

ANALYSE

FPS - 2019

L'état de stress post-traumatique : un enjeu de santé publique et féministe mal connu



Femmes Prévoyantes Socialistes
www.femmesprevoyantes.be



L'état de stress post-traumatique – FPS 2019

Eva Cottin,
Secrétariat général des FPS
eva.cottin@solidaris.be

Editrice responsable: Xénia Maszowez, Place St-Jean, 1-2, 1000 Bruxelles.
Tel : 02/515 04 01



Introduction

Chacun-e de nous peut malheureusement, au cours de sa vie, être confronté-e à un événement traumatisant, que ce soit le décès brutal d'un-e proche, un accident de la route, une catastrophe naturelle, une agression ou un viol... Pour certaines personnes, le choc induit peut se poursuivre longtemps et provoquer de nombreux troubles psychiques et physiques : il s'agit d'un état de stress post-traumatique (ESPT¹).

Difficile de savoir combien de personnes souffrent actuellement d'ESPT en Belgique. Mais nous pouvons présumer que le problème est loin d'être rare, si l'on croise les statistiques entre l'estimation des victimes de violences, accidents, etc. et le nombre de personnes ayant des problèmes de santé mentale chronique (dépression, troubles anxieux, addictions)².

Si la question nous concerne particulièrement en tant qu'organisation féministe, c'est que les femmes sont beaucoup plus touchées par ce trouble, et que la méconnaissance de l'ESPT impacte davantage les femmes³. En effet, le risque de développer un ESPT après un événement traumatisant est de 24%... mais de 60 à 80% quand il s'agit de violences sexuelles. Or les victimes de viol sont en grande majorité des filles et des femmes ; au moins 16% des femmes ont subi des viols ou tentatives de viol dans leur vie, 5% pour les hommes⁴. Les troubles post-traumatiques peuvent s'installer sur des mois, des années voire une vie entière et entraîner de nombreux problèmes de santé invalidants; une personne souffrant d'ESPT suite à des violences sexuelles, psychologiques ou éducatives est aussi plus à risque d'être victime de nouvelles violences. On sait enfin qu'une partie des agresseurs souffre aussi de séquelles liées à un/des traumatisme(s). La méconnaissance et le manque de prise en charge adaptée de l'ESPT ont ainsi des conséquences graves en termes de santé publique ainsi que de maintien d'un cycle de reproduction des violences. Cette problématique a des répercussions sur la société toute entière.

Nous proposons dans cette analyse de définir les causes, les signes et les conséquences d'un état de stress post-traumatique, et d'explorer quelles sont les difficultés à le reconnaître et l'accompagner, en nous penchant plus spécifiquement sur les violences envers les femmes.

¹ On parle aussi de Syndrome de Stress Post-Traumatique ou SSPT, et le DSM-5 (cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux édité par l'Association Américaine de Psychiatrie) le définit comme « Trouble de stress post-traumatique » ou TSPT. Le sigle anglais PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) est aussi parfois employé dans les articles francophones.

² Pour la prévalence des psychotraumatismes sur la vie entière, l'association « Mémoire traumatique et victimologie » de la Dr Muriel Salmona avance les chiffres de 5 à 6 % pour les hommes et de 10,5 à 13,8 % pour les femmes.

³ Les personnes assignées filles à la naissance ; les études et enquêtes sont toujours formulées de manière binaire homme / femme.

⁴ Enquête de l'INSERM et l'INED pour la France en 2008. Difficile d'avoir des chiffres exacts. Une enquête d'Amnesty International de 2014 rapportait que près de 25% des femmes en Belgique déclaraient s'être fait ou se faire encore imposer des relations sexuelles forcées par leur partenaire/conjoint, et 13% ont subi un viol par une autre personne que leur partenaire, dont 7% lorsqu'elles étaient encore mineures. On suppose par ailleurs que les chiffres de plaintes pour viol ne sont que peu représentatifs, seulement environ 10% des viols faisant l'objet d'un dépôt de plainte.



1. Définition et mécanismes de la mémoire traumatique

Pour faire face à une situation de danger, le cerveau produit des taux d'hormones de stress tellement élevés que cela comporte un risque pour la victime (au niveau cardiaque et/ou neurologique). Pour se préserver, le cerveau peut alors « disjoncter », comme un circuit électrique en surtension disjoncterait pour sauvegarder un appareil. La victime se retrouve déconnectée de toute émotion, restant paralysée ou agissant de manière automatique, assistant de manière passive à l'événement : c'est la dissociation traumatique. On parle souvent de phénomène de *sidération* quand on réfère à cette incapacité de réagir en situation de danger. Muriel Salmona, psychiatre spécialiste de la mémoire traumatique et des troubles liés au psychotraumatisme, décrit ainsi le déclenchement du mécanisme de sauvegarde :

« Lors de violences extrêmes, incompréhensibles, confrontant à l'implacable entreprise de destruction de l'agresseur, à sa mort imminente, sans échappatoire possible avec une impuissance totale et faisant s'effondrer toute les certitudes acquises, le cortex et l'hippocampe sont dans l'incapacité de se représenter l'événement, de l'intégrer et de relier à des connaissances ou des repères acquis et donc de moduler ou d'éteindre les amygdales : la réponse émotionnelle reste maximale et les taux d'adrénaline et de cortisol deviennent toxiques pour l'organisme, toxicité cardiaque et vasculaire pour l'adrénaline (risque d'infarctus du myocarde de stress et d'hypertension maligne), toxicité neurologique pour le cortisol (risque épileptique et de mort neuronale par apoptose pouvant aller jusqu'à 30% du volume de certaines structures, hippocampe et cortex préfrontal), véritable "survoltage" confrontant à un risque de mort imminente qui entraîne la mise en place d'une voie de secours exceptionnelle qui va faire disjoncter le circuit limbique, déconnecter les amygdales et éteindre la réponse émotionnelle grâce à la sécrétion par le cerveau de drogues dissociantes⁵ endogènes. »⁶

Ces mécanismes neuro-biologiques de déconnexion du système de réponse émotionnelle vont être à l'origine de l'existence d'une mémoire traumatique dissociée, pas traitée et intégrée comme le reste de nos souvenirs. Après la survenue d'un traumatisme, des conduites de contrôle et d'évitement visent à éviter le déclenchement de la mémoire traumatique, tandis que des conduites dissociantes (addictions, violences) visent à faire face à l'explosion de la mémoire traumatique qui entraîne une détresse et une terreur insupportables.

C'est la confrontation à la mort, à une violence extrême et incompréhensible, à une menace pour l'intégrité physique comme psychique qui peut entraîner de tels états. Les événements traumatiques peuvent être d'origines et natures diverses :

- les traumatismes non intentionnels : catastrophes naturelles et industrielles, accidents, deuils et maladie.

⁵ La **dissociation** est un mécanisme neurobiologique de défense visant à éviter la confrontation à une violence ou une douleur insoutenable : il s'agit de la **séparation** d'une idée/d'un événement de sa signification émotionnelle et de l'affect. Cette déconnexion émotionnelle peut être maintenue ou répliquée par des **conduites dissociantes** comme la consommation de substances ou l'exposition répétée à de la violence (envers soi ou envers autrui).

⁶ « La mémoire traumatique en bref », sur le site internet memoiretraumatique.org



- les traumatismes intentionnels : violences collectives (guerres, génocides), violences extérieures (agressions, viols, prise d'otages, homicides), violences institutionnelles (au travail, par exemple) et violences intrafamiliales (maltraitance, inceste, violences conjugales).

Ce sont les violences inter-humaines et surtout individuelles qui causent le plus d'ESPT, et le plus souvent des formes complexes et chroniques, qui ont un impact négatif plus important sur la victime et sont plus difficiles à soigner. Les personnes exposées à un traumatisme non-intentionnel (catastrophe naturelle par exemple) ou intentionnel mais vécu collectivement (attentats par exemple) seront souvent plus vite secourues et mieux accompagnées par la suite, et n'ont pas à faire face au poids supplémentaire de l'isolement et de la honte.

2. Les conséquences du psychotraumatisme

Les victimes d'un traumatisme présentent dans un premier temps une triade de symptômes :

- La reviviscence de la mémoire traumatique, non contrôlée : pensées récurrentes liées aux violences, souvenirs intrusifs de tout ou partie de l'événement (sensations douleurs, bruits, paroles), flash-back, illusions et cauchemars, vécus intensément avec une forte angoisse et détresse.
- L'évitement : stratégie mise en place pour éviter toute situation se rapportant au traumatisme ou pouvant rappeler l'événement, ce qui peut totalement isoler la personne et amener au développement de phobies (peur pathologique, envahissante).
- Un état d'hypervigilance constant : état d'alerte et de contrôle, sursaut, insomnie, réveils nocturnes, hypersensibilité, irritabilité, colères explosives, troubles de la concentration et de l'attention.

Si ces comportements sont observables chez toutes les personnes victimes d'un traumatisme dans les heures, jours ou semaines suivant l'événement, on ne parle d'ESPT que si la durée des symptômes est supérieure à 1 mois ; d'ESPT chronique si cela dure plus de 6 mois. Il arrive aussi que l'ESPT se révèle en différé, parfois des années après le vécu traumatique ; c'est souvent le cas pour les victimes d'agressions sexuelles, de maltraitance ou inceste dans l'enfance. On distingue aussi l'ESPT « simple » ou « type 1 » quand l'événement traumatisant est unique (accident, attentat, incendie...) de l'ESPT « complexe » ou « type 2 » quand l'événement est répété ou complexe (maltraitance physique, psychique et/ou sexuelle dans l'enfance, violences conjugales, harcèlement...).

Si un stress post-traumatique n'est pas rapidement pris en charge, il peut entraîner un grand nombre de troubles psychiques, qui sont des réactions à la souffrance, une recherche de soulagement de la souffrance, et des stratégies d'évitement du souvenir et de maintien de l'état dissociatif. Il s'agit principalement de troubles de l'humeur et troubles anxieux (dépression, perte d'estime de soi, attaques de paniques, phobies, troubles du sommeil...); de comportements auto-



agressifs (automutilation, tentatives de suicide⁷) ; d'addictions (drogues, alcool, jeux...), conduites à risques et troubles du comportement alimentaire.

L'ESPT peut aussi se manifester de manière somatique (réactions du corps), l'état de stress constant produisant de grands dommages sur l'organisme : une fatigue chronique, des douleurs chroniques, une prise de poids importante ou un amaigrissement, des troubles gastro-intestinaux, des troubles cardio-vasculaires, des troubles endocriniens, un affaiblissement des défenses immunitaires...

Tous ces troubles associés peuvent avoir des conséquences graves sur la vie personnelle (affective et amoureuse), sociale, scolaire et professionnelle, et contribuer ainsi à isoler, précariser et marginaliser la personne survivante d'un traumatisme, en particulier de viol(s).

3. Le cas des violences sexuelles⁸ et plus particulièrement du viol

Les troubles psychotraumatiques ont été identifiés et décrits à partir de la fin du XIX^e siècle et tout au long du XX^e siècle d'abord en rapport avec des contextes de guerre et des accidents de travail. Mise à part la définition d'une « névrose traumatique » par la psychanalyse au début du XX^e siècle⁹, ce n'est que dans les années 1960 que l'on commence à s'intéresser sérieusement aux conséquences des violences faites aux femmes et aux enfants. C'est dans la troisième édition du DSM, en 1980, que l'état de stress post-traumatique est reconnu spécifiquement et décrit chez l'adulte et chez l'enfant. Or le viol, en particulier, est l'événement traumatisant qui entraîne le plus de troubles de stress post-traumatique¹⁰ (80% de risques¹¹). Il faut aussi prendre en compte la spécificité des violences répétées, psychologiques et intra-familiales : violences conjugales, inceste, violences sur enfants ou enfants assistant à de la violence envers un de leurs parents¹²... les états de stress post-traumatique complexes qui y sont liés sont moins bien reconnus et pourtant beaucoup

⁷ Le risque de suicide est 10 fois plus élevé chez les personnes atteintes d'ESPT que dans la population générale.

⁸ « Tout acte lié à la sexualité et réalisé sans le consentement d'une personne est considéré comme une violence sexuelle », pas seulement le viol mais aussi le harcèlement sexuel, les mutilations génitales féminines, l'exploitation sexuelle... Voir la brochure de la Fédération des Centres de Planning Familial des FPS sur les violences sexuelles.

⁹ Freud et ses précurseurs Charcot et Janet avaient fait le lien entre manifestations d'« hystérie » et traumatisme sexuel dans l'enfance. En ce sens, ils sont les précurseurs de la compréhension de la mémoire traumatique liée au viol. Mais la définition du trauma lié à la sphère sexuelle en psychanalyse est complexe et pose de nombreux problèmes : la théorie de Freud a notamment évolué pour finalement parler de *fantasmes* sexuels et non de réalité ; par ailleurs, l'induction de faux souvenirs chez les patient-e-s a aussi amené à ne plus croire les patient-e-s rapportant des faits réels de viol. Voir :

<https://www.pseudo-sciences.org/Faux-souvenirs-et-therapies-de-la-memoire-retrouvee?fbclid=IwAR3q9byac9TH9T2MTQ9dy8IIQZE96mrAmMDDNwfp6myktZRZ27pAy7tSVMs>

¹⁰ Notons aussi que le viol a été et est encore utilisé dans de nombreux pays en guerre comme une arme de destruction systémique de toute la société.

¹¹ <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-sexuelles.html>

¹² Voir l'analyse FPS sur les enfants exposés à la violence entre partenaires :

<http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/01/Analyse2014-enfants-exposes-aux-violences.pdf>



plus fréquents¹³. Les personnes qui accueillent, écoutent et accompagnent les victimes de violences sexuelles sont aussi à risque de développer un ESPT par «traumatisme vicariant », c'est-à-dire une exposition traumatique indirecte (par exemple recueillir des témoignages détaillés de violences subies)¹⁴.

Une personne ayant été victime de viol ou de maltraitance est face à un risque accru d'être à nouveau cible de violences sexuelles, pour cause de dissociation et des conséquences psychosociales du traumatisme (faible estime de soi, vision troublée des relations avec autrui, dépendance). Elle peut même continuer à rechercher la violence et les mauvais traitements, afin de réitérer l'état de dissociation qui neutralise les émotions ; le fait d'être dissocié-e entraîne aussi une trop grande tolérance de surface à des violences et douleurs graves et impacte ainsi la capacité de la victime à repérer les signes d'alerte. Les prédateurs sont souvent eux-mêmes traumatisés, et la violence exercée sur leur(s) victime(s) permet de les maintenir en état de dissociation. Ils repèrent d'autant plus facilement la fragilité psychologique chez leurs victimes.

Les conséquences traumatiques d'un viol, d'inceste et de violences conjugales, sont renforcées par la culture du viol¹⁵ dans laquelle nous baignons, qui pousse la victime au silence, à la honte, au sentiment de responsabilité et culpabilité. La tradition culturelle est à la défiance envers la victime et la mise en doute de ses paroles. Surtout, la méconnaissance des mécanismes de la mémoire traumatique risque de faire passer la victime pour « pas crédible » auprès de la police, la médecine et la justice. Une victime dissociée peut présenter des incohérences ou des blancs dans son témoignage, paraître extrêmement calme, détachée, froide : elle peut donner l'impression qu'il ne s'est rien passé, ou que ce n'était finalement pas si grave. Cette absence de manifestation d'émotions bloquerait même les automatismes des fonctions empathiques chez l'interlocutrice/eur. Difficile, si l'on n'est pas sensibilisé-e aux particularités de la mémoire traumatique, d'accueillir, écouter et prendre en charge de manière sérieuse une victime de traumatisme qui est dissociée.

4. Les difficultés d'identification d'un ESPT

L'état de stress post-traumatique remonte à une cause identifiable qui fait part du diagnostic (l'événement traumatique) : on pourrait donc croire que l'identification en est aisée. Néanmoins, beaucoup de victimes de psychotraumatisme ne font pas forcément le lien entre leurs troubles et le traumatisme, que ce soit par méconnaissance, dissociation, si les symptômes réapparaissent longtemps après l'événement, ou si elles ne reconnaissent pas la gravité de ce qui leur est arrivé. Par

¹³ http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/troubles-psy-complexes_22.html

¹⁴ C'est un état qui touche majoritairement les métiers du soin, la police et la justice, mais aussi des militantes féministes. Lire : « Traumatisme vicariant, quand la compassion use » : https://www.irsst.qc.ca/media/documents/fr/prev/v20_03/7-14.pdf

¹⁵ La **culture du viol** désigne l'ensemble des comportements et attitudes partagés au sein d'une société qui minimisent, justifient voire encouragent le viol. Voir notre analyse sur le sujet : <http://www.femmesprevoyantes.be/2016/02/27/analyse-2015-la-culture-du-viol/>



ailleurs, l'impact de violences qui se déroulent sur une longue durée (négligence parentale, harcèlement scolaire...) est souvent moins bien mesuré. Concernant les violences sexuelles, une solution de dépistage peut être d'inciter le corps médical à poser systématiquement des questions spécifiques aux patient-e-s se plaignant de certains symptômes¹⁶.

Malheureusement, les personnes atteintes d'EPST risquent de rencontrer un déni de reconnaissance de la part du monde médical¹⁷, et ce, pour plusieurs raisons, liées à une tradition de **sous-estimation des violences** et **décrédibilisation de la parole des victimes** (surtout femmes et enfants), une **stigmatisation des troubles mentaux**, et une **méconnaissance générale** du fonctionnement de la mémoire traumatique et des troubles psychotraumatiques.

Les médecins auront tendance à noter et traiter les symptômes (psychiques ou somatiques) isolément et en surface, sans en chercher la cause profonde ni le lien entre eux. Cela revient à mettre des crèmes anesthésiantes sur un membre douloureux et avaler des antidouleurs sans s'apercevoir qu'il y a, en-dessous, une triple fracture. Face à une pluralité de symptômes persistants et envahissants, on tendra aussi à diagnostiquer plutôt des troubles de la personnalité, un trouble de l'humeur ou une psychose, qui, à nouveau, amènent à un traitement inadapté et une non-prise en compte du traumatisme.¹⁸

Par exemple, l'état de stress post-traumatique complexe, qui se manifeste chez des victimes de violences interpersonnelles répétées sur une longue durée, est défini par des critères qui définissent par ailleurs le trouble de la personnalité limite (borderline)¹⁹. Or 80% des individus diagnostiqués comme ayant un trouble de la personnalité limite sont des femmes²⁰... combien parmi celles-ci sont « juste » des femmes souffrant d'ESPT complexe non pris en charge²¹ ? Autre exemple, les symptômes liés à la dissociation (dépersonnalisation et insensibilité, reviviscence de la mémoire

¹⁶ Voir la thèse de médecine du Dr Mathilde Panisse : « Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes », Université Paris-Descartes, 2013.

¹⁷ Outre les interventions de Muriel Salmona, peu de travaux universitaires dans le monde francophone se penchent sur cette problématique ; la parole émerge cependant du côté des patient-e-s/victimes, dans des sphères militantes (voir sources dans la bibliographie)

¹⁸ La question est complexe et la formation de tout-e psychiatre devrait être renforcée sur la question des diagnostics différentiels ; en effet, les personnes en situation de handicap en raison d'un retard mental, de troubles cognitifs, de troubles psychiques, ou de troubles neuro-développementaux comme l'autisme, sont aussi beaucoup plus à risque d'être victimes de violences et de développer un ESPT.

¹⁹ Pour davantage d'informations sur ce point voir notamment : « Discussion autour du traumatisme complexe : émergence du concept, étiologie et critères diagnostiques », Tarquinio C, et al., *Sexologies*, 2016 : <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2016.03.007> ; « La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité », Dr Muriel Salmona, 2013 ; http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/troubles-psy-complexes_22.html

²⁰ Sur le trouble de la personnalité limite ou borderline, voir la brochure de l'organisation suisse *Pro Mente Sana* : http://www.promentesana.org/romandie/IMG/pdf/brochure_borderline_2008.pdf Il s'agit d'un trouble complexe aux définitions controversées ; les hommes touchés font probablement l'objet d'un sous-diagnostic.

²¹ Les études rapportent que 50 à 70% des personnes diagnostiquées « borderline » ont vécu des abus sexuels dans l'enfance ; et chez d'autres sont notés des antécédents de maltraitements, négligences parentales, abandons précoces. Voir Jean-François Allilaire : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/tap-p.-1349-1360.pdf>



traumatique, flashbacks...) sont souvent interprétés comme des signes de psychose²², voire des symptômes de schizophrénie.

Par une inversion de point de vue, on interprètera alors les comportements de la victime comme des symptômes du trouble mental diagnostiqué, ou l'on ne prendra pas en compte ses plaintes, puisque l'on pense son jugement altéré. Les troubles du comportement développés pour faire face au psychotraumatisme (addictions, troubles du comportement alimentaire, automutilation, phobies) sont également plus souvent stigmatisés que compris. Les signes de souffrance peuvent être banalisés en étant mis sur le compte de l'âge (« crise d'adolescence »), de la personnalité (« Il est timide », « elle est colérique »), ou d'une pathologie mentale ou condition neurologique diagnostiquée préalablement. Ainsi les victimes peuvent être rendues responsables et coupables de leurs symptômes psychotraumatiques²³, alors qu'il s'agit de *réactions normales à situations anormales* : toutes les victimes de violences peuvent développer ces troubles, il ne s'agit pas de caractéristiques intrinsèques à la victime.

Or cette confusion entre les symptômes, les causes, l'intrication du stress post-traumatique et de conditions mentales préexistantes, risquent d'amener la/le patient-e à être soigné-e d'une manière inadéquate. Cela peut même aggraver son état de souffrance, en ajoutant au traumatisme initial des expériences de violence et un sentiment de dépossession : défiance de la part du monde médical, hospitalisation forcée, violences et abus en service hospitalier, stigmatisation sociale de la « folie »... C'est cette même ignorance qui peut maintenir de force une personne en danger dans son environnement à risques. C'est, par exemple, psychiatriser une femme souffrant de psychotraumatisme suite à des violences conjugales au lieu de reconnaître la réalité des violences vécues, et la renvoyer vers son bourreau. On dira que ses paroles sont incohérentes et à mettre sur le compte de sa « folie », que son mari a bien du mérite de s'occuper d'une femme troublée psychologiquement, voire on la séparera de ses enfants en pensant qu'elle est un danger pour eux, alors qu'elle est la victime²⁴. Les victimes de violence conjugale peuvent avoir une conduite paradoxale mal comprise des soignant-e-s, et que la compréhension des mécanismes de psychotraumatisme permet d'éclairer.

Enfin, la sous-estimation des violences et de soupçon de simulation impacte spécifiquement certaines populations qui sont pourtant encore plus vulnérables aux violences sexuelles et maltraitements. C'est le cas notamment des personnes migrantes, racisées, précaires, et des personnes en situation de handicap physique ou mental. Les personnes racisées sont victimes de préjugés racistes qui mènent à une moindre prise en compte de leurs plaintes²⁵. Les personnes

²² La **psychose** est un terme générique en psychiatrie désignant un trouble de l'esprit résultant en une perte de contact avec la réalité (bouffées délirantes, obsessions, hallucinations...).

²³ Voir la liste en bibliographie des travaux de Muriel Salmona ainsi que des articles relayés par le site zinzine.net.

²⁴ Ce genre de scénario apparaît dans de très nombreux témoignages de femmes maltraitées. Voir aussi : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-8-page-663.htm?contenu=article>

²⁵ Ce seront des préjugés liés à l'hypersexualisation des femmes noires, les idées reçues sur le caractère des personnes de telle ou telle origine ou les modalités amoureuses dans telle ou telle culture, ou encore la



perçues comme « diminuées » seront considérées comme moins capables de faire des choix ou avoir conscience de soi, ou n'auront pas même les moyens d'exprimer leur souffrance.

5. Prise en charge et recommandations

La prise en charge médicale, thérapeutique et sociale d'une personne ayant vécu un événement traumatique devrait être la plus précoce possible, afin d'enrayer les mécanismes de dissociation de la mémoire traumatique et d'éviter que la victime ne développe un état de stress post-traumatique chronique. C'est pour cela que des cellules psychologiques d'urgence sont souvent mises en place lors d'attentats, de catastrophes naturelles, et théoriquement disponibles pour les victimes de viol et violences conjugales. Sans une prise en charge adaptée, la victime risque de passer sa vie dans un état de dissociation entretenu par l'exposition à d'autres dangers ou le recours à des pratiques nuisibles (addictions, troubles alimentaires, scarifications...), ce qui rendra le rétablissement encore plus long et difficile. Différentes thérapies existent²⁶ mais toutes impliquent que la/le patient-e puisse avoir du temps devant soi et soit bien entouré-e et soutenu-e. Guérir d'un ESPT et des troubles associés est possible et d'autant plus aisé qu'il est reconnu et suivi tôt, mais une majorité de personnes touchées par un ESPT complexe – plus long à traiter – sont dans une situation de précarité, d'isolement, souvent touchées par d'autres troubles associés, et ont un accès insuffisant à l'aide nécessaire²⁷.

Face à cette situation, nous recommandons donc :

- Une meilleure formation des professions médico-psychologiques sur les mécanismes de la mémoire traumatique et les signes d'un état de stress post-traumatique
- Une sensibilisation renforcée pour les professions du secteur social, de la police et de la justice, afin que les plaignant-e-s dissocié-e-s soient mieux compris-e-s
- Une mise en place de cellules d'accueil d'urgence pour les victimes de viol et violences conjugales, et une multiplication des centres de soin spécialisés et pluridisciplinaires
- La poursuite de la sensibilisation auprès de tou-te-s sur les conséquences des violences sexuelles, violences conjugales et maltraitances dans l'enfance.²⁸

croissance selon laquelle les personnes issues du bassin méditerranéen, en particulier les femmes, tendent à exagérer l'expression de leurs ressentis. Voir l'analyse FPS à ce sujet « Le syndrome méditerranéen ou quand les préjugés tuent », de Keisha Strano, 2018 : <http://www.femmesprevoyantes.be/2018/12/18/analyse-2018-le-syndrome-mediterraneen-ou-quand-les-prejuges-tuent/>

²⁶ Il est important de traiter à la fois et la mémoire traumatique et les conséquences de l'ESPT (stratégies d'évitement et conduites dissociantes). Voir : <https://www.memoiretraumatique.org/que-faire-en-cas-de-violences/prise-en-charge.html>

²⁷ Enquête menée en France (2015) directement auprès des patient-e-s sur le soutien reçu et l'accès aux soins : <https://www.oned.gouv.fr/actualite/publication-resultats-lenquete-aupres-victimes-violences-sexuelles>

²⁸ Retrouvez les revendications de la FCPF-FPS sur les violences faites aux femmes ici : <https://www.planningsfps.be/nos-dossiers-thematiques/dossier-violences-conjugales/> et <https://www.planningsfps.be/nos-dossiers-thematiques/dossier-violences-sexuelles/>



Conclusion

En raison de ses nombreuses conséquences négatives sur la santé psychique et physique (jusqu'à un risque vital) et la situation socio-professionnelle de la victime, l'état de stress post-traumatique non pris en charge représente un enjeu sociétal et de santé publique majeur. L'ESPT est aussi révélateur des inégalités : il touche davantage les femmes et les personnes cibles d'oppressions et inégalités (personnes racisées, migrant-e-s, pauvres...), qui sont à la fois **davantage victimes de violences et moins aidées**. Les violences sexuelles et en particulier le viol et les abus dans l'enfance sont les plus grands pourvoyeurs de troubles de stress post-traumatique à longue durée ; encore une fois, les femmes sont les premières touchées. Or les mécanismes de la mémoire traumatique et de ses conséquences sont encore mal connus du personnel médical mais aussi judiciaire, ce qui contribue à laisser les victimes sans soutien ni recours. Pour briser le cercle des violences agies et subies, pour secourir des milliers de personnes en détresse et socialement marginalisées qui ne reçoivent pas les aides adéquates, pour en finir avec la culpabilisation des femmes victimes de viol, violences sexuelles et violences conjugales, il est urgent d'informer, de former, et d'augmenter les moyens à disposition pour la prise en charge des personnes victimes de violences et la prévention des violences sexuelles.

Ressources

<https://www.memoiretraumatique.org/> : site de l'association « Mémoire traumatique et victimologie » (France, créée en 2009 à l'initiative de la Dr Muriel Salmona), qui œuvre pour la formation, l'information et la recherche sur les conséquences psychotraumatiques des violences. Le site propose un très grand nombre de données scientifiques et pratiques pour les victimes de violences et les professionnel-le-s et associations les prenant en charge.

« Survivre et s'épanouir », blog militant qui propose des ressources entre autres sur le stress post-traumatique (réflexions, conseils pratiques pour le rétablissement, traductions de nombreuses ressources anglophones) : <https://dcaius.fr/blog/tag/stress-post-traumatique/>
- spécificités de l'état de stress post-traumatique complexe : <https://dcaius.fr/blog/2017/06/ptsd-vs-cptsd/> et <https://dcaius.fr/blog/2019/05/symptomes-sptc-au-quotidien/>

- fiche synthétique sur les troubles de stress post-traumatique, sur le blog du Dr Igor Thiriez : <https://igorthiriez.com/portfolio/le-trauma-trouble-de-stress-post-traumatique/>

« Les violences sexuelles, c'est quoi ? », Brochure d'information de la FCPF-FPS, octobre 2018 : <https://www.planningsfps.be/product/les-violences-sexuelles-cest-quoi/>

Dossier sur les violences sexuelles, « le viol », par la FCPF-FPS : <https://www.planningsfps.be/nos-dossiers-thematiques/dossier-violences-sexuelles/le-viol/>



« Après le viol : le syndrome post-traumatique », Antipha, 5 juillet 2017, *simonæ.fr* : <https://simonæ.fr/sante-bien-etre/sante-physique-mentale/apres-viol-syndrome-post-traumatique/>

« Genre et santé mentale : pourquoi les femmes et les hommes ne développent pas les mêmes psychopathologies ? », Pascaline Nuncic, Analyse FPS, 2018 : <http://www.femmesprevoyantes.be/2018/12/20/analyse-2018-genre-et-sante-mentale-pourquoi-les-hommes-et-les-femmes-ne-developpent-pas-les-memes-psychopathologies/>

« Les femmes : sexe faible de la santé mentale ? », Laura Dufey, Analyse FPS, 2016 : <http://www.femmesprevoyantes.be/2017/02/01/les-femmes-sexe-faible-de-la-sante-mentale/>

« Santé mentale et violences : quels liens, quels soins ? », Liliane Leroy, Etude FPS, 2014 : <http://www.femmesprevoyantes.be/2014/03/28/etude-2014-sante-mentale-et-violences-quels-liens-quels-soins/>

Présentation du Dr Gilles Lazimi qui travaille sur la détection et prise en charge des violences sexuelles/conjugales : <http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/11/PP-GILLES-LAZIMI.pdf>

Pour aller plus loin :

« Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique », Dr Patrice Louville et Dr Muriel Salmona, in : *Revue Santé Mentale* n°176, mars 2013

« Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre », Dr Muriel Salmona, in : *Pratique de la psychothérapie EMDR*, dir. de C. Tarquinio et al., Dunod, 2017

« Conséquences des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes neurobiologiques sur la prise en charge médicale et judiciaire des victimes de viols », Dr Muriel Salmona, 2009

« La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité », Dr Muriel Salmona, in : *Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie*, dir. R. Coutanceau et J. Smith, Dunod, 2013

(et autres articles utiles disponibles sur le site memoiretraumatique.org)

« Violences conjugales et troubles psychiatriques », Mélanie Voyer, Alexia Delbreil et Jean-Louis Senon, *L'information psychiatrique* n°90, 2014 : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-8-page-663.htm?contenu=article>

> Études et réflexions sur la (non) prise en compte des violences sexiste dans le milieu psychiatriques ; traductions de l'anglais publiées sur le site militant Zinzizine :

- « Elle doit être folle : le discours psychiatrique, les "troubles de la personnalité" et la régulation sociale des femmes subversives », étude de Jennifer L Reimer, 2009 (réflexion sur le diagnostic de Trouble de la personnalité borderline) : <http://www.zinzizine.net/elle-doit-etre-folle.html>



- « Perdues dans le diagnostic ! Les survivantes de l'inceste dans le milieu psychiatrique », article de la psychothérapeute canadienne Kathleen Whipp, 2018 : <http://www.zinzizine.net/perdues-dans-le-diagnostic-les-survivantes-de-l-inceste-dans-le-milieu-psychiatrique.html>
- <http://www.zinzizine.net/femmes-et-folie-etude-des-raisons-pour-lesquelles-les-femmes-sont-plus-souvent-etiquetees-comme-folles.html>

En vidéo : témoignage, explications et interview du Dr Salmona sur le phénomène de sidération lors d'une agression sexuelle, par la journaliste et youtubeuse féministe Marine Périn (Marinette) :

Partie 1 : https://www.youtube.com/watch?v=gQc5tmSP_rg

Partie 2 : https://www.youtube.com/watch?time_continue=2&v=LvgHxho5i8I

En finir avec la culture du viol, Noémie Renard, 2018, éditions Les Petits Matins

- Réflexion sur le burn-out militant et le lien avec le traumatisme vicariant dans les milieux féministes : « Le burn-out des militantes féministes », Valentine Leroy, 1^{er} août 2019, *slate.fr* : <http://www.slate.fr/story/180207/burn-out-militant-feministes-paye-ta-schneck-nous-toutes-traumatisme-vicariant>

Enquêtes :

« Indicateurs de Santé mentale en Wallonie », Wallonie Santé n°6, Agence pour une Vie de Qualité, 2016.

« 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 (France), rapport complet, mars 2015 :

<https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Rapport-enquete-AMTV.pdf>

QUI SOMMES-NOUS ?

Nous sommes un mouvement féministe de gauche, laïque et progressiste, actif dans le domaine de la santé et de la citoyenneté. Regroupant 9 régionales et plus de 200 comités locaux, nous organisons de nombreuses activités d'éducation permanente sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

En tant que mouvement de pression et de revendications politiques, nous menons des actions et militons pour les droits des femmes: émancipation, égalité des sexes, évolution des mentalités, nouveaux rapports sociaux, parité, etc.

Nous faisons partie du réseau associatif de Solidararis. En tant que mouvement mutualiste, nous menons des actions et militons contre les inégalités de santé.

Toutes nos analyses et nos études sont disponibles sur notre site :

www.femmesprevoyantes.be



Avec le soutien de :

