

Dr Muriel Salmona

**Psychiatre-psychotraumatologue
Médecin-coordonateur victimologue
Responsable de l'Antenne 92
de l'Institut de Victimologie
118 avenue du Général-Leclerc
92340 Bourg la Reine
murielsalmona@wanadoo.fr
06 32 39 99 34**

Conséquences des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes neurobiologiques sur la prise en charge médicale et judiciaire des victimes de viols 2009

Les traumatismes dus à des violences sexuelles comme les viols sont ceux qui entraînent le plus de conséquences psychotraumatiques graves et durables sur les victimes avec 80 % de risque de développer un état de stress post traumatique en cas de viol (alors que lors de traumatismes en général il n'y a que 24 % de risque d'en développer). Ces troubles psychotraumatiques sont des conséquences normales de ces violences. Ils sont pathognomoniques, c'est-à-dire qu'ils sont spécifiques et qu'ils sont une preuve médicale du traumatisme.

Le viol va avoir un effet traumatique immédiat en créant un état de sidération psychique au moment des faits qui va paralyser la victime et l'empêcher souvent de réagir, de se défendre ou de crier. Un survoltage émotionnel survient alors entraînant un risque vital cardio-vasculaire et neurologique. Ce risque vital déclenche un mécanisme de sauvegarde neurobiologique exceptionnel sous la forme d'une disjonction du circuit émotionnel*(1). Cette disjonction permet une anesthésie émotionnelle et physique brutale et salvatrice mais elle est à l'origine aussi d'un état dissociatif (avec dépersonnalisation, état de conscience altéré, sentiment d'irréalité, sentiment d'être spectateur de l'événement, confusion temporo-spatiale) et de troubles de la mémoire avec des ictus amnésiques fréquents (trous noirs) et la mise en place d'une mémoire traumatique qui va être une véritable bombe à retardement émotionnel, hypersensible et incontrôlable, faisant lors de réminiscences qui envahissent la conscience, revivre à l'identique le viol au moindre lien rappelant le traumatisme, avec les mêmes perceptions sensorielles (visuelles, olfactives, tactiles, douloureuses), sensations, émotions (terreur, effroi, détresse), le même stress extrême, et transformant la vie de la victime en un terrain miné.

Ces conséquences psychotraumatiques vont avoir un impact particulièrement grave sur la santé psychique et physique de la victime et s'ils ne sont pas pris en charge spécifiquement ils vont se chroniciser et pouvoir durer des années, voire toute une vie. Au moment du viol ils vont être responsables d'un état de sidération et d'un état de choc émotionnel post-immédiat, puis d'une souffrance mentale très importante, incontrôlable due à la mémoire traumatique des violences subies : réminiscences, flash-back, cauchemars (évaluée à une moyenne de 9,1 sur une échelle de 1 à

10, étude sur le 92, Muriel Salmona, 2008*(2)) associé à **des troubles dissociatifs, des troubles de la personnalité, des troubles de l'humeur avec un risque suicidaire, des troubles anxieux majeurs** (crises d'angoisses, phobies, TOC, avec une sensation de danger permanent, hypervigilance), **des troubles des conduites** (conduites à risques souvent sexuelles, mises en danger : sur la route, dans le sport, conduites addictives, conduites auto-agressives et conduites agressives), **du comportement** (troubles de l'alimentation : anorexie, boulimie, de la sexualité et du sommeil), **des troubles cognitifs sévères et des troubles somatiques fréquents liés au stress** (fatigue et douleurs chroniques, troubles cardio-vasculaires et pulmonaires, diabète, troubles digestifs, troubles gynécologiques, dermatologiques, etc.).

Conséquences post-immédiates sur la prise en charge médicale et judiciaire :

L'état de choc émotionnel et l'état de dissociation péri-traumatique dans lequel la victime est après le viol la laissent hagarde et repliée sur elle-même dans l'incapacité de porter plainte immédiatement après les faits et de voir un médecin, surtout si elle est isolée, non protégée (a fortiori si elle est un enfant), sans proche fiable pour l'aider. C'est encore plus le cas si elle a subi des menaces de mort ou des manipulations culpabilisantes, si elle est exposée à de nouvelles violences, si elle est dans milieu hostile et favorable à l'agresseur, ou si elle est ou sera exposée à la présence de son agresseur après les faits (lorsque ce dernier est un membre de la famille, enseignant, « ami », collègue de travail, voisin, etc). **Dans les heures et les jours qui vont suivre l'agression, la victime va fonctionner sur un mode automatique, déconnectée comme un robot** (elle va rentrer, aller se laver, s'isoler, essayer de dormir, puis reprendre ses activités de façon désincarnée, vidée d'elle-même, absente). **De plus quand des liens familiaux, affectifs ou de loyauté unissaient la victime avec l'agresseur ou la famille ou les collègues de ce dernier, après le viol la situation est alors encore plus troublante surtout si l'agresseur fait comme si de rien n'était et qu'il faut supporter d'être en sa présence, ou s'il met en scène la culpabilité de la victime. Cette situation générera des sentiments de doute, de culpabilité et de honte chez la victime empêchant, eux aussi, la dénonciation du crime, le dépôt de plainte et sa mise hors de danger** (pour ne pas détruire une famille, une équipe, une institution, une amitié, etc., mais aussi parce que personne ne pourrait croire en la culpabilité d'un agresseur qui peut être apprécié de tous, et croire en un viol qui paraît totalement impensable du fait des liens unissant la victime et son agresseur, ou du fait du statut, de la fonction ou de la réputation de l'agresseur, ou parce que l'agresseur tient un discours d'inversion de la culpabilité : c'est la victime qui l'aurait séduite, ou qui aurait été ambiguë).

Si la victime n'a pas été identifiée comme telle et prise en charge spécifiquement, comme les troubles psychotraumatiques qu'elle présente sont le plus souvent méconnus, non identifiés, non diagnostiqués (les médecins sont très peu à être formés à l'heure actuelle, et il n'y a aucun enseignement sur la psychotraumatologie et la victimologie pendant les études médicales). **La victime restera sans soins ou avec des soins uniquement centrés sur des symptômes isolés et non reliés à leur cause traumatique** (comme des symptômes anxieux ou dépressifs, comme les troubles du sommeil ou alimentaires, comme les troubles addictifs ou comme les symptômes des maladies liées au stress, parfois même certains symptômes dissociatifs ou liés à la mémoire traumatique pourront être étiquetés à tort comme psychotiques et traités comme tels). **L'absence de prise en charge médicale spécialisée ajoutée à l'impossibilité de dénoncer immédiatement le viol et donc à l'absence de prise en charge juridique, vont isoler la victime, avec un sentiment d'abandon et de désespoir total.**

Cette absence de protection et de soins spécifiques va obliger la victime à se protéger comme elle peut, et à se traiter elle-même avec ses seuls moyens qui sont la mise en place de

conduites d'évitement pour échapper à sa souffrance intolérable (se replier sur soi, ne plus penser au viol, faire « comme si », éviter d'en parler, éviter toute situation, toute émotion, toute sensation s'y rapportant), **et la mise en place de conduites dissociantes** (mises en danger, conduites à risques, auto-agressions, conduites addictives) **pour l'anesthésier quand il est impossible d'y échapper**. Tout se passe comme si on laissait un polytraumatisé après un accident se réparer tout seul sans soin, au pire il pourrait en mourir, ou se retrouver le plus souvent avec de lourdes séquelles et de lourds handicaps, et au mieux s'en sortir à peu près, mais après de grandes souffrances et de nombreuses années. C'est ce qui se passe pour les victimes de violences sexuelles, elles sont polytraumatisées psychiquement et neurologiquement et elles restent sans traitement spécialisé, alors qu'il existe des soins efficaces. **La victime de viol va donc essayer de se protéger, de survivre et se soigner seule, avec les moyens à sa disposition**, au risque qu'on lui demande de se justifier et qu'on lui reproche sans cesse les auto-traitements qu'elle s'est trouvées (repli, conduites d'évitement, conduites à risques, auto-agressions, alcool, drogue, psychotropes, etc.) et les symptômes qu'elle présente (tout le monde la trouve pénible à avoir peur et à être phobique de tout, à se plaindre d'être continuellement fatiguée, insomniaque, et d'avoir mal tout le temps quelque part, à ne pas supporter le moindre stress, à être en échec scolaire ou professionnel, à être irritable, voire explosive, à être confuse, incapable de se concentrer, ni d'être attentive, ni de se rappeler des choses importantes, à manger trop ou pas assez, à ne pas supporter d'être touchée, ni d'être examinée, ni d'avoir des rapports sexuels, etc.).

Conséquences à distance sur la prise en charge médicale et judiciaire :

Si la victime continue d'être en danger et/ou d'être en contact avec l'agresseur ou le contexte entourant l'agression (même lieu, chez soi, au travail, dans une institution). **Ces conduites d'auto-protection et d'auto-traitement de ses symptômes** (conduites d'évitement et conduites dissociantes) **s'installent dans la durée et deviennent très handicapantes pour la victime, et souvent incompréhensibles, voire perçues comme paradoxales par l'entourage et par la victime elle-même. En effet, la victime met en place ces conduites, non en connaissance de cause, mais par nécessité absolue pour survivre, sans en comprendre - pour la majorité d'entre elles - les raisons.**

Ces conduites ainsi que la mémoire traumatique et les symptômes dissociatifs transforment profondément la personnalité de la victime de viol qui n'est plus elle-même (et encore plus quand il s'agit d'un enfant en cours de construction de sa personnalité, il se construit autour des symptômes psychotraumatiques, avec les traumatismes de type II répétés), **qui ne se reconnaît plus et ne reconnaît plus le monde qui l'entoure. Elle fonctionne sur un mode désincarné, en étant l'ombre d'elle-même, anesthésiée en permanence, déconnectée, étrangère à elle-même et au monde qui l'entoure, comme dédoublée, indifférente à tout et spectatrice de sa vie.**

Ces conduites d'auto-protections et d'auto-traitement anesthésiant vont continuer à représenter un obstacle important à la dénonciation du viol et au dépôt de plainte du fait des conduites d'évitement (ne jamais aborder le viol) et des symptômes dissociatifs et de l'anesthésie émotionnelle qui les accompagnent (indifférence et banalisation liée à un sentiment d'irréalité et d'étrangeté face au viol). La plainte peut ne jamais être déposée, ou se faire souvent très tardivement parfois plusieurs années après le viol (il faut rappeler que moins de 9% des viols en France font l'objet d'une plainte, d'après les chiffres de l'OND observatoire national de la délinquance, 2007).

La plainte ne pourra se faire que si la victime sort de son état dissociatif, ce qui sera le cas si elle se sent enfin en sécurité quand la victime est séparée ou éloignée de l'agresseur ou du milieu qui le protège, (cf par exemple : les enfants quand ils sont placés dans une famille d'accueil sécurisante, peuvent alors dénoncer les violences sexuelles incestueuses qu'ils ont subies, de même au moment de l'adolescence qui opère une mise à distance plus grande vis-à-vis du milieu familial, ou grâce à une rencontre enfin protectrice, ou quand des professionnels posent la question d'éventuelles violences et qu'une prise en charge spécialisée est enfin mise en route, ou quand d'autres victimes sont en danger...)

Mais lors du dépôt de plainte, ou de la dénonciation du viol, les conduites dissociantes ainsi que les troubles dissociatifs péri-traumatiques qu'a vécu la victime et qu'elle peut vivre encore vont être à l'origine d'un récit des faits qui peut être profondément altéré et paraître truffé d'incohérences*(2) :

- **par des troubles importants de la mémoire,** liés aux phénomènes de stress extrême, de survoltage et de disjonction (ictus amnésique lacunaire du à la souffrance neurologique, état de conscience altéré) et aux conduites d'évitement mises en place qui peuvent être secondairement à l'origine d'amnésie défensive pour survivre (38% vont être totalement amnésiques des faits à l'âge adulte (étude William 1994) et 59% vont être amnésiques lors de période plus ou moins longues (étude Briere, 1993) de tout ou partie de l'agression, ce qui explique aussi que les plaintes peuvent être très tardives ;
- **par un parasitage lié à des allumages intempestifs de la mémoire traumatique** quand les faits sont évoqués, ces allumages envahissent le psychisme de la victime et entraînent des crises d'angoisse, des flash-back qui immobilisent la victime et la sidère à nouveau, et lui font revivre des terreurs, des fausses reconnaissances, des émotions et des sensations du viol, à l'identique comme s'il se reproduisait à nouveau, ou des absences par des équivalents d'épilepsie temporelle. Ces manifestations de la mémoire traumatique sont susceptibles de provoquer à nouveau des paralysies psychiques et motrices qui empêchent de parler, d'écrire, de bouger et elles sont responsables de très importants troubles cognitifs avec des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Ces réminiscences de la mémoire traumatique sont si douloureuses et effroyables qu'elles peuvent interrompre totalement le processus de dépôt de plainte par la mise en place de conduite d'évitement de sauvegarde. C'est ce qui se passe aussi lors de confrontations avec l'agresseur, la victime peut être à nouveau sidérée et envahie par sa mémoire traumatique qui lui fait revivre les violences et elle peut être à nouveau sous terreur et incapable de parler et de se concentrer, ou gravement dissociée par une disjonction de sauvegarde et se retrouver déconnectée à nouveau, dans un état d'anesthésie émotionnelle et d'indifférence qui lui fait ne plus avoir envie de se battre ou d'essayer de prouver quoi que ce soit, elle peut même être alors amenée à se rétracter.
- **par une anesthésie émotionnelle, conséquence de la dissociation chronique** qui donne une sensation d'irréalité, de ne pas être vraiment concernée, comme si on parlait de quelque chose dont on avait été spectateur et non-victime (la réalité du viol est bien là mais comme l'anesthésie émotionnelle coupe des émotions, le fait d'en être la victime paraît irréel), la victime peut tenir un discours froid et distant, ou bien être souriante et paraître détachée ce qui peut déstabiliser les interlocuteurs. Elle peut aussi être facilement décontenancée par certaines questions et répondre à côté, ou là aussi finir par avoir des doutes face aux réactions dubitatives de ses interlocuteurs, tout en sachant que pourtant cela a bien eu lieu comme elle le raconte.
- **par un état de conscience altéré avec des confusions temporo-spatiales** qui ont démarré dès le

moment du viol et qui ont perduré ensuite liées à l'état de dissociation chronique générées par les mécanismes de sauvegardes. Ce sont des difficultés à se repérer dans le temps, dans la chronologie des événements, par rapport à l'heure ou la date exacte, le temps est totalement perturbé avec la dissociation qui envahit le psychisme de la victime, il devient un temps irréel le plus souvent figé, comme ne s'écoulant plus, sans repère : le cours de la vie normal s'est arrêté avec le viol, les victimes le disent « c'est comme si j'étais une morte-vivante ». La représentation de l'espace aussi peut être très perturbée, confuse, avec des distorsions des distances et des volumes, des difficultés très grandes à se repérer dans l'espace, à se remémorer un trajet, des difficultés importantes de latéralisation (vision comme dans un miroir).

Pendant toute cette période de dissociation, dans l'immense majorité des cas les symptômes psychotraumatiques et leurs conséquences sur la santé psychique et physique de la victime ne sont pas repérés par les professionnels du monde médical et para médical faute de connaissances et de formations en psychotraumatologie, et faute de poser systématiquement la question sur des violences subies. Plus grave si leur(e) patient(e) leur parle du viol, la plupart des médecins ne sauront pas comment réagir, comment les mettre hors de danger, comment leur parler, et ils ne feront pas de liens entre les symptômes et les plaintes de leur(e) patient(e) et le viol. Ils auront du mal, là aussi faute de formation adéquate en victimologie à les informer sur leurs droits, à les conseiller et à les orienter, à faire les certificats nécessaires, devant un(e) mineur(e) ou une personne vulnérable, nombreux sont ceux qui ne feront pas un signalement (seuls 3% des signalements sont faits par des médecins) par peur ou par méconnaissance de la loi et de la procédure à suivre. **Face au monde médical, les victimes de viol se retrouvent donc sans soins médicaux spécialisés, elles vont être traitées uniquement symptomatiquement sans référence à la cause traumatique de leurs troubles psychiques et physiques.** Et elles vont être hypermédicalisées, hypermédicamentées, souvent hospitalisées et opérées inutilement (8 x plus d'interventions), elles vont être parfois psychiatisées avec des diagnostics erronés de psychoses et avec des traitements lourds et parfois brutaux (hospitalisation sous contrainte, isolement, contention, électro-chocs). **Alors qu'il est essentiel de porter le diagnostic de syndrome psychotraumatique, et de le traiter spécifiquement en reliant les symptômes au viol. Le traitement spécialisé est efficace*(3), il devrait être accessible et gratuit pour les victimes de violences. Il ne faut pas perdre de vue que les victimes de viol présentant des troubles psychotraumatiques sont en danger, les troubles psychotraumatiques représentent un risque vital du fait des conduites à risques (risques d'accidents, de suicide, de contamination par le HIV et les MST maladies sexuellement transmissibles, risques liés aux conduites addictives, risques liés aux maladies liées au stress : cardio-vasculaires, pulmonaires, neurologiques, etc.)**

Les mécanismes psychologiques et neurobiologiques en cause :

Les mécanismes psychotraumatiques en cause : Il s'agit de **mécanismes psychologiques et neurobiologiques exceptionnels de sauvegarde** qui se mettent en place lors de l'agression. Le caractère transgressif, totalement imprévu, incongru, inconcevable, incompréhensible, terrorisant d'une agression sexuelle pour un adulte et *a fortiori* pour un enfant, un adolescent, ou une personne en situation de vulnérabilité venant de la part d'un adulte sensé être un exemple et le protéger, ou une personne connue, de confiance sensée être fiable, **génère un état de sidération psychique et une forte réponse émotionnelle** (par l'intermédiaire du **système limbique** : ensemble de structures cérébrales la principale étant l'**amygdale cérébrale**). **Cet état de sidération, de « panne psychique » entraîne une pétrification physique**, la victime souvent ne peut ni bouger, ni crier, **et une pétrification psychique**, la victime ne peut ni penser, ni analyser la situation, ni envisager des

stratégies de défense. Cet état de sidération psychique est responsable d'**une absence de modulation corticale de la réponse émotionnelle** qui va continuer à monter en puissance. **Un stress extrême** s'installe alors, **avec la sécrétion d'adrénaline et de cortisol (qui sont des hormones de stress) à des doses qui deviennent rapidement toxiques pour le système cardio-vasculaire et le cerveau et représentent un risque vital pour l'organisme**. Pour y échapper le cerveau (comme lors d'un survoltage dans un circuit électrique) va faire **disjoncter** le circuit limbique responsable du stress et **isoler l'amygdale cérébrale**, ce qui va avoir pour effet d'**éteindre la réponse émotionnelle**, faire chuter les taux d'adrénaline et de cortisol et **donc de supprimer le risque vital**, mais aussi de **déconnecter les fibres qui informent le cortex des émotions** (le cortex ne pourra pas traiter l'évènement), entraînant une **anesthésie affective et une dissociation** (état de conscience altérée, dépersonnalisation, décorporalisation, sentiment d'irréalité et d'être spectateur de la scène avec des modifications de la perception du temps - temps qui s'arrête ou au contraire qui s'accélère - et de l'espace), de **déconnecter les fibres qui permettent la transformation de la mémoire émotionnelle amygdalienne non consciente en mémoire consciente autobiographique**, entraînant **des troubles de la mémoire : amnésie partielle ou complète du traumatisme et une mémoire traumatique** : mémoire émotionnelle qui reste piégée, hypersensible, immuable l'intensité des affects restant intacte et qui peut "s'allumer" lors de situations, d'affects, de sensations sensorielles rappelant l'évènement traumatique, envahissant alors la conscience et faisant de façon incontrôlable revivre à l'identique le viol avec la même détresse, les mêmes angoisses et entraînant le même survoltage et le même risque vital.

Cette déconnexion de l'amygdale se fait grâce à la production par le cerveau des drogues endogènes "dures" qui sont sécrétées par le cerveau : endorphines (avec effet morphine-like), antagonistes des récepteurs de la N-Méthyl- D-Aspartate (avec effet Kétamine-like), ce sont elles qui vont **stopper le risque vital physique et psychique au prix d'un état dissociatif, d'une anesthésie affective et d'une mémoire traumatique** cette dernière étant une véritable bombe à retardement susceptible de se "rallumer" au moindre lien fait consciemment ou inconsciemment avec l'évènement traumatique (en totalité ou en partie), générant alors le même état de détresse et de panique que lors du traumatisme.

Pour échapper à ce risque de rallumage et donc à ces crises d'angoisse et de panique intolérables le plus souvent totalement incompréhensibles et impossibles à calmer, il faudrait éviter toute nouvelle situation de violence, de stress, ou toute situation susceptible de rappeler ou de faire lien avec le traumatisme. **Seules, peuvent permettre d'échapper à cette réactivation, la protection et la mise hors de danger de la victime, ou la mise en place de conduites d'évitement (évitement des situations rappelant le viol, évitement de la pensée, évitement des émotions, évitement de tout stress).**

Mais les conduites d'évitement sont vouées à l'échec si les violences continuent, ou si la victime reste en contact obligé avec l'agresseur, ou si des menaces pèsent encore sur elle, la mémoire traumatique est continuellement réactivée, la souffrance est intolérable, pour y échapper il ne reste plus, comme solutions, que disparaître (suicide) ou la mise en place des mécanismes de sauvegarde par disjonction, cette disjonction dans un premier temps peut se faire spontanément, la victime face à l'agresseur se dissocie et se retrouve dans un état d'anesthésie affective et d'altération de la conscience avec dépersonnalisation, sensation d'étrangeté, impression d'être spectateur de ce qui lui arrive, d'assister à un film ce qui la rend incapable de se défendre, de réagir et la met en situation d'être totalement sous emprise (état hypnoïde) ou dans un état d'indifférence à sa situation. Mais ce système de disjonction étant sous la dépendance de drogues endogènes "dures", cela entraîne assez rapidement **des phénomènes de tolérance, d'accoutumance et de dépendance** : pour que la déconnexion se fasse il faut soit :

- 1) **une prise de toxiques qui reproduisent ou provoquent l'état dissociatif**

(alcool, drogues, surdosage médicamenteux), et entraîne une anesthésie émotionnelle

- 2) **un niveau de stress de plus en plus élevé** pour avoir des taux plus élevés de drogues endogènes. Cela crée alors une situation paradoxale où il y a **une nécessité vitale de se mettre en danger** pour pouvoir disjoncter en augmentant le niveau de stress quand la mémoire traumatique est allumée, **par exemple quand il va falloir affronter son agresseur, l'anticipation de cette situation étant particulièrement intolérable**. La façon de se mettre en danger peut se faire soit par **des conduites auto-agressives** (auto-mutilations, tentatives de suicide, douleurs provoquées, conduites "masochistes"), soit par **des conduites à risque avec mises en danger qui sont des conduites dissociantes qui s'imposent à elle**, qui peuvent être de "céder", de "plonger dans le danger", de suivre l'agresseur ou même de provoquer ou de proposer chez son agresseur des passages à l'acte par des conduites ou des propos, des attitudes "provocants", "séducteurs", passages à l'acte qu'elle redoute tellement que leur anticipation va créer un stress très important et permettre la disjonction et l'anesthésie affective qui **permettra de vivre la situation redoutée dans un état "second" anesthésiée, sans souffrance ni angoisse intolérable**. Ces passages à l'acte, **la victime ne les veut absolument pas, les craint plus que tout, et c'est pour cela qu'il est nécessaire qu'elle soit dans un état second pour y survivre**.

La multiplication des situations traumatiques (violences qui continuent, menaces), **la multiplication des situations de rallumage de la mémoire traumatique** (rappel du traumatisme par des liens qui se font avec celui-ci, par un contact avec l'agresseur) **et les conduites dissociantes pour y échapper, entraînent donc un état de dissociation chronique chez la victime avec dépersonnalisation, conscience altérée et anesthésie affective qui peut permettre une emprise de l'agresseur sur la victime** (qui est de ce fait totalement vulnérable et dans l'incapacité de se défendre). Elle peut même sembler "participer" aux violences par son état hypnoïde d'automate et par ses conduites dissociantes alors que c'est la terreur qu'elle éprouve vis-à-vis de l'agresseur et vis à vis des violences, qui l'ont mise dans cet état du fait d'un mécanisme psychoneurobiologique de sauvegarde nécessaire pour éviter un risque vital physique et psychique. Cet état de dissociation et d'anesthésie émotionnelle explique aussi pourquoi la victime peut être dans un état d'indifférence paradoxale face au viol qui lui apparaît comme irréel ou comme ne la concernant pas vraiment (comme s'il était arrivé à quelqu'un d'autre du fait du processus de dépersonnalisation) et sembler bien le tolérer, voire le banaliser tant qu'elle est en contact avec l'agresseur ce qui l'empêche de le dénoncer et de porter plainte.

Comment la victime sort de son état de dissociation et peut accéder à une prise en charge médicale spécialisée et une prise en charge judiciaire :

Le seul moyen pour sortir de cet état de dissociation chronique est de ne plus du tout être en contact avec son agresseur et avec le contexte du viol (contact physique, téléphonique, par courrier, ou par personne interposée, lieu où le viol a été commis) **et d'en être protégée, l'agresseur, par expérience, le sait, aussi souvent ne lâche-t-il pas sa victime** (harcèlement, menaces, contact répétés). Ce n'est que quand la victime se sentira protégée de l'agresseur, mise à l'abri, qu'elle pourra sortir de cet état de dissociation qui ne sera plus nécessaire en continu pour la protéger d'une souffrance intolérable, elle pourra alors "se réveiller", se retrouver, et prendre conscience de la réalité et de la gravité des faits.

De façon qui peut paraître paradoxale, sa mise à l'abri en la sortant de son anesthésie émotionnelle chronique de sauvegarde va faire dans un premier temps exploser sa

mémoire traumatique et lui faire ressentir une vive souffrance face au viol, avec des réminiscences, des flash-back et des cauchemars, le viol deviendra omniprésent. Elle pourra alors demander de l'aide, dénoncer le viol comme une agression très grave et ressentir le besoin de porter plainte et d'être traitée, mais si elle est mise de nouveau en danger les processus de dissociation pourront reprendre.

Au total l'état de dissociation chronique dans lequel une victime de viol se retrouve quand elle reste en danger (soit parce qu'elle est exposée à de nouvelles violences ou soit parce qu'elle est toujours en contact avec l'agresseur), est du à un mécanisme neurobiologique de sauvegarde produisant un état d'anesthésie émotionnelle nécessaire pour échapper au risque vital que fait courir l'état de stress extrême engendré par les violences et la mémoire traumatique. Mais cette sauvegarde se fait au prix d'une dépersonnalisation, d'un sentiment d'irréalité et d'un état d'indifférence face aux violences. Le risque est alors important de subir de nouvelles violences et d'être en danger du fait des conduites à risques dissociantes (risques d'accidents et risques liés aux conduites à risques et aux conduites addictives) et de l'anesthésie émotionnelle et physique (mise en danger sociale, personnelle et professionnelle, mise en danger médical avec une absence de soins et de prévention).

Nous l'avons vu tant que l'état de dissociation perdure la victime ne porte pas plainte, cet état de dissociation souvent cultivé par l'agresseur assurant son impunité. Et quand elle est enfin mise hors de danger, si elle peut enfin porter plainte souvent après des mois, voire des années, le récit et la chronologie des faits seront souvent difficiles à reconstituer de façon précise en raison de la mémoire traumatique, des troubles fréquents de la mémoire concernant certains faits ou certains détails (amnésie lacunaire, trouble de la conscience), et de confusions temporo-spatiales fréquentes aussi portant sur les horaires, les dates, les lieux, les trajets (trouble de la conscience, dissociation).

Comment améliorer la prise en charge médicale et judiciaire des victimes de viol :

Il faut avant tout identifier, mettre à l'abri et soigner le plus rapidement possible les victimes de viol pour cela il faut :

- **permettre aux victimes de viol de mieux se faire entendre, de faire confiance en une médecine et une justice efficace et compétente, de mieux connaître leurs droits, les lois, la définition pénales des violences sexuelles, et les parcours judiciaires, les possibilités de trouver du secours, d'avoir accès à des ressources (n°d'appels nationaux, sites internet, associations, consultations juridiques, campagnes d'informations) et de porter plainte (le plus rapidement possible, urgence d'un examen médical dans les 72 h dans une UMJ unité médico-judiciaire, d'être informée qu'il ne faut pas se laver, qu'il faut garder les vêtements souillés), mais aussi de mieux comprendre leurs réactions et les conséquences psychotraumatiques des violences qu'elles ont subies (plaquettes d'informations sur les conséquences médicales des violences*(4)qui devraient être disponibles dans les cabinets médicaux et paramédicaux, les cabinets de psychologues, les centres de santé, les CMP centres médico-psychologiques et les CMPP centres médico-psycho-pédagogiques, les hôpitaux, les UMJ unité médico-judiciaire, les pharmacies, les services de médecine scolaire et du travail, dans les PMI protection maternelle et infantile, les plannings familiaux, les CIDFF centre d'information des droits des femmes et des familles, les associations, les mairies et les centres d'action sociale, les permanences juridiques, les avocats, les commissariats, etc.).**

- **informer et former les professionnels du monde médical et social** pour qu'ils connaissent la fréquence des violences sexuelles, les lois et les définitions pénales des violences sexuelles, les conséquences psychotraumatiques du viol, les symptômes d'alerte, et qu'ils sachent dépister et identifier les victimes de viol, il est très important qu'un dépistage systématique des violences soit fait par les médecins (en posant la question lors des consultations) et que ces derniers puissent diagnostiquer les troubles psychotraumatiques et orienter les victimes vers des soins spécialisés en psychotraumatologie et en victimologie, et sachent établir un certificat médical à produire en justice. La formation doit débuter dès les études médicales et de spécialités et doit se poursuivre dans le cadre de la formation continue.
- **informer et former les professionnels du monde juridique, et les professionnels de la police et de la gendarmerie** sur les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles et le retentissement des symptômes traumatiques sur la dénonciation des violences, le dépôt de plainte et sur la conduite de la victime et sur le récit des faits qu'elle peut faire.
- **développer des centres de soins spécialisés en psychotraumatologie et victimologie** (actuellement il y en a très peu sur toute la France), et mettre en place des soins gratuits pour les victimes)
- **accompagner, protéger et sécuriser les victimes dans toutes leurs démarches, aider à l'émergence d'une parole sur les violences en tenant compte des troubles psychotraumatiques qu'il faut soigner en parallèle** (actuellement le plus souvent les symptômes psychotraumatiques qui sont des éléments de preuve diagnostique sont pour la police, la gendarmerie et la justice interprétés au contraire comme des éléments mettant en cause la crédibilité de la parole de la victime ou comme une absence de preuve suffisante).
- **et bien sûr lutter contre toutes les violences et toutes les inégalités et les discriminations** qui les rendent possibles, c'est ainsi que l'on pourra prévenir de nouvelles violences (les victimes étant instrumentalisées pour permettre aux agresseurs de s'anesthésier à leurs dépens par des conduites violentes*(5))

Conclusion :

Pour conclure il est essentiel de protéger, de mettre à l'abri les victimes et de les soigner (les soins sont efficaces*(2)et consistent à désamorcer et à déminer la mémoire traumatique pour qu'elle devienne une mémoire autobiographique énonçable) **pour qu'elles ne soient plus abandonnées et condamnées à se débrouiller seules pour assurer leur sécurité et se traiter comme elles peuvent, avec à leur disposition que des conduites d'évitement et des conduites dissociantes.** Il est essentiel que les victimes et tous les professionnels qui les prennent en charge connaissent les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles et les mécanismes psychologiques et neurologiques qui en sont la cause, cela permettra aux victimes de mieux se comprendre et de mieux se défendre, et aux professionnels de mieux tenir compte de l'impact des troubles psychotraumatiques sur la santé psychique et physique des victimes et de leur impact sur leur comportement, leurs conduites et leurs paroles pour mieux les entendre, mieux les protéger et mieux leur rendre justice. Pour qu'une parole de victime précise et utile pour la justice émerge il faut que les manifestations psychotraumatiques des violences soient non seulement connues et bien interprétées, mais surtout qu'elles soient prises en charge médicalement. Tout comme il serait impensable de considérer qu'une personne dans le coma après un traumatisme crânien par violence intentionnelle, ou avec la mâchoire et les mains

broyées (et donc incapable de parler et d'écrire par des coups) devrait pouvoir porter plainte ou décrire les faits pour qu'ils soient pris en compte, une victime de viol présente un état de sidération et de dissociation psychique qui entrave sa capacité à dénoncer les faits, à porter plainte et à relater les faits de façon précise et exhaustive, et le rôle des médecins spécialisés en psychotraumatologie est en les traitant de leur rendre une parole interprétable.

Docteur Muriel Salmona, Bourg la Reine le 08 novembre 2009
Psychiatre-Psychotraumatologue
Responsable de l'Antenne 92 de l'Institut de Victimologie
Présidente de l'association de recherche et de formation :
Mémoire Traumatique et Victimologie

- 1*Salmona Muriel, *La mémoire traumatique* in *L'aide-mémoire en Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, 2008
- 2*Isabelle Thieuleux, *Agressions sexuelles : faire émerger les éléments constitutifs des infractions par le témoignage de la victime* »- Mémoire DU Victimologie-2008
- 3**Etude sur les Hauts de Seine sur les conséquences psychotraumatiques des violences conjugales, familiales et/ou sexuelles*, Salmona Muriel, 2008
- 4**Plaquettes d'information médicale sur les conséquences psychotraumatologiques des violences : Si vous avez subi ou si vous subissez des violences* éditées par l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie et la DRDFE Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité d'Ile de France et la Préfecture et la Préfecture de Région d' Ile de France, disponible sur les sites **memoiretraumatique.org, violences.fr, et sosfemmes.com**
- 5*Ouvrage à paraître en 2010 : *Violences impensées et impensables ou la mémoire traumatique à l'œuvre*, Muriel Salmona