

## 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 <sup>147</sup>, 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) <sup>148</sup>, conduite auprès de la population française, estimait que

---

<sup>147</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, p. 488-492, p. 490.

<sup>148</sup> 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 <sup>149</sup>. 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* <sup>150</sup> 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 %
<b>Total général</b>	<b>58 %</b>	<b>42 %</b>	<b>100 %</b>

*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 <sup>151</sup> 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

<sup>149</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, p. 488-492, p. 489.

<sup>150</sup> *Id., Ibid.*, p. 489.

<sup>151</sup> 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 <sup>152</sup>. Plus la victime est jeune au moment des faits et plus le risque croît <sup>153</sup> : 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 %
<b>Total général</b>	<b>58 %</b>	<b>42 %</b>	<b>100 %</b>

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

*En pourcentages.*

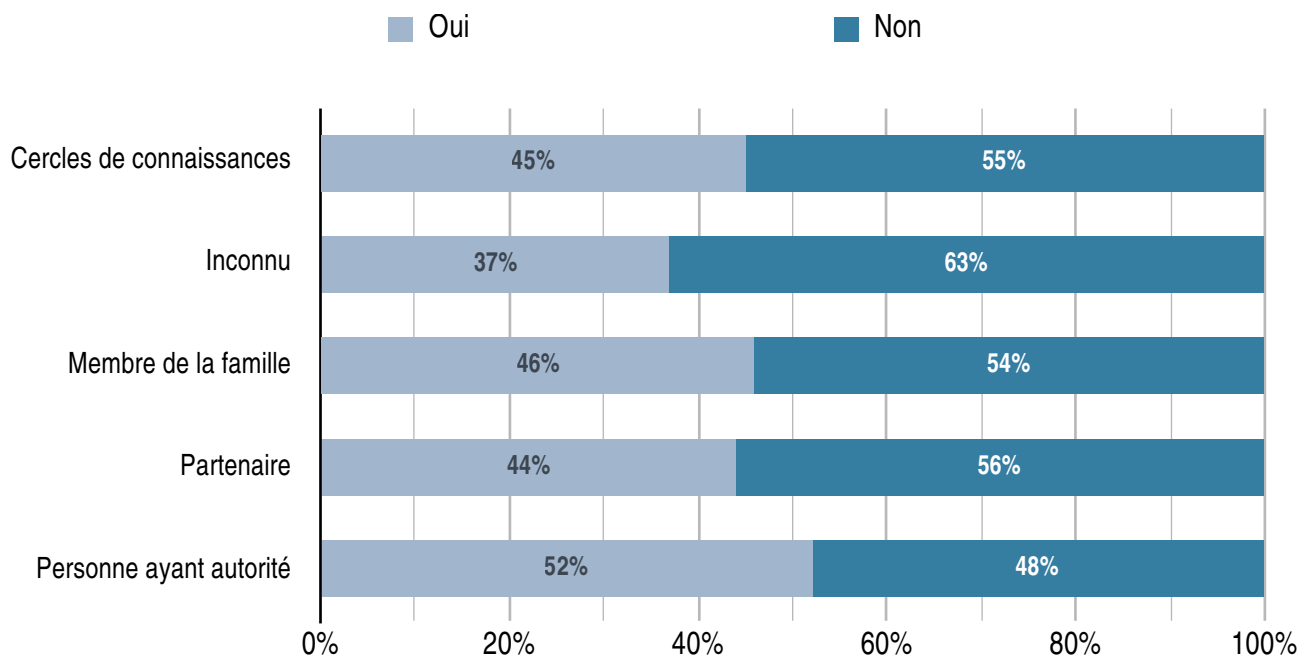
D'autre part, les tentatives de suicide sont plus fréquemment rapportées par les répondant-e-s ayant subi des violences sexuelles du fait d'un membre de la famille ou d'une personne ayant autorité hors cercle familial (école, loisirs, colonie de vacances, médecin, supérieur hiérarchique, etc.). Dans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

<sup>152</sup> Test statistique du khi-deux significatif au seuil de 1% (\*\*\*).

<sup>153</sup> 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.

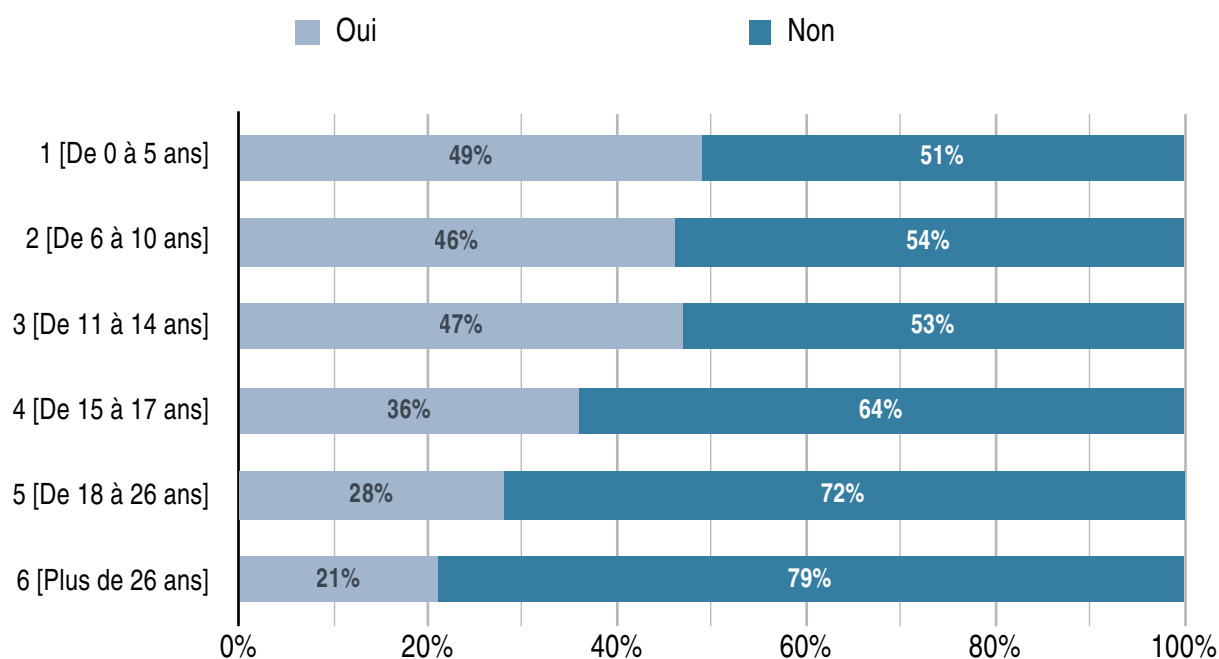
Source : United Nations Children's Fund, *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*, New York, UNICEF, 2014, p. 62.

**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 <sup>154</sup>. 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 %
<b>Total général</b>	<b>58 %</b>	<b>42 %</b>	<b>100 %</b>

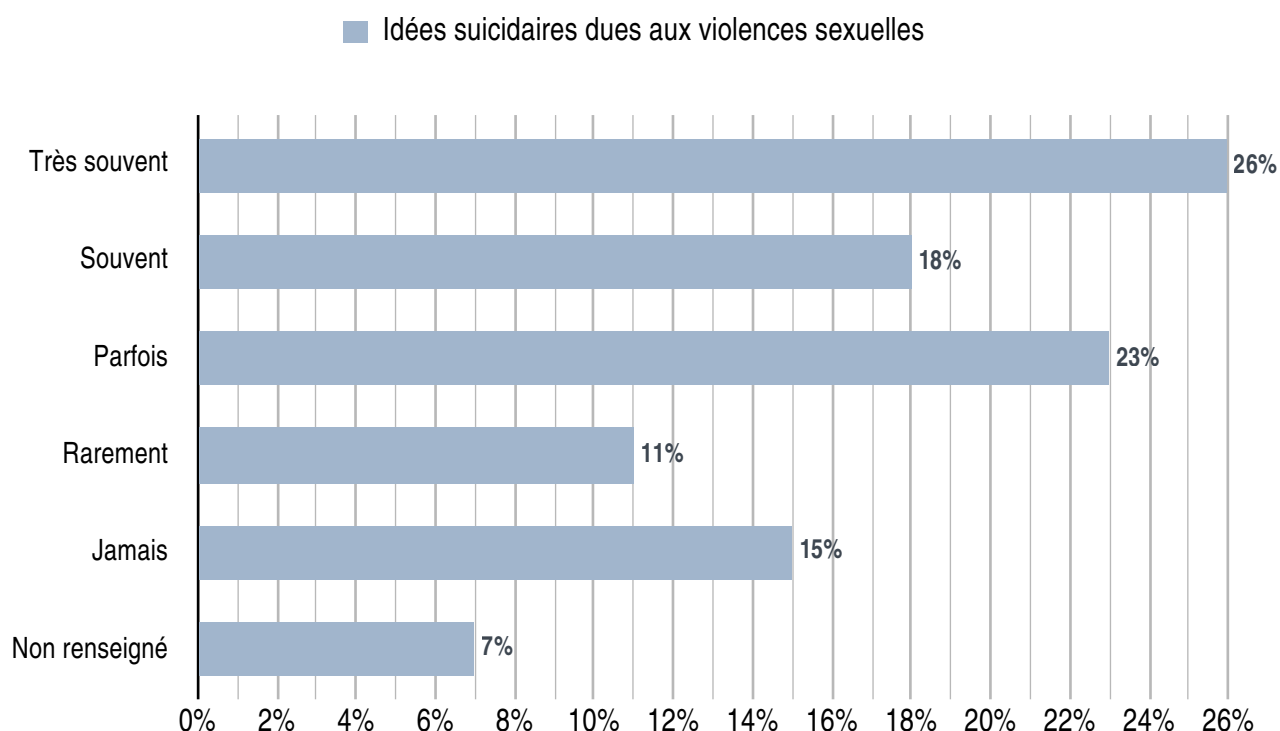
*Champ : répondant-e-s ayant subi la ou les violences après 18 ans, hors non renseigné (518 répondant-e-s). En pourcentages.*

<sup>154</sup> Test du khi-deux significatif au seuil de 5% (\*\*).

## Idées suicidaires

44% des répondant-e-s rapportent avoir régulièrement <sup>155</sup> 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 <sup>156</sup>.

**Figure C.3** - Idées suicidaires dues aux violences sexuelles



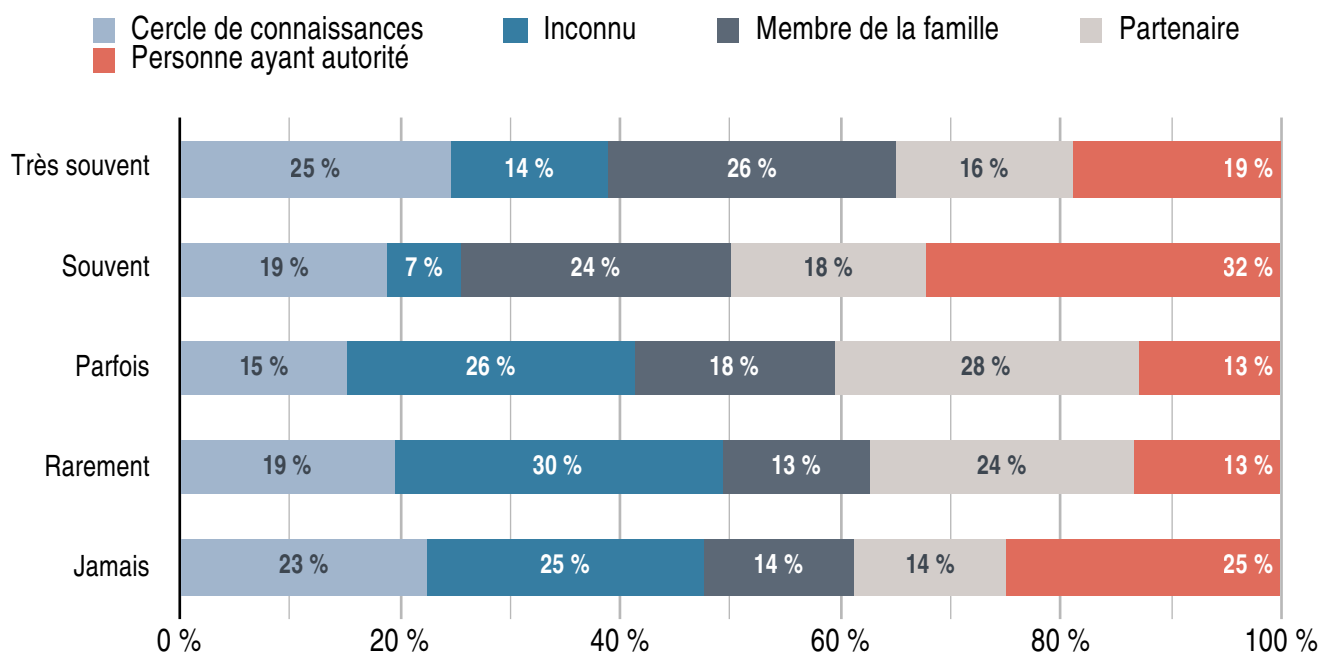
Champ : ensemble des répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages.

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.

<sup>155</sup> Somme de « très souvent » et « souvent ».

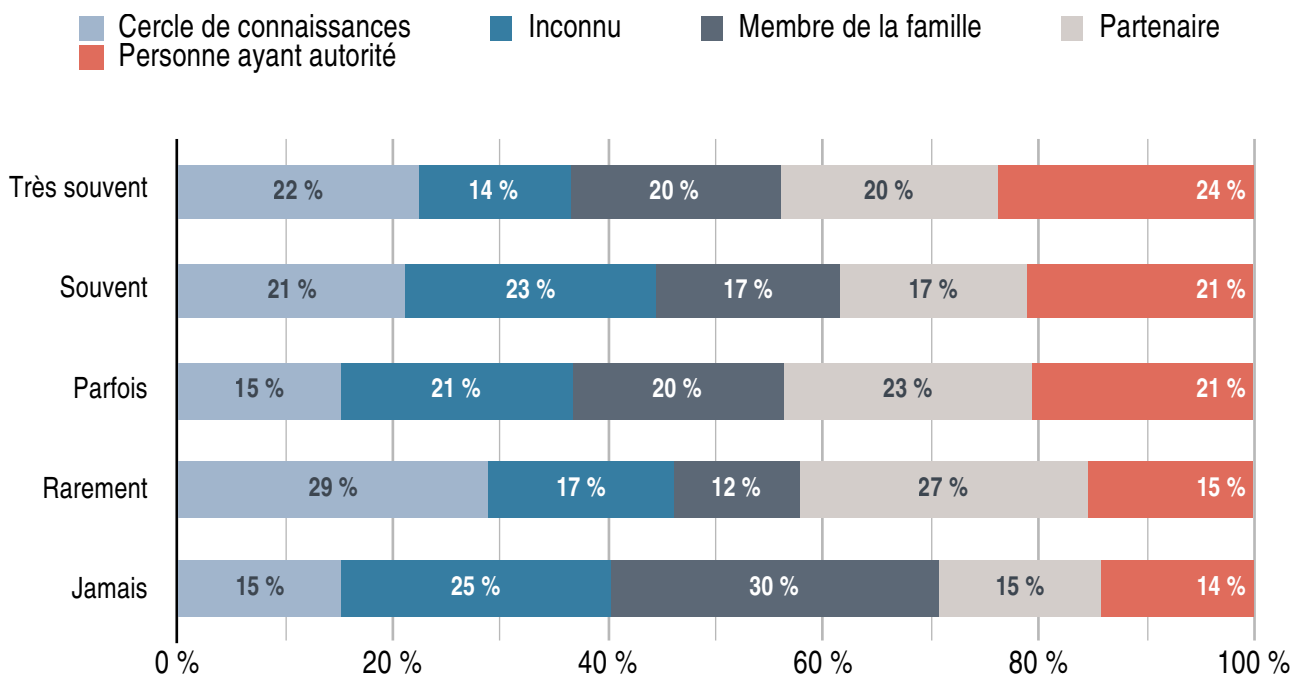
<sup>156</sup> BECK, François, GUIGNARD, Romain, DU ROSCOËT, Enguerrand, SAÏAS, Thomas, « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 » in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique : Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France*, InVS, 13 décembre 2011, n°47-48, 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 %
<b>Total général</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

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 %
<b>Total général</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

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

### Impact des violences sexuelles sur la qualité de vie

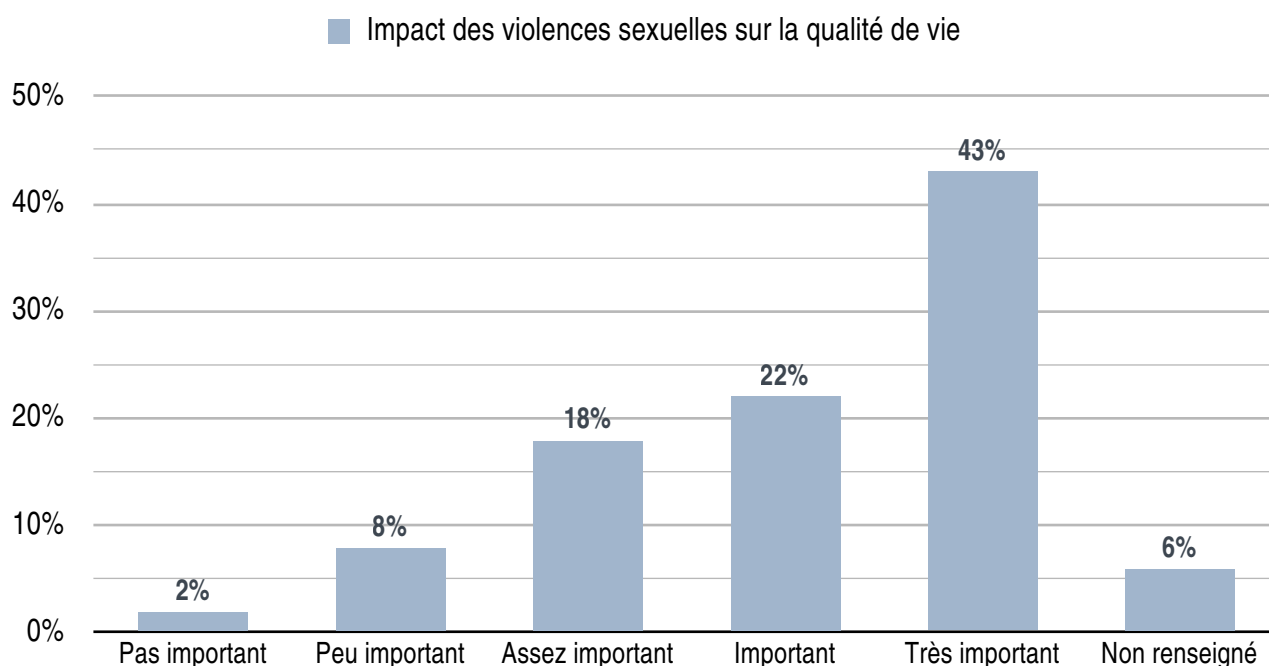
Être victime de violences sexuelles est un lourd fardeau, et près de deux tiers (65%) des répondant-e-s jugent l'impact des violences sur leur qualité de vie important à très important, seul-e-s 10% le considèrent comme peu ou pas important.

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%<sup>157</sup>. 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<sup>158</sup>. 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.

<sup>157</sup> 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% (\*\*\*).

<sup>158</sup> 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.

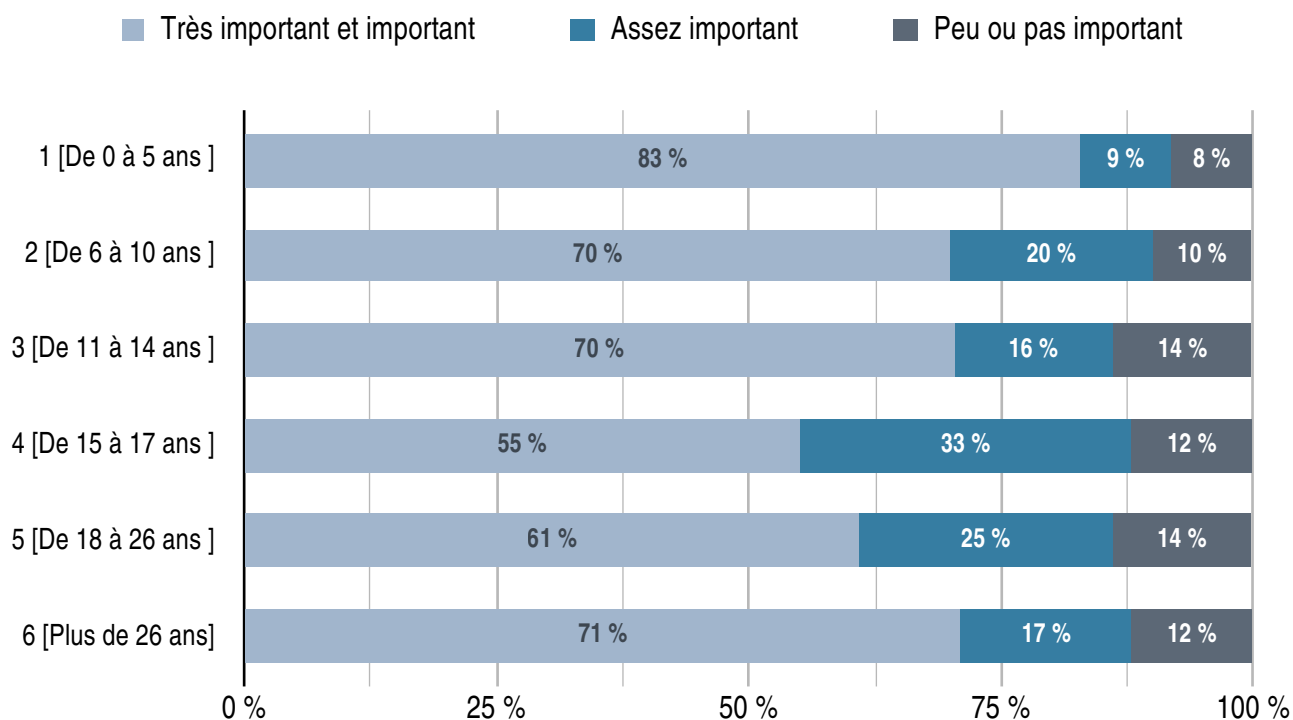
L'impact des violences est également lié au statut de l'auteur-e, en particulier lorsque la victime était mineure au moment des faits <sup>159</sup>. Ainsi, 79% des répondant-e-s mineur-e-s au moment des violences déclarent un impact particulièrement important lorsque l'auteur-e était un membre de leur 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 <sup>160</sup> : 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.

<sup>159</sup> Test du khi-deux significatif au seuil de 1% (\*\*\*).

<sup>160</sup> Test du khi-deux significatif au seuil de 5% (\*\*).

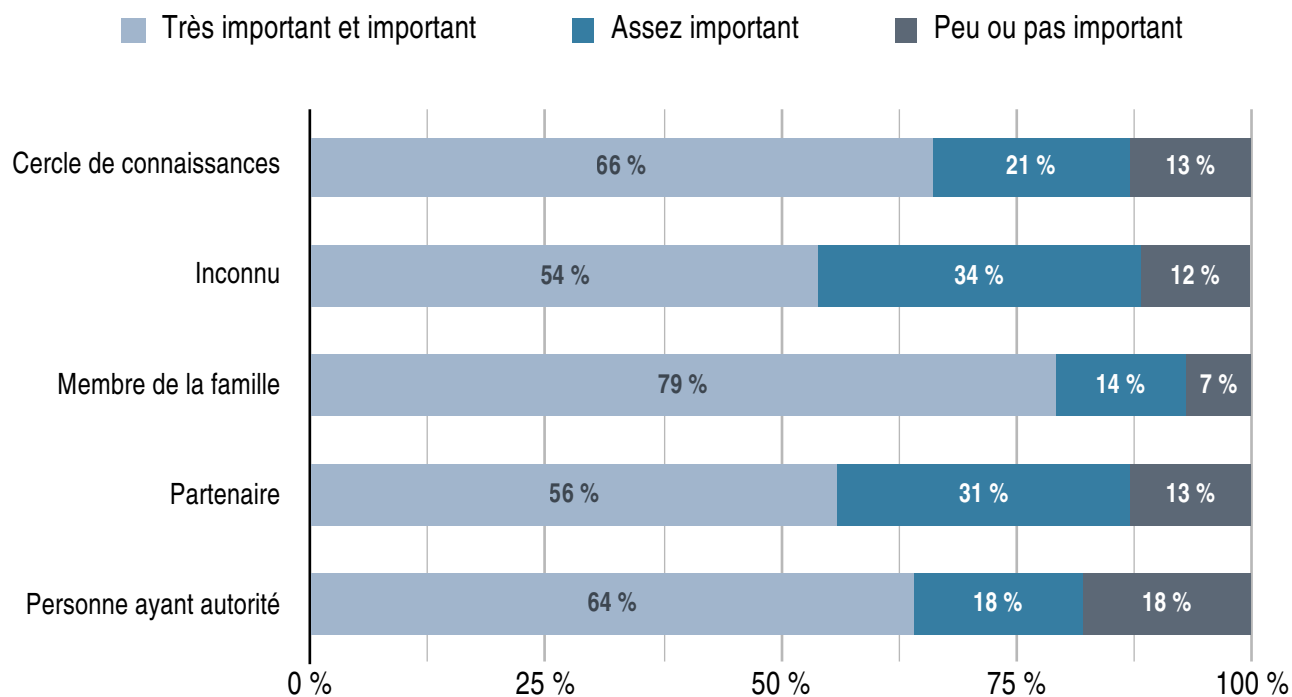
**Figure C.7** - Impact des violences sexuelles subies sur la qualité de vie selon l'âge de la victime au moment des violences



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

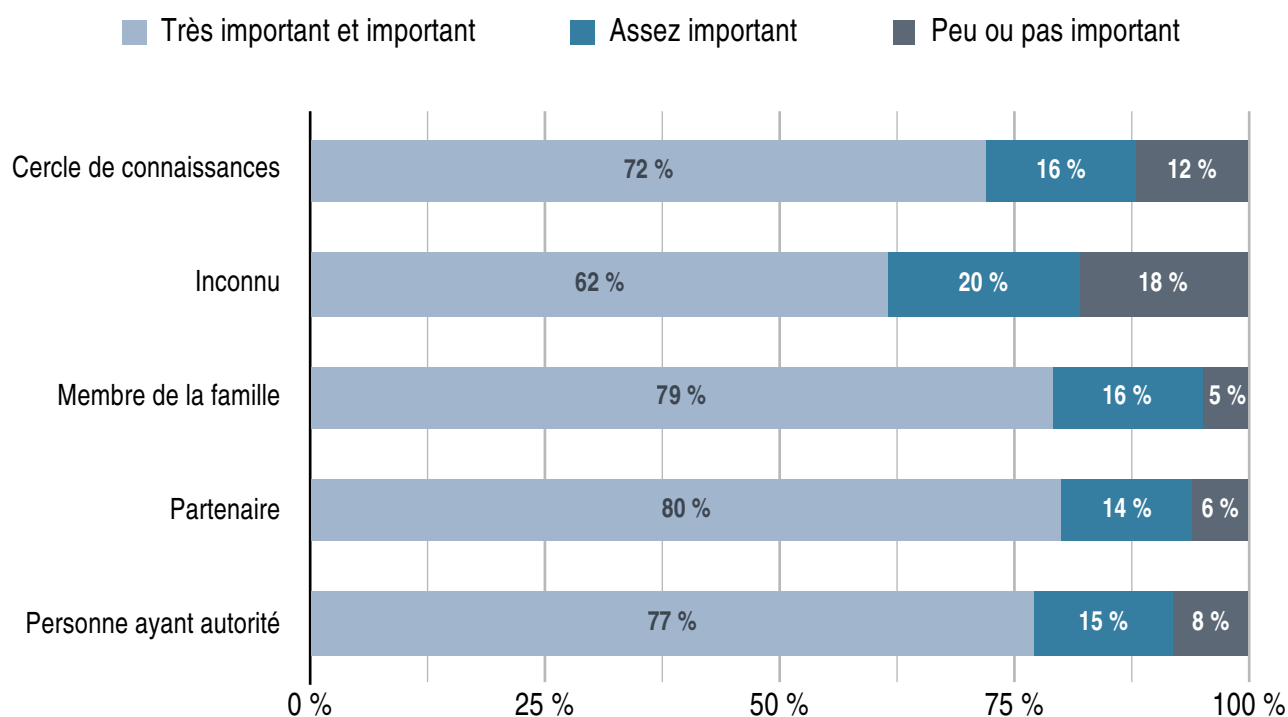
En pourcentages.

**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 <sup>161</sup>. 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

---

<sup>161</sup> 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.

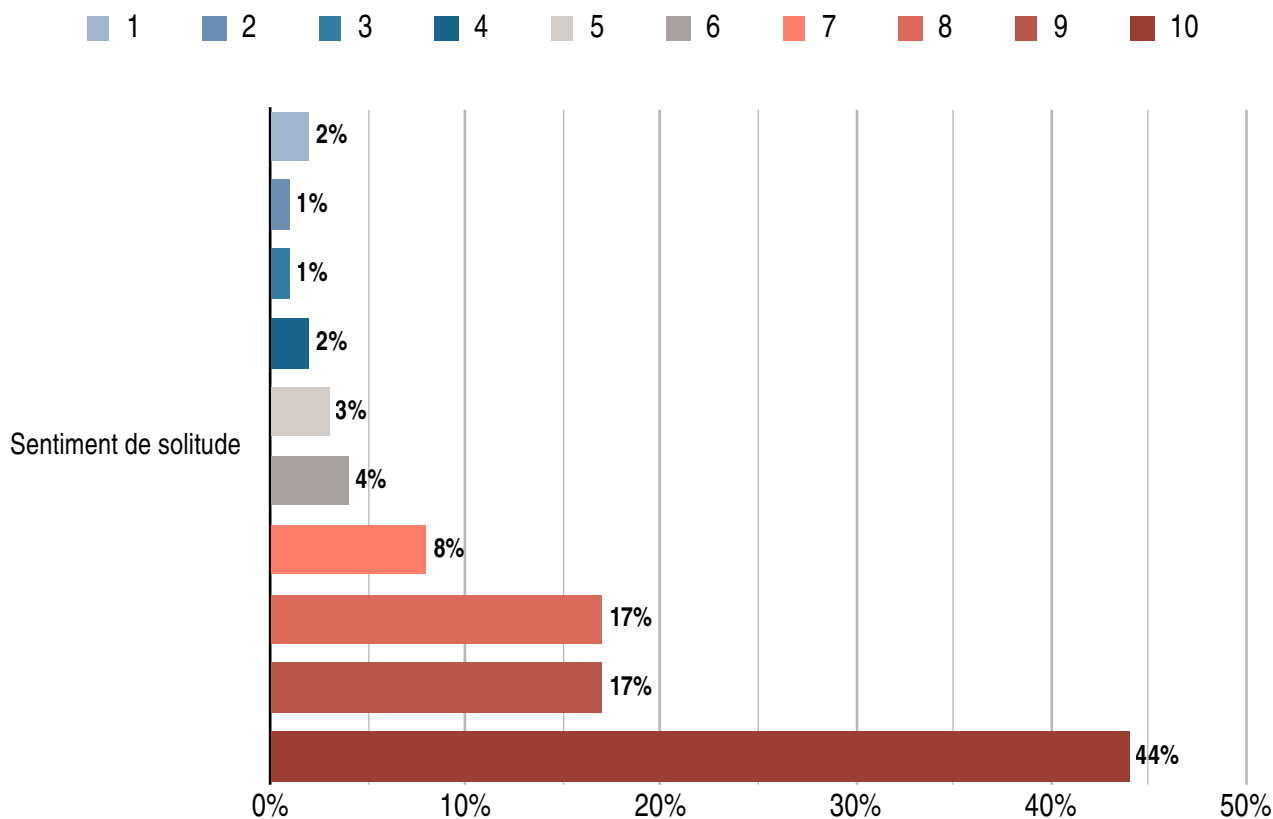
Quant à l'impact sur la vie sexuelle, il est considéré comme très important par 43% des répondant-e-s. Et 8% des victimes interrogées déclarent que les violences les ont empêchées d'avoir toute vie sexuelle.

*« 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.*

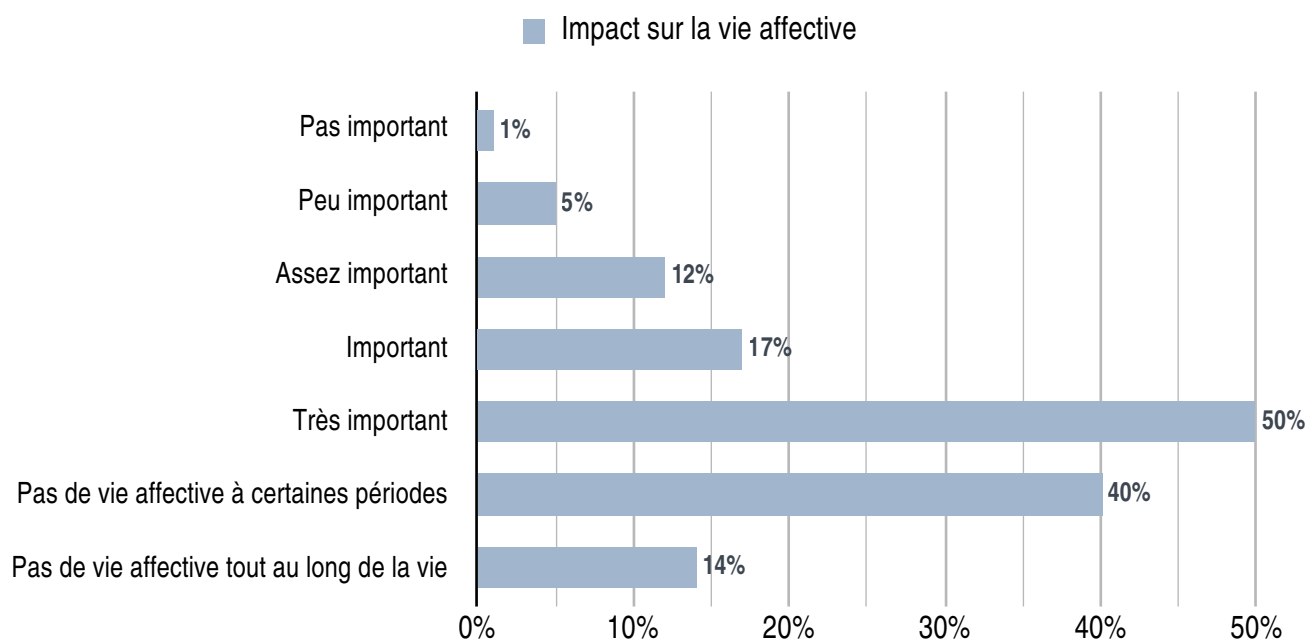
*Lecture : évaluation sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le niveau le plus faible et 10 un niveau maximal.*

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

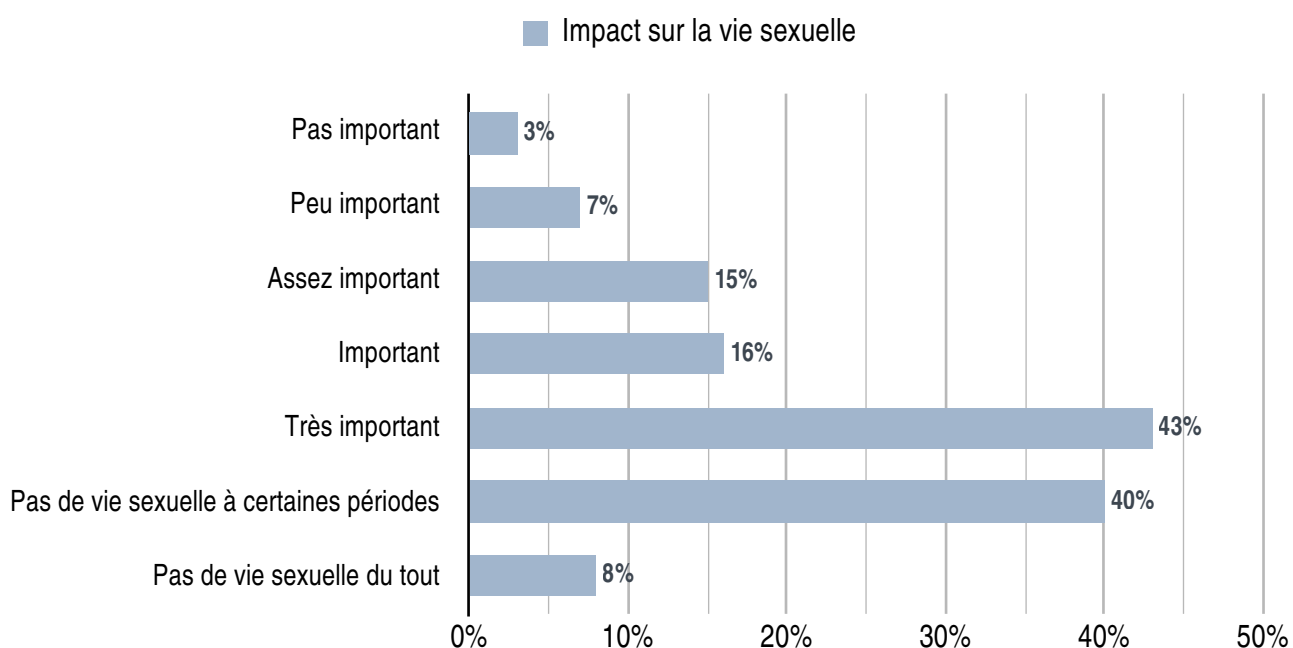


et leurs enfants. Dans un tiers des cas, les liens entre les victimes et une partie de leur famille ont été rompus suite aux violences ou à leur révélation. Par ailleurs, 1 victime sur 10 déclare que les violences l'ont empêchée de vivre en couple, et 1 sur 8 qu'elles l'ont empêchée d'avoir des enfants.

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

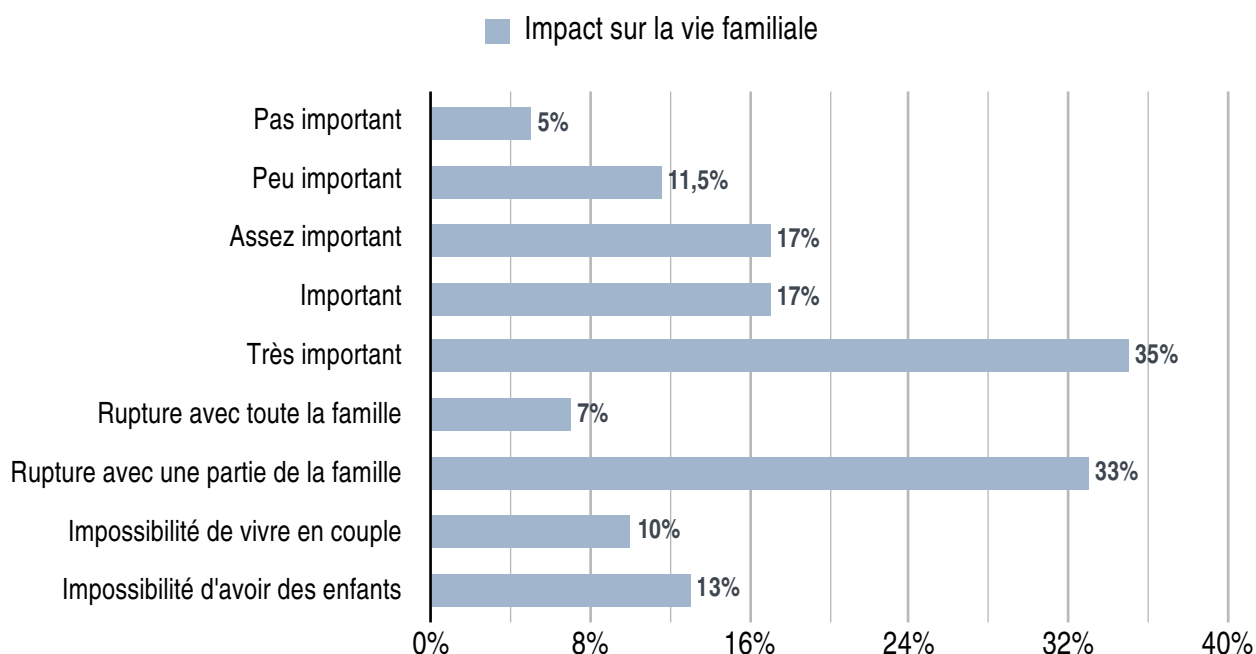


**Figure C.12** - Impact des violences sexuelles sur la vie sexuelle (non exclusif)



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 %
<b>Total général</b>	<b>1214</b>	<b>100 %</b>

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 <sup>162</sup>, 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

<sup>162</sup> 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 <sup>163</sup>. 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. »*

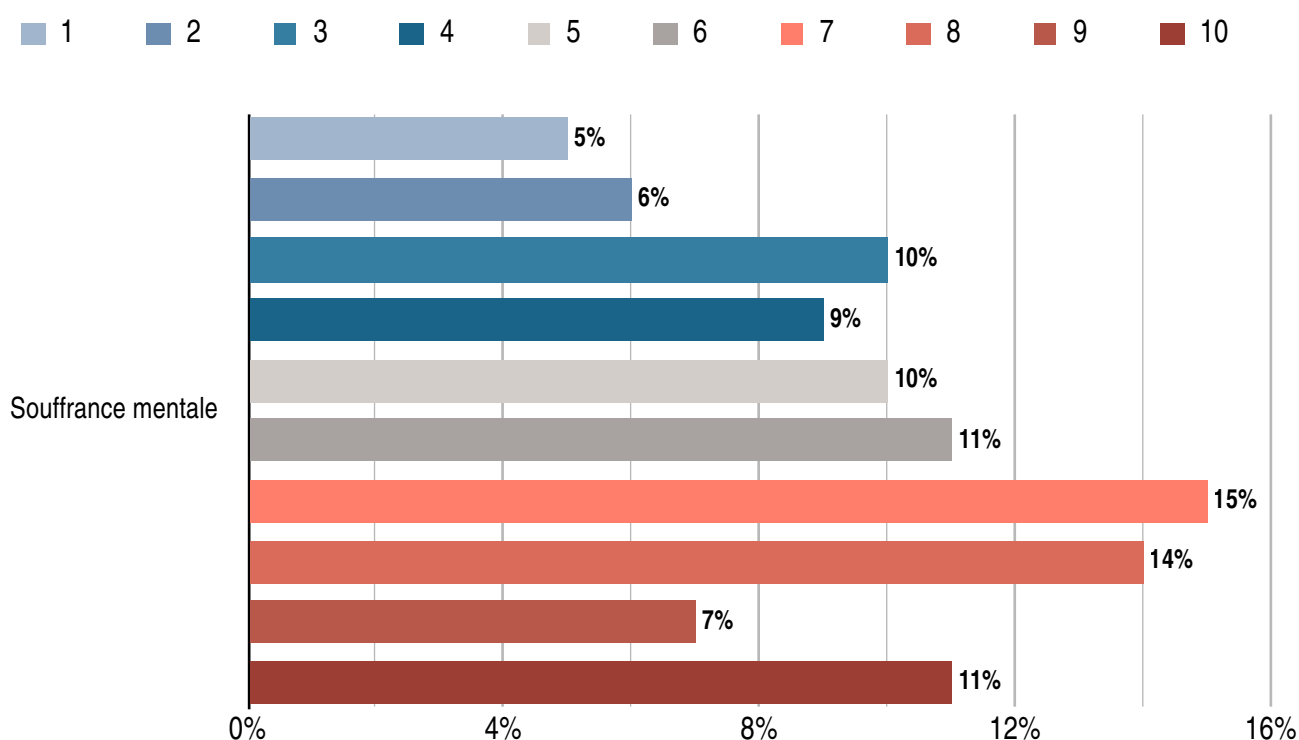
---

<sup>163</sup> 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 ! »

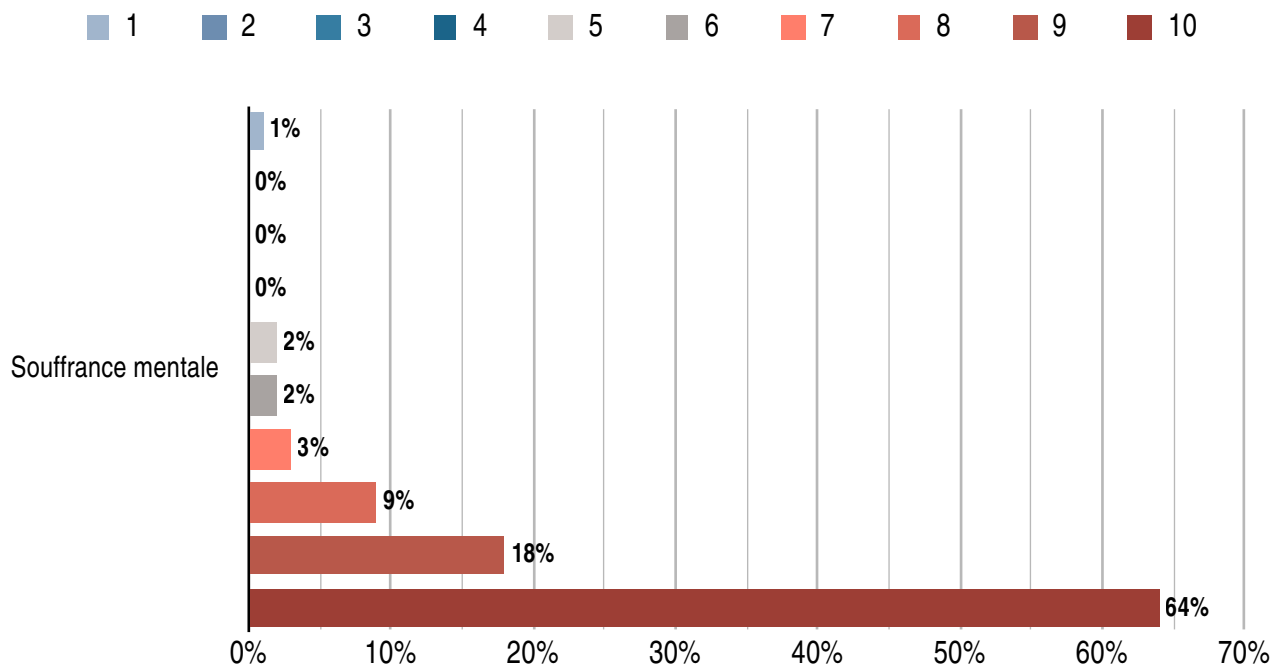
**Figure C.14 - Échelle : souffrance mentale actuelle due aux violences**



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.

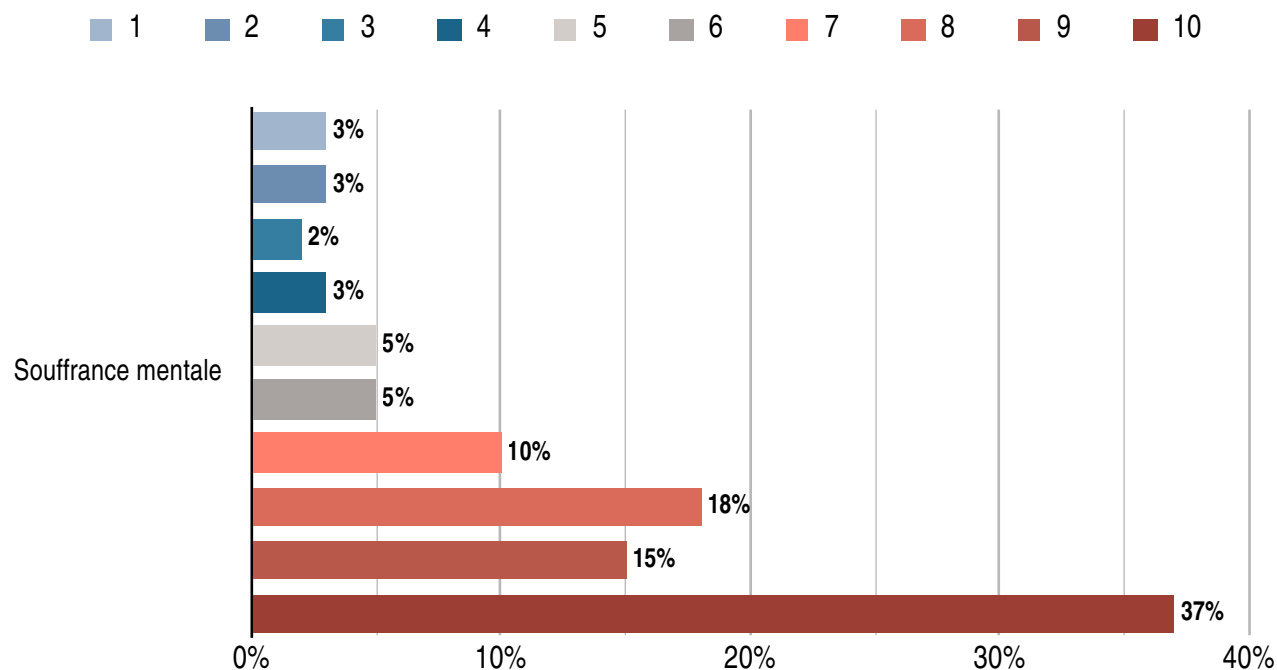
**Figure C.15 - Échelle : souffrance mentale due aux violences quand elle a été la plus importante**



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 <sup>164</sup>.

---

<sup>164</sup> 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 %
<b>Total général</b>	<b>1214</b>	<b>100 %</b>

*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.

## 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 <sup>182</sup>) et près de 87% en cas de violences sexuelles ayant eu lieu dans l'enfance <sup>183</sup>. Si ces violences sexuelles subies dans l'enfance ont été incestueuses, ce taux peut même atteindre 100% <sup>184</sup>.

#### **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 <sup>185</sup>. 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

---

<sup>182</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, p. 216-22.

<sup>183</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, p. 53-59.

<sup>184</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, p. 329-334.

<sup>185</sup> 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 <sup>186</sup>. Les troubles des conduites alimentaires sont sur-représentés <sup>187</sup> chez ces victimes, et les conduites addictives également plus courantes chez elles que dans la population générale <sup>188</sup>.

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 <sup>189</sup> et les diagnostics de trouble limite de la personnalité sont d'autant plus fréquents que les violences sexuelles surviennent tôt dans l'enfance <sup>190</sup>.

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 <sup>191</sup>.

Par ailleurs, la consommation médicale apparaît comme plus importante chez ces victimes de violences sexuelles dans l'enfance : davantage de consultations en médecine

---

<sup>186</sup> 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.

<sup>187</sup> 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.

<sup>188</sup> 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.

<sup>189</sup> 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.

<sup>190</sup> 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.

<sup>191</sup> 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 <sup>192</sup>.

### **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 <sup>193</sup>, 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 <sup>194</sup>. 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

---

<sup>192</sup> 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.

<sup>193</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, p. 77-87.

<sup>194</sup> 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.

<sup>195</sup>, 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 <sup>196</sup>.

---

<sup>195</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*, Juin 2013, Vol. 170, Issue 6, p. 574-577.

<sup>196</sup> 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.

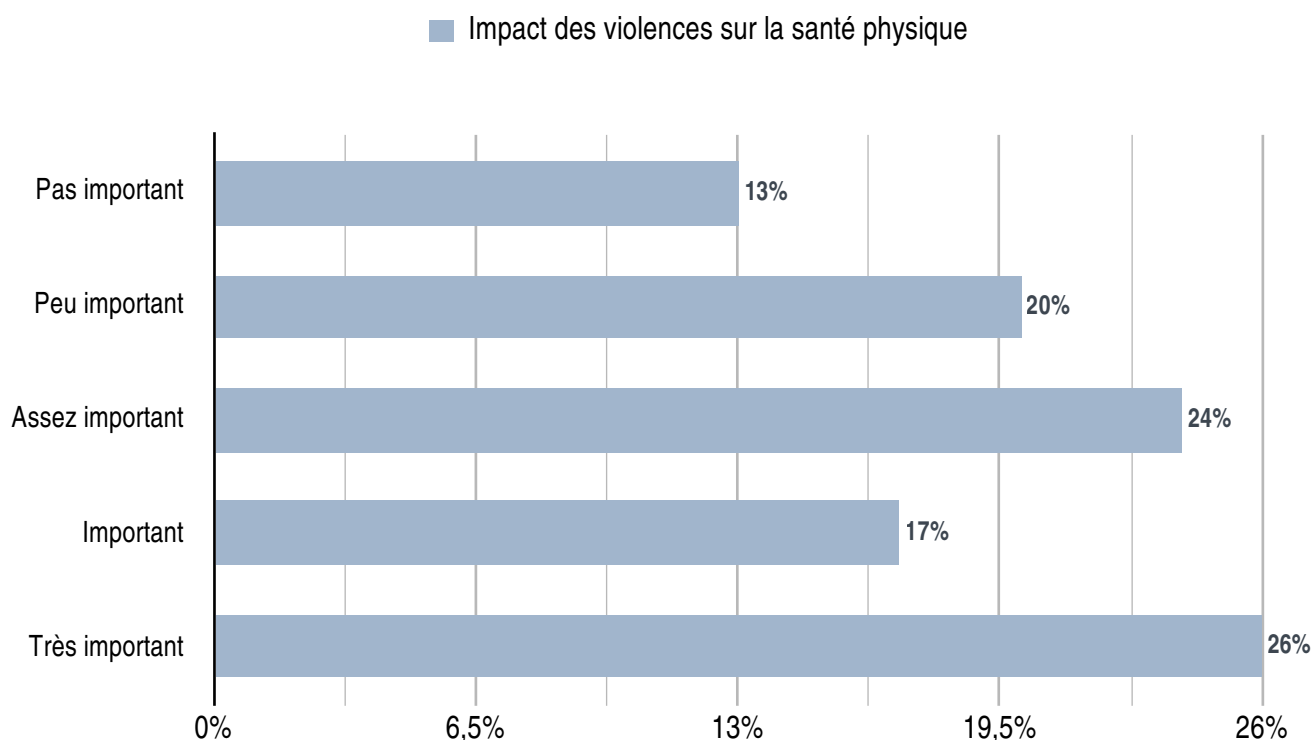


## 2. Impact des violences sexuelles sur la santé physique des répondant-e-s

### Des conséquences importantes sur la santé physique pour 43% des répondant-e-s

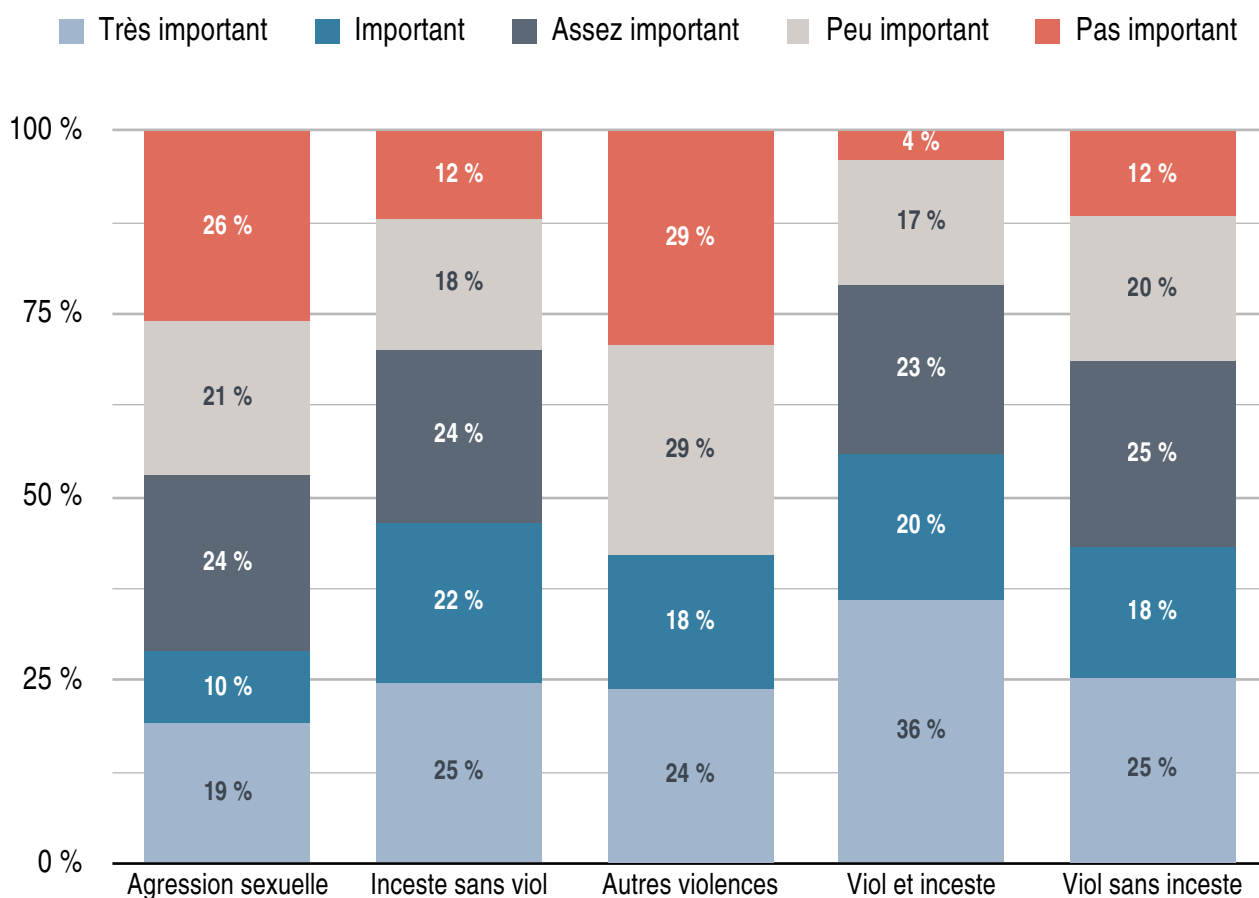
Les conséquences sur la santé ne sont donc pas uniquement psychiques, elle sont également physiques et l'impact des violences sexuelles sur la santé physique est estimé comme étant plutôt important par plus de deux tiers des répondant-e-s. Cet impact est d'autant plus important que les violences ont 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 %
<b>Total général</b>	<b>13 %</b>	<b>20 %</b>	<b>24 %</b>	<b>17 %</b>	<b>26 %</b>	<b>100 %</b>

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 <sup>197</sup>. 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

<sup>197</sup> 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 %
<b>Total général</b>	<b>728</b>	<b>100 %</b>

*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 %
<b>Total général</b>	<b>63</b>	<b>100 %</b>

*Champ : répondantes victimes d'au moins un viol ayant entraîné une grossesse (63 répondantes).*

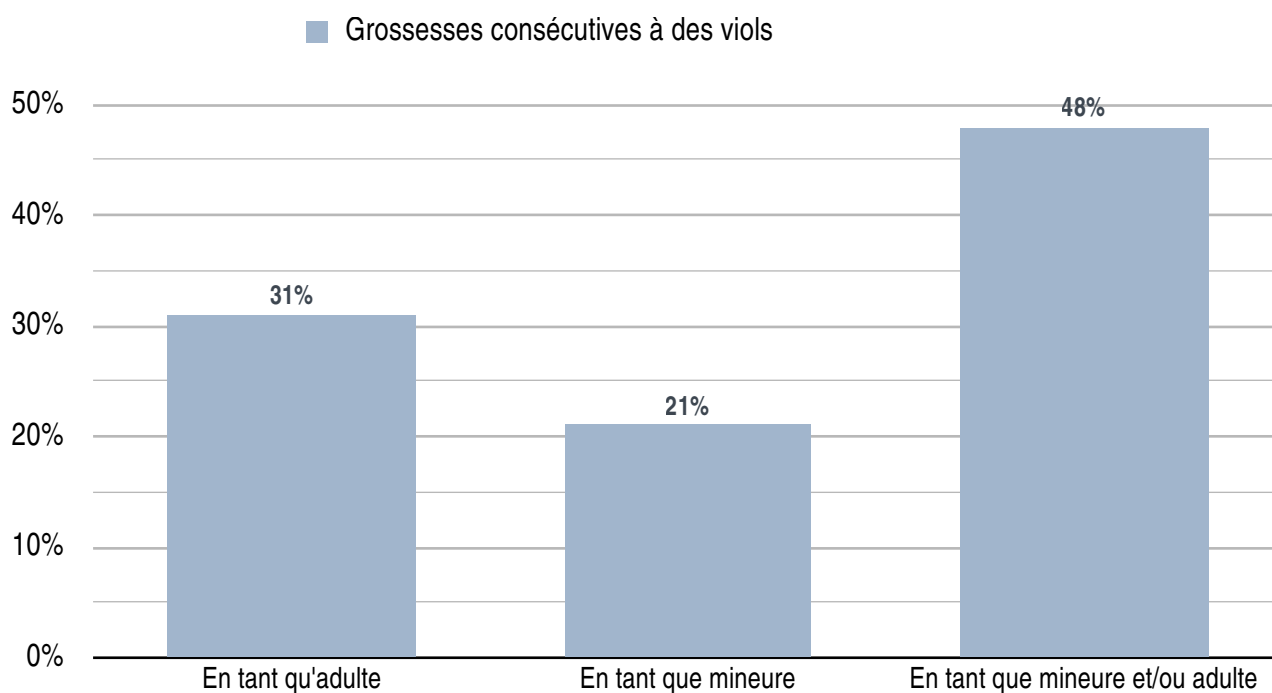
*Lecture : 8 répondantes ont déclaré plusieurs grossesses suite aux viols subis, ces grossesses successives ont eu différentes conséquences.*

**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
<b>Total général</b>	<b>649</b>	<b>61</b>	<b>710</b>

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

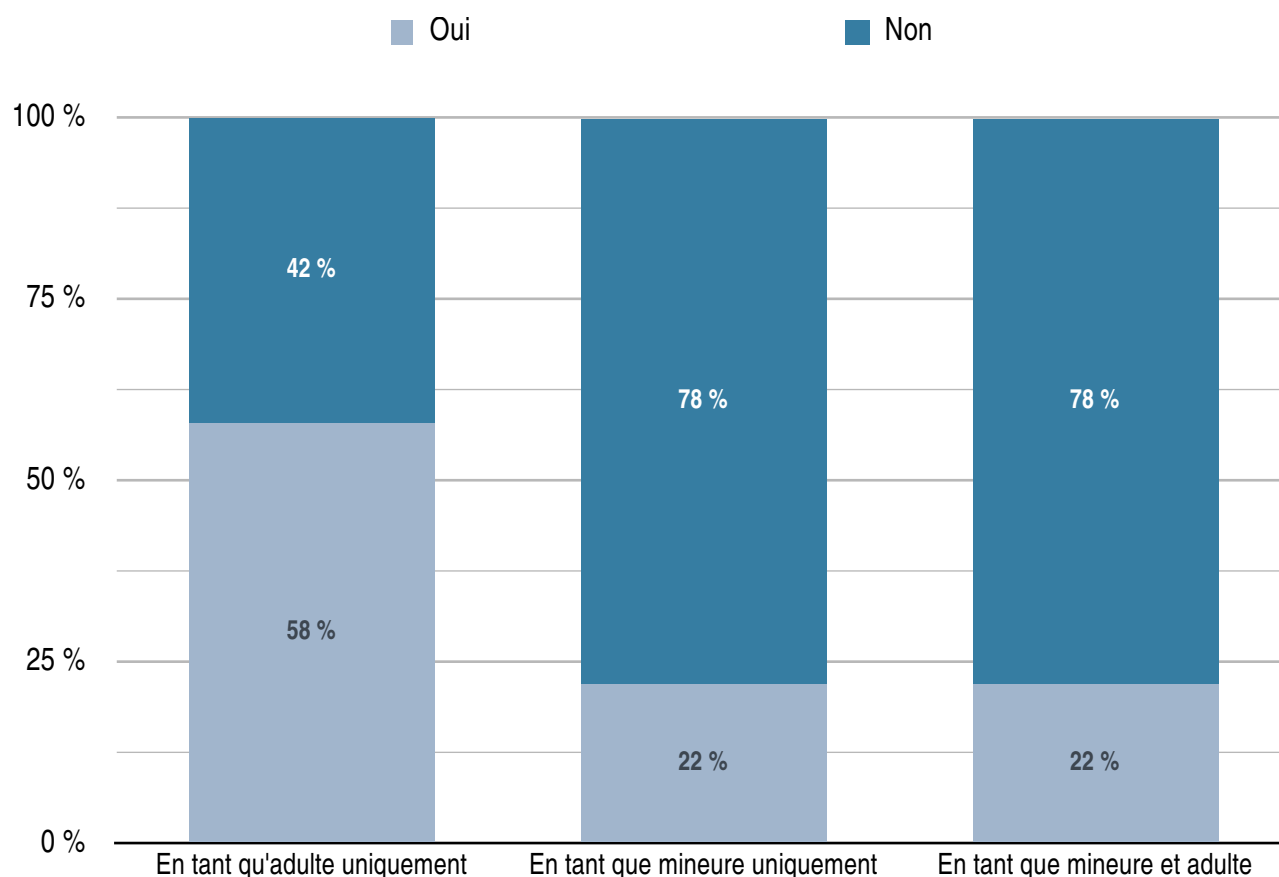


Champ : répondantes victimes d'au moins un viol ayant entraîné une grossesse et renseigné la période des violences (61 répondantes). En pourcentages.

Ces grossesses consécutives à des viols concernaient des mineures dans au moins 21% des cas <sup>198</sup>, 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.

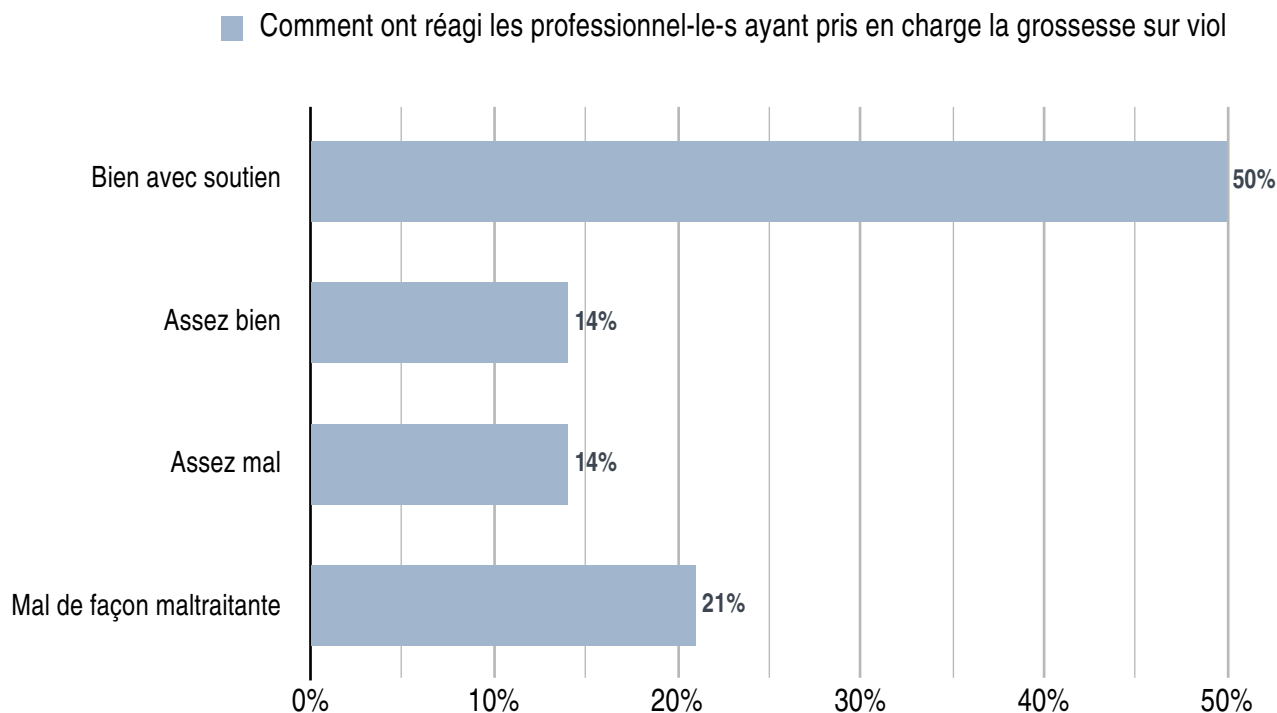
**Figure E.4** - En cas de prise en charge médicale avez-vous pu parler du viol à l'origine de la grossesse ?



*Champ : répondantes prises en charge médicalement pour leur grossesse sur viol et ayant renseigné la période des violences (44 répondantes). En pourcentages.*

<sup>198</sup> 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 <sup>199</sup>.

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 <sup>200</sup>, la fibromyalgie et la fatigue chronique <sup>201</sup>, les

---

<sup>199</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, p. 3-10.

<sup>200</sup> 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.

<sup>201</sup> 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 <sup>202</sup>, les cancers <sup>203</sup>, la colopathie fonctionnelle <sup>204</sup>, les fibromes utérins <sup>205</sup> et dans une moindre mesure pour la sclérose en plaques <sup>206</sup>.

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 <sup>207</sup>, 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.

---

<sup>202</sup> 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.

<sup>203</sup> 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.

<sup>204</sup> 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.

<sup>205</sup> 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.

<sup>206</sup> 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.

<sup>207</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, 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 %
<b>Total général</b>	<b>1214</b>	<b>100 %</b>

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**

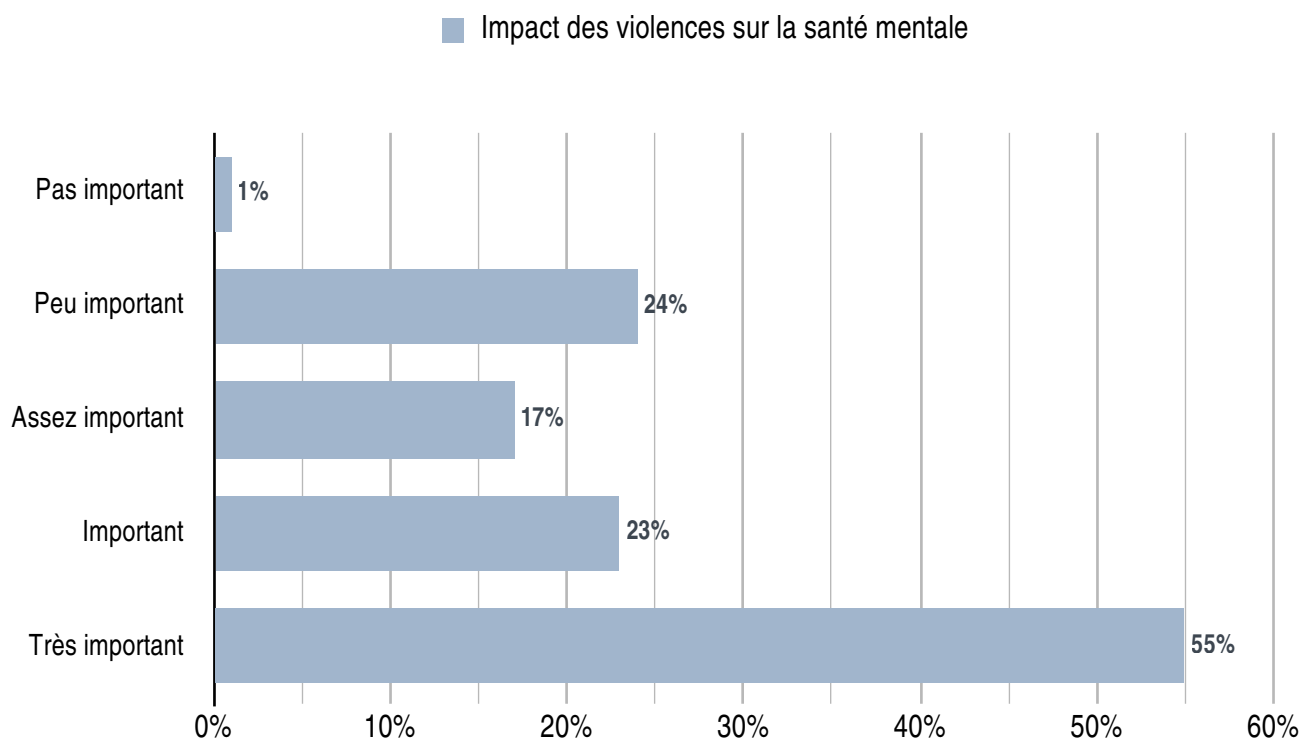
Tous les domaines de la médecine sont donc concernés, et ces données montrent bien à quel point il est important que le personnel médical soit formé à poser systématiquement la question des violences, cela permettrait non seulement d'améliorer la prise en charge, mais aussi de mettre fin à des situations 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 <sup>208</sup>. 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

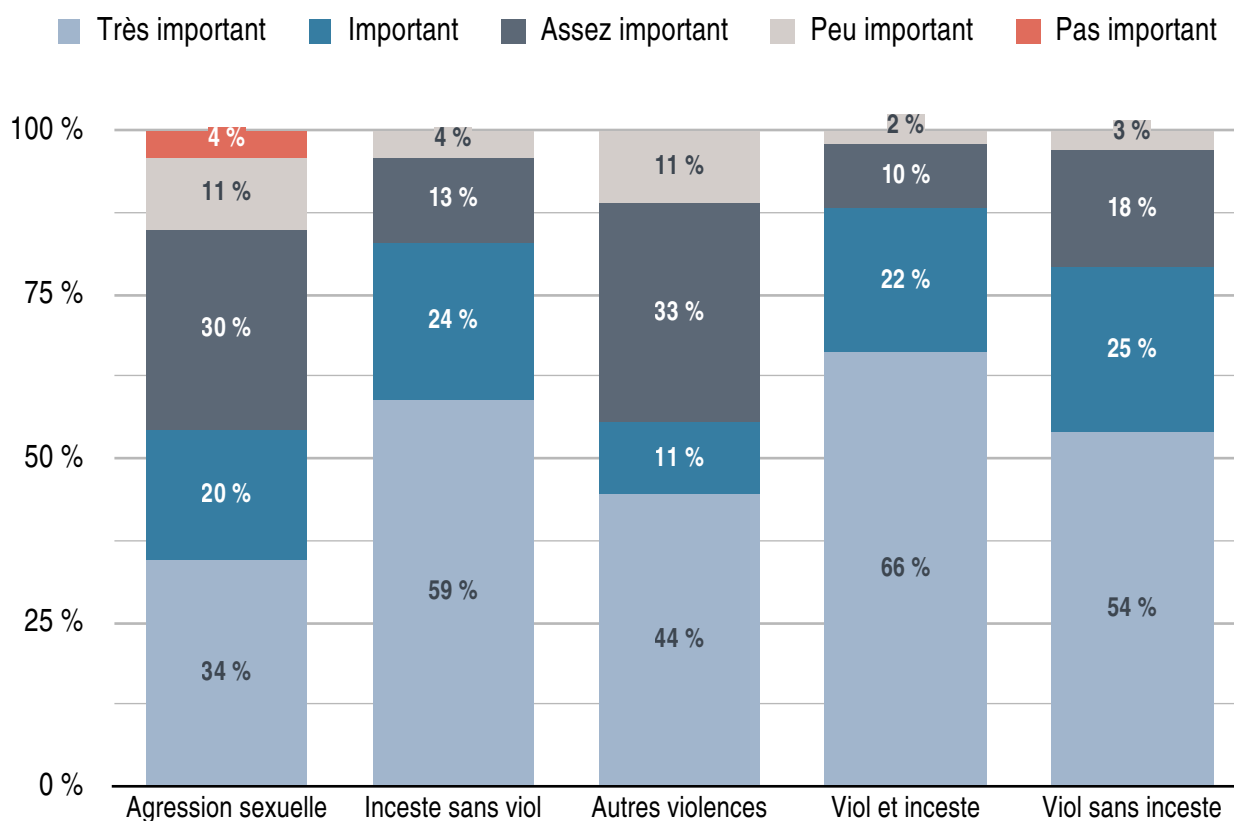


Champ : ensemble des répondant-e-s, hors non renseigné (1089 répondant-e-s).  
En pourcentages.

<sup>208</sup> 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 %
<b>Total général</b>	<b>1 %</b>	<b>4 %</b>	<b>17 %</b>	<b>23 %</b>	<b>54 %</b>	<b>100 %</b>

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 %
<b>Total général</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

*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 <sup>209</sup> et 64% à l'avoir estimée comme maximale <sup>210</sup> 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.

<sup>209</sup> Voir tableau C.14, p.132. Note comprise entre 6 et 10 sur une échelle de 1 à 10, 10 indiquant une souffrance maximale.

<sup>210</sup> 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 maniaque-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 <sup>211</sup>. Un état de stress post-traumatique serait par ailleurs un facteur de risque de développer un épisode dépressif majeur ultérieur <sup>212</sup>. 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 <sup>213</sup>.

---

<sup>211</sup> 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.

<sup>212</sup> 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.

<sup>213</sup> 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 <sup>214</sup>, 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 <sup>215</sup>.

---

<sup>214</sup> 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.

<sup>215</sup> *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 <sup>216</sup> tandis que 42% ont déjà tenté de se suicider <sup>217</sup>.

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...*

---

<sup>216</sup> Voir figure C.3, p. 115.

<sup>217</sup> 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 %
<b>Total général</b>	<b>1214</b>	<b>100 %</b>

*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 <sup>218</sup>, 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.

---

<sup>218</sup> 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.