

Les cahiers d'Ac.Sé

Mars 2012

Traumatismes : spécificités et prise en charge des victimes de traite

Extraits du séminaire Ac.Sé
Paris, 24 novembre 2011



Sommaire

L'intervention individualisée. Un modèle pour l'autonomisation des victimes de la traite des êtres humains, par Alexandra Mitroi, Psychologue, Association ADPARE, Bucarest	3
Les stéréotypes liés à la traite des êtres humains.....	4
Des éléments théoriques sur la victimisation	6
Manifestations du trouble de stress post-traumatique	7
6 modèles cliniques explicatifs.....	8
La dynamique du trauma	9
Profilage des femmes victimes.....	10
La prise en charge des victimes.....	11
La victime comme bénéficiaire d'un projet de réinsertion sociale.....	14
La prise en charge psychologique des victimes de la traite	15
Des aspects particuliers de l'intervention psychologique auprès des femmes victimes d'exploitation sexuelle	16
Les relations avec l'extérieur.....	18
Les mineurs victimes de la traite.....	18
Violences sexuelles : incidences sur la sexualité des victimes, par Martine Costes, Sexologue et formatrice, Association Metanoya, Paris	22
Qu'est-ce que c'est la sexualité ?	22
L'impact de l'agression sexuelle	24

L'intervention individualisée. Un modèle pour l'autonomisation des victimes de la traite des êtres humains¹

Alexandra Mitroi, psychologue, Association ADPARE, Bucarest (Roumanie)

Je travaille à l'association roumaine ADPARE : Association pour le Développement des Pratiques Alternatives de Réinsertion et Education. ADPARE est une organisation non gouvernementale fondée en 2003, à Bucarest en Roumanie. Elle a pour mission la promotion des Droits de l'Homme dans le cadre de la protection des victimes de la traite des êtres humains.

Pour remplir cette mission nous mettons en place des programmes intégratifs de protection et d'assistance afin de favoriser l'inclusion sociale des victimes de la traite des êtres humains.

La victime de la traite des êtres humains est au centre de toutes nos interventions. Nous leur proposons une assistance globale : assistance médicale, investigations spécifiques et en urgence ; nous offrons également un support psychologique (thérapie de groupe, psychothérapie, groupe de soutien, art thérapie), une assistance sociale et éducative, ainsi qu'une aide à la réinsertion professionnelle. ADPARE propose également des conseils juridiques et l'assistance et/ou la représentation des victimes dans les procédures pénales. L'équipe d'ADPARE travaille aussi avec les pays de destination, c'est-à-dire la France, la Belgique, l'Angleterre, la Suède, l'Espagne et l'Italie, et facilite l'identification et la prise en charges des victimes roumaines exploitées dans ces pays. Jusqu'en 2010 nous avions notre propre foyer d'accueil, mais nous n'avons plus eu le financement pour le maintenir ; actuellement nous travaillons en coopération avec des foyers d'accueil.

Nos actions sont basées sur la même définition que vous avez pour la traite des êtres humains : celle du protocole de Palerme.

La traite des êtres humains c'est le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation.

L'exploitation comprend, au minimum, l'exploitation de la **prostitution** d'autrui ou d'autres formes d'**exploitation sexuelle**, le **travail** ou les **services forcés**, l'**esclavage** ou les pratiques analogues à l'esclavage, la **servitude** ou le **prélèvement d'organes ou des tissus humains**.

Le **cadre législatif roumain** comprend, d'une part, l'Agence Nationale Contre la Traite des Etres Humains, qui est le coordinateur national des politiques pour prévenir et supprimer la traite des êtres humains. D'autre part, nous bénéficions d'instruments législatifs (la loi 678/2001 pour prévenir et combattre la traite des êtres humains, la loi 211/2004 sur l'assurance des mesures de protection pour les victimes des infractions graves, le Mécanisme National pour l'Identification et Référencement des Victimes de la Traite et le plan d'action national pour la lutte contre la traite des êtres humains).

Certaines **tendances** peuvent être observées et notamment des tendances législatives sur la suppression de l'infraction de traite et l'incrimination des clients ; le consentement de la victime reste relatif ; nous pouvons remarquer la non incrimination des femmes impliquées dans le sexe à des fins commerciales.

¹ Ce texte comprend la retranscription de l'intervention de Mlle Mitroi lors du séminaire Ac.Sé du 24 novembre 2011 et a été complété par des documents que Mlle Mitroi elle-même nous a mis à disposition.

Quelques données statistiques

2009 -> 780 victimes identifiées

2010 -> 1154 victimes identifiées

2011 -> 488 victimes identifiées

(pour le 1er semestre)

Les stéréotypes liés à la traite des êtres humains

Avant de commencer la présentation des éléments théoriques sur le stress post traumatique, je souhaite m'arrêter quelques instants sur **les stéréotypes liés à la traite des êtres humains**. En effet, il existe, tout d'abord au niveau de la société, des stéréotypes assez problématiques sur ce qui se passe dans la traite des êtres humains, sur les victimes et sur ce que nous, les professionnels, faisons. Ensuite, nous aussi, en tant que travailleurs, professionnels, nous sommes en proie à d'autres stéréotypes. Tous ces stéréotypes ont un impact sur l'accompagnement, la prise en charge des victimes, les pratiques d'assistance, et même sur les politiques et la mise en place des lois.

J'ai essayé d'identifier et de lister des **stéréotypes** que nous, **les professionnels** en Roumanie, pouvons avoir sur ce phénomène. Tout d'abord, il s'agit du **consentement de la personne**.

Les professionnels ne parlent pas de traite si le recrutement ou la période d'exploitation n'a pas comporté de violences physiques et de menaces. Dans ce cas là, les professionnels peuvent penser que la personne était convaincue de pratiquer de telles activités et elle n'est pas victime.

En ce qui concerne l'exploitation par le travail, les professionnels peuvent penser qu'elle a lieu seulement sur le « marché noir » ou le « marché gris ». Souvent, on pense que la traite des êtres humains se passe seulement dans les secteurs industriels illégaux et abscons. En effet, l'exploitation par le travail est rarement identifiée et les professionnels parlent exclusivement de tromperie, sans faire référence à la traite. La situation est encore plus problématique lors des procès, la plupart des victimes ne sont pas reconnues formellement.

En général, les professionnels peuvent penser que, pour identifier correctement une situation de traite des êtres humains, il faut que le contexte soit fortement lié à des éléments de contraintes physiques, séquestration, privation ou violence intense.

Dans les services sociaux, la représentation des victimes de la traite repose sur certains stéréotypes : ces sont des personnes illettrées, qui ont abandonné le parcours éducatif et qui proviennent des villages ou des endroits sans accès à l'information sur les risques associés à la traite. Ce n'est pas vrai. Les travailleurs sociaux peuvent penser que les victimes appartiennent aux communautés marginales et discriminées (du point de vue social, ethnique, de l'orientation sexuelle). Ces seules communautés peuvent être la cible des recrutements en vue de la traite : ce n'est pas vrai. Ils existent aussi certains stéréotypes concernant les enfants victimes de la traite : pour certains professionnels, la prostitution des enfants n'existe pas. Ensuite, si les enfants sont identifiés comme victimes, les parents sont toujours considérés coupables. C'est vrai que la famille a de nombreuses implications dans la vie des enfants, mais on doit essayer de travailler avec la famille et évaluer les ressources qu'elle peut offrir. Si la famille n'a pas été impliquée dans l'exploitation, il faut vraiment impliquer la famille tout au long du processus d'assistance. Ensuite, les professionnels des structures sociales s'imaginent que les victimes sont toujours motivées pour accepter l'accompagnement des services sociaux et demander leurs droits légaux. Ça ne se passe pas toujours comme ça. Aussi, nous faisons l'erreur de penser que les victimes

s'aperçoivent toujours et/ou se comportent comme victimes d'une infraction grave ; souvent elles ne s'identifient pas de cette façon.

Les professionnels peuvent avoir également des stéréotypes sur le type d'exploitation. Par exemple, ils pensent que la traite par l'exploitation sexuelle concerne seulement des jeunes femmes et filles. Nous avons rencontré, par exemple, un homme victime de l'exploitation sexuelle. Nous avons été confrontés à des grands obstacles concernant son accompagnement social ; il avait un projet précis et voulait continuer à soutenir sa famille. Il souffrait néanmoins de grands troubles liés à son exploitation, similaire à celle des femmes, mais il a toujours refusé l'accompagnement psychologique. L'exploitation sexuelle des hommes est un phénomène qui prend de l'ampleur, mais je ne sais pas si nous avons les ressources et le cadre pour la prise en charge de ce type d'exploitation.

Aussi, les professionnels considèrent que la traite par l'exploitation du travail forcé est spécifique aux jeunes hommes et ce n'est pas toujours le cas.

Un autre type d'exploitation qui relève des défis est **l'exploitation par la mendicité**. Pour ce type de traite, les victimes sont peu visibles ; les professionnels considèrent souvent que ces personnes sont des sans-abris, des mineurs non accompagnés, des personnes souffrant d'une invalidité ou ayant un diagnostic psychiatrique. Ils sont vus comme personnes sans papiers et sans histoire... Ils sont sans histoire en effet. Ce sont souvent des Roms ou des personnes qui ont mendié de leur propre gré dans le passé. Nous n'avons pas encore les ressources financières pour mettre en place une assistance appropriée pour ce type de population et de plus nous n'avons pas toujours les moyens techniques pour les identifier comme victimes de la traite.

L'impact des stéréotypes est négatif et se solidifie dans le temps. Les personnes concernées par ces stéréotypes ont tendance à se les approprier et se comporter comme nous l'attendons.

Les professionnels spécialisés émettent souvent des stéréotypes positifs. J'ai listé quelques éléments observés dans mon travail.

J'ai observé l'autonomisation (l'« empowerment ») de la victime créée par les autorités, surtout par les policiers. La victime donne des informations et a le pouvoir de « résoudre » le dossier ; souvent, on lui inflige un rôle de justicière, elle peut se venger sur le trafiquant. De ce fait, elle prendra un double rôle : d'une part, elle devient « la victime-salvatrice », qui a la tendance accrue à s'exposer à des situations de risques pour confirmer les enjeux du rôle et gagner le contrôle sur sa vie. Elle reste victime, en même temps, et a besoin d'être aidée et d'intégrer de programmes d'assistance. Néanmoins, le rôle de justicière qui l'expose aux risques et qui lui crée une impression de contrôle de sa vie rentre en conflit avec le rôle de victime qui a besoin d'accompagnement. Ce conflit peut produire la perte de lien avec le programme d'assistance ; même au-delà, la victime peut s'exposer à de nouveaux risques d'exploitation.

De plus, en encourageant/validant la participation des victimes dans l'investigation pénale qui dure longtemps, sans lui garantir le droit d'être reconnue comme victime, on expose les personnes à l'usure et la double-victimisation ; les témoignages peuvent durer des mois, plusieurs heures par jours. La victime a des attentes et parfois les procès prennent des années ; et en plus, la résolution du procès ne garantit pas toujours la reconnaissance de ses droits de victime.

Si les professionnels accordent une attention exclusive aux aspects légaux du statut et aux droits des victimes, ils peuvent provoquer la diminution de la tolérance à la frustration vers les situations contraires. Il faut dire aux victimes que la reconnaissance de ses droits peut durer très longtemps, que ce n'est pas simple et que, au final, il est possible de se confronter à un échec. De cette façon, les professionnels peuvent les aider à développer la résistance à la frustration et les capacités de « coping » avec la frustration. Au contraire, le développement d'une attitude de lutte, de

revendication des droits peut conduire à la frustration ; la victime n'est plus une personne, elle est une « étiquette » qui lutte et, confrontée à la frustration, peut perdre la confiance dans les institutions étatiques. Cela conduit à la susceptibilité et la méfiance envers les services sociaux.

La fin de la période de « victimisation » est marquée par le fait que la personne se voit comme « survivante » et peut transmettre son message aux autres. Ces messages ont une grande valeur dans le champ de la prévention ; la victime se positionne vis-à-vis des autres et pense que, ce qui lui est arrivé peut arriver aux autres aussi ; elle peut s'engager dans des actions de prévention de la traite des êtres humains.

Nous avons remarqué d'autres stéréotypes. La victime peut activer les mécanismes du type « prophétie auto-réalisatrice », quand le stéréotype (toujours négatif) est internalisé comme norme de conduite et l'applique comme tel. Elle sent du désespoir, du manque d'opportunités, elle se bloque et même rechute dans l'exploitation.

L'étiquette de « victime » de la traite peut contraindre la personne à se définir seulement par rapport à la traite ; cela fait accroître sa dépendance aux autres et il devient difficile pour elle d'accomplir les objectifs d'un parcours d'assistance : la réinsertion sociale et l'autonomisation de la personne.

Des éléments théoriques sur la victimisation

Pour commencer, je souhaite vous présenter des éléments de définition du trouble de stress post-traumatique (TSPT), comprise dans le DSM-IV²

La personne a été exposée, témoin ou confrontée à un ou des événements qui ont impliqué la mort ou menace de mort, ou de blessures graves ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui.

La réaction de la personne implique une peur intense, de la détresse ou de l'horreur. L'événement traumatique se reproduit. La personne revit l'événement traumatique de façon persistante : souvenirs, rêves répétitifs et pénibles ; agissement soudain comme si l'événement traumatique se reproduisait.

Intense détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli (se) ressemblant à un aspect du traumatisme ou symbolisant celui-ci.

Réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ; l'évitement persistant des stimuli associés au Traumatisme.

Durée des symptômes : au moins 1 mois ; le problème entraîne un dysfonctionnement au niveau social, professionnel ou dans un autre domaine de sa vie.

L'état de stress post-traumatique complexe implique des transformations, à des différents niveaux. Je trouve ces éléments intéressants pour décrire les situations des victimes de la traite, notamment pour les victimes libérées du système d'exploitation et rapatriées par la suite dans leurs pays d'origine. Ces éléments correspondent à un traumatisme plus tardif, qui peut se fixer et influencer la personne à plusieurs points de vue, comme décrit dans l'encadré suivant : changements des traits de personnalité, des changements dans la perception de l'agresseur, changements dans les relations. Nous pouvons remarquer aussi le changement de leur sens de l'existence.

² *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

Changement des traits de personnalité :

- *impuissance et blocage de l'initiative*
- *dévalorisation et stigmatisation*
- *sentiment d'être complètement différent des autres*

Changement dans la perception de l'agresseur :

- *préoccupation obsessionnelle pour maintenir une relation d'amitié/de couple avec l'agresseur ; en apparence cette relation est prosociale, mais elle donne à l'agresseur une place de toute-puissance*
- *pensées de planifier une vengeance*
- *l'agresseur est aperçu comme omnipotent*
- *tolérance (vers) et adoption du système de valeurs et des explications sur l'abus fournies par l'agresseur*

Changement des relations :

- *isolement social, retrait*
- *préoccupation constante à chercher un sauveur*
- *non-acceptation des relations avec un haut degré d'intimité ; les relations ne sont pas authentiques, elles cherchent soit un sauveur soit un coupable de leur état*
- *sentiments persistants de méfiance et suspicion vers les autres*

Changement du sens existentiel :

- *sentiments persistants d'inutilité et de désespoir*
- *colère vers la justice morale et divine*
- *rejet de valeurs de référence antérieures*

Manifestations du trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique peut se manifester, selon Hober, à des différents niveaux.

Tout d'abord, **au niveau COGNITIF**, nous remarquons des difficultés de concentration de l'attention volontaire, réduction de la fixation de la mémoire et la ré-expérimentation récurrente et intense de la situation traumatique. La victime manifeste des distorsions perceptives – illusions ; elle montre le détachement et fait des dissociations. Les personnes qui souffrent du stress post-traumatique montrent une incapacité de se souvenir des aspects importants de l'expérience traumatique vécue (amnésie psychogène). Elles souffrent de cauchemars fréquents, aux contenus traumatiques pénibles. Leur capacité à se projeter dans le futur est altérée ; elles sont dans l'incapacité d'intégration cognitive de l'événement traumatique. Souvent, des situations neutres et inoffensives sont perçues comme menaçantes.

Au niveau AFFECTIF, le stress post-traumatique se manifeste par des états d'anxiété généralisée, avec des épisodes de panique ; les personnes présentent une disposition dépressive, de la tristesse accompagnée d'états fréquents de colère, en culminant avec des réactions explosives (rage). Elles présentent des signes d'auto-culpabilité, gêne, honte, autodénigrement et anéantissement. Elles peuvent montrer une détresse intense sur la confrontation avec éléments et symboles signifiés comme liés aux expériences traumatiques. Il existe aussi d'autres manifestations comme : le détachement affectif vis-à-vis des autres, l'indifférence émotionnelle,

la diminution de la réactivité et de la modulation des émotions, accompagnée par de l'agitation ou le manque de sens existentiel, le déni des valeurs et normes.

Le SPT se manifeste, **au niveau PHYSIOLOGIQUE** par des difficultés à s'endormir et à maintenir le sommeil ou des réactions physiologiques disproportionnées quand la personne est surprise ou apeurée. La personne montre une haute réactivité physiologique en présence d'un stimulus activateur des souvenirs, sensations ou émotions associées à l'expérience traumatique ; elle peut être en état d'hyper-vigilance (« arousal »), elle fait de la tachycardie et sa pression artérielle augmente. Les victimes peuvent présenter des réactions somatiques multiples et/ou l'aiguïsement de conditions médicales existantes. Elles peuvent arriver à l'épuisement physique (« burnout »), qui conduit à des troubles de l'immunité.

Au niveau COMPORTEMENTAL : elles évitent des situations qui pourraient rappeler l'événement traumatique et montrent la diminution de l'intérêt et la passivité vers les activités (antérieurement) considérées importantes. Nous pouvons constater le changement brusque et radical du style de vie ou la fugue psychogène, des départs inattendus ; aussi, les victimes peuvent rencontrer des difficultés à accomplir des tâches quotidiennes. D'autres manifestations du syndrome du stress post-traumatique sont : des crises imprévisibles d'agressivité, la dépendance des traitements médicaux : anxiolytiques, analgésiques (AINS) prescrits pour les troubles émotionnels/physiques produits par le traumatisme, l'abus des substances psycho-actives. Elles peuvent avoir des tentatives récurrentes d'automutilation ou des conduites hyper ou hypo sexualisées.

En ce qui concerne **les RELATIONS SOCIALES**, les personnes peuvent manifester un détachement, aliénation, isolement par rapport au groupe amical ou aux réseaux d'appartenance antérieurs à la situation traumatique ; on note la dégradation des relations maritales et parentales, et détresse dans la capacité d'expérimentation et d'expression de la tendresse et de l'intimité. Les victimes montrent de la méfiance et évitent la divulgation de l'histoire personnelle. Elles montrent la crainte de revivre la violation de la confiance investie dans l'autre.

6 modèles cliniques explicatifs

Après avoir vu ces éléments caractérisant le stress post-traumatique, je souhaite vous présenter **6 paradigmes**, des modèles explicatifs qui donnent un sens plus large à la victimisation. Ce ne sont pas des modèles cliniques, mais ils aident à la compréhension.

1. John Bowlby nous propose un paradigme sur **les constructions personnelles du monde**, les structures du sens. Chacun de nous a une représentation du monde, on fait des échanges avec le monde, on a des droits et des devoirs. Chacun vit avec l'assomption que le monde a du sens et de l'ordre : « Je fais mes devoirs pour les maintenir ; je suis bon. Rien de terrible ne peut arriver dans le monde. » Quand un événement traumatique arrive, toute cette construction peut perdre son sens. La victime perd la connexion avec ses croyances, l'équilibre du monde est perdu ; la victime perd la connexion avec le monde. Le traumatisme provoque ou annule les croyances de la victime. Le Coping vise le rétablissement et vérification des hypothèses personnelles et le renforcement des croyances dans le sens du monde.

2. Le paradigme du deuil. Le deuil est une réaction saturée d'affects négatifs, associée à la rupture d'attachement.

La réaction post-traumatique ressemble beaucoup à la réaction après un deuil, c'est-à-dire la perte, avec ses étapes. La perte, liée à la rupture d'attachement, est un processus ; on retrouve ce processus dans le vécu des victimes de la traite. Les victimes perdent une partie identitaire et leur

intégrité physique est touchée ; elles ont des pertes de mémoire, des troubles émotionnelles et de la subjectivité ; elles perdent le contrôle sur leur propre corps et altèrent l'estime de soi et image de soi. L'exploitation laisse de signes sur les corps, des signes qu'elles verront toujours. Elles perdent en confiance et leur rôle au sein de la famille ; les connections avec leur milieu social sont changées.

3. La victimisation (Ochberg, 1986) est le troisième paradigme

La victimisation est une agression, injuste, violente et délibérée. La personne devient un objet, elle est infériorisée dans une hiérarchie de pouvoir. La personne est un objet de négociation, elle est vendue, dominée, exploitée. La victimisation a une tendance à s'installer de façon chronique et devient un trait immuable de la personnalité.

4. La réaction de stress, l'activation automatique (Selye 1976) est une réaction neurophysiologique automatique d'une victime. Dans la présence d'un stimulus présent, l'activation provoque l'anxiété ; pour l'activation automatique, le stimulus est évoqué ou absent, mais il provoque toujours l'activation et l'anxiété.

5. L'image de la mort (Lifton, 1967) La souffrance est une expression universelle humaine et n'est pas liée aux traits culturels ; exprimer la souffrance est une chose naturelle. Les hommes vivent en se projetant la vision de leur propre disparition, en fonction des repères culturels. En général, les hommes sont dans le déni de la mort : l'image de celle-ci reste non-intrusive et contenue dans un futur éloigné. Pour les victimes de la traite, on constate la perception claire de la mort ; elles peuvent « sentir » leur disparition, en vivant un réel danger. Plusieurs victimes montrent l'incapacité à faire des plans ; il est difficile pour une victime de se rapporter au futur (proche) pour planifier des actions à court terme. C'est comme si quelque chose était déjà mort.

6. L'intimité négative est l'invasion du corps ; c'est comme si la personne (a) avait perdu la propriété de son propre corps. Une bénéficiaire me racontait qu'une fois, avec un client, elle a ressenti un état étrange. Elle s'est vu planer, rien ne la touchait, elle était en hauteur et elle n'avait plus aucune sensation. Elle a vu que cela fonctionnait pour ne pas avoir mal et elle a essayé de faire pareil avec tous les autres clients. Les victimes d'abus sexuels vivent l'invasion de l'espace personnel et de leur corps jusqu'au point de « perdre la propriété » sur eux-mêmes.

La dynamique du trauma

Comme le montre la Figure 1, dans un traumatisme, nous pouvons distinguer plusieurs étapes.



Figure 1. La dynamique du trauma

Les victimes que j'ai rencontrées se trouvent souvent soit dans la phase de réactions de Stress Post-traumatique, soit présentant des troubles installés et sont dans la dernière phase, ce qui signifie que leur état est, dans un sens, chronicisé. La manifestation du stress post-traumatique dépend de plusieurs facteurs : l'expérimentation d'une ou plusieurs situations traumatisantes (cumulation des traumas), la fréquence et l'intensité des événements traumatisants. Le syndrome dépend également de la vulnérabilité de la personne et est en fonction de : âge; histoire personnelle, rôle de la personne dans son système familial et propre système de croyances. Ce qu'elles vivent est également lié, bien-entendu, à leur capacité de réaction, de décence, (de) leurs

ressources et leur capacité de coping avec le stress. Aussi, les personnes qui vivent plusieurs expériences de stress, même de faible intensité, sont exposées à un trauma cumulatif et sont plus vulnérables à la manifestation du stress post-traumatique.

Les personnes qui présentent le TSPT montrent des symptômes comme : la dépression, l'anxiété, des symptômes obsessionnels-compulsifs, la dissociation, diverses addictions etc.... Un symptôme ou plusieurs sont possibles en même temps.

Profilage des femmes victimes

Plus de 500 femmes roumaines sont identifiées chaque année comme étant victimes de la traite des êtres humains, en Roumanie ou à l'étranger. Elles ont été exploitées dans le commerce sexuel, le travail forcé, la mendicité forcée ou sont contraintes à commettre des infractions.

Les victimes ont entre 18 et 30 ans quand il s'agit de l'exploitation sexuelle et entre 18 et 60 ans pour le travail forcé ou autres types d'exploitation.

Les mineurs exploités sont généralement des filles entre 12 et 17 ans.

Ces personnes peuvent être originaires du milieu urbain et/ou rural (en proportions relativement égales). Concernant leur niveau d'éducation, certaines femmes ont le niveau lycée (40%) ; d'autres ont un niveau collège (40%); les victimes qui ont suivi des études universitaires, ou à l'opposé, celles qui sont illettrées sont peu nombreuses.

Les jeunes femmes mineures ont le niveau collège ou ont commencé le lycée (qu'elles ont abandonné à cause de la traite) ; parfois les filles, exploitées en Roumanie, continuent d'aller à l'école alors qu'elles sont exploitées par ailleurs.

Les pays de destination sont généralement : l'Italie, l'Espagne, la France, la Grande Bretagne, l'Allemagne, le Danemark, la Suède et la Norvège.

Il peut arriver que les femmes, notamment celles de la tranche 25-35 ans, soient en proie à la double victimisation : elles ont une histoire d'abus marital et sont exploitées par leurs partenaires ou maris ; la traite, dans ce cas-là, est rarement identifiée, car la victime ne peut pas dénoncer l'exploitation.

Nous pouvons distinguer certains facteurs de vulnérabilité, comme la féminisation de la pauvreté et les inégalités de genre ; le manque de ressources et d'opportunités socio-économiques dans certains endroits fragilise la population féminine. Aussi, la victimisation vécue à un âge précoce est liée à l'abus physique, émotionnel ou sexuel subi dans la famille d'origine ou comme résultant de la négligence parentale ou l'abandon et l'institutionnalisation. Les femmes victimes de la violence domestique sont plus vulnérables à la traite, comme les femmes provenant d'une communauté « traditionnelle », qui ont subi un viol ou se sont séparées de leurs maris (et qui sont exclues de leur communauté).

Il existe des facteurs de vulnérabilités spécifiques aux victimes mineures.

Le départ de la mère à l'étranger en laissant la fille (pré)adolescente avec le concubin est un facteur important. Souvent, le concubin de la mère n'est pas motivé à continuer à s'occuper de l'enfant ou va devenir le premier agresseur sexuel de la fille ; de plus, il arrive que celui-ci exploite la jeune fille.

La migration d'un parent peut devenir un facteur de vulnérabilité quand le parent restant est écrasé par les responsabilités et « perd le contrôle » sur l'enfant. Aussi, les parents absents au niveau physique ou émotionnel (l'abandon émotionnel), les parents hypercritiques ou hyper autoritaires et intrusifs avec leurs enfants peuvent accroître la vulnérabilité de l'enfant quant à la victimisation.

Quand le milieu familial d'origine de l'enfant est profondément dysfonctionnel (abus d'alcool, conflits entre les parents, niveau éducationnel réduit dans la famille) ou quand l'enfant est « parentalisé » et devient soutien financier de la famille, il peut devenir vulnérable. D'autres facteurs que nous avons identifiés dans la pratique sont : l'autogestion par l'enfant qui a les parents à l'étranger et qui reçoit de l'argent ou des facteurs liés au groupe social de référence (l'entourage) de l'enfant.

La prise en charge des victimes

Dans le traitement de différentes situations prises en charge par ADPARE, nous utilisons le « **case management** ». C'est une forme désinstitutionnalisée de travail, se basant sur les ressources du bénéficiaire, de manière collaborative et ayant pour but d'accroître l'accès de la personne à tous les services et son intégration sociale. Le bénéficiaire est le point central de l'intervention.

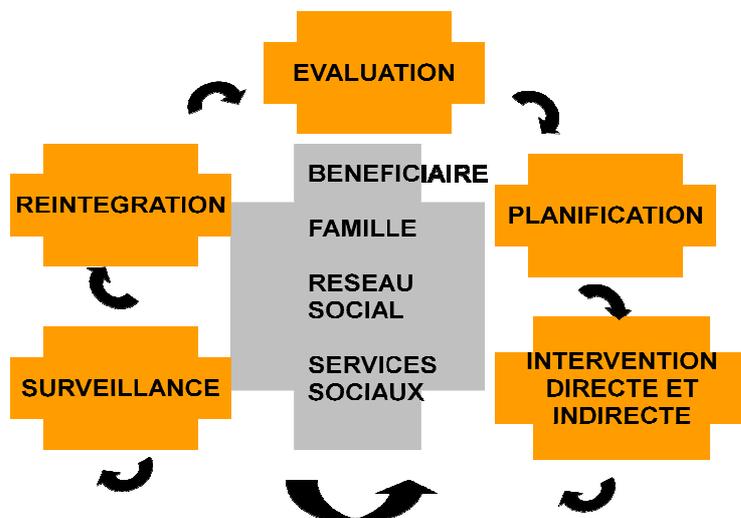


Figure 2. Le case management

Nous avons vu dans notre travail que la victime peut être encouragée, même par sa propre famille, à accepter des propositions de travail à l'étranger. Plusieurs victimes ont été « parentalisées », c'est-à-dire qu'elles ont dû gérer une maison depuis un âge précoce ; elles ont été souvent les seules « souteneurs » de leur famille ou ont eu des parents qui étaient dans l'incapacité d'assurer les ressources nécessaires. Le départ à l'étranger est vu comme une chance de plus pour toute la famille. Celle-ci devient ainsi un bénéficiaire indirect des services des victimes.

Nous commençons le processus d'assistance par **l'évaluation** : de la situation, des risques, de la famille... Nous établissons ensuite une **stratégie** et un **plan individualisé d'intervention**, contenant les services et les intervenants. Nous effectuons aussi un monitoring.

Notre programme d'intervention est construit en **trois étapes** :

1. l'assistance préliminaire, qui dure les six premiers mois,
2. l'assistance intermédiaire qui dure un an,
3. l'étape de réintégration et monitoring, qui peut durer encore un an.

Nous avons un set d'indicateurs qui nous permettent d'établir si la personne correspond à une étape ou à une autre de l'assistance.

On nous demande parfois si nous avons rencontré des succès dans la prise en charge des victimes ou si nous avons eu des cas irrécupérables. Nous ne nous posons pas la question de cette manière, les cas ne sont pas traités en « succès » ou « insuccès ». **Ce qui compte est de pouvoir**

travailler avec la personne pour qu'elle puisse intégrer le programme d'assistance et, par la suite, qu'elle puisse développer ses capacités d'intégration au maximum. La réintégration est un processus et un résultat qui dépend de nous, en tant que professionnels, de la personne, mais aussi des autres services sociaux et de l'Etat, des dispositifs de protection que nous avons à disposition.

Notre équipe de travail est composée de cinq personnes : deux psychologues, deux travailleurs sociaux et un case manager (Figure 3). Nous collaborons avec un avocat pour les conseils juridiques et la représentation des victimes dans le procès ; nous bénéficions aussi des services d'un médecin psychiatre qui est bénévole. Nous essayons de nous adapter à chaque fois, en fonction de la situation des personnes.

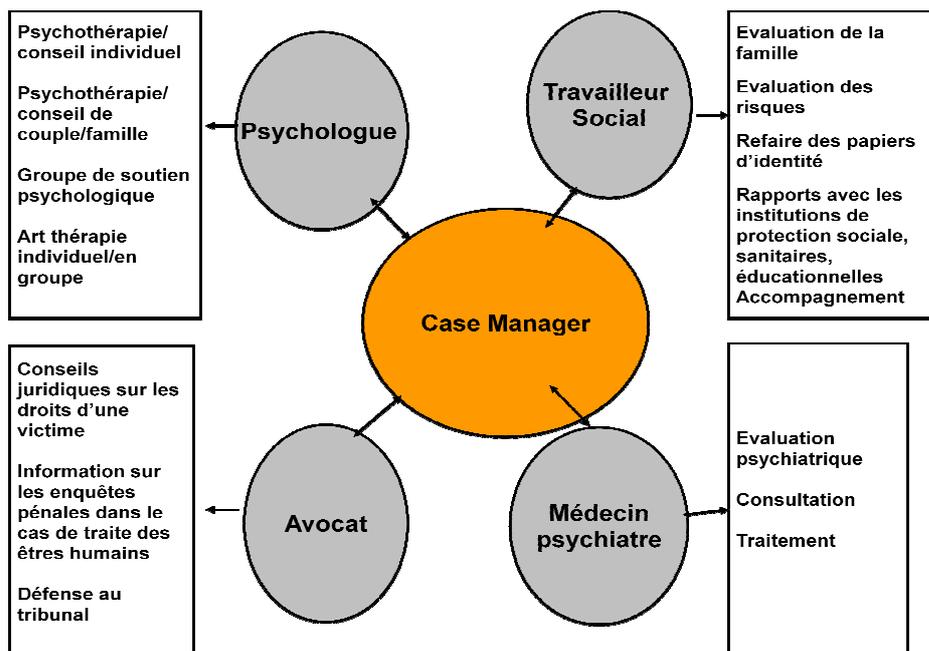


Figure 3. L'équipe d'ADPARE

Le travailleur social effectue, comme nous l'observons, toutes les tâches de médiation entre la victime et les services sociaux, il effectue l'assistance sociale et le monitoring des progrès dans le programme d'assistance. Pour les personnes qui présentent des symptômes significatifs du point de vue clinique, nous collaborons, comme je l'ai mentionné, avec un médecin psychiatre. Je tiens à souligner que l'avocat a un rôle qui dépasse, dans le temps, la prise en charge sociale des victimes ; il les accompagne dans des procédures qui peuvent durer plusieurs années, même quand elles ont quitté notre programme.

Le psychologue peut offrir des services individuels, conseil ; il met en place des groupes de support et de l'art thérapie.

Dans la Figure 4, j'ai essayé de mettre en exergue **les défis** soulevés par la prise en charge des victimes. Ce sont des défis à affronter dans l'implémentation des programmes d'assistance et qui sont liés à la fois au système, au professionnel et au bénéficiaire.

Le système	Le professionnel	Le bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> - Création de services efficaces, accessibles, appropriés aux besoins des bénéficiaires ; - Coopération multi-sectorielle pour l'implémentation des services; - L'impact de la désinstitutionalisation <ul style="list-style-type: none"> • La décentralisation des services communautaires • Services fragmentés • Financement réduit-> augmentation des coûts de l'assistance 	<p>L'interface du bénéficiaire dans le rapport avec les structures publiques/privées:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rôles professionnels multiples/superposés - Travail avec un haut degré d'incertitude <-> satisfaction réduite du travail - Limite de compétence - Exposition aux contenus traumatiques - « Burnout » (Kahill, 1988) - Traumatisme vicariante 	<p>« Multistress »- des bénéficiaires invisibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoins et attentes uniques - Problèmes qui perturbent le fonctionnement social : <ul style="list-style-type: none"> • Chômeur/jamais travaillé; • Sans abri ; • Non-éligible pour les mesures de protection sociale • Condition physique/mentale précaire ; • Isolé, non transportable

Il est très difficile de créer des services pertinents, nécessaires et accessibles pour les victimes de la traite. La coopération plurisectorielle doit toujours être rapide, l'échange d'information appropriée, mais ça ne se passe pas toujours comme ça... Pour la prise en charge d'un bénéficiaire, il faut avoir l'appui des autres services d'assistance sociale. Il faut collaborer avec les autorités, les services d'Etat et de protection sociale, avec la Police. Dans certains cas, nous avons senti que toutes les actions engagées étaient unilatérales. Les services ont un coût. La désinstitutionalisation a créé des problèmes supplémentaires, les services communautaires sont décentralisés et le coût de l'assistance peut être élevé.

Aussi, **notre équipe** étant en effectif réduit, se retrouve contrainte à effectuer et endosser des rôles multiples, qui se superposent parfois. La satisfaction au travail est parfois réduite, les situations sont difficiles et le personnel peut se trouver exposé au burn-out. L'exposition aux événements traumatiques peut anéantir l'empathie et les professionnels perdent l'espoir. Si les professionnels n'ont plus d'espoir, ils ne peuvent plus le transmettre aux victimes. Quand il n'y a plus de lien avec les victimes, nous ne pouvons pas offrir des services d'assistance et nous accepterons que leurs problèmes soient insurmontables. **Les besoins des bénéficiaires sont uniques, mais nos approches sont standardisées.**

Les victimes ont toujours vécu des difficultés qui perturbent leur insertion sociale et qui ont commencé avant le processus d'assistance. Elles doivent de nouveau se confronter à ces problèmes quand elles reviennent aux pays, par exemple si elles sont inéligibles aux mesures de protection sociale, ou illettrées ou d'un âge qui ne leur permet plus d'accéder aux programmes de réinsertion. Il y a aussi des personnes isolées ou des personnes souffrant de problèmes psychologiques ou de problèmes de retard intellectuel. Ce sont que des exemples, mais, pour faire face à toutes ces situations, nous avons dû **développer nos relations** avec les services de prise en charge de la santé mentale, ou les laboratoires, ou d'autres ONG qui offrent des services indispensables à nos bénéficiaires.

La victime comme bénéficiaire d'un projet de réinsertion sociale

Nous commençons toujours par l'évaluation du besoin et nous essayons d'avoir une **approche individualisée ... pas unique, mais individualisée**. L'exploitation a laissé des traces, a eu un impact. Nous avons rencontré des bénéficiaires qui ont déjà participé à d'autres programmes d'assistance. Nous avons des personnes revictimisées et nous devons prendre en compte tous ces éléments. Les prémisses de la prise en charge sont constituées par les besoins multidimensionnels des bénéficiaires, rendues spécifiques par : la situation d'exploitation, l'impact du traumatisme aux niveaux psychologique, physique et financier.

Il est important de **délimiter les pratiques d'assistance et les services, évaluer les ressources et poser le cadre**. Il faut organiser et structurer les services mais aussi sélectionner l'équipe qui va les mettre en place.

Les **objectifs généraux** d'un projet de réinsertion sociale sont structurés autour de trois axes :

- Assurer la protection et la stabilité de la victime, aux niveaux : physique, émotionnel et financier.
- Appliquer des protocoles stricts pour garder la confidentialité sur : l'identité, les circonstances, la localisation des victimes.
- Maintenir les mesures de protection et de sécurité autour du parcours de réintégration.

Les victimes arrivent avec moult attentes. Si elles ont été assistées dans le pays de destination, elles ont certaines attentes ; même celles qui n'ont pas été assistées ont une certaine image des services sociaux et peuvent accepter ou pas l'aide.

Pour nous, **le programme d'assistance commence dans le pays de destination**. Par exemple, les ONGs françaises avec lesquelles nous travaillons nous contactent, puis nous établissons un lien téléphonique avec la victime quand elle est encore en France. Nous effectuons un échange d'information sur la victime et nous mettons en place des liens avec les autorités qui peuvent effectuer des enquêtes sociales (si besoin).

Nous établissons aussi un **programme de discussions avec les victimes** ; cela aide à leur offrir un support psychologique et nous donne aussi la possibilité d'évaluer la situation et notamment d'évaluer les risques dans le pays d'origine. Nous pouvons travailler ensemble sur l'évaluation des droits et les options existantes en Roumanie. Nous avons besoin de ce temps pour trouver les services les plus appropriés, surtout quand la personne a des besoins complexes.

Par exemple, si la victime vient du Nord de la Roumanie, nous allons essayer de lui trouver un centre d'hébergement adapté à ses besoins, dans sa région. Par contre, si elle est en danger dans sa région, nous devons mettre en place l'accueil dans un centre d'hébergement éloigné géographiquement qui offre néanmoins des services adaptées à la situation de la victime.

S'il est possible, nous souhaitons **rentrer en contact avec la victime deux mois avant son retour** au pays. Nous évaluons les ressources, en essayant d'être réaliste en ce qui concerne l'offre de service en Roumanie. Nous avons remarqué que cette approche est intéressante et les victimes apprécient de parler avec des personnes qui parlent leur langue maternelle, même si elles ne nous connaissent pas ou ne comprennent pas ce que signifie l'assistance.

Il est également important de **recréer le lien entre la victime et sa famille**, quand celle-ci n'est pas impliquée dans l'exploitation. Il m'est arrivé de prendre contact avec les parents des victimes et

de garder secret ce qui est arrivée parce que la victime n'était pas préparée à partager son histoire avec ses parents.

Le schéma ci-dessus reprend les étapes de l'intervention. Dans ce contexte, les bénéficiaires indirects sont la famille de la victime ou d'autres personnes, par exemple une personne qui la soutient.

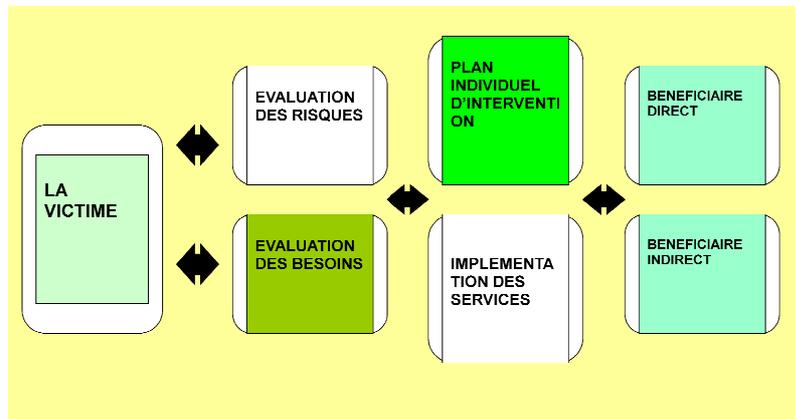


Figure 4. Le schéma d'un projet individuel de réintégration

Dans notre travail, nous utilisons différents outils et notamment **des indicateurs d'évaluation** : pour les risques, la famille etc. Ce sont des outils développés par l'OIM ou d'autres organisations. Il est important pour nous d'établir des priorités, en fonction de notre évaluation : les besoins, les risques et les opportunités.

Le case manager, avec la victime, collaborent pour trouver les meilleures solutions. Ils établissent les **priorités du projet d'assistance** et ils négocient et établissent des objectifs à atteindre, dans un plan d'intervention. Ces objectifs ne sont pas fixes ou stricts, ils sont modifiés en fonction de l'évolution de la situation. Des activités concrètes sont proposées et leur implémentation est envisagée. Aussi, il est important de **définir et diviser les attributions des professionnels** dans notre équipe, pour être sûres de ne pas doubler les interventions et d'offrir le maximum de services pour les personnes.

Les prémices de l'intervention comprennent **la protection et la sécurité pour le bénéficiaire** et aussi le fait de lui **allouer le temps** nécessaire pour réintégrer une vie autonome, à travers des services spécifiques. Nous essayons de mettre en place une action unitaire, qui vise une bonne inclusion sociale. Nous essayons aussi de mettre en place une approche intégrative et multidisciplinaire.

La prise en charge psychologique des victimes de la traite

La prise en charge commence avec les premières conversations téléphoniques, quand la victime est encore à l'étranger et peut durer jusqu'à un an après la fin du programme d'assistance.

La figure suivante (Figure 5) reprend les différents niveaux de profondeur de l'approche du psychothérapeute. L'art thérapie, par exemple, n'est pas du tout intrusive, mais elle nous donne pour autant accès à des contenus et des symboles très intimes de la personne.

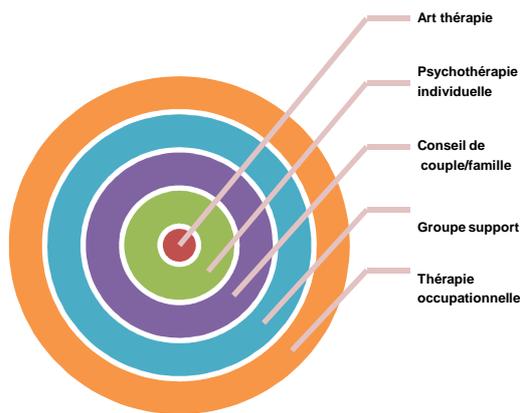


Figure 5. Prise en charge psychologique

L'approche psychothérapeutique est de longue durée et s'inscrit dans une démarche collaborative avec le bénéficiaire. Cette approche est doublée par une approche plus directive, qui offre un cadre bien délimité. Celui-ci peut aider la victime à poser ses expériences, sentiments et discours saturés souvent par des émotions négatives.

Le but de la psychothérapie est **l'acquisition de l'autonomie personnelle du bénéficiaire**, l'amélioration de son inclusion sociale et la réduction des symptômes post traumatiques. Il s'agit d'inclure le client dans un processus de normalisation, par étapes. Nous visons également l'intégration des expériences de vie dans le but d'atteindre le bien-être personnel.

La psychothérapie individuelle. Tout d'abord, nous essayons la réduction de l'intensité des symptômes post-traumatiques, afin de travailler avec les victimes sur leurs objectifs. Il faut donner un sens alternatif ou intégrer (idéalement) la situation traumatique dans l'histoire personnelle de vie (refaire la mémoire, refaire la structure). Il est important de développer les capacités d'autoreprésentation de la personne, gagner une nouvelle perception sur la vie, sur soi, son corps... et tous les autres niveaux. C'est aussi important de normaliser l'image de soi du bénéficiaire et l'aider à construire des capacités d'interaction sociale appropriée et mature.

Les victimes viennent avec **des modèles de communication**, qu'elles ont expérimentés. Ce sont des modèles (patterns) significatifs et ils nous donnent ces rôles : on peut devenir leurs parents, le trafiquant ou une autre personne qui a marqué la victime à un point donné dans sa vie. Nous « contenons » également la vision de la société ; elle nous « utilisent », font des tests pour vérifier la perception de la société. Il faut être attentif, ces vérifications peuvent se passer via la psychothérapie, mais aussi dans l'équipe d'assistance. Certains échanges relationnels peuvent ressembler beaucoup à ce qui se passe dans la relation de traite. La case manager a l'autorité et la victime peut avoir différents type de réaction : coalition, lutte, mensonge... les réactions sont multiples.

Des aspects particuliers de l'intervention psychologique auprès des femmes victimes d'exploitation sexuelle

Le modèle relationnel que les victimes apportent avec elles a une influence sur la prise en charge. Par exemple, elles ont une certaine perception sur **l'assistance résidentielle**. L'hébergement est temporaire, les bénéficiaires ne peuvent pas se sentir comme « à la maison » et craignent la fin de

période l'hébergement ; elles manifestent aussi des sentiments d'insécurité et de crainte de ne pas pouvoir trouver un logement après.

Parfois, si la victime a passé du temps en institution, la prise en charge peut la renvoyer à sa précédente expérience, par des similitudes. Par exemple, l'équipe qui fait l'accompagnement actuel peut être considérée comme étant la même que celle connue dans le premier centre.

La prise en charge résidentielle, dans des logements protégés, implique aussi des **règles de vie en communauté** : respecter des règles écrites (le Règlement intérieur) et non-écrites, basées sur la délimitation de l'espace personnel et le respect de l'autre. Il est important que les personnes puissent faire confiance aux autres membres du groupe, mais la situation est délicate pour les victimes de traite qui ont perdu cette confiance et n'ont plus la notion d'« espace personnel ». Dans notre cas, le groupe n'a pas d'histoire, les personnes ne se connaissant pas et n'ont pas choisi de vivre ensemble. Pour palier à ces difficultés nous avons essayé, dans l'appartement protégé, d'organiser une « **chambre de transit** » **pour les personnes nouvellement arrivées**. Cette expérience a été intéressante parce que l'espace a été délimité ; de plus, les autres filles (même si dans le passé certaines ont eu quelques difficultés relationnelles entre elles) se sont comportées comme un groupe compact, qui avait des règles et qui « testait » la nouvelle fille par différents moyens.

Nous avons connu aussi un autre type de situation : quand la fille arrivée récemment a été perçue comme une proxénète faisant du recrutement ; les autres filles, qui en avaient très peur, ne nous ont rien dit. Nous nous sommes rendus compte de la situation quand nous avons découvert que la nouvelle venue avait pris des photos de toutes les filles sur son portable ; de plus, nous n'avons même pas pu en discuter avec les autres filles parce qu'elles étaient toutes anéanties par la peur. Cette situation nous a permis de nous rendre compte de nos limites : nous faisons confiance aux nouvelles venues, de manière inconditionnelle et ce n'était pas la bonne solution.

Les relations sociales des victimes prises en charge sont souvent absentes ou non-authentiques. Les personnes tissent des relations éphémères, elles n'ont pas le choix de leurs camarades et vivent dans un groupe sans histoire. Souvent, elles construisent des alliances et/ou des amitiés interchangeables tout le temps, comme si elles jouaient à un jeu allié/ennemi. Ceci est peut-être lié à ce qu'elles ont vécu antérieurement : c'est « le bon moi » et « le mauvais moi » ou « la partie de moi qui a vécu une chose et qui est sale » et « la partie de moi qui est pure ». Des cycles d'« alliances en changement » s'installent (changing alliances – Simmel, 1998)

Les professionnels sont perçus comme étant une influence externe et représentant la société ; ils n'ont jamais vécu ce type d'expérience, et, en conséquence, ne peuvent pas comprendre. C'est au bout d'un long temps de prise en charge (parfois même un an), elles arrivent à nous faire confiance et se confier à nous ; il a fallu **donner du temps, résister, se laisser tester...** A la fin, on peut construire des relations et avancer. Elles ont en fait besoin de reconstruire leur subjectivité ; elles peuvent mentir, se vanter, s'exposer à des risques... elles passent par des étapes pour recréer la nouvelle identité et remplacer l'ancienne identité.

Le groupe des bénéficiaires montre une forte identité collective quand elles font face au groupe du personnel éducatif. Les bénéficiaires ont **tendance à se coaliser**, de se « couvrir » et de manifester de l'opposition envers le personnel, quand il s'agit la désobéissance aux règles. Elles forment le groupe « in », de l'intérieur ; nous sommes le groupe « out », de l'extérieur et elles nous manifestent leur opposition en tant que groupe. Nous n'avons pas rencontré ce type de comportement chez les bénéficiaires de l'extérieur, qui vivaient dans leur famille ou dans un autre endroit qu'elles percevaient comme sécurisant et qui leur donnait la possibilité de reconstruire leur identité.

Il est intéressant de suivre un groupe qui vit ensemble pendant longtemps. Nous avons pu observer trois personnes, provenant de milieux très différents, qui ont vécu ensemble pendant un

an et demi. Elles ont fonctionné comme un groupe « compact », elles avaient besoin des mêmes choses ; elles parlaient beaucoup entre elles, et se partageaient leur vécu dans l'exploitation. Cela a eu un effet bénéfique au début, elles ont pu s'apaiser réciproquement, ont pu catalyser leurs sentiments négatifs. Sur le long terme, ce fonctionnement a engendré des tensions ; elles ont développé des conduites compétitives et des tendances à se comparer sur leur apparence physique, leurs positions dans le groupe social, les services dont elles bénéficiaient, leurs familles, le niveau de gravité de leur exploitation, le degré d'innocence... Ces trois filles avaient en commun un comportement que les trafiquants recherchaient : gratifier les plus dociles, celles qui sont très actives, et punir les autres. Une fille me disait qu'elle ne devait pas parler ou faire de bruit. Toutes ont été gratifiées par les trafiquants en tant que « belles femmes ».

Les relations avec l'extérieur

L'absence de relation sociale ou l'absence de famille, dans le cadre de l'assistance, engendre aussi des positionnements spécifiques et des actions compensatoires : elles utilisaient leur portable de manière excessive, avec plusieurs cartes prépayées. Elles nous téléphonaient très souvent, avaient plusieurs profils sur les réseaux sociaux sur Internet. Cela a pu créer des situations de tension parce que les travailleurs sociaux ne peuvent pas leur imposer des choix.

Elles ont aussi tendance à se vanter d'avoir beaucoup d'amis, de connaissances influentes. Aussi, ces personnes concentrent leur affection sur un « professionnel préféré », tout en essayant de se « coaliser » et de transgresser la relation professionnelle.

En dehors du centre, les relations sont souvent « chaotiques » : entamer des relations romantiques passagères, faciles à contrôler ou interrompre. Ce ne sont pas des relations d'intimité, mais une manière de « tester le terrain » ; en se sentant libres, elles ont la possibilité de tester leur capacité de contrôler l'environnement et les relations. Même si ces relations ne comptent pas, elles vont leur donner la possibilité de tester leurs capacités d'action. C'est une sorte de normalisation de la situation, les personnes commencent à s'ouvrir vers l'extérieur et **testent leurs capacités relationnelles**, même si elles ne sont basées que sur l'apparence physique, par exemple. La normalisation commence par un excès.

Les manières de garder la relation avec l'extérieur

Les victimes communiquent souvent par un silence impénétrable ; ce n'est pas le silence sur l'exploitation, mais le silence sur tout. Elles sont en attitude de ne pas vouloir parler et nous signifient qu'elles souhaitent avoir du temps pour elles, avoir de l'espace.

Nous pouvons remarquer aussi la manipulation des règles : elles « oublient » le règlement intérieur et les répercussions si celui-ci n'est pas respecté ; elles ne font pas le ménage dans leurs chambres, pour nous montrer que c'est quelque chose de mineur et nous ne pouvons pas les y obliger.

Aussi, elles nous parlent de manière bruyante ou en donnant beaucoup de détails, dans le but de se protéger et distraire l'attention des professionnels de leurs émotions réelles. L'utilisation des mensonges leur donne l'occasion de **contrôler le degré d'auto-exposition** ; elles ne veulent pas s'exposer en présentant la réalité et préfèrent se cacher derrière des mensonges. Les mensonges leur servent aussi à contrôler la réaction d'autrui, pour garder l'affection ou l'approbation d'autrui ou bien pour sortir d'une situation inconfortable.

Les mineurs victimes de la traite

Les effets sur les mineurs victimes de la traite peuvent varier. Nous remarquons des ressemblances entre eux et les victimes adultes de la traite dans la mesure où celles-ci ont souffert aussi d'abus multiples pendant l'enfance.

Ils développent des **capacités incroyables d'adaptation** à la vie précaire et aux dangers, et se perçoivent comme survivants, ayant des ressources pour s'adapter aux situations de risque.

Ces expériences s'associent aussi avec le type d'**attachement évitant** (comme prédominant). Ils n'ont jamais eu dans leur entourage un adulte pouvant leur offrir des repères et de la protection. Ils se voient seuls, autonomes et ne cherchent pas de l'aide. Ils ont des difficultés à se fier à la protection des adultes. Cela se reflète aussi dans le cadre des services d'assistance, où ils ont des difficultés à créer des relations de confiance avec le personnel. Ils limitent les échanges avec les adultes, même les professionnels. Ils restent, néanmoins et ils attendent, comme s'ils testaient leur capacité à donner la confiance.

Ces mineurs se protègent, ils ont créé leur propre système de défense ; quand ils donnent leur confiance, si la personne en face ne tient pas parole, ils perdent tout et vivent encore une fois le rejet et l'abandon. Il est très difficile de créer des relations avec les personnes qui ont ce type d'attachement ; le mineur peut tester beaucoup de choses... Si les professionnels sont plus rigides ou ont des faiblesses ou ne sont pas « le professionnel préféré », ce « test d'endurance » est très difficile à tenir. L'enfant fait appel aux **mécanismes subtils de manipulation émotionnelle** ou de **lutte contre l'autorité de l'adulte** (ex. désobéissant les règles de l'assistance ; exposition aux risques) ; en racontant des histoires pour voir si le professionnel peut les écouter.

Le discours de l'enfant (je parle ici des mineurs entre 14 et 17 ans) peut contenir des éléments d'intimidation, (bullying, en anglais) ; ils décrivent des fantasmes agressifs où tout est « noir ou blanc »... Quand tous ces tests sont finis, la relation est construite et on peut travailler avec eux. J'ai remarqué ce comportement même chez des victimes adultes, quand elles ont vécu des traumatismes pendant l'enfance.

La **dissociation intérieure** est très forte dans ces situations. Ils se décrivent comme s'ils étaient deux personnes vivant dans le même corps (le bon moi et le mauvais moi). Les deux parties du « moi » sont séparées et ne peuvent pas être mélangées, même si la personne continue à pouvoir fonctionner.

Des idées pour approcher l'enfant : comment faire pour construire quelque chose ? Au fur et à mesure de nos expériences, nous avons essayé de réfléchir sur les bonnes pratiques dans l'accompagnement de ce type de mineurs. Il nous semble important de **ne pas répondre** aux provocations de l'enfant. Les difficultés à maintenir la confiance dans la relation **n'indiquent pas un échec** professionnel ou personnel ; même si le détachement est difficile dans ce type de situations, le professionnel peut faire appel à la supervision ou à d'autres techniques de soutien. Il me semble intéressant d'offrir à l'enfant l'espace pour exercer des conduites et attitudes variées dans une relation sécurisante. Le professionnel a le rôle de créer un cadre avec des règles claires ; il montre un modèle d'autorité appropriée et directe.

Je crois aussi que **l'intervention doit se baser sur les besoins et les valeurs de l'enfant**, l'évolution étant favorisée par l'acceptation et la compréhension du professionnel du mode de vie et des croyances de l'enfant. Cela aide à entendre et comprendre les besoins qui sont derrière ces valeurs.

Par exemple, dans notre centre d'hébergement, les filles écoutent un type de musique qui s'appelle « manele ». C'est une musique au goût douteux et qui présente la femme comme un objet sexuel. C'est comme si les filles écoutaient de manière obsessionnelle ce qui leur est arrivé dans l'exploitation. Elles écoutaient tout le temps cette musique, avec un son élevé. Nous avons souvent confisqué leurs CD. Par la suite, nous avons instauré une sorte d'amende : elles payaient une somme infime à chaque fois qu'elles écoutaient cette musique. Il a fallu comprendre ce que ces valeurs reflétaient. L'enfant qui n'est pas pris en compte, qui a dû vivre comme un adulte, ou l'enfant qui n'a pas eu d'affection et qui rencontre une personne qui le recrute, lui promettant plein de choses, sera une proie facile face aux promesses et sera piégé. Les enfants développent des manières d'exprimer leurs besoins et de les faire prendre en compte.

Notre but, en tant que professionnel, est de faciliter l'évolution de l'enfant, en identifiant des manières alternatives pour satisfaire ses besoins, dans un cadre protégé.

Le conseil de couple et famille. Il nous semble très important d'effectuer, quand cela est possible, un travail avec les familles des victimes. La famille se confronte à une situation nouvelle. Il est important de faciliter l'expression des blocages et des émotions négatives associées aux situations traumatiques. Il faut les guider et les conseiller dans le réajustement à la nouvelle situation.

Il est aussi important que la famille évite d'étiqueter la victime, comme si elle était malade.

Un travail sur la dynamique familiale est indispensable parce que souvent il s'agit, pour les victimes, de rôles qu'elles ont eus dans leur propre famille; il faut explorer et annuler les rôles du symptôme traumatique. Nous effectuons un travail sur la clarification des rôles, leurs délimitations et les loyautés dans le système familial. Il est important de remplacer les stratégies dysfonctionnelles de communication par des stratégies actualisées et appropriées.

Le milieu social et la culture d'appartenance ont un rôle essentiel dans la re-inclusion sociale des victimes. Le processus de réintégration est catalysé par le soutien émotionnel que les victimes reçoivent de leurs familles et des groupes de soutien social. C'est pour toutes ces raisons qu'il est essentiel d'impliquer la famille (nucléaire, d'origine et étendue) dans le programme d'assistance. Souvent, la famille rencontre des difficultés à comprendre les changements dans la conduite des victimes; aussi, les émotions négatives (la culpabilité, la rage et/ou la dépression) surchargent les relations et génèrent des conflits intrafamiliaux.

Le besoin de protection et d'aide spécialisée peut être déterminé par la peur généralisée à l'ensemble de la famille.

Egalement, le manque d'opportunités sociales et professionnelles dans le pays peut générer la dépendance des parents vis-à-vis de la victime (cela peut concerner, par exemple, les enfants des victimes; des parents handicapés, sans revenus, chômeurs etc.). C'est ainsi que la famille devient bénéficiaire de façon indirecte des programmes d'assistance. Ils peuvent devenir des usagers de services médicaux, financiers, participer aux sessions de psychothérapie etc.

L'Art thérapie individuelle et de groupe est universellement applicable. Nous avons l'expérience du travail de groupe, entre 8 et 10 bénéficiaires. Nous utilisons ce type d'intervention dans les séances de conseil individuel, quand cela est nécessaire.

Grâce à son caractère non-intrusif, l'art thérapie est très utile pour les personnes ayant des difficultés marquantes de fonctionnement (intellect peu développé, diagnostic psychiatrique) et pour celles avec un niveau éducationnel réduit. Plusieurs matériaux peuvent être utilisés : peintures, petites sculptures en pâte à modeler, collages...

L'art thérapie vise le développement d'une attitude auto-gratifiante envers les productions artistiques personnelles. Elle aide à exprimer les événements traumatiques d'une manière symbolique par le travail créatif et actualise l'image de soi en activant les ressources inconscientes. Ces techniques nous permettent aussi d'exercer la créativité, l'autoréflexion, et d'accroître la cohésion intrapsychique. Nous pouvons aussi obtenir la séparation du trauma, par le déplacement du focus sur la découverte de soi. Au niveau des relations sociales, l'art thérapie permet de partager la perception des membres du groupe sur un individu et sur sa création.

Le groupe de soutien psychologique permet d'exercer la coopération et le partage entre les membres du groupe. Ils partagent des histoires tout en développant leur attitude pro-sociale. D'une part, le groupe de soutien permet d'autonomiser les bénéficiaires en les impliquant comme personnes facilitatrices de soutien dans le groupe, et d'autre part il permet l'exercice des feedback positifs (qu'ils donnent et reçoivent) dans un cadre sécurisant. C'est un moyen d'exercer la

coopération et d'éloigner des modèles de compétition que les personnes ont appris quand elles ont été exploitées.

Le groupe nous permet aussi de « ritualiser » le trauma et d'échanger sur le trauma. Si toutes les semaines, nous travaillons pendant deux heures sur les traumas, les personnes n'auront plus besoin d'en discuter à la maison. Le groupe aide les personnes à clarifier leur position comme membre d'un groupe, par le rapport conscient aux autres et la normalisation des rapports sociaux.

Pour finir mon intervention, je souhaite vous présenter les conseils d'un psychothérapeute qui parle des victimes en général. Je pense que ses propos sont adaptés pour les victimes de la traite.

- Ayez confiance en la capacité des personnes à se guérir
- Le processus de récupération est possible à l'aide du conseil, sans le conseil ou malgré le conseil
- Assurez le sentiment de protection et de sécurité
- Construisez l'espoir
- Donnez aux victimes une explication sur ce qui se passe avec elles et autour d'elles
- Evitez la re-victimisation
- Laissez-les expérimenter l'indépendance
- Utilisez les ressources des personnes victimes, même s'il est difficile de les apercevoir
- Intervenez dans le contexte, dans le système des valeurs qui sont réels pour les victimes

Violences sexuelles : incidences sur la sexualité des victimes

Martine COSTES-PEPLINSKI, Sexologue et formatrice, Metanoya Paris

Bonjour,

Je suis Martine Costes-Péplinski. Costes parce que c'est le nom de mon père. *Péplinski* parce que c'est le nom de ma mère et que, depuis 2002 en France, les femmes peuvent enfin donner leur nom à leur enfant. J'ai donc décidé de la remercier en portant son nom.

Je fais de la formation depuis très longtemps et, à mon avis, la formation est une ressource et constitue un outil essentiel dans la lutte contre l'épuisement professionnel. Nous sentons tous que des journées comme aujourd'hui font le plein d'énergie, remuent un peu les idées et nous aident à se consolider mutuellement.

Je travaille essentiellement sur deux sujets, je dis souvent deux colonnes vertébrales : la violence et la sexualité. Cette intervention sera complémentaire du travail d'Alexandra Mitroi sur le stress post-traumatique ; car comme vous avez remarqué, le syndrome de stress post-traumatique peut impliquer une hypersexualité.

Je me suis formée comme sexologue à cause de la prostitution. J'ai suivi l'enseignement de sexologie à la Faculté de Médecine (enseignement initié par une grande féministe, Susan Képès, une féministe, médecin, co-fondatrice du Planning Familial et militante de la Fondation Abolitionniste Internationale.

Cependant, la faculté de médecine ne m'a pas donné beaucoup d'éléments quant aux conduites extrêmes que l'on rencontre quand on travaille sur nos sujets. Il a fallu chercher d'autres outils, que je vais essayer de les partager avec vous.

Nous allons tâcher de donner du sens à des conduites qui nous heurtent, nous blessent, nous interrogent et peuvent nous traumatiser par rebond. On en ramène parfois quelques cauchemars dans le lit conjugal...

Qu'est-ce que c'est la sexualité ?

Est-ce naturel, culturel, pulsionnel, rationnel, contrôlable ? Est-ce que les hommes n'arrivent pas à se contenir ? Est-ce magique ou diabolique ? Toutes les femmes sont-elles des sorcières ?

On sait que l'humain est un animal de l'espèce mammifère parce que les femelles allaitent leurs petits. Si on se compare avec les mammifères les plus proches de nous, comme le chimpanzé, on voit que le coït se produit seulement dans le but de la reproduction. C'est la femelle qui «ouvre la danse», à période régulière. Elle a des chaleurs et, par son comportement, montre aux mâles qu'elle est prête. Ceux-ci rappliquent, se lustrent, se font beaux et se battent entre eux pour remporter le « gros lot ». Un seul sera servi. Hors période de rut, pas de coït.

Chez l'animal humain, la sexualité peut s'exercer en toute période - en dehors des périodes de reproduction : le jour, la nuit, n'importe quand, n'importe où et dans plusieurs positions – y compris par des orifices qui ne servent pas la reproduction ! Nous, humains, ne sommes pas tenus à notre horloge biologique stricte : on peut boire sans soif, se nourrir de toutes sortes d'aliments ; on peut faire des orgies et on peut jeûner, avoir des rapports sexuels multiples et diverses ou

rester vierge toute sa vie. Tout cela ne fait pas mourir. Pourquoi ça se passe comme ça chez les humains ?

Cette interrogation a traversé l'histoire. Nous avons des traces dans beaucoup d'écrits, notamment des philosophes grecs, qui proposaient l'explication suivante : la femme a perdu l'œstrus (la période des chaleurs). Alors, il aurait été possible que les femmes n'émettent plus de signaux et l'espèce s'éteigne ? Non, les grecs expliquaient que les femmes se seraient mises à « clignotent » tout le temps et que les messieurs se trouvent face à une surexcitation continuelle. Dans cette optique, il fallait contenir les femmes pour les protéger d'une sexualité qu'elles ne contrôlaient pas.

Il faut mettre à l'abri les femmes pour que les hommes puissent gérer sereinement les affaires de la cité. Dans cette logique, les grecs ont décidé que la femme ne pouvait être citoyenne : « les deux choses qui entraînent dans la folie dans le monde sont les dieux et les femmes ».

Aujourd'hui, on sait encore très peu de choses sur la sexualité car elle a été peu étudiée. Elle a été traitée comme un fantasme. Rarement comme une fonction du corps humain... Pourtant, notre sexe est en matière humaine, en cellules, nerfs, muscles... Y compris dans la prostitution, beaucoup d'études évoquent le déni de la sexualité. Pourtant, c'est bien du à corps à corps !

Un marqueur évident : le sexe est extérieur et visible chez l'homme et intérieur pour la femme.

Le sexe masculin est extérieur : l'homme peut le voir et remarquer tous les changements. L'expérience de son sexe, l'homme la fait par les yeux et par la main. Pour un homme c'est une banalité, mais cela peut être déconcertant pour la femme qui ne fonctionne pas de la même façon.

Ce sexe masculin, externe, **comme archétype, induit la notion d'intrusivité**. Il induit une tonicité, une énergie, une propulsivité. Tout homme, pour pénétrer une femme, doit mettre de l'énergie et de la tension.

Ce sexe externe et érectile va devenir important pour les humains quand ils ont compris son rôle dans la reproduction (vers 10000 av JC). Ils ont réalisé que la vie ne sortait pas « magiquement » du ventre de la femme. Cela va donner – dans nos sociétés occidentales- un rôle prépondérant au sexe masculin, au point que la filiation a été inversée : la filiation matriarcale a disparu au profit de la filiation patriarcale, qui a été officialisée par écrit quatre mille ans avant Jésus Christ.

Chez la femme, le sexe est essentiellement interne. Et la partie externe est cachée entre les cuisses. Pour qu'une femme se l'approprie, il faut qu'elle le découvre, il faut qu'on lui dise qu'il existe. Historiquement, ce mystère a été source d'interprétation, de sacralisation et aussi de négation.

A quel âge une fille apprend-elle qu'elle a un vagin ? Encore trop souvent au premier rapport sexuel. Quand aux ressentis internes, aux sensations du bas ventre sont associées aux règles et aux douleurs de la maternité.

Le désir sexuel, l'excitation sexuelle, le plaisir sexuel ? Qui leur apprend comment ça marche ? Qui sait comment ça marche ? Avec cette intériorisation, nous avons renforcé un **archétype de réceptivité** chez la femme : pour que le rapport se fasse, il faut que le mâle soit intrusif et elle réceptive

Physiologiquement, avec la station debout, le rétrécissement du bassin, l'intériorisation des organes génitaux féminins va clore la porte du mystère. Et le corps féminin va accentuer des indicateurs secondaires extérieurs de féminité : les hanches, les seins permanents, puis le maquillage, le travestissement. Ces signes extérieurs sont propres à l'espèce humaine.

Il est donc très difficile pour le mâle de savoir quand la femme est prête à un rapport sexuel – surtout si elle ne le sait pas elle-même. Cela va être source d'un qui pro quo sexuel entre hommes et femmes.

L'impact de l'agression sexuelle

Sur l'identité sexuelle

Pour la fille, malgré tout, l'agression sexuelle confirme l'archétype sexuel identitaire puisqu'il y a pénétration. **Pour le garçon, l'agression sexuelle le met dans une situation « féminine »** parce qu'il est « pénétré » au lieu d'être intrusif. Tous les garçons qui ont été sexuellement agressés, auront une problématique identitaire et se demanderont s'ils sont garçon ou fille.

Selon âge de la victime

L'impact d'une agression sexuelle sera, bien entendu, lié à l'âge de la victime. Si c'est un enfant de six ans, ce n'est pas pareil que pour ceux de douze ans ou quatorze ans. Pour les âges précoces, on constate une irruption de la sexualité génitale alors que l'enfant n'y est physiologiquement pas prêt. Même si un petit garçon a des érections à six ans, il n'est pas dans la maturité génitalisée de sa sexualité.

L'âge de l'auteur est également important, nous constatons un impact différent si l'agresseur est quelqu'un du même âge que la victime ou si c'est un enfant abusé par un adulte. A ce moment-là, au lieu d'être protecteur, l'adulte devient quelqu'un d'agressif et impose ses « besoins » en niant ceux de l'enfant.

Le lien de proximité avec l'agresseur

Un autre facteur important est **la proximité de l'agresseur** : est-il connu, de la famille ou un inconnu. Plus le lien est « proche », plus le modèle imposé par l'adulte s'inscrit comme un ordre.

Le niveau de violence de l'agression

« L'agression sexuelle » est liée, dans notre imaginaire, à la violence. Or, beaucoup d'agressions sexuelles pendant l'enfance qui se commettent sans violence. Comment cela est possible ? Prenons l'exemple d'un homme suédois avec lequel nous avons beaucoup travaillé. Il s'est trouvé agressé pendant très longtemps par un voisin, mais sans s'en rendre compte. Ce voisin l'invitait chez lui, lui donnait un goûter, il le faisait jouer aux cartes, le laissait gagner en lui disant qu'il était intelligent. Ainsi la confiance s'est établie... Un jour, le Monsieur était malade et lui a demandé de le réchauffer dans le lit. Ensuite, il n'a aucun souvenir de ce qui s'est précisément passé. Par contre, il sait se souvient qu'après, il a eu le droit d'essayer la mobylette...

Pour ce type d'agressions sexuelles, sans violence, **les agresseurs installent un rapport de « confiance »**, ils donnent des récompenses, ils achètent le silence. Cet homme avait trente ans quand il a compris très tard qu'il s'agissait d'un viol. Lui, enfant, il croyait être aimé.

L'agression unique / l'agression répétée

Il existe une différence entre **les agressions uniques et celles à répétition.**

Il est très différent d'avoir été agressé une fois par un inconnu ou d'avoir subi l'agression par un proche. Quand c'est un proche, cette agression sera répétée, répétée, parfois des années durant. Quand on subit des agressions sexuelles répétées, de la part d'un proche, on est dans un **contexte de soumission installée.** On voit bien que ces enfants-là sont préparés, une fois adultes, à soumettre cette partie-là de leurs corps.

La vie ne commence pas avec l'agression sexuelle

Enfin, je tiens à attirer votre attention sur le fait qu'il est important de considérer que la vie de quelqu'un ne commence pas par une agression sexuelle.

Souvent, quand il y a un abus, on a tendance à travailler seulement sur cet abus, mais, dans cet exemple du jeune homme suédois, on se rend compte que **l'abus a été possible parce que plusieurs conditions ont été réunies**: la famille n'était pas chaleureuse, elle n'offrait pas d'attention etc.

Il existe un danger à travailler seulement à partir de la blessure liée de l'agression sexuelle. **Il faut se préoccuper aussi de ce qu'il y a en-dessous**: des vraies carences familiales comme un deuil précoce par la perte d'un parent. L'agression sexuelle peut être la révélation de la détresse et pas la cause de la détresse future. Alors, le comportement de la victime: culpabilité, silence, secret, évitement, honte, soumission...

Le devenir de la victime

- Si elles sont devenues victimes c'est parce **qu'elles n'ont pas été capables de se défendre** – et elles s'en sentent coupables.
- Il existe un risque important que ces personnes soient à nouveau abusées parce que, via le syndrome de stress post-traumatique, nous avons compris que les victimes remettent en place les mécanismes de survie qu'elles ont appris via l'agression. Elles deviennent des proies faciles pour de nouvelles agressions.
- Nous observons aussi, pour les victimes, **une rupture du processus normal de sexualisation**; la sexualité, comme toutes les autres fonctions, se développe, change, évolue au cours de la vie, avec tous les événements vécus. Si cette interruption a eu lieu à un âge précoce, il y aura un arrêt de toutes les actions d'auto-découverte du corps; si l'agression arrive à l'âge adulte, il y aura un malaise avec toutes les conséquences qui ont déjà été décrites.
- Un vécu de se sentir « folle ou anormale ». Je reviens sur la **grille du stress post-traumatique**, je me rappelle d'une personne qui racontait que le jour où une psychologue lui a parlé de ce syndrome, elle a compris que ce n'était pas elle qui était folle, mais la situation qu'elle avait vécue. Certaines situations rendraient fou n'importe qui, et quand les victimes vous disent que vous ne pouvez pas comprendre, vous pouvez au moins leur dire que n'importe qui à leur place serait dans le même état qu'elles, parce que tout ce qu'on leur a fait rend dysfonctionnant à tout niveau corporel, affectif et cognitif.

Les mécanismes de défense ou d'adaptation

Les défenses qui se mettent en place peuvent se manifester par :

- **la reprise d'initiatives à travers la prostitution, la pornographie etc.** Je vous conseille de lire « King Kong Théorie » : « puisqu'avec les hommes c'est comme ça, maintenant c'est moi qui décide et ils vont payer ! ». Le discours « il n'y a plus de proxénète » se croise souvent avec l'évolution des rapports homme-femme et entretient bien cette illusion-là : « c'est moi qui décide ». On a aussi des témoignages des stars pornos qui suite à un viol affirment s'être reconstruites grâce à la pornographie. **Surjouer les rôles sexuels** aide les victimes à vérifier sans arrêt si elles sont de vraies femmes, de vrais hommes et surtout qu'elles sont bien des prostituées parce que c'est ça qu'elles ont appris.
Dans la prostitution, comme dans la pornographie, elles essaient de mettre en jeu une seule partie du corps, celle qui a déjà été sacrifiée. Quand les proxénètes leur permettent, elles se spécialisent, en déclarant ne pas faire certaines choses; de cette manière elles essaient de protéger certains espaces corporels.
- Elles essaient de **cliver les moments critiques**: elles ont expérimenté ce clivage et ça a marché. Une forme d'absence de soi. Elles disent: « Moi c'est comme ça, j'ouvre et je ferme ». Sauf que le clivage est un réflexe de survie et que personne ne peut en avoir un

contrôle total. Donc, ça marche, un peu, moins bien... Et il faudra aider par un médicament, par l'alcool ou la drogue cet exercice d'essayer de s'absenter du réel.

Essayer de cliver automatiquement permet de développer, pour les anciennes, des spécialités, comme par exemple le sadomasochisme : elles veulent bien mettre des épingles dans les seins ou autre chose ... mais j'ai rencontré des femmes qui n'ont pas eu de rapports sexuels depuis plus de quarante ans. Cela ne veut pas dire qu'elles ne vivent pas bien la séance qu'elles font ; elles gagnent des sous avec des hommes qui, dans leurs difficultés sexuelles, n'ont pas besoin de les toucher.

- **L'érotisation de la souffrance** : « Moi, j'dore ça. Je ne peux pas vivre si je n'ai pas 20 rapports par jour ! » Ici, nous sommes face à des personnes qui ont subi des agressions sexuelles particulièrement sordides, de l'ordre de la torture, où la seule solution de survie est de s'obliger à aimer ça... Parfois même de défier le bourreau pour qu'il aille encore plus loin. La souffrance est tellement intense, que quand les personnes craquent, elles font des tentatives de suicide très sordides : avaler de l'eau de javel etc.
- **Nous observons aussi le nettoyage compulsif, la fuite éperdue dans l'alcool, l'impossibilité de tomber amoureux** parce que, de toute façon « on n'est pas aimables ».

La prostitution peut être vue, pour ces victimes d'agressions sexuelles, comme une tentative de réparation ; c'est comme un médicament : éviter de mourir ou éviter d'exploser. Ce n'est pas une résilience, néanmoins car elles vont se refaire mal. La prostitution n'est pas une résilience mais une sorte de « no man's land » qui permet de vivre et de gérer la difficulté existentielle dans laquelle l'agression sexuelle les a plongées. (Cf le film MONSTER)

Enfin, un mot sur les représentations de l'amour et de la virginité qui ferment souvent, pour les femmes, toute possibilité de reconstruction après une agression sexuelle. La virginité qu'on offre à l'homme qu'on aime est perdue une seule fois et c'est réhibitoire. Le risque est de mettre les jeunes filles dans des situations d'être définitivement endommagées, et leur seul avenir est d'être d'éternelles repentantes.

Quant à l'amour, unique, pour la vie... Cela entretient beaucoup de naïveté chez les femmes. Il n'y a pas longtemps, j'ai entendu une chanson qui disait « On a dit aux enfants que le Père Noël n'existait pas, que la petite souris n'existe et quand va-t-on dire aux jeunes filles que le prince charmant n'existe pas ? »

La naïveté me paraît quelque chose dont on pourrait les débarrasser pour leur permettre de s'approprier leur vie amoureuse et sexuelle – même si celle-ci a subi quelques orages.

Les **Cahiers d'Ac.Sé** sont un outil pratique et technique, édité par la coordination du Dispositif National Ac.Sé. Ils regroupent les actes des séminaires internes, des fiches techniques ou des documents d'analyse sur le phénomène de la traite des êtres humains et la prise en charge des personnes victimes.

Le Dispositif National a été créé en 2001 par l'association ALC en vue d'accueillir et protéger les victimes de la traite des êtres humains, qui sont en danger localement. En moyenne, cinquante victimes sont prises en charge chaque année, avec ou sans enfants.

Le Dispositif Ac.Sé développe également des projets nationaux et européens sur le thème de la traite des êtres humains et anime un pôle ressource national.

Pour cela, un numéro national d'accueil téléphonique **N° Indigo 0 825 009 907** est à la disposition de tout intervenant associatif ou institutionnel en contact avec des personnes victimes de la traite (exploitation sexuelle, esclavage domestique, travail forcé, mendicité forcée, trafic de jeunes sportifs, trafic d'organes, ...) et de mariages forcés.

Le Dispositif Ac.Sé se compose de près de 70 partenaires (centres d'hébergements et associations spécialisées) répartis sur 37 départements. Il est coordonné par l'association ALC.

Dispositif National Ac.Sé

« Accueillir et protéger les victimes de la traite des êtres humains »

Boite Postale 1532 - 06009 Nice Cedex 1

N° Indigo 0 825 009 907 Fax 04 93 97 87 55

E-mail : ac.se@association-alc.org Site Internet : www.acse-alc.org