

LES VIOLENCES SEXUELLES :
un psychotraumatisme majeur qu'il est essentiel de
prendre en compte pour rendre justice aux victimes, les
secourir, les protéger et les soigner



Dre Muriel Salmona, psychiatre, présidente et fondatrice de l'[association Mémoire Traumatique et Victimologie](#) : article publié dans *Violences sexuelles : en finir avec l'impunité* E. Ronai et E. Durand, Dunod, mars 2021

Les violences sexuelles sont de graves atteintes aux droits, à la dignité et à l'intégrité physique et mentale des victimes, aux conséquences dévastatrices sur leur vie. Ce sont des violences sexo-spécifiques, haineuses et discriminatoires, d'une grande ampleur faisant partie d'un continuum de violences que 20% des femmes et des filles subissent dès leur plus jeune âge : elles sont les principales victimes (80%), et les hommes, les principaux auteurs (90%). Dans la majorité des cas les premières violences sexuelles démarrent dans l'enfance et sont incestueuses.

Ces violences s'exercent dans 90% par des personnes connues par les victimes, dans un cadre d'inégalité et de domination sur les personnes les plus vulnérables et les plus discriminées (filles et femmes, enfants, personnes handicapées (qui subissent trois à quatre fois plus de violences), placées dans des institutions, marginalisées, racisées...) et ont pour conséquences une aggravation des inégalités, des handicaps et une précarisation des victimes. (CSF, 2008, VIRAGE, 2017 ; ONDRP, 2017 ; MTV/Ipsos, 2019).

Ces violences sexuelles font partie, avec les tortures, des traumatismes psychiques les plus sévères et sont associées à des effets catastrophiques à long terme sur la santé mentale et physique des victimes et sur leur parcours de vie, ce qui en fait un problème majeur de droits humains, de société et de santé publique.

Pourtant ces violences sexuelles bénéficient d'une grande impunité : les victimes sont très peu reconnues, protégées et prises en charge, rares sont celles qui ont accès à la justice et lorsque c'est le cas, elles sont souvent maltraitées lors des procédures judiciaires (REDRESS, 2013). Cette impunité est alimentée par le déni sociétal, la tolérance face à ces violences masculines et la loi du silence imposée aux victimes. Les stéréotypes sexistes, la culpabilisation et le rejet des victimes (culture du viol), l'absence de dépistage et de protection des victimes ainsi que la méconnaissance des conséquences psychotraumatiques jouent un très grand rôle dans ce déni. La justice échoue à traiter le très faible nombre de plaintes : alors qu'en France seuls 10 à 12 % des viols et des tentatives de viols font l'objet de plainte, 74% de ces plaintes vont être classées sans suite, la moitié de celles instruites vont être déqualifiées et au total seules 10% des plaintes vont être jugées en cour d'assises. Les statistiques de la justice montrent que depuis 10 ans il y a 40% de condamnations pour viols en moins (infostat justice, 2018).

LA MÉCONNAISSANCE DES CONSÉQUENCES PSYCHOTRAUMATIQUES DES VIOLENCES SEXUELLES : une perte de chance pour les victimes

La méconnaissance des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes méconnaissance est à l'origine d'une profonde incompréhension et d'un manque de reconnaissance de ce que vivent les victimes, de leurs souffrances, du danger qu'elle courent et de l'emprise qu'elles subissent. Beaucoup de symptômes et de comportement de victimes sont perçus comme paradoxaux par l'entourage et les professionnels qui les prennent en charge, et sont mal-interprétés, voire même jugés, alors que ce sont des réactions normales à des situations traumatiques. Leurs traumatismes et leurs symptômes psychotraumatiques leurs sont souvent reprochés et fréquemment utilisés pour les discréditer, disqualifier leur témoignage, les psychiatriser, et pour les considérer comme étant à l'origine de leur propre malheur, au lieu d'être reconnus comme des conséquences normales et universelles des viols et comme des preuves médico-légales de ce qu'elles ont vécu.. Et ce d'autant plus, que les stéréotypes sexistes les plus répandus intègrent ces mêmes symptômes psychotraumatiques et

leurs conséquences sur la santé et la vie des femmes pour essentialiser ce que sont une fille et une femme, leur personnalité, leurs capacités, leurs comportements et leur sexualité, dans un processus falsificateur qui alimente sans fin les stéréotypes sexistes, les fausses représentations et la culture du viol. Culture du viol qui les rend responsables et coupables des violences qu'elles subissent, voire pire les considère comme sans dignité, aimant être violentée et dégradée. À l'inverse, les hommes qui les ont agressées sont dans leur très grande majorité protégés, disculpés, innocentés, leur sexualité violente normalisée et tolérée comme un besoin, ils peuvent même être considérés comme les « vraies victimes » de ces filles et de ces femmes qui les auraient provoqués, manipulés ou accusés à tort (Renard, 2018). Et c'est comme cela que se construisent des mythes destructeurs comme « les lolitas », les « filles faciles », les « tentatrices », les « menteuses » celles qui provoquent les hommes, et les transforment en agresseurs. Le fait que ceux-ci soient le plus souvent des prédateurs qui ont déjà fait des victimes et en feront d'autres est presque toujours invisibilisé.

Cette méconnaissance porte donc préjudice aux victimes et représente une grave perte de chance pour elles pour leur sécurité et leur santé, d'autant plus, qu'une prise en charge médico-psychologique de qualité est efficace et permet, en traitant les troubles psychotraumatiques, d'éviter la majeure partie des conséquences des violences sur la santé des victimes, sur leur vie affective, sociale, scolaire ou professionnelle, et sur le risque qu'elles subissent à nouveau des violences. Or le corps médical encore trop peu formé aux psychotraumatismes et encore trop souvent colonisé par des représentations sexistes, fait rarement le lien entre des symptômes pourtant pathognomoniques de traumatismes que présentent les filles et les femmes et les violences qu'elles ont subies : 79% des professionnels de la santé ne font pas le lien entre les violences subies dans l'enfance de leurs patients et leur état de santé, seules 23% des victimes de viol bénéficient d'une prise en charge médico-psychologique spécialisée, en moyenne au bout de 10 ans (IVSEA, 2015 et MTV/Ipsos 2019).

Dans ce contexte, connaître précisément les conséquences psychotraumatique dévastatrices des violences sexuelles sur les victimes, sur leur santé qu'elle soit mentale ou physique est absolument nécessaire pour mieux identifier, protéger, accompagner, soigner les personnes qui en sont victimes et également pour mieux leur rendre justice.

LES VIOLENCES SEXUELLES : UN TRAUMATISME MAJEUR

L'atteinte à la dignité et à l'intégrité corporelle et sexuelle, la déshumanisation, la dégradation et la chosification de leur corps que subissent les victimes de violences sexuelles est extrêmement traumatisante, d'autant plus que l'agresseur met en scène qu'il jouit avec cruauté de cette destruction et du vécu d'annihilation de sa victime, ainsi que de sa terreur et de sa détresse. Avec les violences sexuelles, le monde bascule dans un chaos transgressif inhumain, les victimes de viols se décrivent très souvent comme mortes de l'intérieur.

Les violences sexuelles font partie avec les tortures des pires traumatismes, et la quasi-totalité des victimes de viols, de 70 % pour les femmes adultes à 100% pour les enfants, vont développer de graves troubles psychotraumatiques à court moyen et long termes quelle que soit leur âge, leur sexe, leur personnalité, leur histoire, leurs antécédents (Rodriguez, 1997).

DES CONSEQUENCES PSYCHOTRAUMATIQUES UNIVERSELLES

Ces psychotraumatismes sont une réponse universelle et normale liée à l'impact sur le cerveau des violences. Ces traumatismes ne sont pas seulement psychologiques mais aussi neuro-biologiques avec des atteintes du cortex et de certaines structures cérébrales telles que l'hippocampe visibles en neuro-imagerie, ainsi que des circuits de la mémoire et de la réponse émotionnelle, avec la mise en place de mécanismes neuro-biologiques de sauvegarde exceptionnels très coûteux pour échapper au risque vital généré par un stress extrême lors des violences, à l'origine d'une dissociation et d'une mémoire traumatique qui sont au coeur de toutes conséquences psychotraumatiques sur la santé mentale et physique des victimes (Campbell, 2008, MacFarlane, 2010 ; Nemeroff, 2009, 2016). Et ces conséquences seront d'autant plus graves que la victime est très jeune, qu'il s'agit d'un viol (donc de violences sexuelles avec pénétration), commis par un proche, que les violences sexuelles sont répétées pendant une longue période, et qu'elles sont accompagnées de menaces de mort et d'autres actes de barbarie et de tortures (IVSEA, 2015). Ces atteintes sont réversibles grâce à une neurogenèse et à la plasticité du cerveau si une protection et un traitement psychothérapeutique spécialisé sont mis en place (McFarlane, 2010, Nemeroff, 2016).

DE LOURDES CONSEQUENCES SUR LA SANTE A LONG TERME

Les violences sexuelles représentent important un facteur de risque à long terme pour la santé la santé mentale et physique des victimes, ainsi que sur leur vie personnelle, affective et sexuelle, leur scolarité et leur insertion sociale et professionnelle. (Campbell, 2008 ; IVSEA, 2015 ; MTV/Ipsos, 2019). Ce risque est lié pour sa plus grande part aux troubles psychotraumatiques (Hillis, 2016). La communauté scientifique internationale et l'OMS reconnaissent les violences sexuelles comme un problème de santé publique majeur (OMS, 2016 ; Hillis, 2016). Selon les enquêtes récentes de 70 à 96% des victimes de viols déclarent un impact important sur leur santé mentale, et de 50 à 70% sur leur santé physique, 50% font des tentatives de suicides, 50% des dépressions à répétition et des troubles anxieux majeurs, 30 à 50% présentent des conduites addictives (IVSEA, 2015 ; MTV/IPSOS 2019, ONDRP 20-2017). de conduites à risque et de mises en danger, de risque de subir à nouveau des violences tout au long de leur vie et/ou d'en commettre, d'obésité, elles sont également un facteur de risque majeur pour de nombreuses pathologies somatiques : diabète, troubles cardio-vasculaires, immunitaires, endocriniens, digestifs (colopathies, anisme), neurologiques, gynéco-obstétricaux, cancers, douleurs et fatigue chroniques, sans compter le risque d'infection sexuellement transmissible et de grossesse sur viol (Felitti et Anda, 2010, MacFarlane 2010,).

S'il est inévitable que les victimes de violences sexuelles soient contraintes de survivre à des violences qui font basculer leur vie et leur rapport au monde, en revanche avec une protection et des soins précoces et efficaces, il est possible de leur éviter les conséquences psychotraumatiques de ces violences (Ehring, 2014 ; Hillis, 2016). Même s'il est souhaitable qu'elle soit la plus précoce possible, il n'est jamais trop tard pour mettre en place une prise en charge. Il est donc essentiel de former des professionnels de santé pour identifier, protéger et prendre en charge les enfants et les adultes victimes de violences sexuelles que ce soit au niveau des soins spécifiques et d'une expertise médico-légale, et de proposer une offre de soins médico-psychologiques spécifiques accessibles et gratuits dans un cadre holistique associant également une prise en charge socio-économique et juridique.

LES MÉCANISMES PSYCHOTRAUMATIQUES

Les violences aboutissent à la constitution d'une mémoire traumatique de l'événement (sous la forme d'intrusions, de flashbacks et de cauchemars). Symptôme central du psychotraumatisme. cette mémoire est différente de la mémoire autobiographique normale, il s'agit d'une mémoire non intégrée et piégée dans une structure du cerveau. Les mécanismes à l'origine de cette mémoire traumatique sont assimilables à des mécanismes exceptionnels de sauvegarde qui sont déclenchés par le cerveau pour échapper au risque vital que fait courir une réponse émotionnelle extrême face à un trauma (Yehouda, 2007).

LA SIDÉRATION PSYCHIQUE

Les violences sexuelles sont particulièrement terrorisantes et incompréhensibles, elles créent chez les victimes une effraction psychique qui provoque un état de sidération. Les victimes se retrouvent paralysées psychiquement et physiquement, pétrifiées, dans l'incapacité de réagir, de crier, de se défendre ou de fuir. Cette sidération de l'appareil psychique bloque toute représentation mentale et empêche toute possibilité de contrôler la réponse émotionnelle extrême qui a été déclenchée par une structure cérébrale sous-corticale archaïque de survie : l'amygdale cérébrale. La sidération est d'autant plus importante que la victime est jeune, vulnérable et dans l'incapacité de comprendre ce qui se passe. La méconnaissance de ce mécanisme universel de sidération fait que l'on reproche encore souvent aux victimes de n'avoir pas réagi : « pourquoi n'avez-vous pas dit non, pas crié ; pourquoi ne vous êtes pas défendue, n'avez-vous pas fui ? ».

L'amygdale cérébrale s'apparente à une alarme qui s'allume automatiquement lors de toute situation de menace avant même que celle-ci soit identifiée et comprise par les fonctions supérieures, cette alarme a pour fonction d'alerter et de préparer l'organisme à répondre au danger, pour lui faire face ou le fuir. Elle peut s'activer chez le fœtus dès le 3ème trimestre de la grossesse, chez le nouveau-né dès la naissance, elle s'active même si la victime n'a pas les capacités de comprendre

intellectuellement ce qui lui arrive. C'est le danger d'une situation, l'intentionnalité de nuire d'un agresseur qui allume automatiquement l'amygdale cérébrale.

L'amygdale cérébrale en s'activant alerte les fonctions supérieures, déclenche un état d'hypervigilance et une réponse émotionnelle, et elle commande la production d'hormones de stress par les surrénales : adrénaline et cortisol qui fournissent l'organisme en « carburant » (oxygène et glucose). Comme toute alarme, par sécurité, elle ne s'éteint pas spontanément, seul le cortex cérébral et l'hippocampe (le système d'exploitation de la mémoire, des apprentissages et du repérage temporo-spatial) peuvent la moduler ou l'éteindre grâce à des représentations mentales, une analyse et une compréhension suivies d'une prise de décision.

DISJONCTION DU CIRCUIT EMOTIONNEL

Lors de violences, le cortex paralysé par la sidération est dans l'incapacité de réagir et de moduler l'alarme qui continue donc à « hurler » et à produire une grande quantité d'hormones de stress. L'organisme se retrouve en état de stress extrême, avec rapidement des taux toxiques d'hormones de stress qui représentent un risque vital cardiovasculaire (adrénaline) et neurologique (le cortisol est neurotoxique). Pour échapper à ce risque vital, comme dans un circuit électrique en survoltage qui disjoncte pour protéger les appareils électriques, le cerveau fait disjoncter le circuit émotionnel à l'aide de neurotransmetteurs qui sont des « drogues dures » anesthésiantes et dissociantes : morphine-like et kétamine-like, des endorphines et des antagonistes des récepteurs de la NDMA (Nemeroff, 2008).

Cette disjonction en isolant l'amygdale cérébrale éteint la réponse émotionnelle et fait disparaître le risque vital en créant un état d'anesthésie émotionnelle et physique. L'amygdale reste allumée tant que le danger persiste mais elle est isolée du reste du cerveau. Cette disjonction est à l'origine d'une dissociation traumatique, trouble de la conscience lié à la déconnection avec le cortex, qui entraîne une sensation d'irréalité, d'étrangeté, d'absence, d'être spectateur des événements. Mais cette disjonction isole également l'amygdale cérébrale de l'hippocampe qui ne peut pas faire son travail d'intégration, d'encodage, de contextualisation et de stockage de la mémoire sensorielle et émotionnelle des violences, celle-ci reste piégée dans l'amygdale sans être traitée, ni transformée en mémoire autobiographique. Elle va rester hors du temps, non-consciente, à l'identique, susceptible d'envahir le champ de la conscience et de refaire revivre la scène violente de façon hallucinatoire, comme une machine à remonter le temps, avec les mêmes sensations, les mêmes odeurs, les mêmes sentiments de détresse et de terreur, les mêmes douleurs, les mêmes détails, les mêmes phrases entendues (ce sont les flashbacks, les réminiscences, les cauchemars, les attaques de panique...). C'est cette mémoire piégée dans l'amygdale qui n'est pas devenue autobiographique qu'on appelle la mémoire traumatique (Ledoux, 2008).

La disjonction se produit d'autant plus rapidement que la sidération est importante ou que les fonctions supérieures sont désactivées ou immatures (enfants très jeunes,

victimes endormies, droguées, avec des handicaps mentaux ou sensoriels). Le traumatisme sera alors d'autant plus massif.

DISSOCIATION TRAUMATIQUE, DES VICTIMES DEVENUES ETRANGERES À ELLES-MEMES

La dissociation traumatique perdure chez la victime tant qu'elle est confrontée aux violences, à leur contexte, et aux agresseurs. Elle peut durer des heures, des semaines, des mois, des années...

Pendant la dissociation, l'amygdale et la mémoire traumatique qu'elle contient est déconnectée, et la victime n'aura pas accès émotionnellement, ni sensoriellement aux événements traumatiques. Cet état dissociatif anesthésie et empêche la victime de prendre la mesure des violences qu'elle subit ou qu'elle a subies. Les faits les plus graves lui semblent irréels. Suivant l'intensité de la dissociation, les violences pourront sembler perdues dans un brouillard épais, la victime pourra être alors amnésique de tout ou partie des événements traumatisants, seules pourront rester quelques images très parcellaires, des bribes d'émotions envahissantes ou certains détails isolés (Salmona, 2018). Cette amnésie traumatique est particulièrement fréquente chez les victimes de violences sexuelles dans l'enfance (près de 60% des enfants victimes de violences sexuelles présentent des amnésies partielles des faits et 40% des amnésies totales (Brière, 1993, Williams, 1995, IVSEA, 2015, Salmona, 2018, AMTV/Ipsos, 2019) mais on peut la retrouver chez toutes les victimes. Ce phénomène d'amnésie traumatique peut perdurer de nombreuses années, voire des décennies et empêchera les victimes de dénoncer les violences qu'elles ont subies, et quand elles le feront il pourra être trop tard, les faits étant prescrits.

La victime dissociée reste donc comme indifférente aux violences qu'elle continue à subir, indifférente à sa souffrance, à la douleur, et également à la mémoire traumatique de celles qu'elle a déjà subies. Les événements sont là, mais à distance, ils ne s'imposent pas émotionnellement. Les violences et les réminiscences ne sont pas ressenties émotionnellement mais elles n'en sont pas moins stressantes et traumatisantes, bien au contraire puisqu'il n'y a pas de réflexe de défense (de même, lorsqu'on pose sa main anesthésiée sur une plaque électrique, ce n'est pas parce qu'on ne ressent pas la douleur, qu'elle ne sera pas gravement brûlée).

La dissociation traumatique annihile la volonté de la victime. Elle se sent perdue avec un sentiment d'étrangeté, et ne se reconnaît plus. Elle est privée de ses émotions et dans l'incapacité de penser ce qu'elle subit et d'y réagir de façon adaptée. Elle est sur mode automatique, avec un sentiment d'absence au monde, d'être coupée d'elle-même et de son corps.

Cette dissociation rend très difficile voire impossible toute opposition ou toute défense mentale et physique vis à vis de toutes les violences qui sont exercées contre elle : les paroles assassines, les coups, les humiliations ne rencontrent aucune résistance mentale ou physique. Cela rend la victime très vulnérable à l'agresseur, qui peut exercer une emprise totale sur elle, et coloniser son psychisme en la formatant

pour qu'elle se ressente comme coupable, nulle, sans valeur, sans droit, comme un objet à sa disposition. L'agresseur peut lui faire subir tous les sévices qu'il veut exercer comme si elle était un pantin, parfois pendant de longues années.

De plus, la dissociation fait que la victime apparaît souvent, de façon particulièrement injuste, comme limitée intellectuellement, inadaptée incapable de comprendre ce qui se passe et d'y réagir. Elle sera d'autant plus exposée au mépris, moqueries, humiliations et maltraitements des personnes qui l'entourent et même de celles qui sont censées la protéger. Les personnes dissociées sont fréquemment perçues comme bizarres ou comme ayant une pathologie mentale.

Les victimes dissociées sont des proies de choix pour d'autres agresseurs ; être dissociée est un facteur de risque majeur de subir à nouveau des violences et de mise sous emprise. La confusion, la désorientation liées aux symptômes dissociatifs rendent la victime vulnérable, et la mettent en grande difficulté pour défendre ses convictions et ses volontés. Elles sont facilement influençables et il leur est très difficile de s'opposer. Elles n'ont aucune confiance en elles, et elles se retrouvent bien malgré elles à céder aux désirs d'autrui quand on fait pression sur elles. Pour les prédateurs une victime déjà dissociée par des violences précédentes leur garantit à la fois une impunité et la possibilité d'exercer quasiment sans limite les pires sévices (Salmona, 2018).

Les victimes dissociées sont également très recherchées par les proxénètes, les groupes sectaires et les bandes armées. Elles vont pouvoir tolérer des conditions extrêmes, des situations à risque très dangereuses, des douleurs intenses, des pratiques sexuelles dégradantes humiliantes, et de graves atteintes à leur intégrité physique et psychique, et à leur dignité sans avoir la capacité de s'y opposer ni de se révolter, elles peuvent même les subir en gardant le sourire. Le lien entre violences sexuelles subies pendant l'enfance et situation prostitutionnelle est très significatif (Farley, 2003).

Une victime dissociée, court un grand risque de ne pas être repérée, ni protégée. Alors que chacun a la capacité de percevoir de façon innée les émotions d'autrui, grâce à des neurones miroirs, il n'y aura pas de ressenti émotionnel en face d'une personne dissociée ; ce n'est qu'intellectuellement que la souffrance de cette personne ou le danger qu'elle court pourront être identifiés. Les proches et les professionnels, ne comprenant pas cette dissociation, y réagiront par une absence d'empathie, une minimisation des violences subies et du danger couru, un déni de sa souffrance, une incrédulité, une remise en question de sa parole et de la réalité des violences, voire par des maltraitements.

Une victime dissociée, court également un grand risque de ne pas être crue ni reconnue par la justice, par méconnaissance de ce symptôme psychotraumatique, alors qu'il est une preuve de la gravité du traumatisme subi. Les victimes dissociées n'auront pas le comportement qu'on attend d'elles. Elles seront dans un état de déconnection tel qu'elles ne pourront pas parler, ni porter plainte, et ce parfois pendant des années si elles restent en contact avec l'agresseur ou dans le contexte où ont eu lieu les violences. On leur reprochera d'avoir attendu trop longtemps, et cela alimentera des doutes sur leur bonne foi. La dissociation traumatique va rendre le récit des victimes décousu, elles auront continuellement des doutes sur ce qui s'est

passé avec un sentiment d'irréalité, de nombreux épisodes seront frappés d'amnésie, et du fait de la déconnection avec l'hippocampe, elles auront beaucoup de mal à préciser les dates et les lieux où se sont produits violences. Plus leur interlocuteur sera incrédule, agacé, voire maltraitant, plus elles seront dissociées et perdues.

De même, les confrontations avec l'agresseur aggraveront leur dissociation et les re-traumatiseront massivement, elles perdront encore plus leur capacité, seront envahies par un sentiment d'irréalité, se retrouveront facilement sous l'emprise de l'agresseur et pourront remettre en cause ce qu'elles ont dit précédemment, voire même se rétracter.

MEMOIRE TRAUMATIQUE, UNE MACHINE INFERNALE A REMONTER LE TEMPS

La mémoire traumatique est donc une mémoire émotionnelle enkystée qui n'a pas pu être intégrée ni transformée par l'hippocampe en mémoire autobiographique en raison de la disjonction de sauvegarde. Non consciente et indifférenciée, c'est une mémoire « fantôme » hypersensible, prête à « exploser » en faisant revivre à l'identique, avec le même effroi et la même détresse les événements violents, les émotions et les sensations qui y sont rattachées, comme une machine à remonter le temps (Ledoux, 2008). Elle « explose » aussitôt qu'une situation, un affect ou une sensation rappelle les violences ou fait craindre qu'elles ne se reproduisent. Elle sera comme une « bombe à retardement » susceptible d'exploser souvent des mois, voire de nombreuses années après les violences. Quand elle le fait, elle envahit tout l'espace psychique de façon incontrôlable. Elle le transforme en un terrain miné. Telle une « boîte noire », elle contient de façon indifférenciée non seulement le vécu émotionnel, sensoriel et douloureux de la victime, mais également tout ce qui se rapporte aux faits de violences, à leur contexte et à celui (ou ceux) qui l'a agressée (ses mimiques, ses mises en scène, sa violence, sa haine, son excitation, ses cris, ses paroles, son odeur, etc) ainsi qu'aux autres victimes ou témoins s'il y en a.

Tant que les victimes restent dissociées car toujours exposés aux violences ou aux bourreaux, cette explosion de la mémoire traumatique se produira avec des émotions et des douleurs qui seront anesthésiées, la victime semblera les tolérer, en réalité elles aggraveront l'impact traumatique, et rechargeront plus encore la mémoire traumatique.

Quand les victimes sortent de leur état dissociatif, la mémoire traumatique est ressentie par les victimes sans le filtre de la dissociation, et c'est intolérable. C'est ce qui arrive quand la victime est enfin sécurisée, qu'elle n'est plus en contact avec l'agresseur ou le contexte de l'agression, ou bien qu'elle est sortie de son état d'incompréhension et de confusion. Alors, la mémoire traumatique s'impose avec un tel cortège émotionnel que la gravité des violences et de leurs conséquences apparaît soudain à la victime dans toute son horreur. La victime est confrontée à un véritable tsunami d'émotions et d'images qui vont déferler en elle, dans une grande souffrance et une totale détresse. Cela peut entraîner un état de peur panique avec sentiment de mort imminente, d'agitation, d'angoisse intolérable, de douleurs atroces, ainsi qu'un état confusionnel. Il arrive que la victime se retrouve aux urgences médicales ou

chirurgicales (elle peut même être opérée en urgence ou bien être hospitalisée en psychiatrie avec souvent un diagnostic erroné de bouffée délirante ou d'entrée dans une schizophrénie). Cet état est fréquemment accompagné d'un risque suicidaire très important, d'autant plus si la victime a été confrontée à une intentionnalité meurtrière au moment des violences, elle revit cette intentionnalité qui s'impose à elle, comme si elle émanait d'elle, dans une compulsion ou une obligation à se tuer. La victime peut alors penser que c'est d'être séparé de son agresseur qui la rend si mal et que c'est lui qui avait raison quand il disait qu'elle en était totalement dépendante et incapable de vivre sans lui, elle sera tenté d'y retourner, ce qui aura pour effet de la dissocier à nouveau. Ce phénomène entraîne fréquemment des jugements très négatifs de la part des professionnels qui ne comprennent pas que la victime retourne avec son agresseur.

Mais c'est aussi au moment où les victimes sortent de leur état de « pseudo-indifférence » et de leur amnésie traumatique dissociative, qu'elles vont enfin avoir la capacité de dénoncer les violences. La sortie d'état dissociatif peut se produire plusieurs années après les violences, voire des dizaines d'années après, et les faits peuvent être alors prescrits.

Nous l'avons vu de nombreux liens rappelant les violences et de nombreuses situations sont donc susceptibles de déclencher la mémoire traumatique. Celle-ci sera souvent responsable de sentiments de honte et de culpabilité qui seront alimentés par la partie de la mémoire traumatique contenant les paroles, les comportements et les mises en scène de l'agresseur ou des différents agresseurs. Tout y est mélangé, sans identification, ni tri, ni contrôle possible. La mémoire traumatique hante les victimes, les exproprie et les empêche d'être elles-mêmes, pire elle leur fait croire qu'elles sont doubles, voire triples, qu'elles sont coupables et méritent la mort (Van der Hart, 2010, Salmona, 2013)

A titre d'exemple, une victime qui aura été attachée ou immobilisée lors des violences, ne pourra pas bouger ; une victime qu'on aura étranglé ou chez qui on aura provoqué une suffocation par une pénétration sexuelle orale, ne pourra plus respirer. De surcroît, comme la mémoire traumatique contient non seulement les violences subies, mais aussi tout ce qui concerne l'agresseur ce qu'il a dit et mis en scène, la victime pourra se dire qu'elle est mauvaise, qu'elle ne vaut rien, qu'elle n'a aucun droit et qu'elle ne mérite pas de vivre. Ce mécanisme explique pourquoi les victimes ont de telles atteintes à leur estime de soi et sont si suicidaires, elles sont en permanence colonisés par les paroles assassines et les mises en scène des agresseurs.

Quand la partie de la mémoire traumatique contenant leur agresseur revient hanter les victimes et les coloniser avec toute sa violence, ses actes cruels, sa haine, son mépris, son excitation perverse, la plupart des victimes se battent courageusement pour contrôler sans relâche ce qu'elles pensent être leurs propres démons. Elles ne savent pas que ces émotions et ces images violentes ne proviennent pas d'elle mais de remémorations traumatiques intrusives qui s'imposent à elle sans qu'elle puisse les identifier comme telles, et qui se présentent comme des phobies d'impulsion, avec la

peur de passer à l'acte. Elles s'auto-censurent et évitent toutes les situations qui peuvent déclencher des images ou des sensations intrusives violentes (comme lors de situations sexualisées, ou lors de contact avec des enfants). Ou bien, elles peuvent retourner ces intrusions contre elles-mêmes et se haïr, se mépriser et s'auto-agresser sexuellement pour disjoncter et s'anesthésier.

Mais certaines victimes qui adhèrent à des positions dominantes vont faire corps avec ces intrusions, s'identifier à elles et passer à l'acte sur autrui en reproduisant les actes commis par leur agresseur, ce qui va là aussi lui permettre de disjoncter et s'anesthésier avec en prime un sentiment de toute-puissance et le risque d'une véritable addiction à la violence. Pour un enfant, tant qu'il est très jeune, il est difficile de lutter contre ces envahissements incompréhensibles et ils pourront reproduire des scènes de violences sur d'autres enfants, mais pour un adolescent et encore plus pour un adulte le choix de ne pas passer à l'acte sur autrui, de ne pas gravement transgresser les lois, de ne pas mépriser les droits de la victime et sa souffrance, est toujours possible, impliquant cependant de mettre en place en soi tout un arsenal de contraintes. On n'est pas responsable des violences que l'on subit, ni de leurs conséquences psychotraumatiques, mais on est responsable des choix de ses conduites dissociants, particulièrement quand elles portent atteintes à l'intégrité d'autrui. Ce choix est presque toujours associé à une adhésion à une position dominante.

Il est évident que pour les victimes, il est essentiel qu'elles soient informées le plus tôt possible du fonctionnement de la mémoire traumatique et des autres mécanismes psychotraumatiques, ce qui éviterait bien des souffrances et leur permettraient de mieux se comprendre, de ne plus se sentir coupable et d'améliorer leur estime de soi

LES STRATEGIES DE SURVIE DES VICTIMES TRAUMATISÉES

Nous venons de le voir, quand la dissociation est levée, la mémoire traumatique transforme la vie de la victime en un espace miné, elle vit en permanence dans la peur et les plus grandes souffrances, et c'est une véritable torture. On ne peut pas vivre avec une mémoire traumatique. Si sa mémoire traumatique n'est pas soignée, la victime est condamnée à mettre en place des stratégies de survie nécessaires mais qui seront très handicapantes et épuisantes, et qui lui seront souvent reprochées. Ces stratégies de survie sont de deux sortes : d'un côté des conduites d'évitement et de contrôle accompagnées d'une hyper vigilance constante pour éviter les allumages de la mémoire traumatique, de l'autre des conduites à risque dissociantes qui seront anesthésiantes et permettront de ne plus ressentir les émotions liées aux événements traumatiques.

L'HYPERVIGILANCE ET LES CONDUITES D'EVITEMENT ET DE CONTROLE

La victime pour éviter les déclenchements effrayants de sa mémoire traumatique, va mettre en place des conduites de contrôle et d'évitement vis-à-vis de tout ce qui est susceptible de la faire « exploser » (avec des retraits de nombreux secteurs de sa vie particulièrement de sa vie sexuelle et affective, des phobies et des troubles obsessionnels compulsifs comme des lavages répétés ou des vérifications incessantes, une intolérance au stress), elle va fréquemment se créer un petit monde sécurisé parallèle où elle se sentira en sécurité qui peut être un monde physique (dans des espaces où elle se sentira en sécurité) ou mental (un monde parallèle où elle se réfugie continuellement). Tout changement sera perçu comme menaçant car mettant en péril les repères mis en place et elle adoptera des conduites d'hypervigilance (avec une sensation de danger permanent, un état d'alerte, une hyperactivité, une irritabilité et des troubles de l'attention). Ces conduites d'évitement, de contrôle et d'hypervigilance sont épuisantes et envahissantes, elles entraînent une fatigue chronique et d'importants troubles cognitifs, et elles ont un coût social et personnel important.

LES CONDUITES DISSOCIANTES ANESTHESIANTES

Mais les conduites d'évitement et de contrôle sont rarement suffisantes pour empêcher tout lien et tout allumage de la mémoire traumatique, les victimes sont confrontées à de nombreuses obligations, ce qui les expose à ce qui leur fait le plus peur, comme être séparé d'un parent ou d'un adulte protecteur pour un enfant, dormir seul dans le noir, être confronté à son agresseur ou à quelqu'un qui lui ressemble, à des situations nouvelles, inconnues ou stressantes, etc. Leur mémoire traumatique va alors exploser et c'est intolérable, les victimes vont alors avoir recours à des conduites à risque dissociantes.

Les victimes expérimentent assez vite l'efficacité de ces conduites à risque dissociantes anesthésiantes, en se faisant mal lors d'une crise, ou en découvrant les effets de alcool et de drogues. Ces conduites à risque servent à s'anesthésier directement en consommant des drogues dissociantes (alcool, stupéfiants, tabac à haute dose, médicaments) ou à provoquer « à tout prix » une disjonction pour éteindre de force la réponse émotionnelle en l'anesthésiant et calmer ainsi l'état de tension intolérable ou prévenir sa survenue. Cette disjonction provoquée se fait en provoquant un stress physique ou mental très élevé qui augmente la quantité de drogues dissociantes sécrétées par l'organisme.

Ces conduites à risques dissociantes peuvent être des conduites auto-agressives (se frapper, se mordre, se brûler, se scarifier, tenter de se suicider), des mises en danger ou des expositions à des situations extrêmes sur le plan physique ou mental (conduites routières dangereuses, jeux dangereux, dépenses inconsidérées, sports extrêmes ou activités sportives exercées à de très hauts niveaux, conduites sexuelles à risques, situations prostitutionnelles, fugues, fréquentations dangereuses), des conduites addictives (consommation d'alcool, de drogues, de médicaments, troubles alimentaires, jeux addictifs), des conduites délinquantes et violentes contre autrui

(l'autre servant alors de fusible grâce à l'imposition d'un rapport de force pour disjoncter et s'anesthésier).

Les conduites à risques consistent en une recherche active voire compulsive de situations stressantes, de comportements ou d'usages de produits potentiellement dangereux à court ou à moyen terme. Le risque est recherché pour son pouvoir dissociant direct (alcool, drogues) ou par le stress extrême qu'il entraîne (jeux dangereux, activités physiques extrêmes, scarifications) et sa capacité à déclencher la disjonction de sauvegarde qui va déconnecter les réponses émotionnelles et produire un cocktail de drogues dures (morphine et kétamine-like) et donc créer une anesthésie émotionnelle, un soulagement et un état dissociatif. Mais elles sont traumatisantes et rechargent la mémoire traumatique, la rendant toujours plus explosive, et rendant les conduites dissociantes toujours plus nécessaires, créant une véritable addiction aux mises en danger, aux conduites extrêmes et/ou à la violence. Ces conduites dissociantes sont à l'origine chez les victimes de sentiments de culpabilité et d'une grande solitude, qui les rendent encore plus vulnérables. Elles peuvent entraîner un état dissociatif permanent comme lors des violences avec la mise en place d'un détachement et d'une indifférence apparente et d'une tolérance à la souffrance et aux situations dangereuses qui les mettent en danger, et à risque d'être encore moins secourues, d'être ignorées et maltraitées.

Du fait de ces conduites dissociantes à risque, laisser des victimes de violences traumatisées sans soin est un facteur de risque qu'elles subissent de nouvelles violences ou qu'elles en reproduisent de proche en proche et de génération en génération, alimentant sans fin un cycle des violences (Fulu, 2017).

DES SOINS ESSENTIELS

Les soins sont essentiels, la mémoire traumatique doit être traitée et il n'est jamais trop tard pour le faire. Il s'agit dans le cadre d'une psychothérapie intégrative et humaniste de faire de la psycho-éducation, de faire des liens, de comprendre, de sortir de la sidération en démontant le système agresseur et en remettant le monde à l'endroit, de, petit à petit, désamorcer la mémoire traumatique, de l'intégrer en mémoire autobiographique, et de décoloniser la victime des violences et du système agresseur (Van der Klock, 2018 ;, Salmona, 2018).

La prise en charge thérapeutique doit être la plus précoce possible. En protégeant la victime et en la mettant en priorité en sécurité, en la rassurant et en réconfortant, et en évaluant son état traumatique, puis en traitant le stress et la mémoire traumatique, c'est-à-dire en l'intégrant en mémoire autobiographique. Cette prise en charge essentiellement psychothérapique permet de réparer les atteintes neurologiques, d'éviter la presque totalité des conséquences psychotraumatiques et de rendre inutiles les stratégies de survie. Le travail psychothérapique consiste à faire des liens, en réintroduisant des représentations mentales pour chaque manifestation de la mémoire traumatique (perfusion de sens), ce qui va permettre de réparer et de rétablir les connexions neurologiques qui ont subi des atteintes et même d'obtenir une neurogénèse. Il s'agit de « réparer » l'effraction psychique initiale, la sidération

psychique liée à l'irreprésentabilité des violences. Cela se fait en « revisitant » le vécu des violences, accompagné pas à pas par un « démineur professionnel » avec une sécurité psychique offerte par la psychothérapie et si nécessaire par un traitement médicamenteux, pour que ce vécu puisse petit à petit devenir intégrable, car mieux représentable, mieux compréhensible, en mettant des mots sur chaque situation, sur chaque comportement, sur chaque émotion, en analysant avec justesse le contexte, ses réactions, le comportement de l'agresseur, et en dénonçant toutes les discriminations, les injustices subies et les falsifications véhiculées par la société avec la culture du viol. Il s'agit de remettre le monde à l'endroit. Il faut démonter tout le système agresseur, et reconstituer avec la victimes on histoire en restaurant sa personnalité et sa dignité, en lui rendant justice, en la débarrassant de tout ce qui l'avait colonisée, aliénée et bâillonnée (mises en scènes, mensonges, déni, mémoire traumatique). Le but est de réparer toutes les fractures que les agresseurs avec leurs violences ont crée chez la victime dans son rapport avec elle-même, avec son droit d'exister, avec la vérité et le monde qui l'entoure, et de lui permettre de s'exprimer à nouveau librement et de vivre tout simplement.

Bibilographie

le site de l'association Mémoire traumatique et Victimologie avec de nombreux articles, do- cuments, ressources, rapport (IVSEA) et vidéos de formation à consulter et télécharger : <http://www.memoiretraumatique.org>

Enquêtes

- Enquête AMTV/Ipsos : « Violences sexuelles dans l'enfance » Association Mémoire Traumatique et Victimologie/Ipsos, 2019, Rapports téléchargeables sur les sites [http:// www.memoiretraumatique.org](http://www.memoiretraumatique.org).
- Enquête CSF, « Contexte de la sexualité en France de 2006 », Bajos N., Bozon M. et l'é- quipe CSF., Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère, Population & Sociétés, 445, mai 2008.
- Enquête CVS Insee-ONDRP, Cadre de vie et sécurité de l'Observatoire national de la dé- linquance et des réponses pénales ONDRP– Rapport annuel sur la criminalité en France – 2017.
- Enquête IVSEA, « Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte », conduite par Association Mémoire Traumatique et Victimologie avec le soutien de l'UNICEF France: Salmona Laure auteure, Salmona Muriel coordinatrice, 2015, Rapport et synthèse téléchargeables sur les sites [http:// www.memoiretraumatique.org](http://www.memoiretraumatique.org).
- Enquête VIRAGE INED « Premiers résultats sur les violences sexuelles » : Alice De- bauche, Amandine Lebugle, Elizabeth Brown, et al., Documents de travail n° 229, 2017, 67 pages.

- Infostats Justice, « Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : les décisions du parquet et de l'instruction », Bulletin d'information statistique du ministère de la Justice, n° 160, 2018.
- Infostats Justice, « Les condamnations pour violences sexuelles », Bulletin d'information statistique du ministère de la Justice, n°164, 2018.
- REDRESS, « Réparation pour viol, Utiliser la jurisprudence internationale relative au viol comme une forme de torture ou d'autres mauvais traitements », 2013., disponible à l'adresse suivante : www.redress.org
- World Health Organization, « Global Status Report on Violence Prevention », Genève, WHO, 2014, 2016.

Articles et ouvrages

- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch. Gen. Psychiatry. 1991;48:216-222.
- Briere, J., Conte, J., « Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children » in Journal of traumatic stress, Janvier 1993, Vol. 6, Issue 1, p. 21-31.
- Brown D. W., Anda R. F., et al., « Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality » in American Journal of Preventive Medicine, Novembre 2009, Vol. 37, Issue 5, p. 389-396.
- Campbell R., « The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual abuse, intimate partner and sexual harassment », Journal of consulting and clinical psychology, vol.76, n°2, 2008, p. 194-207
- Dammeyer J., « A national survey on violence and discrimination among people with disabilities », EMC. Public Health, 18, 2018, p. 355.
- Ehling, T., & Nijenhuis, E.R.S., Krikke, A. (2003). Volume of discrete brain structures in florid and recovored DID, DESNOS, and healthy controls. Proceedings of 20th International Society for the study of dissociation. Chicago, 2003, november 2-4
- Farley, M. Cotton, A. Lynne, J., & al. Prostitution & Trafficking in Nine Countries : A Update on Violence & posttraumatic Stress Disorder , 2003 :
- Felitti, V. J., And a, R. F. et al.. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. American Journal of Preventive Medicine, 14, 1998, 245-58.
- Fulu E., et al., « Pathways between trauma, intimate partner violence, and harsh parenting ; findings from UN multi-country study on men and violence in Asia and the Pacific » in Lancet Global Health, n°5, 2017, p. 512-522.
- Hillis, S., et al.. Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. Pediatrics, 2016, 137(3).
- Lanius, R. A., et al. Emotional modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. American Journal of Psychiatry, 2010, 167(6), 640-7.

- Ledoux, J. E. Emotion as memory anatomical systems underlying indelible neural traces. Dans S.-Å. Christianson. The handbook of emotion and memory: research and theory , 1992, (p. 289- 297)
- McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress : intertwined physical and psycho- logical consequences. World Psychiatry. 2010 Feb;9(1):3-10.
- Nemeroff CB, Neuron, Paradise Lost, Neuron, Volume 89, Issue 5, 2 March 2016, Pages 892-909.
- Renard N., Pour en finir avec la culture du viol, ed Les petits matins, 2018.
- Rodriguez, N., Ryan, S. W., « Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of
- child sexual abuse: A comparison study » in Journal of Consulting and Clinical Psychology, Février 1997, Vol. 65, Issue 1, p. 53-59.
- Salmona M. Dissociation traumatique et troubles de la personnalité post-traumatiques. In Coutanceau R, Smith J (eds.). Les troubles de la personnalité en criminologie et en victi- mologie. Paris : Dunod, 2013
- Salmona M.,Violences sexuelles. Les 40 questions-réponses incontournables, Paris, Du-
- nod, 2015.
- Salmona M., Le livre noir des violences sexuelles Paris, Dunod, 2ème édition 2018b.
- Salmona M., L'Amnésie traumatique : un mécanisme dissociatif pour survivre. In Coutanceau Roland et Damiani Carole Victimologie. Évaluation, traitement, résilience (p. 71-85). 2018a Paris : Dunod.
- Salmona M, La mémoire traumatique. in Kadia, M. Aide-mémoire de Psycho-traumatologie, Paris Dunod 3ème édition 2020
- Van der Hart, Le soi hanté, Paris, De Bœck, 2010.
- Van der Kolk, Le corps n'oublie rien, Paris, Albin Michel, 2018.
- Williams L. M., « Recall of childhood trauma : a prospective study of women's memory of child sexual abuse » in Journal of consulting and clinical psychology, 1994, Vol. 62, n°6, p.1167-1176.
- Yehouda, R. et Ledoux, J.. Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. Neuron, 2007, 56(1), 19-32.