



**Welens**

PRATIQUES  
ÉDUCATIVES À  
TRAVERS L'ANGLE DU  
GENRE

BOITE À OUTILS  
EXPLOITATION SEXUELLE ET  
VIOLENCE DE GENRE

## **MODULE 3**

**Les addictions, santé et soins**



Cofinancé par  
l'Union européenne

Numéro du projet 2023-1-FR01-KA220-ADU-000165625

# Table des matières

0. GLOSSAIRE	4
1. INTRODUCTION	7
2. FONCTIONS CÉRÉBRALES : UNE PERSPECTIVE NEUROLOGIQUE	10
3. LE TRAUMATISME	19
4. FACTEURS DE RISQUE	25
5. FACTEURS DE PROTECTION	36
6. ACCOMPAGNER LES VICTIMES ET LES PROFESSIONNEL·LE·S	39
7. CADRE JURIDIQUE EN FRANCE	48



**Co-funded by  
the European Union**

*Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.*



# **GLOSSAIRE**

## 0.GLOSSAIRE

### Réaction de lutte – de fuite – d’immobilisation

Une réaction automatique de survie déclenchée par un danger. Le corps est inondé d’hormones du stress (par exemple, adrénaline, cortisol), qui accélèrent le rythme cardiaque, accentuent la concentration et préparent les muscles à lutter, fuir ou rester immobile.

### Charge cognitive

La quantité de mémoire de travail mobilisée lorsque nous apprenons, réfléchissons ou résolvons des problèmes. Une charge cognitive élevée (lorsque les tâches sont trop complexes) peut réduire notre capacité à traiter l’information efficacement.

### Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Un trouble de la santé mentale qui peut se développer après un événement traumatique. Les symptômes incluent des flashbacks, des cauchemars, l’évitement des rappels du trauma, l’hypervigilance et des changements d’humeur.

### Trauma complexe

Un trauma résultant d’événements répétés ou prolongés, généralement durant l’enfance ou au sein de relations proches. Il entraîne souvent des difficultés de régulation émotionnelle, d’identité et de relations, et peut inclure des symptômes au-delà du TSPT classique.

### Dissociation

Un processus mental par lequel une personne se déconnecte de la réalité : sentiments, souvenirs, identité ou conscience. Cela va de la simple rêvasserie à un détachement sévère, comme des troubles dissociatifs liés au traumatisme.



Co-funded by  
the European Union

*Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.*

## Épuisement professionnel (Burnout)

Un état d'épuisement émotionnel et physique lié au travail, causé par un stress prolongé. Il inclut des sentiments de cynisme, une efficacité réduite et de la fatigue. Le *burnout* n'est pas considéré comme un trouble médical, mais comme un phénomène lié au travail.

## Mécanismes d'adaptation

Les méthodes que les personnes utilisent, consciemment ou inconsciemment, pour gérer le stress ou les traumatismes. Elles peuvent être positives (comme parler ou faire de l'exercice) ou négatives (comme l'évitement ou la consommation de substances).

## Approche prenant en compte le traumatisme (ou « *trauma-informed care* »)

Une approche adoptée par les services et les associations, qui commence par la question : « Que vous est-il arrivé ? » plutôt que « Qu'est-ce qui ne va pas chez vous ? ». Elle reconnaît l'impact du traumatisme et vise à éviter toute « retraumatisation ».

## Expériences négatives vécues pendant l'enfance (ACE – *Adverse Childhood Experiences*)

Événements potentiellement traumatisants vécus pendant l'enfance, comme des maltraitances, de la négligence ou un dysfonctionnement familial. Un score ACE élevé est associé à une mauvaise santé mentale et physique tout au long de la vie.





# INTRODUCTION

# 1.INTRODUCTION

À la suite des modules précédents, qui portaient sur les violences basées sur le genre et l'exploitation sexuelle, ce troisième module aborde un domaine profondément lié aux deux autres : la santé, le soin et les addictions. Les expériences traumatiques – souvent enracinées dans la violence systémique et la marginalisation – laissent des traces durables sur le corps et l'esprit, influençant les trajectoires de vie et l'accès aux services de soin.

Le module commence par une perspective neurologique afin de mieux comprendre les mécanismes cérébraux liés au stress, à la mémoire et à l'addiction, tout en fournissant une base scientifique au travail de soin et d'accompagnement. Il explore ensuite la notion de traumatisme et ses effets sur le cerveau, les émotions et les comportements, en mettant particulièrement l'accent sur le lien entre traumatisme, violence et usage de substances.

Une attention particulière est portée aux facteurs de risque et de protection, analysés à plusieurs niveaux – individuel, familial, communautaire et systémique – ainsi qu'à l'influence des médias, aux dynamiques intersectionnelles et aux obstacles à l'accès aux soins.

Une section centrale est consacrée aux outils et techniques pratiques de soutien des victimes de traumatisme, ainsi qu'au bien-être des professionnel·le·s impliqué·e·s. La charge émotionnelle, le risque d'épuisement professionnel (*burnout*) et la nécessité de prendre soin de soi chez les intervenant·e·s de première ligne y sont abordés avec clarté et profondeur.

Le module se conclut par un aperçu des cadres juridiques pertinents, offrant une ligne directrice concernant les normes internationales et régionales, et

présentant les voies légales permettant d'accompagner les femmes victimes de violences basées sur le genre, confrontées également à des problèmes de santé mentale et/ou d'addiction.

L'objectif global est de fournir des connaissances intégrées et des outils pratiques qui favorisent des parcours de soins efficaces, bienveillants et éclairés – autrement dit des connaissances et outils qui respectent la complexité des parcours de vie marqués par la souffrance et l'exclusion.



**Co-funded by  
the European Union**

*Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.*





# **FONCTIONS CÉRÉBRALES : UNE PERSPECTIVE NEUROLOGIQUE**

## 2.FONCTIONS CÉRÉBRALES : UNE PERSPECTIVE NEUROLOGIQUE

### 2.1. Le modèle de la main-gant (*glove-hand model*)

Pour mieux comprendre comment le cerveau réagit au traumatisme, au stress et à l'addiction, nous présentons ici le « modèle de la main-gant », développé par le Dr Daniel Siegel. Cet outil visuel simple mais puissant permet d'expliquer les fonctions des principales régions cérébrales, ainsi que leurs interactions lors des moments d'équilibres émotionnels ou de dérèglements émotionnels.

En utilisant la main comme métaphore, le modèle illustre comment le cerveau traite les expériences stressantes ou oppressants, et ce qui se passe lorsque nous « perdons le contrôle », c'est-à-dire lorsque les parties du cerveau responsables de la réflexion et de l'autorégulation se déconnectent temporairement face à une menace ou un traumatisme.

### 2.2. Carte cérébrale

Nous vous invitons à enfiler un gant sur votre main non dominante et à l'utiliser comme une carte symbolique du cerveau. Au centre de votre paume, écrivez : « **cerveau reptilien** ».



Co-funded by  
the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Cette zone se trouve à la base de votre crâne, là où votre cerveau se connecte à la moelle épinière. Elle est responsable des fonctions automatiques de survie, notamment : le rythme cardiaque, la respiration et la température corporelle, votre sens de l'équilibre et de l'orientation dans l'espace, ainsi que la régulation des besoins biologiques fondamentaux, tels que la faim, le désir sexuel, le sommeil et l'éveil.

Repliez votre pouce sur votre paume, et écrivez dessus : « **zone limbique** ».



Vous pouvez considérer la zone limbique comme une sorte de « quartier général émotionnel ». Elle comprend :

- **l'amygdale**, qui analyse rapidement votre environnement à la recherche de danger ou de sécurité, en se demandant: « Est-ce que c'est bon ou mauvais ? »
- **l'hippocampe**, qui vous aide à encoder et à récupérer les **souvenirs**, en particulier ceux liés à des événements émotionnellement marquants.

Ce système vous aide à vous orienter vers ce qui semble sûr ou gratifiant, et à vous éloigner de ce qui paraît menaçant ou douloureux. Lorsqu'une situation est perçue comme dangereuse ou accablante, votre amygdale active la réponse au stress du corps, une réaction en chaîne qui peut entraîner des comportements de lutte, de fuite ou d'immobilisation.



Il est important de noter que la connexion entre le tronc cérébral (cerveau reptilien) et le système limbique signifie que les expériences émotionnelles peuvent déclencher très rapidement des réponses instinctives de survie, avant même que votre cerveau pensant ait le temps de les analyser.

Pour compléter votre modèle du cerveau avec la main-gant, nous vous invitons maintenant à replier vos quatre doigts par-dessus votre pouce, en formant un poing souple.

Au dos de vos doigts, écrivez : « **cortex** ».



Le cortex nous permet de reconnaître nos sensations physiques, de générer notre perception du monde extérieur au travers de nos cinq sens, et de suivre la position et les mouvements de notre corps grâce au toucher et à la perception du mouvement. C'est aussi depuis le néocortex que nous planifions nos actions motrices et contrôlons nos muscles volontaires.

Maintenant, pour compléter votre modèle de cerveau dans votre main, regardez le bout de vos doigts ; en particulier ceux du **majeur et de l'index**. Ils représentent le **cortex préfrontal**, souvent abrégé en **CPF** (ou PFC en anglais). Pour marquer cette dernière zone, vous pouvez écrire « CPF » sur vos ongles.





Le **cortex préfrontal** est l'une des parties les plus récentes à avoir évolué dans le cerveau et est considéré comme **spécifiquement humain** par son niveau de développement. Il joue un rôle crucial dans votre capacité à fixer des objectifs, à concentrer votre attention, à maîtriser vos impulsions et à prendre des décisions réfléchies. Cette région reçoit des informations provenant de nombreuses autres parties du cerveau, les traite et vous aide à adapter votre comportement aux situations changeantes.

Votre **CPF** est responsable d'un large éventail de **fonctions exécutives**, notamment : maintenir la concentration et la motivation, anticiper les effets d'une action et planifier en conséquence, contrôler les impulsions, gérer les réactions émotionnelles, ajuster le comportement en fonction des circonstances, et, peut-être le plus important, marquer une pause avant d'agir, permettant ainsi de laisser place à la réflexion, à l'empathie et à un choix conscient.

Prenez maintenant un moment pour remarquer quelque chose d'intéressant : lorsque votre main forme un poing, le bout de vos doigts (le CPF) repose directement sur votre pouce (le système limbique) et touche votre paume (le cerveau reptilien), tout en faisant partie du cortex dans son ensemble. Ce contact physique est plus que symbolique – votre cortex préfrontal est une structure profondément intégrative. Il rassemble les signaux provenant :



- de votre **cerveau reptilien** (réponses automatiques de survie)
- de votre **système limbique** (évaluation émotionnelle et mémoire)
- et de votre **cortex** (traitement sensoriel et actions volontaires)

### 2.3. Cerveau et stress

Que se passe-t-il lorsque nous sommes stressés ?



Cela signifie que nous avons perçu un son, une image ou une sensation corporelle comme une menace pour notre identité (physique, professionnelle, personnelle ou culturelle) et que notre cerveau a activé la réponse au stress du corps pour nous préparer à la lutte, à la fuite ou à l'immobilisation. Le cortex préfrontal se déconnecte et cesse de fonctionner avec le reste de notre cerveau : relevez vos quatre doigts. Gardez votre pouce replié sur votre paume. Ce mouvement physique représente un puissant changement neural : à ce moment-là, vous n'avez plus accès à toutes vos compétences supérieures.

On peut appeler ces réactions physiologiques « **disjoncter** » (*flipping our lid*). Le cerveau reptilien et la zone limbique prennent alors le dessus sur notre pensée analytique et empathique.



Co-funded by  
the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

## AVERTISSEMENT !

À ce moment-là, vous n'êtes pas dans une condition physiologique approprié à la prise d'une quelconque décision ni à la connexion à une autre personne. Évitez donc de dire ou de faire quelque chose que vous pourriez regretter. Concentrez-vous plutôt sur l'apaisement de votre système nerveux. Ancrez-vous dans le présent. Utilisez des techniques telles que la respiration lente, la perception sensorielle, ou la connexion avec une personne de confiance.

L'objectif est de rétablir l'activité du **cortex préfrontal**, en repliant doucement vos doigts sur votre pouce, pour restaurer son intégration. Ce n'est qu'à ce moment-là que vous pourrez revenir à un état où vous pouvez penser clairement, faire preuve d'empathie profonde et répondre avec sagesse.

### 2.4. Cerveau et souvenirs

La mémoire n'est pas une entité unique. C'est un ensemble dynamique de systèmes qui travaillent ensemble pour nous permettre de retenir des informations, faire des choix, ressentir, imaginer, et même savoir qui nous sommes.

À l'aide du **modèle de la main-gant**, nous allons explorer comment ces systèmes sont répartis dans l'ensemble du cerveau.

- Dans le **cerveau reptilien**, la paume de la main : on y trouve la **mémoire procédurale** et les réflexes corporels. C'est là que résident la mémoire motrice, procédurale et corporelle. C'est la mémoire du corps (comment faire du vélo, comment attraper une balle, comment garder l'équilibre). Ces souvenirs ne sont pas conscients. Ils sont automatisés, profondément ancrés et résistants à l'oubli. Ces souvenirs ne passent pas par le langage ; ils passent par l'action.
- Dans le **cerveau émotionnel**, le pouce replié vers la paume : on y trouve la **mémoire émotionnelle**. C'est le noyau affectif de la



Co-funded by  
the European Union

*Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.*

mémoire, où l'amygdale évalue : *Est-ce dangereux ? Est-ce agréable ?* L'hippocampe, quant à lui, enregistre les souvenirs avec des repères temporels : *Où ? Quand ? Avec qui ?* Ces structures créent des souvenirs émotionnels puissants : l'odeur de la mer un jour d'été pendant l'enfance, la peur ressentie lors d'un accident ou la joie d'une fête surprise d'anniversaire.

- Dans le **cortex**, les quatre doigts repliés : on trouve la **mémoire déclarative (explicite)**. C'est la mémoire que l'on peut verbaliser. Elle se divise en deux grandes catégories :
  - La mémoire épisodique : elle enregistre les **événements vécus personnellement** (par exemple : « *Je me souviens de mon premier jour d'école.* »)
  - La mémoire sémantique : elle rassemble les **connaissances générales** : faits, concepts, vocabulaire (par exemple : « *Paris est la capitale de la France.* »).

Ces deux types de mémoire interagissent en permanence. Votre mémoire épisodique peut enrichir votre mémoire sémantique, et inversement.

Dans le **cortex préfrontal (CPF)**, au niveau des ongles : on trouve la **mémoire de travail**, souvent comparée à un tableau blanc temporaire. Elle nous permet de garder des informations en tête pendant une courte période et de les manipuler (par exemple : faire un calcul mental). Sans elle, nous ne pourrions pas suivre une conversation, faire une liste de courses ou penser à voix haute. Cette mémoire est **très fragile** : le stress, la fatigue ou les distractions suffisent à la surcharger.





## 2.5. Cerveau et circuit de compensation

Pour mieux comprendre les mécanismes de la motivation et de l'addiction, il est essentiel d'examiner le système de récompense du cerveau, en particulier le circuit de la récompense via la **dopamine**. La dopamine est souvent appelée la « molécule du plaisir ». Elle est liée à l'anticipation, à la motivation, à la recherche de récompense et au désir de répéter une action qui nous a stimulé·e·s. En d'autres termes, c'est la petite voix intérieure du cerveau qui nous dit : « *Oh oui, refais ça, c'est important !* ».

Au centre du cerveau, une petite zone appelée aire tegmentale ventrale (ATV) libère de la dopamine chaque fois qu'un stimulus est perçu comme agréable ou prometteur (manger du chocolat, regarder une vidéo, recevoir une notification, gagner quelque chose, accomplir une tâche). Ce système est un véritable moteur de survie : il nous pousse à répéter ce que nous avons trouvé bon, utile ou rassurant. Mais il y a un hic. Lorsque ce circuit est surchargé en dopamine, à cause de stimulations fréquentes ou intenses (substances, écrans, réseaux sociaux, hyperperformance, pornographie, etc.), le cerveau s'adapte.

Il passe alors en mode économie d'énergie : « *Trop de dopamine. Réduisons la sensibilité des récepteurs pour éviter la saturation.* » C'est ce qu'on appelle le circuit de compensation. Résultat : le plaisir devient moins intense, il faut plus de stimulation pour ressentir le même effet, les choses simples deviennent fades, et le besoin, ou désir compulsif, augmente. Cela peut entraîner une spirale de la dépendance.





**TRAUMA**

### 3.LE TRAUMATISME

Un traumatisme psychologique survient lorsqu'une personne est exposée à un événement, ou à une série d'événements, qui dépasse sa capacité à faire face et à intégrer l'expérience vécue. Judith Herman (1992) définit le traumatisme comme « une rupture dans les relations fondamentales entre soi-même et le monde », ce qui peut résulter de violences physiques, sexuelles ou émotionnelles, mais aussi d'expériences chroniques et structurelles d'oppression. Le traumatisme peut être :

- Aigu : lié à un seul événement
- Chronique : prolongé et répété dans le temps
- Complexe : souvent lié à des relations interpersonnelles et à des environnements violents ou abusifs, tels que le cadre familial ou institutionnel.

Les symptômes du traumatisme peuvent varier, mais incluent généralement :

- Des symptômes indésirables : flashbacks, cauchemars, pensées envahissantes
- Un évitement : refus de parler de l'événement ou évitement des lieux et des personnes associés au traumatisme.
- Des altérations cognitives et de l'humeur : culpabilité, honte, anesthésie émotionnelle, anhédonie
- Une hyperactivation : hypervigilance, irritabilité, troubles du sommeil, réactions de sursaut exagérées

*(American Psychiatric Association, 2013)*

Ces manifestations sont directement liées au fonctionnement neurobiologique du corps en réponse à la menace.



### **3.1. La réponse du cerveau au stress et au traumatisme : la Fenêtre de Tolérance**

La Fenêtre de Tolérance, un concept développé par Daniel Siegel (1999), est un cadre essentiel pour comprendre comment les personnes réagissent au traumatisme. Elle désigne la plage optimale d'activation dans laquelle une personne peut ressentir, traiter et réguler ses émotions sans être submergée. Dans cette fenêtre, la personne peut rester présente, réfléchir et maintenir une régulation émotionnelle. Lorsqu'une personne a vécu un traumatisme, en particulier un traumatisme chronique ou interpersonnel, cette fenêtre se rétrécit. Le corps commence alors à percevoir même des stimuli ordinaires comme menaçants, déclenchant des réponses automatiques et non rationnelles de survie. Ces réactions peuvent être :

- Une hyperactivation (au-delà de la fenêtre) : La personne entre dans un état d'alerte constant (par exemple, anxiété, panique, colère explosive), dominé par le système nerveux sympathique. C'est comme avoir un « brouillard noir » dans l'esprit où chaque stimulus est perçu comme dangereux.
- Une hypoactivation (en-deçà de la fenêtre) : Le système parasympathique prend le dessus, conduisant à des symptômes tels que l'immobilisation, l'anesthésie, la dissociation, des sentiments de vide, la dépression ou la déconnexion du corps.

#### **Exemples pratiques :**

- Une personne ayant survécu à des violences domestiques peut faire une crise de panique au simple bruit d'une porte qui claque : c'est de l'hyperactivation.

- Une personne ayant vécu une agression sexuelle peut se fermer émotionnellement lors d'un examen médical de routine ou d'un contact physique non sexuel : c'est de l'hypoactivation.

Ces réactions ne sont pas « exagérées » ni « irrationnelles » ; ce sont des réponses de survie biologiquement intériorisées. Malheureusement, dans les contextes sociaux et institutionnels, elles sont souvent mal comprises et même parfois punies : les personnes sont alors étiquetées comme agressives, instables ou apathiques, au lieu d'être reconnues comme étant en dehors de leur fenêtre de tolérance. Pour élargir et stabiliser cette fenêtre, il est essentiel d'adopter une prise en charge en tenant compte des traumatismes subis, c'est-à-dire une prise en charge qui place la sécurité, la régulation émotionnelle et l'autonomie personnelle au cœur de son approche.

### **3.2. Impact du traumatisme et vulnérabilités**

Le traumatisme n'affecte pas tout le monde de la même manière ; son incidence et son impact sont amplifiés par des facteurs sociaux, culturels, économiques et politiques. Les personnes vivant déjà dans des conditions de marginalisation (par exemple : les femmes, les personnes LGBTQIA+, les personnes migrantes, en situation de handicap, racisées ou vivant dans la précarité) sont davantage exposées à des traumatismes répétés et ont souvent un accès limité à des systèmes de soutien efficaces.

Le traumatisme est donc intersectionnel (Crenshaw, 1991) : il ne résulte pas uniquement d'événements individuels, mais est aussi ancré dans des systèmes de pouvoir et de discrimination. L'étude sur les expériences négatives vécues durant l'enfance (*Adverse Childhood Experiences, ACE*) (Felitti et al., 1998) a mis en évidence une forte corrélation entre les



expériences traumatiques précoces – telles que les abus, la négligence, les violences domestiques et la pauvreté – et un large éventail de problèmes de santé à l'âge adulte, notamment la dépression, les troubles anxieux, les addictions, les maladies cardiovasculaires, l'obésité et les comportements à risque. L'étude a également révélé une relation « dose-réponse » : plus une personne cumule d'expériences traumatisantes, plus le risque de maladies et de détresse psychologique augmente. Le traumatisme a donc un impact systémique et durable, qui peut se transmettre de génération en génération et qui nécessite des approches de soins globales, culturellement adaptées et qui ne cherchent pas à pathologiser.

### **3.3. Traumatisme, violences et addictions**

Le lien entre traumatisme et addictions est profond, circulaire, et souvent méconnu. Les personnes survivantes de traumatismes complexes, en particulier de violences répétées et relationnelles, peuvent développer des stratégies de survie impliquant la consommation de substances ou des comportements compulsifs (par exemple : alcool, drogues, automutilation, nourriture, jeux d'argent, sexe). Ces stratégies ne doivent pas être considérées comme de « mauvaises décisions », mais plutôt comme des tentatives d'autogestion de la douleur physique et psychologique (Najavits, 2002).

#### **Exemples :**

- Une femme ayant subi des abus sexuels durant l'enfance peut développer une dépendance à l'alcool pour faire taire les flashbacks ou anesthésier des émotions insupportables.
- Une personne LGBTQIA+ ayant subi du rejet familial, de la discrimination et des violences peut avoir recours à des substances

comme seul moyen de se sentir “en sécurité” ou “connecté·e” dans certains environnements sociaux.

Ces expériences sont souvent renforcées par la stigmatisation et l’isolement social, en particulier lorsque la personne appartient à des communautés déjà marginalisées (par exemple : personnes migrantes, racisées, sans domicile). Malheureusement, les services de santé et d’action sociale traitent souvent l’addiction comme un problème individuel, sans prendre en compte ses racines traumatiques et structurelles.

Par ailleurs, de nombreuses personnes ayant subi des violences évitent de recourir aux services de soutien, par peur d’être jugées, punies ou de perdre la garde de leurs enfants, notamment dans les contextes où l’addiction est criminalisée. Cela concerne particulièrement les femmes : les services ne sont souvent pas préparés à intervenir en prenant en compte les questions de genre et les violences.

L’approche prenant en compte les traumatismes subis, en particulier dans le modèle *Seeking Safety* développé par Lisa Najavits, propose d’aborder le traumatisme et l’addiction simultanément, en construisant un climat sécuritaire, une stabilité émotionnelle et des alliances thérapeutiques fondées sur le respect et l’autodétermination. Il ne s’agit pas seulement de « traitement », mais de reconstruction de la confiance, de l’empouvoirement et du lien, tout en reconnaissant clairement les expériences vécues.





# **FACTEURS DE RISQUE**



## 4.FACTEURS DE RISQUE

Au cours des dernières décennies, les violences basées sur le genre ont été de plus en plus reconnues comme un enjeu majeur de société et de santé publique (Mercera et al., 2024 ; Franchino-Olsen, 2019). Ces violences sont associées à de nombreuses conséquences graves sur la santé mentale et physique. Pour lutter contre ce phénomène, il est essentiel de prendre en compte à la fois les facteurs de risque et les facteurs de protection liés à l'exposition aux violences. Les facteurs de risques sont les éléments qui peuvent augmenter la probabilité de vivre des expériences négatives, tandis que les facteurs de protection désignent les conditions ou expériences qui réduisent les risques de conséquences nocives ou dangereuses. Cette section présentera ces différents facteurs.

Ces facteurs peuvent augmenter la probabilité pour une personne d'être exposée à l'exploitation sexuelle et la prostitution. Il s'agit de caractéristiques aux niveaux biologique, psychologique, familial, communautaire ou culturel, qui sont associées à un risque accru de conséquences négatives (SAMHSA, s.d.).

### 4.1. Niveau individuel

Au niveau individuel, les expériences personnelles et psychologiques, en particulier durant l'enfance, jouent un rôle clé. Les expériences négatives vécues durant l'enfance (*Adverse Childhood Experiences, ACE*) peuvent profondément affecter le développement émotionnel et le bien-être à long terme (Mercera et al., 2024). Les facteurs de risque au niveau individuel incluent :

- La négligence physique et/ ou émotionnelle (Franchino-Olsen, 2019 ; Mercera et al., 2024 ; Project Starfish, s.d.) : les expériences de

négligence peuvent entraîner une diminution de l'estime de soi et un besoin non comblé d'affection, pouvant contribuer à un désir de quitter le foyer et de chercher du lien ou un abri dans des contextes non sécurisés, comme des réseaux criminels ou l'implication dans des gangs (Mercera et al., 2024 ; Project Starfish, s.d.).

- Les expériences préalables d'abus sexuel ou initiation sexuelle précoce : le traumatisme résultant d'abus peut altérer la capacité à développer des relations saines avec la sexualité et le consentement (Mercera et al., 2024). Une initiation sexuelle précoce peut également accroître la vulnérabilité à une exploitation ultérieure (Franchino-Olsen).
- L'usage de substances (Benavente et al., 2021 ; Mercera et al., 2024 ; Project Starfish, s. d.) : le cycle de l'addiction, le besoin financier et le sevrage peuvent amener les personnes à adopter des stratégies de survie, pouvant aller jusqu'à l'exploitation sexuelle (Mercera et al., 2024).

#### **4.2. Niveau familial**

Les dynamiques familiales exercent une influence puissante sur le développement. Les environnements dysfonctionnels ou violents peuvent accroître le risque d'implication dans l'exploitation sexuelle (Mercera et al., 2024). Les principaux facteurs de risque familiaux incluent :

- Les dysfonctionnements au sein du foyer et parentalité compromise (Franchino-Olsen, 2019 ; Mercera et al., 2024) : cela peut inclure l'exposition à la violence domestique, la normalisation des comportements sexuels transactionnels ou exploitants au sein du foyer, ou des antécédents familiaux d'exploitation (Benavente et al., 2021).



- L'isolement familial (Benavente et al., 2021) : l'absence d'un soutien familial stable peut pousser les personnes de tout âge à chercher sécurité ou appartenance ailleurs, parfois dans des environnements dangereux ou exploitants.

### **4.3. Niveau sociétal/communautaire**

Les environnements sociaux et communautaires influencent de manière significative les trajectoires des personnes confrontées à un traumatisme, à la dépendance et à l'exploitation. Les conditions au niveau communautaire servent souvent de pont entre les inégalités structurelles et les vulnérabilités individuelles, atténuant ou amplifiant les dommages. Lorsque la cohésion sociale se fragilise, les réseaux de soutien s'affaiblissent. Les services deviennent inaccessibles ou peu accueillants, les risques de marginalisation, d'abus et d'exploitation augmentent, en particulier pour les femmes consommant des drogues, les personnes ayant subi des violences, les personnes migrantes sans papiers ou déplacées à l'intérieur de leur pays, ainsi que celles en situation de précarité liée au logement ou à l'emploi (EMCDDA, 2022 ; Mercera et al., 2024).

La cohésion communautaire, définie comme le degré de confiance, de soutien mutuel et de valeurs partagées entre les membres d'un territoire local, constitue un facteur de protection essentiel. Elle inclut l'accès à des structures de soutien formelles et informelles, telles que le voisinage, les groupes culturels ou religieux ainsi que les associations locales. Lorsque cette cohésion est absente, les personnes sont plus susceptibles de subir de l'isolement, un manque de protection et un accès réduit aux services. Les personnes marginalisées, y compris les personnes migrantes et celles en situation de dépendance, restent souvent déconnectées de ces systèmes de protection, ce qui augmente leur vulnérabilité à l'exploitation et aux traumatismes répétés (Franchino-Olsen, 2019 ; Buller et al., 2020).



Plusieurs facteurs de risque au niveau communautaire exacerbent cette exclusion. Cela inclut l'instabilité résidentielle, comme le fait d'être sans-abris ou les déplacements forcés ; les obstacles à l'éducation, en particulier dans les zones rurales ou mal desservies ; les difficultés économiques, telles que le chômage, les dettes ou la précarité matérielle – autant de conditions qui augmentent l'exposition aux violences sexuelles et basées sur le genre (Mercera et al., 2024 ; Franchino-Olsen, 2019). La normalisation de la violence dans certains récits médiatiques et environnements culturels contribue également à la désensibilisation et à l'incompréhension, renforçant les stéréotypes nuisibles autour de la dépendance et de la santé mentale, tout en affaiblissant l'empathie à l'échelle communautaire (Brown, 2019).

De plus, la stigmatisation demeure une puissante force d'exclusion. Les personnes confrontées à des problèmes de dépendance ou de santé mentale sont fréquemment perçues à travers des prismes moralisateurs ou individualistes, plutôt que reconnues comme des personnes faisant face à des traumatismes et à des obstacles structurels. Les femmes qui consomment des drogues et ont vécu des violences sont particulièrement stigmatisées, souvent confrontées à du déni ou à un manque de crédibilité lorsqu'elles signalent des abus (Jiménez et al., 2014). La stigmatisation genrée ne repose pas sur l'usage de substances en soi, mais sur des attentes sociales plus larges et des discriminations envers les femmes qui s'écartent des rôles traditionnels.

Les récits culturels qui insistent sur la responsabilité individuelle, comme l'idée que la guérison de la dépendance ou du traumatisme dépend uniquement de la force personnelle, ont tendance à occulter les causes systémiques telles que la pauvreté, les violences basées sur le genre et l'exclusion. Comme l'ont souligné des penseur-se-s féministes comme bell hooks, ces cadres dépolitisent la souffrance et déplacent la responsabilité

collective, encourageant les communautés à se concentrer sur la résilience plutôt que sur la justice.

Pourtant, les communautés ont aussi le potentiel de servir d'espaces de résistance et de guérison. Les réponses locales, les initiatives d'entraide, et les actions de sensibilisation tenant compte du traumatisme offrent souvent des soins essentiels et de la solidarité là où les systèmes formels montrent leurs limites. Adopter une perspective intersectionnelle et prenant en compte le traumatisme permet aux praticien·ne·s de reconnaître non seulement les risques, mais aussi les ressources et formes de résilience qui émergent au sein des communautés, même face à l'adversité.

#### **4.4. La violence systémique**

La violence systémique désigne l'ensemble des pratiques, normes et dispositifs institutionnels qui reproduisent les inégalités structurelles et privent de fait de droits fondamentaux des groupes sociaux entiers. Pour les femmes vivant avec des problématiques de dépendance et/ou de santé mentale, la violence systémique se manifeste souvent par la stigmatisation, l'exclusion sociale et les problèmes d'accès aux services. Ces femmes subissent fréquemment des jugements moraux, une victimisation secondaire ou un manque de crédibilité, tant au sein des systèmes de santé que du système judiciaire (Bartlett et al., 2022).

La violence systémique dépasse les actes individuels ; elle est enracinée dans les systèmes mêmes qui sont censés protéger les personnes les plus vulnérables. Par exemple, de nombreux centres de traitement des addictions et de la santé mentale ne sont pas conçus pour prendre en compte les besoins spécifiques liés au genre ou les antécédents traumatiques. Cela peut constituer une forme de violence institutionnelle qui décourage les femmes à chercher de l'aide et les expose à davantage

de contrôle ou de médicalisation (Covington, 2008). De plus, les politiques d'aide sociale conditionnées, celles qui donnent l'accès au logement ou aux revenus dépendamment de la participation à certains programmes ou de la démonstration d'un « comportement approprié », peuvent avoir un effet punitif sur les femmes confrontées à des situations de vie complexes, contribuant à la chronicité de la marginalisation (Pittaway et al., 2009).

Plusieurs études ont mis en évidence la corrélation entre l'exposition à la violence systémique et l'augmentation du risque de développer des troubles liés à l'usage de substances ou des troubles de santé mentale, ainsi que la difficulté à accéder à des voies de sortie de la violence interpersonnelle (Mills et al., 2020). Cela s'explique par le fait que les réponses institutionnelles, souvent fragmentées et mal coordonnées entre les services de justice, de santé, sociaux et de lutte contre les violences basées sur le genre, ont tendance à ignorer les interconnexions entre traumatisme, addiction et santé mentale, perpétuant ainsi l'exclusion et/ou provoquant un nouveau traumatisme.

Reconnaître la violence systémique comme un facteur de risque implique un changement de perspective: il s'agit de passer d'une lecture pathologisante individuelle à une responsabilité institutionnelle et collective. Cela signifie considérer l'usage de substances non pas comme un échec personnel, mais comme une stratégie de survie développée en réponse à des environnements qui n'ont pas su offrir protection, sécurité et autodétermination.

Reconnaître la violence systémique comme un facteur de risque implique un changement de perspective : passer d'une interprétation de la pathologie comme individuelle à l'identification de la responsabilité institutionnelle et collective. Cela signifie considérer la consommation de substances non pas comme un échec personnel, mais comme une

stratégie de survie développée en réponse à des environnements ayant failli à offrir protection, sécurité et autodétermination.

#### **4.5. Influence des médias et normalisation des traumatismes**

Le rôle des médias est essentiel dans la manière dont la société perçoit des questions telles que l'exploitation sexuelle et les violences basées sur le genre. L'une des tendances les plus préoccupantes est la façon dont la violence et les stéréotypes néfastes sont souvent romantisés ou normalisés à travers les films, les séries télévisées et les plateformes en ligne. L'exposition répétée à des représentations de femmes comme soumises ou dévalorisées peut entraîner une désensibilisation, réduisant l'urgence avec laquelle la société réagit à ces crimes (Coy & Bragg, 2020). De plus, la couverture médiatique sensationnaliste peut parfois renforcer la culpabilisation des victimes, perpétuant des discours toxiques qui dissuadent les survivant·e·s de demander de l'aide ou de chercher justice (Loney-Howes, 2021). À ce titre, la diffusion massive d'images hypersexualisées et la glamourisation des relations abusives dans les contenus médiatiques alimentent l'idée dangereuse selon laquelle la violence ferait partie intégrante, voire "normale" des relations, ce qui peut accroître le risque d'être exploité·e (García-Moreno et al., 2015).

Cependant, les médias ont également le potentiel d'être un puissant outil de changement positif lorsqu'ils sont utilisés de manière réfléchie. Des campagnes, des documentaires et des récits portés par des survivant·e·s ont démontré que des approches médiatiques stratégiques peuvent progressivement faire évoluer les attitudes sociales et encourager le changement. Lorsque les plateformes choisissent de représenter de manière honnête et bienveillante les personnes touchées par les violences basées sur le genre, elles contribuent à briser le silence et la stigmatisation, incitant les victimes à s'exprimer et à chercher du soutien (Kitzinger, 2004).

L'émergence de mouvements sur les réseaux sociaux, tels que #MeToo, a créé une plateforme mondiale permettant aux survivant·e·s de partager leurs expériences, de créer une solidarité et de faire pression sur les gouvernements et les institutions pour qu'ils mettent en place des réformes concrètes (Fileborn & Loney-Howes, 2019).

Pour lutter contre la normalisation des traumatismes dans les médias, intégrer l'éducation aux médias dans les écoles peut permettre aux élèves d'acquérir les compétences critiques nécessaires pour reconnaître et remettre en question les représentations nocives (Brown, 2018). Des réglementations permettant de tenir les médias responsables de la diffusion de stéréotypes et du sensationnalisme peuvent également contribuer à freiner le cycle de la désinformation et des préjugés. La promotion de récits centrés sur les survivant·e·s et de pratiques journalistiques prenant en compte les traumatismes permet de garantir que les histoires soient racontées avec respect et reconnaissance, plutôt que d'être exploitées à des fins sensationnalistes (Stanko, 2017). En définitive, en transformant le paysage médiatique en un outil d'éducation et de défense des intérêts des personnes, les sociétés peuvent briser les cycles d'exploitation et soutenir les survivant·e·s dans leurs parcours de guérison.

#### **4.6. Intersectionnalité et risques décuplés**

L'intersectionnalité met en lumière la manière dont les facteurs multiples – tels que la race, le genre, la classe sociale ou le handicap – peuvent renforcer la vulnérabilité face aux traumatismes et aux inégalités structurelles. Lorsque ces facteurs se croisent, ils tendent à amplifier les risques tout en réduisant l'accès au soutien et à l'aide appropriés. Reconnaître ces dynamiques est essentiel pour répondre aux préjugés décuplés et aux inégalités systémiques.





#### **4.6.1. Le rôle des facteurs croisés (ex. : genre, race, classe, handicap)**

Les facteurs croisés (tels que le genre, la race, la classe sociale, le handicap, l'orientation sexuelle ou encore le statut migratoire) influencent de manière significative la vulnérabilité d'une personne face aux traumatismes, aux addictions et aux risques d'exploitation. Ces identités sociales, qui se recoupent, façonnent les expériences de vie des individus, leur accès aux ressources, ainsi que leur exposition aux inégalités systémiques. Les personnes en situation de vulnérabilité subissent souvent des taux plus élevés de traumatismes en raison de l'oppression systémique et des discriminations. Plus une personne cumule des identités marginalisées, plus le risque est élevé. Par exemple, une femme noire en situation de handicap et à faible revenu peut être exposée à des risques décuplés, liés à la fois à la violence dans sa communauté et à la négligence médicale. Les facteurs croisés amplifient les risques car ils interagissent avec les déséquilibres de pouvoir structurels. L'approche intersectionnelle, introduite par la juriste Kimberlé Crenshaw, permet de comprendre où et comment les rapports de pouvoir et les dynamiques d'exploitation se croisent, s'entrecroisent et se renforcent mutuellement.

#### **4.6.2. Comment les facteurs croisés peuvent augmenter les risques de traumatismes ou réduire l'accès aux soins**

Les personnes marginalisées subissent souvent des taux plus élevés de traumatismes en raison de l'oppression systémique et des discriminations. Par exemple, les personnes racisées peuvent être confrontées à du profilage racial et à des violences policières, en plus de porter les effets de traumatismes générationnels liés au colonialisme ou à l'histoire de l'esclavage. La discrimination systémique et les violences exercées contre les personnes racisées, les personnes LGBTQ+ et les personnes en situation de handicap contribuent à une exposition accrue aux traumatismes. Ils font souvent face à de la discrimination au travail, à des crimes haineux, des



agressions, ainsi qu'à la négligence ou aux abus familiaux ; autant d'expériences traumatisantes. D'autres groupes particulièrement exposés aux traumatismes incluent les personnes à faible revenu, les femmes et les personnes non binaires, en particulier les femmes migrantes. Ces personnes rencontrent des barrières structurelles pour accéder aux soins, telles que le manque de transports ou de solutions de garde d'enfants. Les femmes migrantes peuvent aussi ne pas avoir accès au système de santé en raison d'un statut administratif irrégulier, et font face à des obstacles linguistiques et culturels dans leurs démarches. Les services de santé mentale et de prise en charge des traumatismes sont souvent sous-financés, soumis à des listes d'attente, ou uniquement accessibles dans le secteur privé, excluant ainsi les personnes sans ressources financières. Les communautés rurales et les quartiers urbains marginalisés manquent souvent de cliniques de proximité ou de soins spécialisés.





# **FACTEURS DE PROTECTION**

## 5.FACTEURS DE PROTECTION

Lorsqu'un traumatisme survient, qu'il s'agisse d'un événement isolé ou d'une série d'expériences chroniques, le système nerveux est soumis à un stress intense. Il réagit, se défend, et parfois se fige. Mais tout le monde ne vit pas les conséquences d'un traumatisme de la même manière. Pourquoi certain·e·s développent un trouble de stress post-traumatique (TSPT), tandis que d'autres semblent en ressortir avec un enrichissement, une force et une clarté renouvelées ? La réponse réside souvent dans un « filet de sécurité » invisible mais puissant : les facteurs de protection.

Ce sont l'ensemble de nos ressources internes et de nos liens externes qui permettent au cerveau et au corps de rester intacts malgré la blessure, ou de se reconstruire par la suite.

### **Facteurs personnels de protection (ressources internes)**

Ces ressources sont à portée de main : elles sont personnelles, souvent silencieuses, mais fondamentales. Elles peuvent être innées ou acquises, conscientes ou implicites.

- La régulation émotionnelle : la capacité à reconnaître, contenir et exprimer ses émotions sans être submergé·e. « *Je sens l'émotion monter, mais je sais comment respirer jusqu'à ce que ça passe.* »
- La préservation de la fonction exécutive : grâce à un cortex préfrontal robuste (les « doigts »), on peut maintenir l'inhibition, la flexibilité cognitive et la mémoire de travail. « *Je prends du recul ; je ne réagis pas tout de suite.* »
- L'estime de soi et le sentiment de compétence : la conviction intérieure que je vaudrai quelque chose, que je peux faire face. « *J'ai survécu à d'autres tempêtes ; je trouverai un moyen d'avancer.* »

- Le fait de trouver du sens/ la spiritualité/ la vision du monde : un cadre de sens, une croyance, une pratique, une philosophie... « *Même si je ne contrôle pas tout, il y a un fil conducteur que je peux suivre.* »

### **Facteurs relationnels de protection (ressources interpersonnelles)**

Ces facteurs viennent des autres, mais sont tout aussi essentiels. Ils activent le système d'attachement, régulent le système nerveux et nous permettent de reprendre ses esprits après le chaos.

- La présence d'un·e adulte sécurisant·e / d'un lien sécurisant : un regard sans jugement. Une voix calme. Un corps rassurant. « *Quand je suis avec toi, mon système nerveux se sent en sécurité.* »
- Un réseau social bienveillant : des personnes qui nous écoutent, nous valident et nous offrent des conseils. « *Je ne suis pas seule dans mon périple.* »
- Des modèles positifs, des figures d'espoir : des personnes que nous admirons, qui nous inspirent, qui nous montrent que c'est possible. « *Si iels y arrivent, peut-être que moi aussi.* »

Ces facteurs n'éliminent pas le traumatisme, mais ils modulent son impact, réduisent son empreinte toxique et, surtout, réactivent les circuits de résilience. Lorsqu'ils sont activés, la « main » peut se refermer plus rapidement, recréer des connexions et rétablir l'assimilation des éléments.





# **AIDER LES VICTIMES ET LES PROFESSIONNELS**

## 6.ACCOMPAGNER LES VICTIMES ET LES PROFESSIONNEL·LE·S

### 6.1. Pour les victimes : outils et techniques pratiques pour accompagner les personnes victime de traumatismes

Il existe plusieurs techniques simples, corporelles et prenant en compte les traumatismes, que les professionnel·le·s peuvent utiliser pour aider les personnes à gérer leur traumatisme et réguler leur système nerveux, notamment lorsque les mots ne suffisent pas. Ces outils sont utiles en contexte clinique ou communautaire et s'appuient souvent sur des approches somatiques (axées sur le corps) et la théorie polyvagale.

#### Notes importantes pour les professionnel·le·s

- Demandez toujours le consentement avant d'introduire des techniques corporelles.
- Laissez la personne choisir de participer ou non et adaptez chaque technique à ses besoins.
- Laissez des choix et du pouvoir d'action, cela aide la personne à rétablir le contrôle, souvent perdu lors d'expériences traumatisantes.
- Adoptez une posture prenant en compte le traumatisme : ne forcez pas le regard, le silence ou l'immobilité, car cela peut donner un sentiment d'insécurité.

#### Certaines techniques peuvent être utilisées uniquement par des psychologues et des professionnel·le·s de santé :

- Utilisation de la **TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale)** centrée sur la prise en compte du traumatisme : il s'agit d'une approche structurée, factuelle, qui aide les personnes à reconsidérer les schémas de pensée nuisibles, à gérer leurs réactions



émotionnelles et à réduire les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT).

- **EMDR (Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)** : une technique spécialisée de psychothérapie utilisée pour aider les personnes à traiter et à guérir des souvenirs traumatisants. Elle implique des mouvements oculaires guidés ou d'autres formes de stimulation bilatérale pendant que la personne se remémore des événements pénibles, ce qui aide à réduire l'intensité émotionnelle associée à ces souvenirs. En raison de sa complexité et du risque de déclencher des réactions émotionnelles intenses, l'EMDR doit être pratiquée exclusivement par des professionnel·le·s de santé mentale formé·e·s et certifié·e·s.
- **Le dépistage des expériences négatives vécues pendant l'enfance (ACEs)** lors des bilans de santé de routine peut aider à identifier les personnes à risque de troubles de santé liés aux traumatismes. En utilisant des outils standardisés comme le **questionnaire ACE**, les professionnel·le·s de santé peuvent repérer les signes précoces de traumatisme et offrir un accompagnement adapté en temps utile. Si nécessaire, les praticien·ne·s doivent orienter la personne vers des services de santé mentale appropriés, afin de lui garantir un accès à des soins spécialisés pour la guérison et le rétablissement.

Certaines techniques sont plus faciles à apprendre et à enseigner, sans être inquisitrices, et fondées sur des pratiques validées par des données probantes. Elles peuvent être utilisées par tou·te·s les professionnel·le·s travaillant auprès des femmes.

### **Respiration 4-7-8**

- Inspirer pendant 4 secondes
- Retenir la respiration pendant 7 secondes
- Expirer pendant 8 secondes



Cette technique ralentit le rythme cardiaque, apaise le corps et réduit l'anxiété.

### **Respiration en carré**

- Inspirer pendant 4 secondes → retenir la respiration 4 secondes → expirer pendant 4 secondes → retenir pendant 4 secondes

Cela aide à la régulation émotionnelle et à l'ancrage.

### **Respiration avec la main sur le cœur ou le ventre**

- Placer une main sur le cœur ou le ventre et respirer lentement.

Cela active le système parasympathique (repos et digestion).

### **Tapping (EFT – Technique de libération émotionnelle)**

- Tapoter sur des points spécifiques d'acupression (par exemple : front, sous les yeux, clavicule) tout en prononçant des affirmations apaisantes ou en reconnaissant l'angoisse.

Cela aide à libérer le stress et à réduire l'intensité émotionnelle, de plus cette technique est facile à enseigner et à pratiquer seul·e.

### **Pousser contre un mur (ancrage par la résistance)**

- Se placer face à un mur et pousser fermement avec les paumes pendant 10 à 20 secondes.

Cela mobilise les grands groupes musculaires et recentre l'attention sur le corps. Cette technique est efficace en cas de dissociation ou de réactions d'immobilisation.



### **Technique d'orientation (ancrage visuel)**

- Regarder doucement autour de soi et nommer 5 choses que l'on voit, 4 que l'on peut toucher, 3 que l'on entend, 2 que l'on sent, 1 que l'on peut goûter.

Cela réoriente la personne vers le moment présent et est utile lors de flashbacks ou de crises de panique.

### **Outils de réinitialisation sensorielle**

- Tenir un objet froid (glaçon, bouteille d'eau froide)
- Utiliser des objets texturés (balles anti-stress, jouets à manipuler, échantillons de tissu)

Cela stimule la conscience sensorielle et recentre l'attention sur « ici et maintenant ».

### **Poussée de chaise ou prise de chaise**

- S'asseoir et faire pression vers le bas sur l'assise, ou agripper les accoudoirs ou les pieds de la chaise

Cela permet un ancrage par le contact physique et la libération de la tension. Cette technique est bénéfique pour les survivant·e·s ayant des difficultés de mobilité.

### **Câlin papillon (stimulation bilatérale)**

- Croiser les bras sur la poitrine et tapoter doucement les épaules en alternance

Cela engage les deux hémisphères du cerveau et favorise des sensations et pensées apaisantes. Cette technique est utilisée en EMDR et dans les exercices d'auto-apaisement.

### **Pieds au sol – « Ancrer le corps »**

- Inviter la personne à prendre conscience de ses pieds en contact avec le sol, de la répartition du poids et de sa stabilité

Cette technique est simple mais efficace pour l'ancrage et le rétablissement du sentiment de sécurité.

### **Dessin ou Gribouillage**

- Utiliser du papier et des crayons/feutres pour gribouiller librement ou dessiner ses émotions

Cela offre un mode de communication non verbal et aide à soulager le stress, particulièrement bénéfique pour les enfants ou les personnes rencontrant des barrières linguistiques.

## **6.2. Pour les professionnel·le·s**

### **6.2.1. Les émotions des professionnel·le·s**

Rencontrer une femme ayant vécu des violences est une expérience délicate, intense et profondément humaine. Dans cet espace de soin, chaque professionnel·le apporte non seulement ses connaissances et compétences techniques (savoir-faire), mais aussi ses qualités personnelles, sa sensibilité et sa présence émotionnelle (savoir-être).

La relation établie avec la femme n'est jamais neutre : c'est un entrelacement complexe d'émotions et de sentiments impliquant les deux parties. Aux côtés de la douleur de la personne victime, les professionnel·le·s peuvent se retrouver à vivre d'intenses réactions émotionnelles. Peur, colère et tristesse ne sont que quelques-unes des émotions qui peuvent émerger au cours de ce travail.



En travaillant avec des femmes ayant subi des violences, les émotions vécues par les professionnel·le·s ne sont pas des obstacles, elles font partie intégrante de la relation d'aide. Cependant, en raison de leur intensité, elles nécessitent une prise de conscience ainsi que des outils adaptés pour les reconnaître et les gérer. Les émotions les plus courantes comprennent :

- La peur : résultant de la gravité des situations décrites, de l'inquiétude pour la sécurité de la femme, voire pour sa propre sécurité.
- La colère : envers l'agresseur, et parfois envers un système perçu comme lent ou inadéquat.
- La tristesse : en réponse à l'écoute de récits qui touchent profondément ou réveillent des blessures personnelles ou collectives.

Quand les émotions deviennent trop envahissantes, il est naturel d'activer des mécanismes de défense psychologiques, souvent de manière inconsciente. Parmi les plus fréquents, on trouve :

- Le sentiment d'impuissance : se sentir paralysé·e, comme si rien de ce que l'on fait n'était suffisant.
- Le sentiment d'omnipotence : le besoin de « sauver » à tout prix, au risque de s'épuiser émotionnellement.
- L'identification : s'identifier excessivement à la personne victime, brouillant la frontière entre soi et l'autre.
- L'idéalisation : percevoir la victime comme entièrement bonne ou le contexte comme totalement négatif.
- La projection : attribuer ses propres sentiments ou suppositions aux autres.

### **Traumatisme indirect et épuisement de la compassion :**

L'exposition répétée à des récits traumatiques et la proximité constante avec la souffrance des autres peuvent entraîner un traumatisme indirect, ou traumatisme dit « vicariant » (McCann et al., 1990 ; Pearlman, 1995) : un traumatisme secondaire qui se manifeste par des symptômes similaires au

trouble de stress post-traumatique. Lorsqu'il est prolongé, cela peut évoluer en épuisement de la compassion (Figley, 1995), un état caractérisé par un épuisement émotionnel et physique lié à une implication empathique profonde.

### **L'épuisement de la compassion peut se manifester par :**

- Un sentiment d'inefficacité et de frustration
- Un repliement émotionnel ou un désengagement vis-à-vis du travail
- Des troubles du sommeil, de l'irritabilité, des difficultés de concentration
- Un isolement ou un retrait social.

### **6.2.2. Prendre soin de ceux qui prennent soin de nous**

Comme l'a si bien écrit Quino : « Trop souvent, l'urgence ne laisse pas de place à l'important. » Prendre soin de soi, et du collectif, est essentiel pour maintenir la qualité de l'accompagnement et le bien-être de ceux qui le procurent. Selon Judith Herman, le travail d'équipe est une ressource protectrice vitale : elle nourrit, soutient et renforce les forces de chacun·e de ses membres. Les facteurs de protection incluent :

- La pensée plurielle : aborder les situations de manière collective, construire des interprétations partagées ;
- Le partage des ressources et du pouvoir : atténuer l'isolement dans la prise de décision ;
- L'apprentissage par l'expérience : transformer la pratique quotidienne en développement professionnel continu.

Pour que ces facteurs de protection restent actifs, ils doivent être entretenus de manière intentionnelle et continue, à travers :

- Des espaces réguliers de réflexion et de dialogue ;
- Des formations professionnelles continues ;

- Une supervision structurée et cohérente, tant clinique qu'émotionnelle.

La supervision est l'un des outils de soutien et de développement les plus importants à la disposition des professionnel·le·s. Elle offre un espace pour faire une pause et réfléchir, permettant de porter un regard différent sur l'expérience et d'amener les praticien·ne·s à une plus grande conscience de leur propre « être en action ». Le cas présenté en supervision devient un prétexte : le véritable « texte », c'est le processus narratif activé au sein du groupe. L'accent est mis sur la manière dont le cas est abordé, plutôt que sur ce qu'il faut faire ou ne pas faire.





# **CADRE JURIDIQUE**

## 7.CADRE JURIDIQUE EN FRANCE

### 7.1. Parcours juridique pour la prise en charge des femmes victimes de violences basées sur le genre, présentant des troubles de santé mentale et/ou des addictions en France

#### Parcours de soins de santé mentale et psychiatrique

Les femmes exposées à des violences prolongées souffrent souvent de traumatismes complexes, qui peuvent se manifester sous forme de trouble de stress post-traumatique (TSPT), de dépression, d'anxiété, de troubles dissociatifs ou de psychose. Ces symptômes sont fréquemment aggravés par, ou associés à, des conduites addictives, comme la consommation d'alcool ou de drogues (ex. : polyconsommation, benzodiazépines, etc.).

Le principal point d'entrée dans les soins psychiatriques en France est le Centre Médico-Psychologique (CMP), un service public gratuit de santé mentale organisé par secteur. Les victimes peuvent y être orientées par des médecins généralistes, des hôpitaux ou des associations, ou s'y présenter de manière volontaire. Le CMP propose des évaluations psychiatriques, des psychothérapies, un accompagnement social et, si nécessaire, un traitement médicamenteux.

Dans les cas complexes, les victimes peuvent être orientées vers des unités spécialisées dans les traumatismes, mais l'accès à ces structures reste limité et inégal selon les territoires. Cette situation est aggravée par le fait que de nombreux services psychiatriques ne sont pas systématiquement formés à l'approche sensible aux traumatismes.

Une hospitalisation en psychiatrie (volontaire ou sous contrainte) peut être nécessaire en cas d'épisodes psychotiques, d'états dépressifs sévères ou de comportements suicidaires. L'hospitalisation sous contrainte est



Co-funded by  
the European Union

*Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.*



encadrée par l'article L3213-1 et l'article L3212-1 du *Code de la santé publique*, en fonction de si elle est demandée par un tiers ou ordonnée par une autorité locale.

### **Services d'Addictologie et Accompagnement Spécialisé**

Les services d'addictologie sont principalement assurés par les CSAPA (*Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie*). Ces centres offrent une prise en charge globale des personnes confrontées à une addiction, incluant :

- Un accompagnement psychosocial
- Des traitements de substitution
- Des actions de prévention et de réduction des risques

Certains CSAPA sont équipés pour travailler avec des femmes victimes de violences, mais la plupart manquent de cadres adaptés à une approche prenant en compte les traumatismes. Il y a un besoin urgent de services intégrés qui reconnaissent le lien entre les violences basées sur le genre et l'addiction comme mécanisme de survie.

Lorsqu'elles sont nécessaires, la désintoxication et la stabilisation peuvent se faire en milieu hospitalier, souvent au sein des unités ELSA (*Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie*). Dans des cas rares mais prometteurs, des structures thérapeutiques résidentielles (*structures de postcure*) peuvent accueillir des femmes présentant un double diagnostic traumatisme/addiction, mais cette offre reste limitée.

Les femmes sans domicile fixe ou en grande précarité peuvent également accéder aux CAARUD (*Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usager·ère·s de Drogues*), bien que ces structures ne soient pas conçues pour un suivi thérapeutique.

La coordination départementale est assurée par la CDPEF (*Commission Départementale de Prévention et de Lutte contre les Violences Faites aux Femmes*), présidée par le Préfet et réunissant l'ensemble des acteur·rice·s concerné·e·s.

**Un Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) est souvent élaboré pour la femme, intégrant :**

- Un accompagnement juridique : dépôt de plainte, accompagnement en justice, garde d'enfant
- Un parcours de soins : traitement psychiatrique, prise en charge de la désintoxication
- Une réinsertion sociale : stabilisation des revenus, logement, réinsertion professionnelle
- Un soutien parental : notamment lorsque la femme a des enfants, avec une possible implication des services de Protection de l'Enfance

**Défis et obstacles structurels**

**Malgré des cadres juridiques et médicaux solides, plusieurs obstacles structurels persistent :**

- Des services cloisonnés : la santé mentale, l'addiction et l'accompagnement des personnes ayant vécu des violences basées sur le genre sont souvent mal coordonnés
- L'exclusion des services : les refuges peuvent refuser les femmes présentant des symptômes psychotiques ou consommant des drogues
- La stigmatisation : les victimes avec un diagnostic psychiatrique peuvent être perçues comme peu fiables par les professionnel·le·s du monde judiciaire et médical
- L'inégalité territoriale : la disponibilité des services spécialisés dans la prise en charge des traumatismes varie fortement selon les départements.

### **Spécificités de la Martinique : les mêmes droits, mais un accès inégal**

Bien que les victimes disposent en Martinique des mêmes droits qu'en métropole, l'accès à la justice peut y être plus lent ou complexe pour plusieurs raisons :

- Un nombre limité de Juges aux Affaires Familiales (JAF)
- Une surcharge du Tribunal judiciaire de Fort-de-France (tribunal principal)
- Des délais structurels dans la délivrance des Ordonnances de protection

Les victimes s'appuient souvent sur des associations locales telles que le Mouvement du Nid Martinique, le CIDFF Martinique (*Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles*), qui informent sur les droits des femmes et des familles, ou encore la Maison de Justice et du Droit, pour les aider à naviguer dans le système judiciaire.

### **Protection et hébergement d'urgence : un réseau limité et fragile**

En Martinique, les premier·ère·s répondant·e·s aux demandes de protection et/ou d'hébergement d'urgence incluent la police, le CHU de Martinique et la ligne d'écoute « 3919 » (gérée localement en partenariat avec des associations). La Préfecture peut mettre en place une protection d'urgence, en lien avec le Procureur de la République.

### **Limitations à l'échelle locale :**

- Un nombre très limité de places en hébergement, notamment pour les femmes ayant des troubles de santé mentale ou des problèmes d'addiction
- La plupart des structures d'urgence ne sont pas adaptées aux victimes avec un double diagnostic



Co-funded by  
the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

- Les centres d'hébergement ou foyers peuvent refuser l'accueil de femmes en crise psychologique ou consommant activement des substances

Ces obstacles contraignent de nombreuses victimes à retourner dans des foyers dangereux, à dépendre de réseaux informels ou à rester sans abri.

### **Services psychiatriques et de santé mentale : un sous-financement chronique**

La prise en charge psychiatrique est officiellement assurée par les services publics sectorisés (*sectorisation psychiatrique*) via le système des Centres Médico-Psychologiques (CMP).

#### **En Martinique, les services publics disponibles sont :**

- Les CMP pour adultes (Fort-de-France, Trinité, Rivière-Salée)
- Des services spécialisés au sein du CHU de Martinique

#### **Obstacles majeurs :**

- Pénurie de personnel et absence de professionnel-le-s spécialisé-e-s dans les traumatismes
- Délais très longs pour obtenir un rendez-vous (jusqu'à plusieurs mois)
- Unités psychiatriques d'urgence sont souvent saturées et sous-financées
- Absence de structures d'hébergement d'urgence avec un accompagnement psychiatrique sur place.

Pour les victimes souffrant de traumatismes complexes (TSPT, dissociation), la Martinique ne dispose pas de parcours de soins spécialisés dans les traumatismes, en particulier en ambulatoire.



Co-funded by  
the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

## **Accompagnement en addictologie : des services rares et fragmentés**

### **La prise en charge des addictions est assurée par :**

- Le CSAPA Martinique (*Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie*), un centre spécialisé dans différentes formes d'addiction
- Le CAARUD (pour les usager·ère·s en situation de grande précarité)
- L'équipe ELSA du CHU (équipe de liaison et de soins en addictologie en milieu hospitalier)

### **Lacunes locales :**

- L'absence de structures thérapeutiques résidentielles (*postcure*) sur l'île
- Les services d'addictologie ne sont pas intégrés avec les dispositifs de prise en charge des traumatismes ou des violences basées sur le genre
- De nombreuses femmes ayant des problèmes d'addiction évitent les soins en raison de la stigmatisation, de la honte ou de l'absence de programmes spécifiques pour les femmes.

Il existe également un tabou culturel et social autour de la consommation de substances chez les femmes, ce qui ajoute des couches d'invisibilité à leurs situations.

### **Défis structurels spécifiques à la Martinique**

- La géographie insulaire complique l'accès aux services pour les femmes vivant dans des zones rurales ou isolées
- Les taux élevés de pauvreté et de chômage des jeunes accentuent la vulnérabilité sociale
- La désertification médicale affecte l'accès aux soins, tant en santé générale qu'en santé mentale



Co-funded by  
the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

- Les héritages coloniaux et le silence culturel autour des violences basées sur le genre peuvent conduire à une minimisation institutionnelle de la souffrance des femmes
- La sous-déclaration et la revictimisation sont des enjeux majeurs : les femmes peuvent être négligées ou discréditées par la police ou le personnel médical lorsqu'elles révèlent des troubles psychiques ou des problèmes d'addiction.





# **BIBLIOGRAPHIE**

## Références Bibliographiques :

*Estonia's Draconian Drug Policy Violates The.* (n.d.). Docslib.

<https://docslib.org/doc/3012522/1-estonias-draconian-drug-policy-violates-the>

*About the Protocol | Maputo Protocol.* (2003). <https://maputoprotocol.com/about-the-protocol>

*Accueil - AUDe — CIDFF.* (2024, September 19). Aude — CIDFF. <https://www.cidff.fr/>

*Accueil - France Victimes.* (n.d.). <https://www.france-victimes.fr/>

Andmevara, A. (n.d.). *Victim Support Act–Riigi teataja.*

<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/509012018004/consolide>

Baddeley, A. D., Eysenck, M. W., & Anderson, M. C. (2020). *Memory* (2nd ed.). Psychology Press.

Belong. (2025a, March 7). Access to mental health services in Estonia: challenges and solutions - Belong. *Belong - Elu terviklikkuse hüvanguks.* <https://belong-events.com/en/study/access-to-mental-health-services-in-estonia-challenges-and-solutions/>

Belong. (2025b, March 11). Mental health services in the Estonian Human Development Report 2023 - Belong. *Belong - Elu terviklikkuse hüvanguks.* <https://belong-events.com/en/study/mental-health-services-in-the-estonian-human-development-report-2023/>

Benavente, B., Brage, L. B., Solé, J. P., & Beltrán, N. P. (2021). Risk factors for commercial sexual exploitation of children and adolescents: results of an International Delphi panel. *Psicothema*, 3(33), 449–455. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.480>



Biarella, L. (2019, July 26). Codice Rosso: definizione, procedura, nuovi reati e aggravanti.

*Altalex*. <https://www.altalex.com/documents/news/2019/07/26/codice-rosso>

Biroli, F. (2018). Violence against Women and Reactions to Gender Equality in Politics.

*Politics & Gender*, 14(4), 681–685. <https://doi.org/10.1017/s1743923x18000600>

Bloom, S., & Farragher, B. (2013). ). Restoring Sanctuary: a new operating system for trauma-informed systems of care. *Oxford University Press*.

Brewer, J. (2017). *The Craving Mind*. Yale University Press.

[https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=Lyc2DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=Brewer,+J.+\(2017\).+The+craving+mind:+From+cigarettes+to+smartphones+to+love%E2%80%94Why+we+get+hooked+and+how+we+can+break+bad+habits.+Yale+University+Press.&ots=qq5su1k-9r&sig=I-Ab0ALjdgMBka3XZdRR9hT0kIc&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=Lyc2DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR9&dq=Brewer,+J.+(2017).+The+craving+mind:+From+cigarettes+to+smartphones+to+love%E2%80%94Why+we+get+hooked+and+how+we+can+break+bad+habits.+Yale+University+Press.&ots=qq5su1k-9r&sig=I-Ab0ALjdgMBka3XZdRR9hT0kIc&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Brown, J. D. (2018). Media literacy and gender-based violence: Challenging harmful portrayals in digital spaces. *Journal of Media Ethics*, 33(2), 102–117.

Brown, K. (2019). Vulnerability and child sexual exploitation: Towards an approach grounded in life experiences. *Critical Social Policy*, 39(4), 622–642.

<https://doi.org/10.1177/0261018318824480>

Buller, A. M., Pichon, M., McAlpine, A., Cislighi, B., Heise, L., & Meiksin, R. (2020).

Systematic review of social norms, attitudes, and factual beliefs linked to the sexual exploitation of children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104471.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104471>



Coy, M., & Bragg, J. (n.d.). Desensitization to gender-based violence in media: Implications for societal attitudes and intervention policies. *Feminist Media Studies*, 20(5), 712–730.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241.  
<https://doi.org/10.2307/1229039>

Customs Anti Narcotic Unit. (2024, July 3). *GUYANA DRUG/ NARCOTICS LAWS - Customs Anti Narcotic Unit*. Customs Anti Narcotic Unit - Integrity and Professionalism. <https://canu.gov.gy/guyana-drug-laws/>

Dégelih, F., Eustache, F., & Guillery-Girard, B. (2015). Le développement cognitif et cérébral de la mémoire : de l'enfance à l'âge adulte. *Biologie Aujourd'hui*, 209(3), 249–260.

Eesti inimarengu aruanne 2023. (2023, September 26). *Activities and services supporting mental health in Estonia: the current situation and development needs - Estonian Human Development Report 2023*. Estonian Human Development Report 2023 - Mental Health and Well-Being. <https://inimareng.ee/en/activities-and-services-supporting-mental-health-in-estonia-the-current-situation-and-development-needs/>

Essue, B. M., Chadambuka, C., Perez-Brumer, A., Arruda-Caycho, I., Tocallino, D., Balasa, R., Namyalo, P. K., Ravanera, C., & Kaplan, S. (2025). Women's experiences of gender-based violence supports through an intersectional lens: a global scoping review. *BMJ Public Health*, 3(1), e001405. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2024-001405>



Co-funded by  
the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Fileborn, B., & Loney-Howes, R. (n.d.). Navigating digital spaces: The role of social media activism in countering gender-based violence. *Social Movements & Media*, 15(3), 215–234.
- Franchino-Olsen, H. (2019). Vulnerabilities Relevant for Commercial Sexual exploitation of Children/Domestic Minor Sex Trafficking: A Systematic Review of Risk Factors. *Trauma Violence & Abuse*, 22(1), 99–111. <https://doi.org/10.1177/1524838018821956>
- García-Moreno, C., Stöckl, H., & Watts, C. (n.d.). The impact of media narratives on the normalization of gender-based violence. *The Lancet Global Health*, 3(5), 254–259.
- Gazzaniga, M. S., Ovary, R., & Mangun, G. R. (2019). *Cognitive neuroscience: The biology of the mind* (5th ed.). W. W. Norton & Company.
- Gill, R. (2007). *Gender and the media: A critical analysis of power and representation*. Oxford University Press.
- Group of Experts on Action against Violence against Women and Domestic Violence (GREVIO). (2025). *Report submitted by Estonia pursuant to Article 68, paragraph 1 of the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (First thematic evaluation round)*. <https://rm.coe.int/report-submitted-by-estonia-pursuant-to-article-68-paragraph-1-of-the-/1680b5db9e>



*HAS - professional*. (n.d.). Haute Autorité De Santé. <https://www.has-sante.fr/>

Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. *Basic Books*.

ISTAT. (2014). LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE DENTRO E FUORI LA FAMIGLIA. In *ISTAT*.

[https://www.istat.it/it/files/2015/06/Violenze\\_contro\\_le\\_donne.pdf](https://www.istat.it/it/files/2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf)

Jiménez, A. M., Molina, M. I. S., & García-Palma, M. B. (2014). Gender Bias in Addictions and their Treatment. An Overview from the Social Perspective. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.283>

Kitzinger, J. (2002). Framing gender violence in media discourse: Challenges and opportunities for advocacy. *Journal of Social Policy*, 28(4), 535–557.

Koob, G. F., & Le Moal, M. (2006). Neurobiology of addiction. *Academic Press*.

*Le village des addictions - Addict Aide - Le village des addictions*. (2025, July 30). Addict Aide - Le Village Des Addictions. <https://www.addictaide.fr/>

Lembke, A. (2021). *Dopamine nation: Finding balance in the age of indulgence*. Dutton.

Lolk, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Loney-Howes, R. (2021). Victim-blaming narratives in mass media: barriers to justice and survivor empowerment. *Violence Against Women*, 27(9), 1342–1362.

*Mental health problems among Estonia's adult population*. (n.d.). INIMARENG.

<https://inimareng.ee/en/1-4-mental-health-problems-among-estonias-adult-population/>

Mercera, G., Kooijmans, R., Leijdesdorff, S., Heynen, E., & Van Amelsvoort, T. (2023). Risk and Protective Factors for Sexual exploitation in Male and Female Youth From a

- Cross-Cultural Perspective: A Systematic review. *Trauma Violence & Abuse*, 25(3), 1966–1984. <https://doi.org/10.1177/15248380231201815>
- Ministry of Health Guyana. (n.d.). National Mental Health Action Plan and National Suicide Prevention Plan for Guyana 2024-2030. In *Ministry of Health Guyana*. <https://health.gov.gy/wp-content/uploads/2024/04/Guyana-National-Mental-Health-and-Suicide-Plan-Final.pdf>
- Ministry of Health, Guyana. (2003). *National Health Plan 2003-2007*. [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/National\\_Health\\_Policies-Guyana\\_2003-2007.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/National_Health_Policies-Guyana_2003-2007.pdf)
- Ministry of Health of Guyana. (n.d.). *HEALTH VISION 2020 - A National Health Strategy for Guyana 2013 - 2020*.
- Najavits, L. M. (2002). Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. *Guilford Press*.
- OHCHR. (2003). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Organization of American States. (1994). *Inter-American Convention on the Prevention, Punishment, and Eradication of Violence against Women (Convention of Belém do Pará)*. <https://www.oas.org/en/mesecvi/docs/belemdopara-english.pdf>
- Parcours Victimes. (n.d.). *accueil*. <https://www.parcours-victimes.fr/>
- Powell, A., & Henry, N. (2017). Sexual violence in digital culture: The role of media in shaping narratives. *Routledge*.

- Salihu, J. (2025). EXPLORING THE INTERSECTIONALITY OF GENDER-BASED VIOLENCE: UNDERSTANDING DIVERSE EXPERIENCES AND INFORMING INCLUSIVE POLICIES. *ResearchGate*.  
[https://www.researchgate.net/publication/389072031\\_EXPLORING\\_THE\\_INTERSECTIONALITY\\_OF\\_GENDER-BASED\\_VIOLENCE\\_UNDERSTANDING\\_DIVERSE\\_EXPERIENCES\\_AND\\_INFORMING\\_INCLUSIVE\\_POLICIES](https://www.researchgate.net/publication/389072031_EXPLORING_THE_INTERSECTIONALITY_OF_GENDER-BASED_VIOLENCE_UNDERSTANDING_DIVERSE_EXPERIENCES_AND_INFORMING_INCLUSIVE_POLICIES)
- Siegel, D. J. (1999). The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are. *Guilford Press*.
- Solidarité femmes*. (2024, March 7). Solidarité Femmes. <https://www.solidaritefemmes.org/>
- Stanko, E. A. (2017). Trauma-informed journalism: Ethical reporting on gender-based violence and exploitation. *Journalism Studies*, 21(1), 85–102.
- Ste\_Ro. (n.d.). *Pubblicazioni*. D.i.Re - Donne in Rete Contro La Violenza.  
<https://www.direcontrolaviolenza.it/pubblicazioni/>
- Strid, S., & Verloo, M. (2019). Intersectional complexities in gender-based violence politics. In *Routledge eBooks* (pp. 83–100). <https://doi.org/10.4324/9780429289859-6>
- The Council of Europe. (2011). *The Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence Against Women and Domestic Violence (Istanbul Convention)*.  
<https://www.coe.int/en/web/gender-matters/council-of-europe-convention-on-preventing-and-combating-violence-against-women-and-domestic-violence>
- United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights* | *United Nations*.  
<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>



United Nations. (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*.

<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

United Nations. (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination*

*against Women*. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women#:~:text=On%2018%20December%201979%2C%20the%20Convention%20on%20the,1981%20after%20the%20twentieth%20country%20had%20ratified%20it.>

Van Der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. <https://iris.who.int/handle/10665/175672>

World Health Organization: WHO. (2019, June 19). *Gender*. [https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1)



Co-funded by  
the European Union

*Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.*

Visitez la Bibliothèque de Mémoire  
sur YouTube @WeLensProject







Cofinancé par  
l'Union européenne

Financé par l'Union européenne. Les points de vue et avis exprimés n'engagent toutefois que leur(s) auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive européenne pour l'éducation et la culture (EACEA). Ni l'Union européenne ni l'EACEA ne sauraient en être tenues pour responsables.