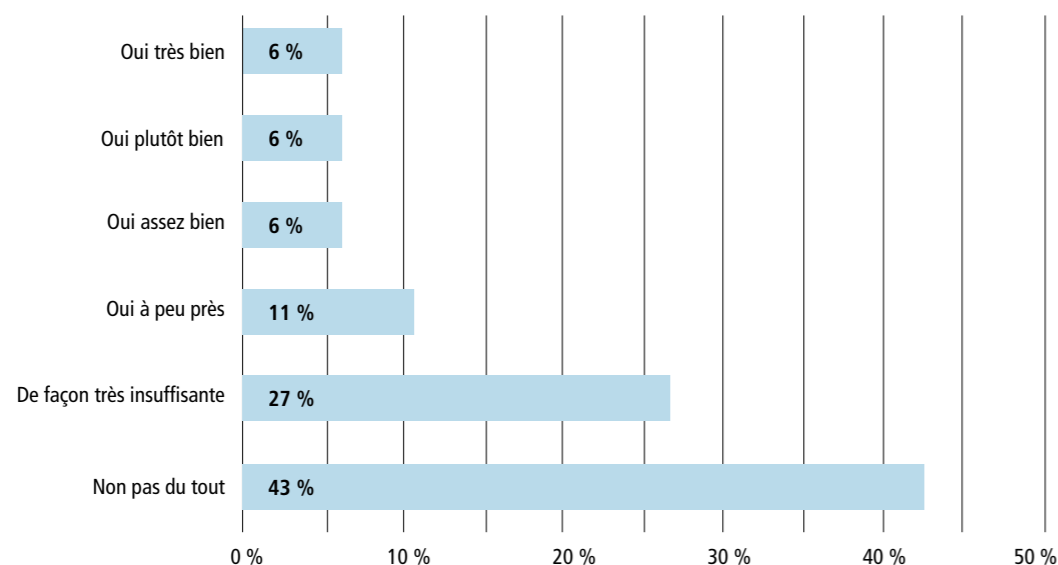
« La requalification [...] à été une épreuve parce que je savais que ça voulait dire qu'il [l'agresseur] ne serait jamais reconnu coupable. »

« 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. »

<sup>16</sup> Selon le n°4 de novembre 2014 de *La lettre de l'Observatoire National des Violences Faites aux Femmes*, 24% des femmes victimes de viols et de tentatives de viols 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. Ce pourcentage est donc plus élevé que celui qui est habituellement relevé en matière de plainte pour viols et tentatives de viol, probablement parce que l'enquête recense également les plaintes pour les violences sexuelles assimilées à des délits. Par ailleurs, dans la population générale, de nombreuses victimes ne mettent pas forcément les mots « violences sexuelles » sur ce qu'elles ont vécu et ne portent donc pas plainte, 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.

- \* 81% des répondant-e-s estiment que la justice n'a pas joué son rôle
- \* 70% ne se sont pas senti-e-s reconnu-e-s comme victimes par la police et la justice

Figure 4 - 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.

Le sentiment d'injustice et de non-reconnaissance éprouvé par les victimes dont la prise en charge judiciaire s'est mal passée peut engendrer une situation de détresse aux conséquences néfastes.

- \* Les répondant-e-s qui estiment ne pas s'être senti-e-s reconnu-e-s comme victimes par la police et la justice ont plus tendance à tenter de se suicider que la moyenne des autres victimes interrogées
- \* 62% des victimes seraient prêtes à porter plainte à nouveau si c'était à refaire

Malgré ce tableau accablant, plus de la moitié des répondant-e-s seraient prêt-e-s à porter plainte à nouveau si c'était à refaire. 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.

<sup>17</sup> 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, pp. 216-22.

<sup>18</sup> 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, pp. 53-59.

<sup>19</sup> 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, pp. 329-334.

<sup>20</sup> 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, pp. 21-25.

## DE GRAVES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ DES VICTIMES

Le risque de développer un état de stress post-traumatique est particulièrement élevé dans le cas de violences sexuelles, et plus encore en cas 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<sup>17</sup>, ce taux approchant les 87% en cas de violences sexuelles ayant eu lieu dans l'enfance<sup>18</sup>. Dans les cas de violences sexuelles incestueuses imposées dans l'enfance ce taux peut même atteindre 100%<sup>19</sup>. Suite au trauma, les victimes développent une mémoire traumatique<sup>20</sup>, 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<sup>21</sup>.

Plus les violences sexuelles ont lieu tôt dans la vie et plus les conséquences sur la santé sont lourdes : avoir subi des violences dans l'enfance est un des déterminants principaux de l'état de santé même cinquante ans après<sup>22</sup>. C'est un important 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. Des études scientifiques ont par ailleurs démontré que les violences sexuelles entraînent des atteintes neurologiques<sup>23</sup> ainsi que des altérations épigénétiques<sup>24</sup> pouvant être transmises à la génération suivante. Toutes ces conséquences ne sont pas irrémédiables, des soins adaptés permettent de les traiter.

- \* 95% des répondant-e-s considèrent que les violences ont eu un réel impact sur leur santé mentale

Sans grande surprise, l'impact des violences sur la santé mentale est considéré comme important par une écrasante majorité de victimes. Il est déclaré plus important par les victimes de viol ou d'inceste et deux tiers des répondant-e-s ayant subi des viols en situation d'inceste estiment qu'il a été très important. 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, contre 45% de celles qui les ont vécues entre 15 et 17 ans.

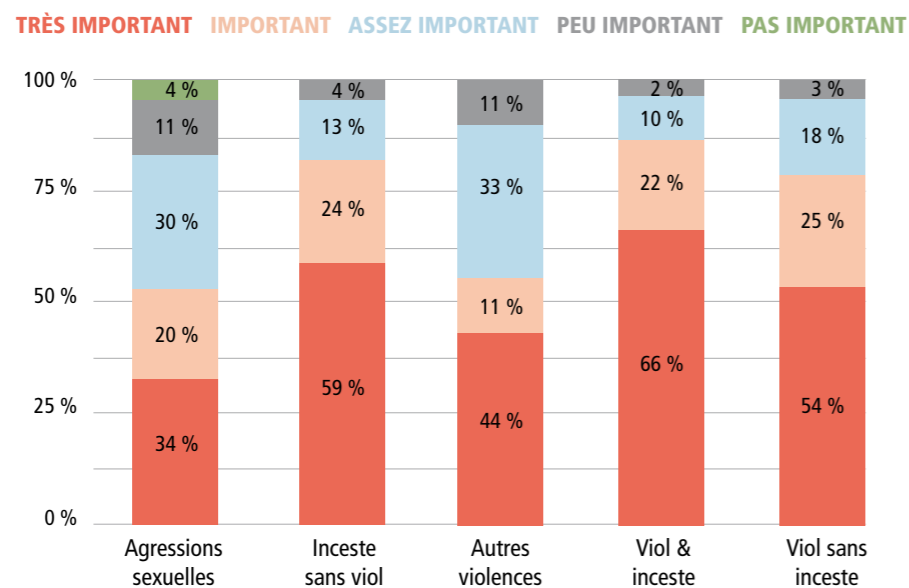
<sup>21</sup> Pouvant aller jusqu'à 20 ans de perte d'espoir de vie lorsque plusieurs violences sont associées. Source : BROWN David W., ANDA Robert F., TIEMEIER Henning, FELITTI Vincent J., EDWARDS Valerie J., CROFT Janet B., GILES Wayne H., « *Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality* » in *American Journal of Preventive Medicine*, Novembre 2009, Vol. 37, Issue 5, pp. 389-396.

<sup>22</sup> 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, pp. 77-87.

<sup>23</sup> 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*, Vol. 170, Issue 6, June 2013, pp. 574-577.

<sup>24</sup> PERROUD N., PAOLONI-GIACOBINO A., PRADA P., OLIÉ E., SALZMANN A., NICASTRO R., 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.



**Figure 5 - Impact sur la santé mentale selon le type de violence subie**

Champ : ensemble des répondant-e-s (1 151 répondant-e-s). En pourcentages.

**\* Une perte d'estime de soi est rapportée par 83% des victimes interrogées**

Parmi les multiples troubles présentés par les victimes, les symptômes intrusifs (flash-backs, réminiscences et images intrusives), qui concernent 60% des répondant-e-s, sont typiques de l'état de stress post-traumatique et sont dus à la réactivation de la mémoire traumatique<sup>25</sup> — qui peut se produire n'importe quand à partir du moment où un stimulus rappelle l'événement traumatique. À ces symptômes s'ajoutent les conduites d'hyper-vigilance et d'évitement qui sont mises en place afin d'éviter la réactivation de la mémoire traumatique. Cette réactivation engendre un état d'anxiété extrême et une souffrance psychique intolérable chez le sujet, qui cherchera alors à se déconnecter par tous les moyens possibles, notamment via de nombreuses conduites dissociantes entraînant une anesthésie émotionnelle : consommation d'alcool ou de drogue, troubles alimentaires, mises en danger, auto-mutilations, etc., ces conduites étant particulièrement délétères pour la santé des victimes.

- \* 1 victime sur 2 témoigne d'une souffrance psychique importante suite aux violences**
- \* 1 victime sur 2 déclare être sujette à un trouble addictif (alcool, tabac, drogue...)**

L'état de stress post-traumatique est également connu pour être l'un des troubles entraînant le plus de troubles somatiques<sup>26</sup>, mais 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.

**\* 43% des répondant-e-s déclarent des conséquences importantes à très importantes sur leur santé physique**

Plus les violences subies avant l'âge de 18 ans ont été précoces et plus l'impact sur la santé physique apparaît comme important : les victimes ayant vécu les premières violences avant 6 ans sont 59% à le trouver important à très important.

Parmi l'ensemble des répondantes, 8,5% des victimes de viol sont tombées enceintes suite à un viol et un quart d'entre elles ont mené leur grossesse à terme. 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.

- \* 25% des répondantes ayant été enceintes suite à un viol ont mené à terme leur grossesse**
- \* 1 grossesse due à un viol sur 5 concerne une victime mineure**

De nombreuses répondant-e-s rapportent souffrir de pathologies somatiques diverses : douleurs chroniques, fibromyalgie, pathologies de l'appareil uro-génital, dysfonctionnements thyroïdiens, colopathies fonctionnelles, cancers, maladies autoimmunes, etc.

- \* 58% des répondant-e-s déclarent avoir souffert de douleurs chroniques suite aux violences**
- \* 45% des victimes rapportent souffrir de pathologies somatiques**

**Les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles ont un impact très lourd sur la santé des victimes, elles peuvent perdurer des années, si ce n'est toute la vie, en l'absence de dépistage et de prise en charge. Il est absolument indispensable que les victimes de violences bénéficient de soins adaptés.**

<sup>25</sup> SALMONA Muriel, « Mémoire traumatique » in KÉDIA Marianne, SÉGUIN-SABOURAUD Aurore et al., *L'Aide-mémoire Psycho-traumatologie*, Paris, Dunod, 2008, pp. 153-160, p.14.

<sup>26</sup> McFARLANE Alexander C., « *The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences* » in *World Psychiatry*, Février 2010, Vol. 9, Issue 1, pp. 3-10.

## LES INSUFFISANCES DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Plus la prise en charge médicale est précoce et moins les victimes de violences sexuelles développeront d'état de stress post-traumatique, et donc de mémoire traumatique, par la suite<sup>27</sup>. Les violences sexuelles sont par ailleurs une urgence médico-légale (recherche de preuves et certificat médical) et médicale (soins somatiques et psychologiques, contraception d'urgence et prévention, traitement des infections sexuellement transmissibles).

22% des victimes interrogées ont bénéficié d'une prise en charge rapide suite aux violences. Seul-e-s 18% des répondant-e-s ayant eu une prise en charge en urgence rapportent avoir bénéficié d'un examen et de soins physiques, et 6% de soins de l'état de choc psychotraumatique. Dans le cadre d'un viol, 16% des répondantes seulement se sont vu proposer une contraception d'urgence. Quant à la prévention du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et des autres MST (maladies sexuellement transmissibles), elle n'est intervenue que dans respectivement 19 et 16% des cas. L'information des patients ne semble pas non plus avoir été considérée comme une priorité, et seules 5% des victimes se sont vues expliquer les gestes médicaux qui allaient être pratiqués sur elles. On voit donc que la prise en charge d'urgence des victimes pourrait être largement améliorée par la mise en place de protocoles spécifiques.

- \* 78% des répondant-e-s n'ont eu aucune prise en charge médicale rapide après les violences
- \* Seule 1 victime de viol prise en charge en urgence sur 5 a bénéficié d'un dépistage et/ou d'une prévention pour les MST ou le VIH

Hors du cadre des soins d'urgence, les professionnel-le-s de santé sont par ailleurs des interlocuteurs privilégiés et un recours essentiel pour les victimes de violences : dans 18% des cas c'est à eux ou elles qu'elles se sont adressées lorsqu'elles ont parlé pour la première fois des violences subies, et beaucoup considèrent qu'ils ou elles les ont sauvées. Malheureusement, le manque de formation de ces professionnel-le-s, 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, entraînent des effets néfastes pour les victimes. Non seulement les violences subies sont rarement dépistées ou prises en compte, et les victimes ne sont donc pas correctement orientées, soignées et prises en charge, mais elles peuvent également être maltraitées lorsqu'elles parviennent à parler des violences sexuelles.

« 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). »

<sup>27</sup> Idéalement dans les 12 heures qui suivent le traumatisme. 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, pp. 957-963.

- \* 1 victime sur 5 parle pour la première fois des violences sexuelles subies à un-e professionnel-le de santé
- \* 1 répondant-e sur 3 déclare qu'il lui a été impossible de trouver des psychiatres et des psychothérapeutes formé-e-s à la prise en charge des violences sexuelles

Les symptômes psychotraumatiques sont encore très méconnus. Peu identifiés et traités, ils sont le plus souvent interprétés comme provenant de la personne elle-même, de sa nature, de sa personnalité, de sa mauvaise volonté, ou sont étiquetés comme des maladies mentales. De ce fait, les suicides, les conduites à risque, les explosions de mémoire traumatique et les états dissociatifs traumatiques sont trop souvent mis sur le compte de troubles de la personnalité, de dépressions, voire même de psychoses comme c'est le cas pour 17% des répondant-e-s, alors qu'il s'agit de conséquences normales dues au traumatisme. Les violences sexuelles subies ne sont presque jamais évoquées comme cause principale, et la question : « avez-vous subi des violences ? » n'est que très rarement posée.

- \* 41% des répondant-e-s rapportent que les praticien-ne-s consulté-e-s n'ont pas recherché ou diagnostiqué de troubles psychotraumatiques
- \* Une psychose a été diagnostiquée chez près d'1 victime sur 5
- \* Dans deux tiers des cas aucun-e praticien-ne n'a expliqué que les troubles psychotraumatiques se soignent

Dans plus d'un tiers des cas, la prise en charge n'a pas été centrée sur les violences subies alors qu'il a été démontré que plus une thérapie est focalisée sur le trauma, plus elle est efficace pour traiter les symptômes psychotraumatiques<sup>28</sup>. La moitié des répondant-e-s jugent que les prises en charge n'ont pas été satisfaisantes et de nombreuses victimes rapportent avoir souffert de maltraitements dans le cadre du soin. Trouver une prise en charge efficace et des professionnel-le-s bienveillant-e-s n'est pas aisé pour les victimes de violences sexuelles et elles doivent fréquemment patienter de longues années avant de pouvoir bénéficier de soins adaptés.

- \* Dans 38% des cas les soins n'ont pas été centrés sur les violences subies
- \* 1 répondant-e sur 2 a jugé négativement les soins reçus
- \* 41% des répondant-e-s considèrent que certains soins reçus ont été maltraitants
- \* Les victimes mettent 13 ans en moyenne à trouver une prise en charge satisfaisante

<sup>28</sup> BISSON Jonathan, ANDREW Martin, *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)*, Cochrane Library, Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group, 2007.

Par ailleurs, suite aux violences, l'accès à certains soins est difficile pour 62% des répondant-e-s, qui préfèrent laisser évoluer leurs pathologies plutôt que de consulter. Les soins gynécologiques et dentaires, ainsi que la kinésithérapie, sont considérés comme particulièrement anxiogènes.

Afin d'améliorer la prise en charge des victimes de violences sexuelles, les préconisations des répondant-e-s sont les suivantes : faciliter les démarches des victimes (information sur les mécanismes psychotraumatiques, gratuité des soins, centres pluridisciplinaires de prise en charge, protection), former les professionnel-le-s de santé au dépistage des violences, à la réalité des violences et de leurs conséquences, et rompre le silence qui entoure les violences via des campagnes d'information et de prévention.

- \* 81% des répondant-e-s jugent qu'il est important que les professionnel-le-s de santé soient formé-e-s
- \* 89% des répondant-e-s estiment que la gratuité des soins est importante
- \* 86% des victimes considèrent qu'il est important de créer des centres spécialisés de prise en charge dans chaque département

Les bienfaits d'une prise en charge adaptée sont incontestables, les répondant-e-s qui sont parvenu-e-s à en bénéficier soulignent que cela a changé leur vie et les a sauvé-e-s. Une meilleure information des victimes, ainsi qu'une formation des professionnel-le-s de santé qui les prennent en charge, sont absolument nécessaires : il est essentiel que les victimes de violences sexuelles puissent être informées que les troubles psychotraumatiques dont elles souffrent sont des conséquences normales de violences traumatisantes et qu'ils peuvent être traités.

## 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'avons 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, 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 charges judiciaires ou médicales les plus récentes.

Enfin, nous n'avons malheureusement 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. 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.

## 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 traumas, 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. 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<sup>29</sup>. De plus, un certain nombre de ces enfants deviendront, hélas, agresseurs à leur tour et feront de nouvelles victimes.

**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.**

<sup>29</sup> Les violences entraînent un risque vital, pouvant aller jusqu'à 20 ans de perte d'espoir 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, pp. 389-396.

## 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. » OMS 2014<sup>30</sup>

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 clés 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.

### Recommandations clés :

#### 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 des victimes de violences.
- ◆ 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 d'aide et de soin spécifiques dans chaque bassin de 200 000 habitants<sup>31</sup>, proposant à toutes les victimes de violences des soins sans frais, 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.
- ◆ 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 de 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.

#### 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 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), et 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 des professionnel-le-s impliqué-e-s et la création de mesures de protection spécifiques pour les victimes de violences sexuelles.
- ◆ L'amélioration des lois relatives aux violences sexuelles conformément aux exigences de la Convention du Conseil de l'Europe<sup>32</sup>, et le suivi de leur réelle application.
- ◆ 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.
- ◆ La refonte de la *Protection de l'Enfance* et de la *Protection Judiciaire de la Jeunesse*, afin d'améliorer la prise en charge des victimes et des agresseurs mineurs.

<sup>30</sup> World Health Organization, *Global Status Report on Violence Prevention*, Genève, 2014, p. 50.

<sup>31</sup> Conformément aux préconisations du rapport explicatif de la Convention du Conseil de l'Europe ou Convention d'Istanbul, article 25-142, *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.

<sup>32</sup> La Convention du Conseil de l'Europe ou Convention d'Istanbul a été ratifiée par la France et est applicable depuis le 1er 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.

RÉDACTION

*Laure Salmona*

COORDINATION

*Muriel Salmona*

MAQUETTE & CONCEPTION GRAPHIQUE

*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](http://www.memoiretraumatique.org)*

POUR TÉLÉCHARGER UN EXEMPLAIRE COMPLET DU RAPPORT :

[www.stopaudeni.com/rapport](http://www.stopaudeni.com/rapport)

