

## **Conséquences des viols et agressions sexuelles sur la santé et la vie des femmes**

Jeanne Delobel<sup>1</sup>

Cette analyse souhaite :

- Montrer comment les violences sexuelles et les viols sont niées, minimisées, excusées.
- Montrer comment les conséquences de ces violences et les liens de causalités entre violences et santé mentales sont ignorées.
- Présenter les conséquences psychologiques et sociales des agressions sexuelles et des viols chez les victimes.
- Préciser le suicide après une agression sexuelle, en tant que fait social et non comme une fragilité intrinsèque à la personne mettant fin à ses jours.
- Montrer comment cette prise de conscience permet la reconnaissance nécessaire :
  1. Vis à vis des victimes.
  2. Sociétale, pour déconstruire la culture du viol qui est le terreau culturel des violences sexuelles et des viols.
- Appréhender les agressions sexuelles et les viols comme résultats de la culture du viol et du patriarcat.
- Développer d'un angle genré de la santé mentale et du suicide après une agression sexuelle.
- Questionner l'impact du numérique et des réseaux sociaux sur les victimes de violences sexuelles.
- Présenter le viol comme une arme psychologique (en zones de conflits, notamment en RDC tel qu'il est documenté et analysé par le Docteur Mukwege<sup>2</sup>, Sandrine Ricci et Christine Delphy<sup>3</sup>, mais aussi sur les réseaux dits sociaux)
- Présenter les initiatives récentes et annoncées par les institutions en faveur de la protection des victimes d'agressions sexuelles.

**En Belgique, 20 % des femmes ont été victime de viol<sup>4</sup>. Une femme sur cinq. Le fait est grave, massif et structurel. Et pourtant, on y répond généralement par de l'étonnement, du déni, de la minimisation, de la banalisation voir de la culpabilisation. Un homme sur deux pense qu'une victime peut être en partie responsable de son agression<sup>5</sup>. Ces réponses négatives et les stéréotypes qui les nourrissent aggravent les conséquences des viols et agressions. Ainsi, face à celles-ci, cette étude entend exposer leurs conséquences. Confrontantes, douloureuses mais rarement explicitées.**

<sup>1</sup> Volontaire Bamko.

<sup>2</sup> « Réparer les femmes », Denis Mukwege et Guy-Bernard Cadière, 7 octobre 2020, Harper Collins Poche

<sup>3</sup> « Avant de tuer les femmes vous devez les violer », Sandrine Ricci, Syllepse 3 Mai 2019.

<sup>4</sup> Sondage sur le viol : chiffres 2020, réalisé par l'Institut Dedicated, Amnesty International et SOS Viol en octobre 2019, publié le 04 mars 2020. <https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/viol/article/sondage-viol-chiffres-2020>

<sup>5</sup> Idem.

## « Il n'y a pas mort d'homme. <sup>6</sup>»

« Il n'y a pas mort d'homme. » Jack Lang, ancien ministre de la culture, prononce cette phrase au journal télévisé de France 2 à propos du viol de Nafissatou Diallo par Dominique Strauss-Khan, révélateur du sexisme ambiant en France<sup>7</sup>. L'affaire donne lieu à un déferlement de propos misogynes et racistes dans l'espace public. Le message adressé est un message de banalisation et minimisation de la nature, de la gravité et des conséquences des violences sexuelles. Il dit « ce n'est pas si grave ». Une appréciation, et un jugement que nous allons justement tacher ici de contredire. Dire en quoi c'est grave. Tracer les liens de causalité entre expériences, empathie, psychologie clinique et textes de droit.

À plus de septante ans, la célèbre avocate et féministe, intervient dans la scène publique en pointant un angle mort des si fragiles « avancées » des droits des femmes. La « libéralisation des moeurs » et parmi elles des relations sexuelles hors couples ou mariages permise grâce notamment à la légalisation de la contraception et de l'avortement n'est qu'en petite partie réellement favorable aux femmes.

« On fait l'amour comme on s'essuie » chantait le groupe Fauve début des années 2010. Le contrôle religieux et familial et une certaine forme d'essentialisation de la procréation, des femmes et des corps féminins a laissé la place à la consommation et aux loisirs. Au sein d'une société capitaliste et de consommation, la sexualité devient une possibilité de consommation, de « vide-tête », de plaisir éphémère, d'épanouissement. Le hic, c'est que cette consommation ou ce plaisir intervient dans une société largement et structurellement sexiste. En faveur des hommes et en défaveur des femmes. Dans une telle société, les rapports de force sont tels que même s'ils n'empêchent pas théoriquement des relations saines, respectueuses entre femmes et hommes. Dans les faits, dans les chiffres, y a statistiquement des risques. Pour les éviter ou les traverser avec légèreté (voir Catherine Deneuve, et co), il faut être chanceuse et ou très bien armées. Faire comme si, nous évoluons d'un monde léger, égalitaire ou faire comme si, dans une société sexiste et violente, les rendez-vous et relations érotiques ou amoureuses feraient disparaître les rapports de force et les violences comme par magie, serait soit naïf, soit irresponsable, très loin d'une quelconque solidarité envers les femmes.

Pourtant, dans les œuvres culturelles, dans les récits, dans tout ce qui crée les normes, a priori, la sexualité est libre, fun, agréable. Les hommes violents et leurs complices n'accordent jamais autant d'importance au mot « consentement » que lorsque celui-ci peut faire, comme par magie, passer une agression sexuelle ou un viol par une relation éphémère, brève, un peu brutal, certes mais « consentie ». Pas d'historique, pas de contexte, pas de rapport de force, un mot qui agit comme un on – off. Entre une relation sexuelle sans désir, intimité, considération ni curiosité et un viol, l'ultime différence serait le consentement. Avec la culture du viol mais aussi du détachement généralisé comme terreau, c'est parole contre parole. Les agresseurs se permettant de balancer avec culot et nonchalance le concept magique pour se disculper. Partout, structurellement, massivement, c'est l'impunité qui prime.

---

<sup>6</sup>DSK-Jack Lang PS : Y'a pas mort d'homme!, extrait du journal télévisé :

<https://www.youtube.com/watch?v=TAyBjPzj458>

<sup>7</sup>« Dérapages en série sur l'affaire DSK », Par Laura Thouny, Publié le 19 mai 2011.

<https://www.nouvelobs.com/justice/l-affaire-dsk/20110519.OBS3517/derapages-en-serie-sur-l-affaire-dsk.html>

Et pourtant...

Les viols et agressions sexuelles augmentent les risques de développer des troubles psychologiques sévères : troubles anxieux, détresse psychologique, dépressions, syndrome de choc post-traumatique, tentatives de suicide et décès par suicide. Le suicide étant la première cause de décès chez les 15-24 ans<sup>8</sup>, le lien entre ces deux « événements » se doit de sortir du fait divers et devenir un fait social pensé et reconnu. Pour une meilleure contextualisation et conscientisation, les conséquences sociales, sociétales et médicales sont également précisées.

En France, une enquête de la Fondation Jean Jaurès de 2018, a mesuré l'effet du viol ou des violences sexistes sur la santé des victimes. Résultats : les tentatives de suicide sont quatre fois plus fréquentes chez les victimes de viol que dans le reste de la population féminine. Elles sont 21 % à avoir tenté de se suicider<sup>9</sup>, contre 5 % pour le reste des femmes françaises, et 10 % à avoir tenté de se suicider plusieurs fois, contre 1 % chez les autres.

D'autres études et chiffres confirment le lien de causalité entre viol et problématique suicidaire. Selon la thèse de Claire Scodellaro de l'Institut national d'études démographiques, quasiment un tiers des femmes adultes exposées à un viol ou à une tentative de viol ont tenté de se suicider. Plus la première violence sexuelle a été subie à un jeune âge, plus la probabilité de faire une première tentative de suicide après cet événement est élevée<sup>10</sup>. Balayons rapidement une idée reçue à propos du suicide, les tentatives de suicide ne sont pas des appels à l'aide que l'on pourrait relativiser. La règle générale, c'est qu'une tentative de suicide est un des principaux facteurs de risque de décès par suicide. Pour S. Sfez, psychologue clinicienne et experte près la cour d'appel de Versailles, il s'agit du type d'événement qui est le plus pourvoyeur de troubles psycho-traumatiques<sup>11</sup>. Caroline De Haas, le résume dans son manuel d'action « En finir avec les violences sexistes et sexuelles » paru le 4 mars 2021 et disponible depuis en format de poche<sup>12</sup>. « *Les conséquences des violences sexuelles, à titre individuel, sont multiples. Elles touchent la santé (perte de sommeil, dépression, voire tentative de suicide), le travail (perte d'efficacité, retards) et la vie sociale (perte d'estime de soi, repli, etc.).* »

---

<sup>8</sup>Le suicide est la première cause de décès chez les 15-44 ans, mai 2021, ASBL « Un pass dans l'impasse » et son Centre de référence de prévention du suicide. [https://un-pass.be/communiquede\\_presse/le-suicide-est-la-premiere-cause-de-deces-chez-les-15-44-ans/](https://un-pass.be/communiquede_presse/le-suicide-est-la-premiere-cause-de-deces-chez-les-15-44-ans/)

<sup>9</sup>M. Debout, J. Fourquet, C. Morin, avec la Fondation Jean-Jaurès, Viols et violences sexistes : un problème majeur de santé publique. <https://www.jean-jaures.org/publication/viols-et-violences-sexistes-un-probleme-majeur-de-sante-publique/>

<sup>10</sup>Violences sexuelles et tentatives de suicide, C. Scodellaro pour l'Institut national d'études démographiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/Fiche%2015%20-%20Violences%20sexuelles%20et%20tentatives%20de%20suicide.pdf>

<sup>11</sup>La victimologie de l'enfant, S. Sfez, 06 avril 2016. <https://www.realites-pediatriques.com/la-victimologie-de-lenfant/>

<sup>12</sup>En finir avec les violences sexistes et sexuelles - Manuel d'action, Caroline de Haas, 4 mars 2021, Robert Faffont.

## Les conséquences psychologiques.

Le manuel détaille les conséquences des agressions sexuelles et des viols sur le comportement, sans toutefois discerner ce qui découlerait d'un syndrome de choc post traumatique, d'une dépression ou d'autres conséquences : acte de délinquance, cauchemars, comportements compulsifs, conduite dangereuse, consommation importante de drogues, culpabilisation, fugue, manque de soins de la personne, mise en danger, perte de confiance en soi, prise de parole difficile, problème conjugal récurrents, rendez-vous annulés, retards fréquents, dévalorisation de soi, quête constante d'approbation, tendance à banaliser les situations problématiques et violentes, violences envers les enfants, agressivité, hypervigilance, etc. De manière plus précise, les études en psychologie<sup>13</sup> identifie trois profils cliniques de réponses à l'agression sexuelle : la dépression, les sentiments de désespoir, et le trouble de stress post-traumatique. Ces trois profils étant particulièrement à risque de développer une problématique suicidaire, ces pathologies agissant comme médiatrices entre agressions sexuelles et problématique suicidaire. À celles-ci se rajoute d'autres conséquences récurrentes telles que la consommation de substances, les fugues, les délits et les comportements autodestructeurs.

## La dépression suite à une agression sexuelle, une tentative de viol ou un viol.

Selon plusieurs études, notamment celle de J-M Fletcher, l'agression sexuelle pendant l'enfance augmente le risque de dépression à l'adolescence et ce, davantage chez les filles que chez les garçons<sup>14</sup>. Lors d'une étude canadienne réalisée auprès d'adolescentes ayant été victimes d'agressions sexuelles, 76% des participantes ont rapporté des symptômes dépressifs atteignant un niveau clinique<sup>15</sup>. Ces résultats étant franchement supérieurs au reste de la population des jeunes adultes (18-24 ans) qui ne sont que 8% à avoir souffert d'un épisode dépressif majeur dans les 12 mois précédant l'enquête. Il est aussi important de noter que lorsque la dépression a lieu pendant l'adolescence, celle-ci tend à être chronique, sévère et associée à davantage de tentatives de suicide que lorsqu'elle se développe à l'âge adulte.

La dépression et la problématique suicidaire sont fréquemment investiguées simultanément dans de nombreuses études puisque la problématique suicidaire est l'une des complications les plus sérieuses de la dépression. De plus, les adolescents dépressifs ont un taux d'idées suicidaires et de tentatives de suicide respectivement quatre et six fois supérieur à celui des adolescents ne souffrant pas de dépression.<sup>16</sup> Enfin, une méta-analyse canadienne regroupant 27 études internationales ayant utilisé des autopsies psychologiques a indiqué que 87% des adolescents et adultes qui s'étaient suicidés souffraient d'un trouble de santé mentale et que dans 43% des cas, il s'agissait d'un trouble de l'humeur, ce qui confirme les liens unissant la dépression à la problématique suicidaire<sup>17</sup>.

---

<sup>13</sup>Thèse de M-E Brabant, docteur en psychologie, La dépression et la problématique suicidaire chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle : état des connaissances, profils cliniques des survivantes et prédiction des idées suicidaires, septembre 2012. <https://archipel.uqam.ca/5364/1/D2375.pdf>

<sup>14</sup>Fletcher, J.M. (2009). «Childhood mistreatment and adolescent and young adult depression». *Social Science & Medicine*, vol. 68, n° 5, p. 799-806.

<sup>15</sup>Idem qu'en 8.

<sup>16</sup>Idem

<sup>17</sup>Idem

## Le syndrome de choc post-traumatique

Les conséquences d'une agression sexuelle ou d'un viol, sont détectables par IRM, notamment par la taille atrophiée de l'hypophyse. Ce qui avait motivé la députée fédérale, Sophie Rohonyi (Défi) de l'ajouter comme preuve type lors du traitements des agressions sexuelles et viols par la justice<sup>18</sup>. La psychiatre Muriel Salmona étudie et soigne les victimes d'agressions sexuelles et de viols, notamment les enfants, y compris (la plupart du temps) victimes d'inceste. Les violences aboutissent à la constitution d'une mémoire traumatique de l'événement, symptôme central du psycho-traumatisme. Cette mémoire est différente de la mémoire autobiographique normale, il s'agit d'une mémoire non intégrée et piégée dans certaines structures du cerveau. Les mécanismes à l'origine de cette mémoire traumatique sont assimilables à des mécanismes exceptionnels de sauvegarde, qui sont déclenchés par le cerveau pour échapper au risque vital que fait courir une réponse émotionnelle extrême face à un trauma.

### La sidération psychique

Les violences sexuelles sont terrorisantes et pour les enfants, incompréhensibles, elles créent une effraction psychique qui provoque un état de sidération. Les victimes se retrouvent paralysées psychiquement et physiquement, pétrifiées, dans l'incapacité de réagir, de crier, de se défendre ou de fuir. Cette sidération de l'appareil psychique bloque toute représentation mentale et empêche toute possibilité de contrôle de la réponse émotionnelle majeure, qui a été déclenchée par une structure cérébrale sous-corticale archaïque de survie : l'amygdale cérébrale. La sidération est d'autant plus importante que la victime est jeune et dans l'incapacité de comprendre ce qui se passe.

L'amygdale cérébrale s'apparente à une alarme, qui s'allume automatiquement lors de toute situation de menace (la menace peut être visuelle, auditive, sensitive, émotionnelle), avant même que celle-ci soit identifiée et comprise par les fonctions supérieures ; cette alarme a pour fonction d'alerter et de préparer l'organisme pour qu'il réponde à un danger, lui faire face ou le fuir. Elle peut s'activer chez le fœtus dès le troisième trimestre de la grossesse, chez le nouveau-né dès la naissance ; elle s'active même si la victime n'a pas les capacités de comprendre intellectuellement ce qui lui arrive (enfants très jeunes, enfants avec de lourds handicaps mentaux, enfants n'étant pas conscients : endormis, drogués). Cela signifie que le danger d'une situation, l'intentionnalité de nuire d'un agresseur vont être perçues par l'amygdale cérébrale indépendamment de sa mise en scène qui, elle, peut tromper les fonctions supérieures de la victime (ses capacités d'analyse, de compréhension et de mémorisation).

L'amygdale cérébrale déclenche une réponse émotionnelle avec une hypervigilance et la production d'hormones de stress : adrénaline et Cortisol qui fournissent l'organisme en « carburant » (oxygène et glucose). Comme toute alarme, par sécurité, elle ne s'éteint pas spontanément, seul le cortex cérébral et l'hippocampe (le système d'exploitation de la mémoire, des apprentissages et du repérage temporo-spatial) peuvent la moduler ou l'éteindre grâce à des représentations mentales et l'expérience de situations analogues (intégration, analyse et compréhension de la situation et prise de décisions).

---

<sup>18</sup> Maud Wilquin, « Le stress post-traumatique engendré par un viol est détectable par IRM », affirme la députée fédérale Sophie Rohonyi, RTBF, 31 mars 2022. <https://www.rtb.be/article/le-stress-post-traumatique-engendre-par-un-viol-est-detectable-par-irm-affirme-la-deputee-federale-sophie-rohonyi-10966176>

## Disjonction du circuit émotionnel

Lors de violences, la sidération fait que le cortex paralysé est dans l'incapacité de moduler l'alarme qui continue donc à « hurler » et à produire une grande quantité d'hormones de stress. L'organisme se retrouve en état de stress extrême, avec rapidement des taux toxiques d'hormones de stress, qui représentent un risque vital cardiovasculaire (adrénaline) et neurologique (le cortisol est neurotoxique). Pour échapper à ce risque vital, comme dans un circuit électrique en survoltage qui disjoncte pour protéger les appareils électriques, le cerveau fait disjoncter le circuit émotionnel à l'aide de neuro-transmetteurs qui sont des « drogues dures » anesthésiantes et dissociantes (morphine-like et kétamine-like, des endorphines et des antagonistes des récepteurs de la NDMA).

## Dissociation et mémoire traumatique

Cette disjonction, en isolant l'amygdale cérébrale, éteint la réponse émotionnelle et fait disparaître le risque vital en créant un état d'anesthésies émotionnelle et physique. L'amygdale reste allumée tant que le danger persiste mais elle est isolée du reste du cerveau. Cette disjonction est à l'origine d'une dissociation traumatique, un trouble de la conscience lié à la déconnection avec le cortex, qui entraîne une sensation d'irréalité, d'étrangeté, d'absence, et qui donne à l'enfant l'impression d'être spectateur des événements, de regarder un film. Mais cette disjonction isole également l'amygdale cérébrale de l'hippocampe (autre structure cérébrale, sorte de logiciel, qui gère la mémoire et le repérage temporo-spatial ; sans elle, aucun souvenir ne peut être mémorisé, ni remémoré, ni temporalisé). L'hippocampe ne peut pas faire son travail d'encodage et de stockage de la mémoire sensorielle et émotionnelle des violences, celle-ci reste piégée dans l'amygdale sans être traitée, ni transformée en mémoire autobiographique. Elle va rester hors temps, non-consciente, à l'identique, susceptible d'envahir le champ de la conscience et de faire revivre la scène violente de façon hallucinatoire, comme une machine à remonter le temps, avec les mêmes sensations, les mêmes douleurs, les mêmes phrases entendues, les mêmes odeurs, les mêmes sentiments de détresse et de terreur (ce sont les flashbacks, les réminiscences, les cauchemars, les attaques de panique...). C'est cette mémoire piégée dans l'amygdale qui n'est pas devenue autobiographique qu'on appelle la mémoire traumatique.

La disjonction se produit d'autant plus rapidement que la sidération est importante ou que les fonctions supérieures sont désactivées ou immatures (enfants très jeunes, endormis, drogués, avec des handicaps mentaux ou sensoriels). Le traumatisme sera alors d'autant plus massif.<sup>19</sup>

Il est important de noter que ces conséquences psychotraumatiques étant encore largement méconnues, elles peuvent parfois être utilisées pour discréditer les propos de la victime. Par exemple, penser qu'une personne n'a pas vraiment souffert et que cela n'a pas dû être « si grave » puisqu'elle apparaît calme et détachée, alors qu'elle est en réalité profondément dissociée. Parfois, certains éléments résultant de l'agression sont même utilisés par l'avocat défendant l'agresseur pour la justifier : « Vous voyez qu'elle est instable, elle ne sait pas vraiment ce qu'elle veut ». Une meilleure connaissance de ces éléments permettrait donc d'améliorer l'accueil des victimes de violences sexuelles et leur accès à la justice<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup>Muriel Salmona, La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma, Les Cahiers de la Justice 2018/1 (N° 1), pages 69 à 87

<sup>20</sup> Causes et conséquences du viol, Amnesty International, 25 février 2020. <https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/viol/article/causes-consequences-viol>

## La problématique suicidaire

En Belgique, chaque jour, 6 personnes en moyenne décèdent par suicide. Avec environ 2000 suicides par an, le suicide est ainsi 7ème cause de mortalité pour la population belge totale, toutes causes confondues<sup>21</sup>. Le suicide est aussi, la première cause de décès des personnes entre 25 et 44 ans, soit 19% des décès<sup>22</sup>. En 2014, en France, près de 50 % des personnes ayant vécu des violences sexuelles entre 11 et 14 ans avaient tenté de se suicider<sup>23</sup>. Les tentatives de suicide, sont quatre fois plus nombreuses chez les victimes de viol. Elles sont 21 % à avoir tenté de se suicider, contre 5 % pour le reste des femmes françaises et 10 % à avoir tenté de se suicider plusieurs fois, contre 1 % chez les autres<sup>24</sup>.

Le Centre de prévention du suicide (Belgique) présente les histoires de traumatismes et d'abus parmi les principaux facteurs de risques pouvant contribuer à un passage à l'acte suicidaire.

21 % des femmes ayant déjà été victimes d'un viol contre seulement 5 % de l'ensemble des femmes ont déjà fait une tentative de suicide. Le viol augmente donc par 4 le risque de tentative de suicide.

Les chiffres sont même encore plus inquiétants si l'on considère les personnes ayant commis plusieurs tentatives de suicide. 10 % des femmes ayant été victimes d'un viol ont déjà plusieurs fois tenté de se suicider contre seulement 1 % en moyenne dans l'ensemble de la population féminine. Le facteur multiplicateur est ici de 1 à 10, ce qui témoigne des dégâts psychologiques très lourds que causent les viols sur les femmes qui en sont les victimes<sup>25</sup>.

L'analyse détaillée des résultats de l'enquête fait apparaître que ce sont les viols survenus au cours de l'enfance ou de l'adolescence qui sont les plus traumatisants. Ainsi, 30 % des femmes ayant subi une pénétration sexuelle, avec violence, contrainte ou surprise durant leur enfance ont déjà sérieusement pensé « assez souvent » (11 %) ou « à plusieurs reprises » (19 %) à se suicider, soit un total de 30 % d'entre elles. Cette proportion s'établit à un niveau quasiment aussi élevé (28 %) pour les femmes ayant subi un tel acte à l'adolescence et s'avère moins forte (19 %, soit un niveau néanmoins nettement plus important que pour la moyenne des femmes : 7 %) parmi celles qui en ont été victimes à l'âge adulte.

En France, 70 % des femmes victimes de violences sexuelles n'ont pas été suivies médicalement. Seules 18 % l'ont été par un psychologue, 12 % par un psychiatre et 8 % par un médecin généraliste. Autre donnée marquante, seules 10 % des femmes concernées par des violences sexuelles ont eu recours à des associations, ce qui interroge sur leur visibilité malgré les campagnes d'information.

Au sein de personnes âgées de 15-24 ans souffrant d'au moins un trouble psychiatrique, entre 8% et 12% des tentatives de suicide sérieuses pouvaient être attribuées à une AS durant l'enfance et ce indépendamment des troubles psychiatriques (Molnar, Berkman et Buka, 2001). Des taux

---

<sup>21</sup>Centre de Prévention du Suicide

<sup>22</sup>L'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique

(IWEPS)<https://fr.statista.com/statistiques/639219/tentatives-de-suicide-selon-age-premieres-violences-france>

<sup>23</sup>Idem

<sup>24</sup>Fondation Jean-Jaurès, 2018

<sup>25</sup>Idem

supérieurs ont été estimés par Brown et al. (1999) auprès de jeunes adultes sélectionnés aléatoirement au sein de la population, ils ont conclu qu'entre 16,5% et 19,5% des tentatives de suicide pouvaient être liées à des AS dans l'enfance.

Fin mai 2021, Alexander De Croo se montre touché que « Julie », une jeune fille de 14 ans se soit sentie tellement « désemparée » après un viol collectif et la diffusion de ces images qu'elle en soit arrivée à se suicider. Elle était sur une liste d'attente dans un centre de santé mentale. Quelques uns s'étonnent. Des violences, du viol et du suicide. Et pourtant.

Oriana est décédée le 15 mai 2020, elle avait 16 ans. Quelques jours après son décès, sa maman ouvre ses deux journaux intimes, un chez chacun de ses parents. Elle découvre l'ampleur des violences sexuelles dont elle a été victime. À onze ans, le meilleur ami de son père l'a violée à plusieurs reprises. Ensuite, c'est lors d'un stage de scoutisme et lors d'un stage de skate board, qu'elle sera violée à nouveau. À ces viols, s'ajoutent du harcèlement scolaire et en ligne qui augmenteront pendant le premier confinement. Après une première tentative de suicide, Ophélie est placée en institut psychiatrique. Où elle récidive. Elle est alors davantage isolée et surveillée. Mais le 15 mai, avec les lacets de ses Converse, elle se suicide par pendaison au radiateur de la chambre d'isolement.

Quelques jours avant son suicide, Ophélie compose et enregistre une chanson avec une amie. Un échappatoire avant un autre. Depuis, sa maman, chanteuse lyrique, a créé une ASBL d'art thérapie pour adolescents en difficultés. Et parce que le suicide ne devrait ni être un grand mystère ni une fatalité, elle souhaite raconter l'histoire de sa fille Ophélie et tenter d'y mettre un sens.

À travers les histoires de Julie et Ophélie, on rencontre différentes failles sociétales : le tabou autour du suicide, « être à bout, c'est tabou » chantait le très sexiste Serge Gainsbourg, le manque de prise en charge des victimes de violences sexuelles mais aussi un manque de structuration, de professionnalisme et de transparence du secteur « de la jeunesse et des sports ».

Ce que l'on retrouve ici, c'est aussi la récurrence du cumul des violences et notamment ici le harcèlement en ligne avant et ou après l'agression ou le viol. En moyenne, il y a quatre rapports de viols collectifs par semaine<sup>26</sup>, et les délits sexuels sont également de plus en plus filmés et les images diffusées via les réseaux sociaux. Les auteurs font souvent les images avec l'intention de menacer la victime plus tard. De cette façon, ils veulent empêcher leur victime d'aller à la police.<sup>27</sup> De plus, l'association Child Focus relève une forte augmentation récente des atteintes en ligne à "l'intégrité sexuelle" des mineurs (textos ou échanges abusifs, diffusion d'images non consentie, chantage financier, etc). En 2020, à la faveur notamment du premier confinement lié à la pandémie de Covid-19, le nombre de dossiers ouverts sur de tels cas a bondi de 65 % par rapport à 2019.

Selon, Jef Vermassen, l'avocat du père de Julie, la victime du viol avait demandé une aide psychologique juste avant les faits, mais elle a dû attendre car il y avait un manque de place. Le père de la victime a demandé une admission, mais ils ont été envoyés à l'hôpital". "Cela s'est passé 14 jours avant les faits. Ils sont allés chez le médecin généraliste puis dans un hôpital de Gand pour y être admis, mais ils ont été envoyés se promener deux fois", explique Vermassen. "Une thérapie était censée commencer le 21, mais le 19, elle s'est suicidée tragiquement."

Pour lui, « Il est clair que les faits ont conduit au suicide tragique de la victime. "A cet âge, ce que les pairs font ou disent a un impact énorme. Et quand vous êtes humilié comme ça, cela a un grand

---

<sup>26</sup>« Quatre viols collectifs sont déclarés en moyenne par semaine en Belgique », Le Soir, 21/05/2019.

<https://www.lesoir.be/225530/article/2019-05-21/quatre-viols-collectifs-sont-declares-en-moyenne-par-semaine-en-belgique>

<sup>27</sup>Cornelius Noll, VRT, 02 Juin 2021



effet. Le viol en lui-même est difficile à traiter et si cela est également rendu public, alors c'est une montagne ils ne peuvent pas s'en remettre." ». « J'entends aussi que des groupes fermés comptant jusqu'à 100 000 membres sont interrogés sur les images des faits. C'est inimaginable. »<sup>28</sup>

### La théorie psychologique-interpersonnelle de Joiner

La théorie psychologique-interpersonnelle de Joiner permet d'identifier les liens entre agressions sexuelles et problématique suicidaires. Selon cette théorie, deux composantes sont essentielles pour mener à un suicide : le désir suicidaire et la capacité de s'infliger une blessure mortelle (Joiner, 2005). Le désir suicidaire se développerait en présence d'un besoin non-comblé d'appartenance à d'autres individus et aussi de la perception d'être un fardeau pour son entourage (d'être inefficace) (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2008). Quant à elle, la capacité de se donner la mort découlerait d'une exposition à des souffrances qui contribuerait au développement d'une tolérance à la douleur et à la peur (Joiner et al., 2007; Ribeiro et Joiner, 2009). Les maltraitements, les agressions sexuelles répétées, collectives et les tentatives de suicides participeraient à cette tolérance à la douleur et à la peur. Des expériences impliquant un certain niveau de peur ou de douleur peuvent entraîner cette capacité de se blesser, que l'individu soit la victime, l'agresseur ou témoin de cet événement (Joiner, 2009). Cette capacité de s'enlever la vie serait plus élevée chez les hommes que chez les femmes, entre autres parce que les hommes seraient davantage exposés ou impliqués dans des comportements violents (bagarres, sports, etc.) (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2008a).

Cette théorie repose sur le travail préalable de divers théoriciens, dont Baumeister, Shneidman et Beek, qui ont élaboré des théories pour expliquer le suicide.

Pour sa part, Baumeister (1990) a développé un modèle théorique de la fuite de soi par le suicide. Ce modèle stipule que constatant une différence négative prononcée entre ses attentes et les événements tels qu'ils se produisent réellement, l'individu se blâmerait et se culpabiliserait et il développerait ainsi des affects négatifs. Ceux-ci mèneraient ultérieurement à une « déconstruction cognitive » (i.e. à un état mental amoindri axé sur la pensée concrète où l'individu tente d'arriver à l'accomplissement de tâches et d'objectifs simples dans un délai rapproché) dans le but d'échapper à cette détresse psychologique.

Joiner (2005) mentionne que la perception d'être un fardeau et les besoins d'appartenance non-comblés résultent, tout comme la détresse psychologique de Baumeister, de la déception face aux attentes et contribuent ainsi au développement de sentiments d'inefficacité. Shneidman (1996) s'est intéressé aux besoins psychologiques non-comblés qui, selon lui, engendrent une douleur psychologique. Pour sa part, Beek et ses collègues (Beek et al., 1990; Beek et al., 1985; Weishaar et Beek, 1992) faisaient plutôt référence au désespoir pour décrire un concept similaire à la douleur psychologique élaborée par Shneidman.

Conséquemment, une plus grande capacité de s'infliger une blessure mortelle se développerait chez les victimes. L'AS contribue probablement à diminuer le sentiment d'appartenance des victimes à leur famille ou à leur entourage (p.ex., lors d'une AS intrafamiliale), et aussi à diminuer leur sentiment d'efficacité (perception d'être un fardeau) ce qui pourrait expliquer leur désir suicidaire. Ainsi, des victimes d'AS peuvent avoir simultanément un désir suicidaire et la capacité de s'infliger une blessure mortelle, ce qui augmente le risque suicidaire (Joiner, 2005).

Joiner prétend que le désespoir, tel qu'expliqué par Beek et ses collègues, n'est pas suffisant pour

---

<sup>28</sup>« 14-jarig meisje zoekt net voor vermoedelijke verkrachting psychologische hulp, maar kreeg die niet », Joris Truys,VRT, 03 juin 2021. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2021/06/03/vermassen-zaak-gavere/>

expliquer le suicide, puisque peu de personnes désespérées se suicident. Il affirme aussi que la liste des besoins de Schneider menant à une douleur psychologique est trop générale. Ainsi, Joiner, en lien avec sa théorie psychologique-interpersonnelle, a proposé que le désespoir se rapportait particulièrement à un désir d'appartenance non-comblé et à la perception d'être un fardeau pour son entourage et que, qui plus est, ces deux composantes constituaient deux catégories pouvant englober tous les besoins psychologiques de la théorie de Shneidman. De plus, Shneidman avait inclus le concept de létalité dans sa théorie et Joiner l'a intégré dans sa théorie psychologique-interpersonnelle: la capacité de s'infliger une blessure mortelle.

Dans une étude longitudinale auprès de 659 familles américaines dans laquelle les auteurs ont contrôlé l'âge, le sexe et les symptômes psychiatriques chez l'adolescent et chez les parents, divers types de difficultés interpersonnelles étaient liées au risque éventuel de faire une tentative de suicide à l'adolescence : une difficulté à se faire des amis, des conflits fréquents avec des personnes en autorité et avec les pairs, de la cruauté envers les pairs, le refus fréquent de partager, l'isolement social et l'absence d'amis proches (Johnson et al., 2002). D'ailleurs, dans une autre étude réalisée auprès de personnes âgées de 13 à 20 ans et ayant fait une tentative de suicide, 75% des participants avaient attenté à leur vie dans un contexte de rupture amoureuse ou d'une dispute avec un membre de la famille ou un partenaire amoureux (Vajda et Steinbeck, 2000).

Ainsi, la théorie psychologique-interpersonnelle de Joiner constitue une amélioration des théories élaborées précédemment, puisqu'elle clarifie davantage les notions pouvant mener à des comportements suicidaires.

D'ailleurs, cette théorie et ses trois composantes ont été validées auprès d'adultes lors de plusieurs études (Anestis et Joiner, 2011; Joiner et al., 2007; Joiner et al., 2009; Van Orden et al., 2008). Appliquée à l'AS, la théorie psychologique-interpersonnelle stipule que des AS sévères ayant suscité de la douleur et de la peur peuvent augmenter le risque de comportements suicidaires de par la violence et la douleur faite au corps et de la peur vécue par les victimes lors des AS.

Une forte corrélation entre violence sexuelle subie et tentative de suicide

Le risque de tentative de suicide est fortement corrélé à une violence sexuelle subie (viol ou tentative de viol). Différentes méthodes biographiques permettent d'établir ce lien au cours de la vie des adultes de 20 à 69 ans y ayant, par définition, survécu. Le risque est d'autant plus élevé que le premier fait de violence sexuelle a eu lieu aux âges les plus jeunes, tout particulièrement avant 15 ans. Il est le plus élevé si cette dernière a été subie avant l'âge de 11 ans. Les individus victimes de violence sexuelle pendant l'adolescence sont d'autant plus vulnérables que cette période de la vie est associée à un risque très élevé de tentative de suicide. Ce risque continue en outre de s'élever au-delà de cette période, pendant une durée d'autant plus importante que la victime était jeune au moment des faits. La violence sexuelle subie n'est cependant pas le seul facteur de passage à l'acte suicidaire. Le cumul avec d'autres violences au cours de la vie (violence conjugale ou familiale, notamment), contribue également aux tentatives de suicide pour une partie des hommes et plus souvent pour les femmes.<sup>29</sup>

Le désir suicidaire découlerait de la présence combinée d'un besoin d'appartenance à d'autres individus qui est non-comblé et aussi de la perception d'être un fardeau pour son entourage (Van Orden et al., 2008a).

En ce qui concerne la capacité de se suicider, il semble que plus une personne a subi de souffrances ou été exposée à de la violence, plus elle développe une tolérance à la douleur et une diminution de

---

<sup>29</sup>Claire Scodellaro, Violences sexuelles et tentatives de suicide (Institut national d'études démographiques)

la peur associée aux comportements autodestructeurs et à la mort (Joiner et al. , 2007; Ribeiro et Joiner, 2009). Cette capacité peut être acquise directement par des tentatives de suicides antérieures, mais aussi, de manière indirecte, par des comportements risqués suscitant la peur, notamment l'auto-injection de drogues, l'automutilation ou l'exposition à de la violence physique (Joiner, 2005).

De plus, un individu fréquemment exposé à la souffrance d'autrui, par exemple, lors d'activités liées au domaine médical, pourrait ainsi acquérir une plus grande capacité de s'infliger une blessure létale (Joiner et Van Orden, 2008). Des expériences impliquant un certain niveau de peur ou de douleur peuvent entraîner cette capacité de se blesser, que l'individu soit la victime, l'agresseur ou témoin de cet événement (Joiner, 2009). Cette capacité de s'enlever la vie serait plus élevée chez les hommes que chez les femmes, entre autres parce que les hommes seraient davantage exposés ou impliqués dans des comportements violents (bagarres, sports, etc.) (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2008a).

La dépression demeure tout de même une variable importante dans la théorie de Joiner (2005), notamment en jouant un rôle dans le développement du désir suicidaire. Il semble que les gens dépressifs soient à risque d'avoir un besoin d'appartenance non-comblé et aussi d'entretenir la perception d'être un fardeau (Joiner et al., 2009a), entre autres à cause de leur déficit au niveau de leurs habiletés interpersonnelles qui peut entraîner un isolement social ou un rejet social.

## L'angle du genre

Bien que les taux de suicide soient plus élevés chez les personnes de sexe masculin, les adolescentes présentent une prévalence supérieure d'idées et de tentatives suicidaires (Evans et al., 2005; Ferrugineuse, Woodward et Horwood, 2000; Gagné et St-Laurent, 2009; Herrera et al., 2006; Wunderlich et al., 2001). De plus, ces dernières attendraient à leur vie à un plus jeune âge comparativement aux garçons (Wunderlich et al., 2001). Les recherches montrent que plusieurs facteurs augmentent le risque de faire une tentative de suicide à l'adolescence. Parmi ceux-ci, on retrouve: souffrir d'une psychopathologie, être confronté à des événements de vie négatifs, consommer régulièrement de l'alcool ou des drogues, vivre des conflits familiaux ou en être témoin, avoir des échecs scolaires, avoir des problèmes de santé physique, être de sexe féminin, avoir des sentiments de désespoir, de colère, d'hostilité, avoir des déficits dans ses habiletés de résolution de problèmes et être impulsif (Hacker et al., 2006; Silverman, 2006).

En 2015, les femmes âgées de 20 à 69 ans déclarent environ six fois plus souvent que les hommes avoir subi un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie (3,6 % d'entre elles contre 0,6 % d'entre eux). Les âges auxquels femmes et hommes sont les plus exposés aux violences sexuelles diffèrent également fortement. Les trois-quarts des hommes ayant rapporté ce type d'événement en ont été victimes dans l'enfance ou dans l'adolescence, avant 18 ans, alors que quatre femmes sur dix concernées l'ont pour la première fois été à l'âge adulte. Les femmes rapportent également plus souvent une tentative de suicide que les hommes (6,5 % contre 2,9 %). Celle-ci est par ailleurs très fortement corrélée au fait d'avoir été victime de violence sexuelle. Ainsi, quasiment un tiers des femmes adultes exposées à un viol ou à une tentative de viol ont également tenté de se suicider. Le taux de suicide étant plus élevé parmi les hommes (Inserm-CépiDc, 2016), de même que leur taux de mortalité générale, la fréquence des violences sexuelles subies au cours de leur vie et leur corrélation avec des tentatives de suicide pourraient davantage être sous-estimées parmi eux. Cependant, la corrélation entre les deux types d'événements est déjà très forte et l'ampleur des inégalités face aux violences sexuelles selon le genre ne serait sans doute

que peu atténuée par la prise en compte de la surmortalité masculine.<sup>30</sup>

Plus la première violence sexuelle a été subie à un jeune âge, plus la probabilité de faire une première tentative de suicide après cet événement est élevée. Ainsi, les personnes qui en ont été victimes dans l'enfance ou à l'adolescence ont des risques significativement plus élevés de commettre une tentative de suicide au cours de leur vie que celles ayant subi des violences sexuelles à 25 ans ou plus. Les personnes qui avaient moins de 15 ans au moment des faits sont en outre trois à quatre fois plus exposées à une tentative de suicide que celles qui avaient déjà au moins 25 ans. Par exemple, si des violences sexuelles ont été subies avant l'âge de 11 ans, la probabilité d'avoir déjà fait une tentative de suicide à 50 ans est quasiment de 40 %, contre près de 15 % si les violences ont été subies à 25 ans ou après. La plus longue durée d'exposition au risque de suicide pour les victimes les plus jeunes n'est pas la seule explication. L'adolescence est aussi une période à risque en population générale, pendant laquelle le risque de première tentative de suicide est très élevé pour celles et ceux ayant déjà subi une violence sexuelle. Ainsi, la probabilité cumulée de faire une tentative de suicide après ce type d'événement augmente très fortement si ce dernier a eu lieu avant l'âge de 18 ans. À 18 ans, une personne sur six ayant subi une violence sexuelle avant l'âge de 11 ans a en outre déjà fait au moins une tentative de suicide.

Le risque de tentative de suicide s'élève pendant une durée d'autant plus importante que la victime était jeune au moment des faits. Par exemple, la probabilité d'un passage à l'acte pour une femme ayant subi une première violence sexuelle à l'âge de 5 ans culmine 19 ans après l'événement, et 9 ans après pour une femme qui avait alors 15 ans.

Bien que les taux de suicide soient plus élevés chez les personnes de sexe masculin, les adolescentes présentent une prévalence supérieure d'idées et de tentatives suicidaires (Evans et al., 2005; Fergusson, Woodward et Horwood, 2000; Gagné et St-Laurent, 2009; Herrera et al., 2006; Wunderlich et al., 2001). De plus, ces dernières attenteraient à leur vie à un plus jeune âge comparativement aux garçons (Wunderlich et al., 2001).

### L'angle de l'intersectionnalité

Les personnes qui déclarent avoir fait l'objet d'une violence sexuelle ont tendance à davantage rapporter d'autres situations de violence au cours de leur vie, pour différentes raisons : par exemple, une plus grande exposition aux autres violences, ou une plus grande facilité à les identifier ou à en parler lors d'une enquête. En outre, certaines positions dans les rapports sociaux, telle l'identification à une minorité sexuelle (homosexuels ou bisexuels, par exemple) peuvent davantage exposer à la fois aux violences sexuelles (Trachman et Lejbowicz, 2020) et aux tentatives de suicide (Beck, et al., 2011). Si les personnes ayant rapporté une violence sexuelle ont un risque 7,5 fois plus élevé de rapporter une tentative de suicide que les autres (tableau 3, modèle 1), c'est en partie parce que certaines d'entre elles ont également été exposées à d'autres situations de violence, ou que leurs caractéristiques sociodémographiques les exposent à la fois aux violences et aux problèmes de santé mentale. Lorsqu'on prend en compte ces autres événements et caractéristiques (tableau 3, modèle 2), le risque de tentative de suicide de ces personnes diminue de 7,5 à 2,6. Le risque relatif de tentative de suicide apparaît tout aussi élevé en cas de violence psychologique subie dans le cadre familial avant 18 ans (2,6). Il n'est guère plus faible en cas de violence conjugale (2,4) ou de violence physique familiale avant 18 ans (2,1). Le cumul de situations de violence joue donc un rôle non négligeable dans l'exposition des victimes de violence sexuelle au risque de tentative de suicide. Les femmes sont doublement désavantagées, car à la fois davantage victimes de violence sexuelle et d'autres situations de violence.

---

<sup>30</sup>Idem

## Le viol : une arme de destruction psychologique

Dans 91% des cas de viols ou de tentative de viol, la victime de viol connaît la personne qui commet la victime. Or, comme le souligne Muriel Salmona, psychiatre et spécialiste des violences sexuelles, « les violences psychologiques précèdent, accompagnent et imprègnent toutes les autres violences ». Elles ont un objectif : mettre la victime dans un état d'insécurité permanent. Pour la faire douter d'elle-même, détruire son estime d'elle-même. Dans ses travaux, Muriel Salmona décrit comment la personne violente prend l'ascendant, manipule, terrorise. On retrouve des schémas qui se répètent : mise sous tension permanente, contrôle, dévalorisation, et culpabilisation de l'autre. Pour Caroline De Haas, la violence, c'est la négation de l'autre, en la ou le traitant comme un objet ou comme s'il n'était rien. Toutes ces violences s'inscrivent ainsi dans un continuum des violences spécifiques, étudiées, documentées et identifiables. Si on les détectait correctement, il serait possible d'empêcher l'escalade. Depuis peu, les violences psychologiques sont condamnées en tant que telles en France (2010) et en Belgique (...). Reconnues comme un délit, la loi française les définit comme « des actes répétés, qui peuvent être constitués de paroles et/ou d'actes et/ou d'autres agissements, d'une dégradation des conditions de vie entraînant une altération de la santé physique ou mentale. » Être conscients de ce contexte, de cet historique permet de mieux comprendre le parcours de vie et comment une victime a pu être abîmée psychologiquement bien longtemps avant, en amont des symptômes manifestes de détresses psychologiques, dépression, TPSSD et actes suicidaires.

### Conséquences socio-économiques.

Dans son manuel de lutte contre les violences sexuelles, Caroline De Haas dresse une liste des conséquences sociales possibles suite à une agression sexuelle ou un viol : absentéisme scolaire et professionnel, phobie scolaire, abandon des études, arrêts maladie, chômage, dépendances économiques, marginalisation, perte d'emploi, phobie sociale, etc. La honte, isolement, trouble anxieux, épuisement, TPSSD, etc. Éloignent des capacités de travailler correctement et régulièrement, éloignent des capacités de contacter et percevoir les aides sociales éventuelles. Les conséquences des agressions sexuelles sur la santé mentale augmentent le risque de perte de revenus économiques, et ainsi le risque de perte d'autonomie.

Cette liste peut être complétée par le constat fait en 2020 par Amnesty International Belgique dans son dossier consacré au viol : la victime peut se voir confronter à différentes difficultés sociales et relationnelles résultant de son agression : isolement social, rupture avec la famille, manque de confiance et établissement d'une relation à l'autre compliquée, difficultés professionnelles, etc.

### Les conséquences physiques

Les conséquences physiques se distinguent en deux catégories, celles résultant directement du viol et celles pouvant être ressenties par la suite. Conséquences physiques résultant directement du viol : douleurs aiguës, plaies du vestibule, perforation hyménale, etc., ainsi que la possible transmission d'une infection sexuellement transmissible (IST), la grossesse et l'avortement.

Conséquences physiques pouvant être ressenties par la suite : douleurs chroniques, fatigue intense,

maux de tête, troubles digestifs et gynécologiques, palpitations, affections neurologiques, etc. Les violences sexuelles peuvent en effet avoir des conséquences de long terme affectant durablement la santé physique des individus, notamment en lien avec le stress intense qu'elles génèrent. À titre d'exemple, les femmes victimes de violences sexuelles ont ainsi démontré un taux trois fois plus élevé de fibromyalgie — une maladie chronique caractérisée par des douleurs diffuses, des troubles du sommeil et une importante fatigue — que le reste des femmes interrogées.<sup>31</sup>

## Diagnostic, soutien et reconnaissance : les clefs de la résilience

### Effet du soutien social et des réactions négatives sur le rétablissement de la victime

Lorsqu'une victime de viol révèle ce qui lui est arrivé à son entourage, à la police ou à tout autre personne, elle peut être confrontée à deux types de réactions : des réactions positives (soutien social : écoute, encouragement...) et des réactions négatives (blâme, ne pas croire la victime).

Dans une étude portant sur 323 victimes d'agression sexuelle<sup>32</sup>, il a été observé que la plupart des victimes (97,1 %) perçoivent des réactions positives, mais également négatives (98,2 % d'entre elles) après qu'elles avaient révélé avoir été agressées sexuellement. Les réactions perçues comme négatives perpétuaient la plupart du temps les mythes à propos du viol et de l'agression sexuelle. La plupart de ces victimes auraient souhaité recevoir plus de soutien émotionnel (empathie, écoute...) et d'aide concrète (hébergement...).

Certains travaux étudiant les effets des réactions positives (c'est-à-dire du soutien social) ont montré des effets positifs sur le rétablissement psychologique de la victime, mais d'autres n'ont trouvé aucun effet statistiquement significatif. Il se pourrait qu'en réalité l'effet positif du soutien social sur le rétablissement ne soit pas visible immédiatement après le viol, mais qu'il apparaisse à plus longs termes. Le soutien social aurait dans tous les cas un impact positif sur le rétablissement physique de la victime.

### Blâmer la victime peut avoir des conséquences dramatiques sur son rétablissement

À l'inverse, deux études ont montré que les réactions négatives – le blâme ou l'incrédulité liés aux mythes sur le viol, par exemple – avaient un impact désastreux sur le rétablissement des victimes, que ces réactions négatives aient eu lieu juste après le viol ou plus d'un an après<sup>33</sup>. La première étude, de 1991, a montré que les attitudes négatives du conjoint de la victime étaient fortement corrélées à des symptômes psychologiques (cauchemars, angoisse...) plus importants. Dans l'autre étude, de 1996, tous les types de réactions négatives (blâme, incrédulité, prise de contrôle...) étaient reliées à un plus mauvais rétablissement et à de plus forts symptômes psychologiques.

Le fait que la quasi-totalité des victimes perçoivent des réactions négatives lors de la révélation de leur viol explique sans doute pourquoi certaines restent traumatisées des années après le viol.

La victime peut également se blâmer elle-même si elle adhère aux mythes à propos du viol. Cependant, le point de vue des proches peut également influencer son interprétation des faits. Or

---

<sup>31</sup>Causes et conséquences du viol, Amnesty International, 25 février 2020. <https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/viol/article/causes-consequences-viol>

<sup>32</sup>Sexisme et Sciences humaines – Féminisme, un blog féministe pour déceler les mécanismes sexistes qui maintiennent les inégalités entre femmes et hommes – ISSN 2430-5812  
<https://antisexisme.net/2012/01/16/les-mythes-autour-du-viol-et-leurs-consequences-partie-2-les-consequences-pour-la-victime/>

<sup>33</sup>Filipas HH, Ullman SE. Social reactions to sexual assault victims from various support sources. *Violence Vict.* 2001;16(6):673-692.

plus les victimes culpabilisent pour leurs actions prétendument inadéquate (« Je n'aurais pas du mettre cette jupe »), plus elles se replient sur elles-mêmes, et moins elles s'adressent à des proches pour qu'ils les aident à gérer leur détresse<sup>6</sup>.

Les amis, le conjoint et la famille semblent être les meilleurs soutiens aux victimes et c'est souvent à eux que la victime révèle le viol. A l'inverse, la police et les médecins apparaissent comme les moins aidants et ceux ayant le plus de réactions négatives à l'égard de la victime<sup>10</sup>. Il semble difficile pour la victime de pouvoir éviter ces réactions négatives, puisqu'elle sera dépendante de ces agents.

A la suite d'un événement traumatique, la victime, quand elle a un conjoint, se tourne généralement vers ce dernier pour rechercher du soutien. Le rétablissement de la victime dépend donc fortement de son comportement. En effet, un manque de soutien provenant du conjoint ne semble pas pouvoir être compensé par le soutien provenant d'une autre source<sup>6</sup>. Or, dans les cas de viols, environ 17% des conjoints blâmeraient la victime et 25% disent se sentir en colère contre elle. De plus, le conjoint a tendance à devenir de moins en moins empathique et patient quand les symptômes de traumatisme persistent. Certains conjoints ressentent même de la jalousie par rapport au violeur et s'inquiètent par rapport à leurs performances sexuelles.

Une étude a montré que les conjoints masculins adoptaient des comportements plus négatifs envers la victime dans les cas d'agressions sexuelles que dans les cas d'agressions non-sexuelles. Or la façon dont les conjoints réagissent dépendrait très fortement de leur adhésion aux mythes autour du viol. Plus le conjoint croirait à ces mythes, plus il aura tendance à blâmer la victime ou à minimiser l'agression. Ainsi, il a été montré qu'un conjoint sera plus attentif et soutenant s'il perçoit l'agression comme un acte de violence plutôt qu'un acte sexuel. De façon général, les personnes blâmant les victimes de viol sont celles présentant un fort niveau de sexisme hostile et d'adhésion aux mythes sur le viol. Ce sont le plus souvent des hommes.

Quant aux interactions avec les agents des systèmes juridique et médical, la littérature suggère qu'elles sont souvent mauvaises et vécues par les victimes comme un « second viol », une seconde persécution après le traumatisme initial. La plupart des personnes dénoncées pour viol ne sont pas poursuivies, les victimes traitées aux urgences hospitalières ne reçoivent pas de compréhension et beaucoup d'entre elles n'ont même pas accès à des services de soins psychiatriques de qualité.

Ces dernières années, des mesures ont été prises pour améliorer l'accompagnement des victimes

Les Centres de prise en charge des violences sexuelles (CPVS) accueillent et assistent les victimes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, en assurant les soins médicaux et psychologiques nécessaires et une assistance policière en cas de dépôt de plainte.

Une des principales recommandations d'Amnesty International et SOS viol était la création d'un Centres de prise en charge des violences sexuelles (CPVS) par province, 10 au total. On en compte aujourd'hui 5 en activité, à Bruxelles, Liège, Gand, Anvers et Charleroi, les deux derniers ayant ouvert fin 2021. Deux nouveaux centres ouvriront en 2022 et trois autres d'ici 2024.

De plus, le Centres de prise en charge des violences sexuelles de Bruxelles, situé au CHU Saint-Pierre, a été agrandi, avec davantage de moyens et de personnel, pour accueillir un plus grand nombre de personnes et dans de meilleures conditions.

## Intervenantes et expertes pour interviews

### Christine Gilles :

Gynécologue, responsable du centre de prise en charge des violences sexuelles de Bruxelles et intervenante au Certificat d'Université en Genre et Sexualité. Cours « Viols et violences »  
Email : christine.gilles@ulb.be

### Muriel Salmona :

Présidente de l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie (France) Email :  
drmsalmona@gmail.com

### Marie-Eve Brabant :

Auteur de « La dépression et la problématique suicidaire chez les adolescents victimes d'agression sexuelle : état des connaissances, profils cliniques des survivantes et préférences des idées suicidaires ». Thèse de doctorat en psychologie, 2012.  
Email : marie-eve.brabant@psychologie-dyouville.ca

### Clémence Perrot :

Auteur de « Estime de soi et risque suicidaire », 2015. Thèse de doctorat en médecine psychiatrique. philippe.gauthier@gh.paulguiraud.fr

### Gloria Uwase :

Psychologue au centre de Prévention du Suicide accompagnement de crise et accompagnement du deuil + Dominique Nothomb, directrice du centre de Prévention du Suicide, contact presse :  
deborah.deseck@preventionsuicide.be

### Joëlle Delmarcelle : directrice de SOS Viol

### Niels Van Paemel : conseiller politique de Child Focus

### Maman d'Ophélie :

(Elle demande de couvrir son identité et les détails pouvant l'identifier) Maman d'Ophélie, adolescente de 16 ans, ayant mis fin à ses jours en mai 2020. Après les funérailles de sa fille, elle découvre dans ses deux journaux intimes, les différents viols dont elle a été victime.



Jamila Channouf :

Animatrice socio-culturelle et organisatrice de la veillée silencieuse suite au viol collectif (le 15 mai 2021) et au suicide de la jeune fille de 14 ans originaire de Gavere (Gand), quatre jours plus tard.

Bruno Humbeek, psychologue – Clinique de la Résilience,

Maître Caroline Poiré – Association Defender,

Danièle Zucker, criminologue,

Michèle Keyaert, psychologue – EVRAS, Association SOS Viol,

Les Mots de Tom ASBL,

Diane Hennebert – Out of the Box, Etienne Van der Belen – Ecole Aurore ASBL,

## Bibliographie

« Réparer les femmes », Denis Mukwege et Guy-Bernard Cadière, 7 octobre 2020, Harper Collins Poche

« Avant de tuer les femmes vous devez les violer », Sandrine Ricci, Syllepse 3 Mai 2019.

Sondage sur le viol : chiffres 2020, réalisé par l'Institut Dedicated, Amnesty International et SOS Viol en octobre 2019, publié le 04 mars 2020. <https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/viol/article/sondage-viol-chiffres-2020>

DSK-Jack Lang PS : Y'a pas mort d'homme!, extrait du journal télévisé : <https://www.youtube.com/watch?v=TAyBjPzj458>

« Dérapages en série sur l'affaire DSK », Laura Thouny, Le Nouvel Obs, 19 mai 2011.

Le suicide est la première cause de décès chez les 15-44 ans, mai 2021, ASBL « Un pass dans l'impasse » et son Centre de référence de prévention du suicide. [https://un-pass.be/communiquede\\_presse/le-suicide-est-la-premiere-cause-de-deces-chez-les-15-44-ans](https://un-pass.be/communiquede_presse/le-suicide-est-la-premiere-cause-de-deces-chez-les-15-44-ans)

Debout, J. Fourquet, C. Morin, avec la Fondation Jean-Jaurès, Viols et violences sexistes : un problème majeur de santé publique. <https://www.jean-jaurès.org/publication/viols-et-violences-sexistes-un-probleme-majeur-de-sante-publique/>

Violences sexuelles et tentatives de suicide, C. Scodellaro pour Institut national d'études démographiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/Fiche%2015%20-%20Violences%20sexuelles%20et%20tentatives%20de%20suicide.pdf>

La victimologie de l'enfant, S. Sfez, 06 avril 2016. <https://www.realites-pediatriques.com/la-victimologie-de-lenfant>

En finir avec les violences sexistes et sexuelles - Manuel d'action, Caroline de Haas, 4 mars 2021, Robert Faffont.

Thèse de M-E Brabant, docteur en psychologie, La dépression et la problématique suicidaire chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle : état des connaissances, profils cliniques ses survivantes et prédiction des idées suicidaires, septembre 2012.  
<https://archipel.uqam.ca/5364/1/D2375.pdf>

Fletcher, J.M. (2009). «Childhood mistreatment and adolescent and young adult depression». *Social Science & Medicine*, vol. 68, n° 5, p. 799-806.

Maud Wilquin, « Le stress post-traumatique engendré par un viol est détectable par IRM », affirme la députée fédérale Sophie Rohonyi, RTBF, 31 mars 2022. <https://www.rtbf.be/article/le-stress-post-traumatique-engendre-par-un-viol-est-detectable-par-irm-affirme-la-deputee-federale-sophie-rohonyi-10966176>

Muriel Salmona, La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma, *Les Cahiers de la Justice* 2018/1 (N° 1), pages 69 à 87

Le Livre noir des violences sexuelles, Paris, Dunod  
Violences sexuelles : les 40 questions-réponses incontournables, Paris, Dunod, 2015, 288 p.

Causes et conséquences du viol, Amnesty International, 25 février 2020.  
<https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/viol/article/causes-consequences-viol>

Centre de Prévention du Suicide

L'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS)

« Quatre viols collectifs sont déclarés en moyenne par semaine en Belgique », *Le Soir*, 21/05/2019.  
<https://www.lesoir.be/225530/article/2019-05-21/quatre-viols-collectifs-sont-declares-en-moyenne-par-semaine-en-belgique>

« 14-jarig meisje zocht net voor vermoedelijke verkrachting psychologische hulp, maar kreeg die niet », Joris Truys, VRT, 03 juin 2021. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2021/06/03/vermassen-zaak-gavere>

## Associations

Centre de Prévention du Suicide

La ligne d'écoute du Centre de Prévention du Suicide est disponible 24h/24 au : 0800 32 123  
<https://www.preventionsuicide.be/fr/centre-de-pr%C3%A9vention-du-suicide.html>

SOS Viol

<https://www.sosviol.be/>

Un numéro gratuit : 0800/98.100 ou par mail à l'adresse [info@sosviol.be](mailto:info@sosviol.be)

Un tchat anonyme et gratuit est accessible aux victimes, à leur entourage et aux professionnels concernés par la problématique des violences sexuelles.

Mémoire traumatique et victimologie (France)

Les cinq Centres de prise en charge des violences sexuelles (CPVS)

Actuellement à Anvers à l'UZA, à Bruxelles à l'UMC Saint-Pierre, à Charleroi à l'UMC Marie Curie, à Gand à l'UZ Gent, à Leuven à l'UZ, à Liège à l'UMC Liège et à Roulers à l'AZ Delta.

Toute victime de violence sexuelle peut s'y rendre, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

D'ici 2023, 3 nouveaux centres ouvriront à Arlon, Genk et Namur.

Site Internet : <https://www.violencessexuelles.be/centres-prise-charge-violences-sexuelles>

L'ASBL La Salamandre

L'ASBL La Salamandre s'intéresse au mal-être chez les jeunes, et plus particulièrement concernant les thématiques du harcèlement, des abus sexuels et de la prévention du suicide. Par les activités Ados d'Arbres, l'ASBL La Salamandre soutient depuis 2020 des artistes mis à mal par la crise sanitaire en les engageant pour des partages artistiques dans des maisons d'accueil et des écoles.

Pour citer cette étude :

« Conséquences des viols et agressions sexuelles sur la santé et la vie des femmes »  
Jeanne Delobel (Déc.2022). Etude n°2, Edt. Kwandika de Bamko-Cran asbl, Bruxelles.

Editrice responsable : Mireille-Tsheusi ROBERT

Cette étude de Bamko asbl est soutenue par une reconnaissance en Education permanente (Fédération Wallonie-Bruxelles). Elle en partie l'aboutissement des discussions au sein des groupes de travail et d'autres activités de l'association.

Avec le soutien de

