

Le viol, crime absolu

Dre Muriel Salmona,

Psychiatre, psychothérapeute, responsable de l'institut de victimologie du 92, présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie. Auteure du [Livre noir des violences sexuelles](#) chez Dunod (2013)

Article paru dans le dossier sur [Le traumatisme du viol](#) de la revue de la santé mentale [n°176](#) de mars 2013

Si en 2013 tout le monde s'accorde sur le fait que subir un viol est grave et traumatisant, et qu'il représente une atteinte aux droits, à la dignité et à l'intégrité physique et psychique des victimes...

Si en France un travail énorme d'information, de campagne et de lutte contre les viols a été fait depuis plus de 25 ans par des associations féministes, si des numéros nationaux gratuits ont été mis en place comme femmes-viols-information, le 39-19 et le 119, si pour la première fois le plan gouvernemental triennal de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 aborde la question du viol et des agressions sexuelles...

Si la loi française au fil des années s'est beaucoup améliorée, reconnaissant le viol comme un crime jugé en cour d'assise, passible de 15 années de réclusion criminelle (30 années en cas d'homicide et d'actes de barbarie, 20 pour les viols sur mineurs de 15 ans, viols en réunion, avec armes, viols par ascendants ou par personne ayant autorité, viols par conjoint ou ex-conjoint). Si depuis 1980 le viol a été défini de façon complète et précise dans le code pénal (article 222-23) comme « *Tout acte de pénétration de quelque nature que ce soit commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise* ». Si les lois de 1989, 1995, 1998 et 2004 ont élargi les délais de prescription des viols commis sur les mineurs, de 10 ans après les faits, jusqu'à actuellement 20 ans après leur majorité, reconnu le viol conjugal et enfin en 2010 supprimé la mention de la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel (1)...

Si les connaissances sur les viols et sur l'impact très lourd qu'ils ont sur la santé des victimes ont beaucoup progressé ces deux dernières décennies. Si des recherches, des enquêtes et des études françaises et internationales ont permis de mieux évaluer la fréquence, la réalité et la gravité des violences sexuelles, de mieux répertorier [les troubles psychotraumatiques](#) et de les décrire en tant que conséquences neuropsychologiques caractéristiques et normales que toute victime de violences peut présenter, de mieux connaître les mécanismes neurobiologiques à l'origine des

psychotraumatismes, de mieux comprendre les symptômes que présentent les victimes de viol et de leur proposer des traitements adaptés et efficaces (2)...

force est de reconnaître que dans la réalité tout se passe malheureusement très différemment. Loi du silence, déni, absence de reconnaissance et abandon des victimes de viols règnent encore en maîtres (3).

L'immense majorité des viols ne sont toujours pas connus, ni dénoncés, ni donc jugés : moins de 8 % des viols (et 2% des viols intrafamiliaux et conjugaux) font l'objet de plainte, alors que 20 % des victimes intra-familiales de blessures physiques portent plainte (Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales ONDRP 2008 et 2009). Le pourcentage de condamnations pour viol est très faible, entre 1,5 et 2 %. Les viols sont souvent correctionnalisés (transformés en agressions ou atteintes sexuelles), tandis que les procédures pour viol sont classées sans suite, ou font l'objet d'un non-lieu, faute de preuves recueillies suffisantes.

Et l'immense majorité des victimes de viols ne sont toujours pas reconnues comme telles, ni protégées, ni prises en charge de façon adaptée. Le peu de victimes qui arrivent à parler malgré les menaces, les pressions et les manipulations sont rarement entendues. Et si les viols sont connus, ils sont souvent minimisés, ainsi que leurs conséquences psychotraumatiques. Les professionnels de la santé, peu ou pas formés en psychotraumatologie et en victimologie, ne recherchent pas encore systématiquement des antécédents de violences chez tous leurs patients, alors qu'il est de plus en plus recommandé de le faire. De même il est encore trop rare qu'ils repèrent et diagnostiquent des troubles psychotraumatiques chez leurs patients. Des symptômes pourtant pathognomoniques d'état de stress post-traumatiques (défini par trois types de symptômes spécifiques : des symptômes intrusifs, des symptômes d'évitement et des symptômes d'hyper-activité neuro-végétatives) ou de troubles dissociatifs post-traumatiques (altération de la conscience avec sentiment d'étrangeté, de détachement de son corps et de sa pensée,) ne sont alors ni identifiés comme tels, ni reliés aux violences qui en sont à l'origine, ni traités spécifiquement. Le plus souvent ces troubles sont mis uniquement sur le compte d'états dépressifs, de troubles anxieux, de troubles du comportement et de la personnalité, ou de pathologies psychotiques et traités uniquement comme tels. Cette absence de repérage par les professionnels de la santé fait que des moyens de protection seront d'autant moins mis en œuvre pour les victimes (signalement pour les mineurs et les personnes vulnérables), qu'elles seront d'autant moins reconnues comme victimes d'un crime, d'autant moins informées de leurs droits et des risques pour leur santé, et d'autant moins orientées vers une prise en charge adaptée (médico-sociale, associative et judiciaire).

Les victimes de viols sont donc souvent abandonnées sans accompagnement, sans accès à la justice, sans réparation, sans traitement spécialisé, à devoir survivre seules face aux violences et à leurs conséquences psychotraumatiques, ce qui représente une grave atteinte à leurs droits. Moins de 10 % des victimes de

violences sexuelles intrafamiliales ont déclaré avoir appelé un numéro vert ou rencontré des membres d'une association, et moins de 20 % ont déclaré avoir été vues par un médecin à la suite des actes subi (ONDRP 2009).

Les troubles psychotraumatiques qui s'installent fréquemment après un viol pour des mois, des années, voire toute la vie quand aucune prise en charge n'est mise en place, vont pourtant avoir un impact grave sur la santé des victimes et leur vie affective, familiale, sexuelle, sociale, scolaire et professionnelle. Elles doivent composer avec une mémoire traumatique (symptôme principal des troubles psychotraumatiques) qui, en leur faisant revivre le viol à l'identique (par des réminiscences intrusives, des flashbacks, des cauchemars) dès qu'un lien rappelle l'évènement traumatique, est une véritable torture. La mémoire traumatique du viol transforme leur vie en enfer les obligeant à mettre en place des stratégies de survie (conduites d'évitement et de contrôle, hypervigilance, conduites à risque dissociantes) coûteuses et handicapantes qui leur seront souvent reprochées. Les violences, la mémoire traumatique de celles-ci et les stratégies de survie mises en place seront un facteur de risque de souffrance mentale, d'isolement, d'exclusion, d'échec scolaire, de perte d'emploi, de précarité, de marginalisation, de mise en danger (automutilation, conduites addictives, conduites sexuelles à risques, etc.), de violences à nouveau subies, de morts précoces (par homicides, accidents, suicides, maladie). **Les viols ont des répercussions considérables sur la santé des victimes, générant de très importantes dépenses de santé.** Les coûts de la violence à l'égard des femmes et des filles (incluant les dépenses de santé, les aides sociales, les dépenses de police et de justice, l'absentéisme et les pertes de revenus et de production, etc.) sont dans la plupart des pays évalués entre un et plusieurs milliards d'euros.

De nombreuses études scientifiques internationales, publiées depuis plusieurs années dans de grandes revue à comité de lecture, telles que celles de Felitti et Anda (4) en 2010 démontrent qu'avoir subi des violences est un des déterminants principaux de l'état de santé d'une personne même 50 ans après, et représente un des principaux facteurs de risque de présenter de nombreuses pathologies psychiatriques, cardio-vasculaires, pulmonaire, endocrinienne (diabète), auto-immunes, neurologiques, des douleurs chroniques et des troubles du sommeil.. et de subir à nouveau des violences ou d'en commettre. Les femmes qui subissent des viols ont beaucoup plus recours à des consultations médicales, à des soins en urgences, à des hospitalisations en médecine et en psychiatrie, et à des arrêts de travail.. Les viols sont à l'origine d'un risque suicidaire important chez les victimes présentant des troubles psychotraumatiques (avec 7 fois plus de décès et 15 fois plus de tentatives de suicide). Ils peuvent être à l'origine de grossesses, d'interruptions volontaires de grossesse, et d'enfants nés d'un viol avec toutes les conséquences que cela implique (d'où l'importance de rechercher ces violences). Dans le cadre de conduites dissociantes, les victimes de viols ont fréquemment des conduites addictives, des troubles alimentaires (anorexie, boulimie) et sexuels, des risques de grossesses

précoces chez des adolescentes, des risques prostitutionnels et de contamination par des maladies sexuellement transmissibles, particulièrement par le virus HIV responsable du SIDA (risque très augmenté lors de violences sexuelles). Les troubles psychotraumatiques sont également un facteur de risque de décompensation psychologique et neurologique, de démences et de troubles du comportement (avec risque de subir des maltraitances) chez les personnes âgées ayant un passé de violences sexuelles (5).

Et de nombreuses recherches cliniques et neuro-biologiques depuis plus de 10 ans ont montré que l'impact des violences sexuelles chez les victimes est non seulement psychologique, mais également neuro-biologique avec des atteintes de circuits neurologiques et des perturbations endocriniennes des réponses au stress. Ces atteintes ont été bien documentées, elles laissent des séquelles cérébrales visibles par IRM, avec une diminution de l'activité et du volume de certaines structures (par diminution du nombre de synapses), et pour d'autres une hyperactivité, ainsi qu'une altération du fonctionnement des circuits de la mémoire et des réponses émotionnelles. Récemment des altération épigénétiques ont également été mises en évidence chez des victimes de violences sexuelles dans l'enfance, avec la modification d'un gène (NR3C1) impliqué dans le contrôle des réponses au stress et de la sécrétion des hormones de stress (adrénaline, cortisol), altérations qui peuvent être transmises à la génération suivante.

Et encore plus récemment une étude menée par une équipe de chercheurs internationaux (allemand, américains et canadien) et publiée début juin 2013 dans l'American Journal of Psychiatry a mis en évidence des modifications anatomiques visibles par IRM de certaines aires corticales du cerveau de femmes adultes ayant subi dans l'enfance des violences sexuelles. Fait remarquable, ces aires corticales qui ont une épaisseur significativement diminuée par rapport à celles de femmes n'ayant pas subi de violences, sont celles qui correspondent aux zones somato-sensorielles des parties du corps ayant été touchées lors des violences (zones génitales, anales, buccales, etc.). Et l'épaisseur de ces zones corticales est d'autant plus diminuée que les violences ont été plus graves (viols, plusieurs agresseurs,...).

Ces nombreuses recherches ont déjà permis de faire le lien entre les découvertes neuro-biologiques et la clinique des psychotraumatismes. La compréhension du lien fait appel à l'élaboration d'un modèle théorique (Shin, 2006 ; Yehuda, 2007, Salmona, 2008 et 2012), c'est à dire d'une explication qui permette de mieux appréhender la réalité, le modèle ne pouvant prétendre expliquer la réalité dans sa totalité. J'ai largement participé à cette élaboration (que je présente dans mon livre : Le livre noir des violences sexuelles, Dunod, 2013) qui permet de décrire les mécanismes psychiques et neuro-biologiques à l'œuvre lors des violences, et de donner une explication et une cohérence aux différents symptômes psychotraumatiques, qui sinon paraissent paradoxaux et sont difficilement compréhensibles.

Et même quand les viols sont connus et pris en en charge précocement, les soins restent souvent insuffisants. Un audit effectué dans un hôpital public universitaire en Belgique, concernant 356 femmes admises aux urgences entre janvier 2002 et décembre 2007 après une plainte pour agression sexuelle, révèle que près de 90 % d'entre elles n'ont pas reçu les soins optimaux (Gilles C., 2010). Faut-il le rappeler, les viols représentent une urgence à la fois médico-légale (recherche de preuves et certificat médical) et médicale (soins somatiques et psychologiques, contraception d'urgence et prévention, traitement des infections sexuellement transmissibles).

Que se passe-t-il ? Dans le cadre de fausses représentations très répandues le viol est avant tout perçu comme un fait divers exceptionnel, se produisant avec un agresseur inconnu, issu d'un milieu social défavorisé, de nuit sur la voie publique ou dans un parking, sur une femme sexuellement désirable, d'une réputation irréprochable. La victime est censée s'être débattue et avoir porté plainte aussitôt. Presque toutes les autres victimes de viol, de loin les plus nombreuses, sont escamotées : celles qui sont mineures, celles qui sont violées par un proche, un parent, un conjoint ou une personne qu'elles connaissent, celles qui sont sous emprise, celles qui n'ont pas pu réagir lors du viol, celles qui portent plainte des mois après le viol, ou celles qui ont oublié puis se sont souvenues du viol des dizaines d'années après, celles qui sont trop vieilles, pas assez jolies, celles qui sont alcooliques, toxicomanes, délinquantes ou prostituées, celles qui ont de trop nombreux partenaires, celles qui ont une tenue trop voyante ou trop «sexy», celles qui sont trop déconnectées, celles qui sont étiquetées malades mentales ou handicapées...

Personne ou presque ne voit ces victimes de viol ; soit parce qu'elles ont des amnésies traumatiques (jusqu'à 38 % des victimes de violences sexuelles connues dans l'enfance n'en ont aucun souvenir 17 ans après, étude de Williams 1994, et 59 % seront amnésiques lors de périodes plus ou moins longues, parfois plusieurs décennies, étude de Briere, 1993), avec des souvenirs tellement saturés de troubles dissociatifs que les violences peuvent leur paraître pas si graves ou bien irréelles ; soit parce qu'elles sont confrontées à des menaces, des pressions et des manipulations de la part des agresseurs et de leur entourage, elles sont alors sommées de se taire ; soit parce qu'elles sont envahies par des sentiments de honte et de culpabilité créés de toute pièce par le comportement de l'agresseur, qui les empêchent d'en parler ; soit parce qu'elles ne seront pas entendues quand elles arriveront enfin à parler, elles seront même souvent considérées comme coupables (6) (ayant menti, ayant provoqué le viol ou ayant été imprudente, n'ayant pas fait ce qu'il fallait pour l'éviter) ou comme n'ayant rien subi, le viol étant transformé en acte sexuel consenti.

Ce déni, cette absence de reconnaissance et cette mise en cause des victimes organisent l'impunité des agresseurs et la non-reconnaissance des victimes. En cause : la méconnaissance de la réalité du viol (de sa définition précise, de sa fréquence, des conditions où il est commis, de l'extrême violence que subissent les

victimes de viols, de qui sont les agresseurs, quelles sont leurs intentionnalité et leurs stratégies, de qui sont les victimes), de stéréotypes sexistes sur les femmes, de stéréotypes sur la sexualité des hommes, sur la confusion entre désir et excitation à la haine, entre sexualité et violences, entre amour et violences, et de l'interprétation souvent pornographique des viols (les femmes seraient censées aimer être forcées et seraient donc consentantes à des actes sexuels violents). Et la méconnaissance des troubles psychotraumatiques est telle que les symptômes qu'elles présentent sont très rarement reliés au viol qu'elles ont subi, et qu'il est fréquent que ces mêmes symptômes (sidération, dissociation, amnésie traumatique) soient au contraire utilisés pour disqualifier leurs paroles, et leur soient reprochés injustement (elles exagèrent, elles inventent, elles ne sont pas capable de tourner la page, elles manquent de volonté, etc.).

Or toutes les enquêtes de victimisation montrent que le viol est un phénomène massif avec environ 190 000 viols par an ! C'est une violence spécifique, sexiste (plus de 80% des victimes sont des femmes et 90% des auteurs sont des hommes) se produisant dans tous les milieux sociaux et toutes les catégories professionnelles, commise le essentiellement par des agresseurs connus des victimes dans 80% des cas (et par la famille dans 15 % des cas), et majoritairement commise sur des mineurs dans plus de 60% des cas, et sur des personnes en situation de vulnérabilité ayant déjà subi des violences (l'Organisation des Nations Unies en 2010 lors de la 10^e Conférence mondiale sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité a reconnu que le facteur de risque principal pour subir des violences sexuelles est d'en avoir déjà subi). Une étude de Médecins du Monde faite en 2009 à Marseille a montré qu'une femme sans abri a un risque très élevé d'être violée. 60% des personnes en situation prostitutionnelle déclarent avoir été violées, et 70 à 90% ont subi des violences sexuelles avant l'entrée en prostitution, essentiellement dans l'enfance (7). Une étude canadienne ancienne (McLeod, 1992) a montré que **40 % des femmes ayant un handicap physique vivront au moins une agression sexuelle au cours de leur vie. **De 39 à 68 % des femmes présentant une déficience intellectuelle** seront victimes d'au moins une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans.**

Les viols sont surtout fréquents dans les univers considérés comme les plus protecteurs, ceux-là même où devraient régner amour, soins, protection et sécurité : la famille, le couple, les milieux institutionnels de l'éducation, de la santé, de la protection des personnes, le travail. La loi du silence est imposée aux victimes particulièrement à l'intérieur des familles, du couple, des institutions et des entreprises, c'est à la victime de ne pas faire de vagues, de ne pas « détruire » la famille, le couple, l'institution, la réputation ou la carrière de l'agresseur,..., d'être compréhensive, d'être gentille, de comprendre que « ce n'est pas si grave, qu'il y a pire ailleurs »...

Les chiffres sont effarants en ce qui concerne les viols (8). Au cours de leur vie 16% des femmes ont subi des viols et des tentatives de viols (avec respectivement

6,8 % de viols et 9,1 % de tentatives de viols) dont 59% avant 18 ans, **et 5 % des hommes** (avec respectivement 1,5 % de viols et 3,0 % de tentatives de viols) (enquête Contexte de la sexualité en France CST INSERM, 2008). Si on tient compte des différentes enquêtes de victimisation faites en France depuis 2000, ce serait donc 190 000 viols qui seraient commis en France chaque année, dont plus de la moitié sur des mineurs. **Comment obtient-on ce chiffre ?** Pour l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) de 2000, 0,3 % des femmes de 20 à 59 ans ont subi des viols, **soit environ 50 000 femmes par an**. L'enquête INSEE 2005-2006 sur des femmes de 18 à 59 ans donne le chiffre bien supérieur de 0,7 % de viols (1,5 % pour les viols et les tentatives de viols) sur une année, **soit un peu plus de 115 000 femmes par an**. Ce chiffre est plus élevé que celui de l'enquête ENVEFF car il comprend en plus les femmes de 18 à 20 ans (or ce sont les femmes les plus jeunes qui subissent le plus de viols : trois fois plus pour les femmes de 19 à 29 ans). Sachant qu'il manque toujours les chiffres concernant les femmes de plus de 59 ans, et les viols subis par les mineures (l'enquête Contexte de la sexualité en France CSF de l'INSERM et de l'INED de 2006 publiée en 2008 indique que plus 59% des viols et des tentatives de viols sont commis sur des mineurs), on arrive à des chiffres qui seraient bien supérieurs **à 150 000 viols par an...** Auxquels il faut rajouter les viols subis par les hommes, qui seraient quatre fois moins nombreux, on compte effectivement au minimum **190 000 viols par an en France !**

La réalité des viols est donc l'objet d'un déni massif, personne ne veut voir les actes de torture et de barbarie et les atteintes à leur dignité que subissent les victimes. Et il est habituel de constater que les victimes de viol ne parlent que d'une petite partie des violences qu'elles ont subies, les victimes ont du mal à rapporter des actes de sadisme et d'humiliation difficilement concevables. Arriver à décrire ces actes est d'une difficulté inouïe car cela réactive leurs traumatismes et leur refait revivre les scènes. Un pourcentage important de viols peuvent être accompagnés de menaces de mort avec ou sans arme, de séquestration, d'actes de torture et de barbarie, de mises en scène terrorisantes, de tentatives de meurtre (par strangulation, étouffement), voire de meurtres qui rentrent alors dans le cadre des crimes sexistes que certains pays qualifient de féminicides : meurtres de femmes parce qu'elles sont des femmes. Les viols en réunion sont souvent commis sur de très jeunes femmes, par des hommes très jeunes également qui imposent aux victimes les mises en scène pornographique les plus dégradantes. Les agresseurs ne se contentent pas de faire souffrir leurs victimes, ils leur imposent des scénarios et les obligent souvent à dire et à penser que c'est de leur faute, ou que c'est pour leur bien, qu'elles aiment ça, leur déniaient ainsi toute possibilité de se défendre et de se plaindre. Sous le prétexte qu'elles s'exercent sous couvert de la sexualité, du couple, de la famille, les violences ne seraient pas si graves... Et dans un retournement pervers, ces violences seraient normales du côté des agresseurs : inhérentes à la sexualité, voir même des preuves d'amour. Du côté des victimes, ces violences leur seraient utiles, voire même désirées (les femmes rêvent d'être humiliées, violées et frappées...). Cela explique que si peu de victimes portent plainte, et que le parcours judiciaire soit si maltraitant pour les

victimés. Les victimes de viol se ressentent comme des survivantes aux vies fracassées que personne ne comprend.

Les violences sexuelles n'ont rien à voir avec un désir sexuel ou une tentative de séduction, ni avec des pulsions sexuelles, les violences intrafamiliales sexuelles (inceste, viols conjugaux) n'ont rien à voir avec de l'amour. Désirer et aimer ne signifie pas posséder ou instrumentaliser pour son propre compte. Ce sont juste des armes très efficaces pour détruire et dégrader l'autre, le soumettre et le réduire à l'état d'objet et d'esclave que l'on utilise pour son plaisir et pour son besoin de mettre en scène une violence extrême. Les viols ne sont possibles que dans un cadre inégalitaire qui permet de fabriquer des victimes toutes désignées et de les instrumentaliser le plus souvent en toute impunité. Il s'agit avant tout de dominer et d'exercer sa toute-puissance dans le cadre d'une prise de possession du corps d'autrui, d'une érotisation de la haine et de la violence, et d'une jouissance de la souffrance de la victime. La cruauté mentale est poussée à un paroxysme face à une victime en détresse et terrorisée, puisque l'agresseur lui signifie que non seulement il est indifférent à sa souffrance qu'il provoque intentionnellement, mais qu'il en tire un grand plaisir au point d'en jouir sexuellement. Il lui signifie aussi que son corps ne lui appartient plus, qu'il est devenu un objet dont il prend possession et sur lequel il a tout pouvoir (9). Ces aspects rendent les violences sexuelles encore plus destructrices, c'est pourquoi elles sont aussi utilisées comme des armes de guerre, d'oppression, de répression par la terreur, de « purification ethnique » comme cela a été le cas avec les viols systématiques de femmes bosniaques, kosovares ou tutsies, qui ont été reconnus comme crime contre l'humanité pour la Bosnie et le Rwanda, ou plus récemment, en Libye et en Syrie.

Les viols ont le triste privilège d'être, avec les tortures, les violences qui ont les conséquences psychotraumatiques les plus graves, avec un risque de développer un état de stress post-traumatique chronique associé à des troubles dissociatifs très élevé chez plus de 80% des victimes de viol. Lors de viols, la mise en scène de meurtre, l'humiliation, l'atteinte à la dignité génèrent chez les victimes un sentiment de mort psychique, elles se perçoivent comme des « mortes-vivantes », réduites à des objets, leur vie devient un enfer. culpabilité et honte. **Les conséquences psychotraumatiques peuvent s'installer pendant des années, des dizaines d'années voire toute la vie, avec la mise en place d'une mémoire traumatique qui transforme la vie des victimes en une torture permanente si des soins ne sont pas mis en place.**

Les troubles psychotraumatiques sont des conséquences normales des violences qui s'expliquent par la mise en place de mécanismes neuro-biologiques et psychiques de survie à l'origine d'une mémoire traumatique (10). Ces mécanismes sont mieux connus depuis une dizaine d'années. Les troubles qui en résultent sont pathognomoniques, c'est-à-dire qu'ils sont spécifiques et qu'ils sont une preuve médicale du traumatisme. Ils ne sont pas liés à la victime mais avant tout à la gravité de l'agression et à l'intentionnalité destructrice de l'agresseur, la

vulnérabilité de la victime pouvant les aggraver. Ces troubles psychotraumatiques sont générés par des situations de peur et de stress extrêmes provoquées par les violences.

La violence, ne l'oublions pas, est un formidable instrument de soumission et de dissociation, particulièrement quand elle est terrorisante et qu'elle plonge la victime dans un scénario insensé (comme peuvent l'être des scénarios pornographiques imposés lors de viols). Elle a un effet de [sidération du psychisme](#) qui va paralyser la victime, l'empêcher de réagir de façon adaptée, et empêcher le cortex cérébral de contrôler l'intensité de la réaction de stress et sa production d'adrénaline et de cortisol. Un stress extrême, véritable tempête émotionnelle, envahit alors l'organisme et - parce qu'il représente un risque vital pour l'organisme (atteinte du cœur et du cerveau par l'excès d'adrénaline et de cortisol) (11) - déclenche des mécanismes neurobiologiques de sauvegarde qui ont pour effet de faire disjoncter le circuit émotionnel, et d'entraîner une anesthésie émotionnelle et physique en produisant des drogues dures morphine et kétamine-like. L'anesthésie émotionnelle génère un état dissociatif avec un sentiment d'étrangeté, de déconnection et de dépersonnalisation, comme si la victime devenait spectatrice de la situation puisqu'elle la perçoit sans émotion. Mais cette disjonction isole la structure responsable des réponses sensorielles et émotionnelles (l'amygdale cérébrale) de l'hippocampe (autre structure cérébrale, sorte de logiciel qui gère la mémoire et le repérage temporo-spatial, sans elle aucun souvenir ne peut être mémorisé, ni remémoré, ni temporalisé). Et l'hippocampe ne peut pas faire son travail d'encodage et de stockage de la mémoire sensorielle et émotionnelle des violences, celle-ci reste piégée dans l'amygdale sans être traitée, ni transformée en mémoire autobiographique. Elle va rester hors temps, non-consciente, à l'identique, susceptible d'envahir le champ de la conscience et de refaire revivre la scène violente de façon hallucinatoire, comme une machine à remonter le temps, avec les mêmes sensations, les mêmes douleurs, les mêmes phrases entendues, les mêmes odeurs, les mêmes sentiments de détresse et de terreur (ce sont les flashbacks, les réminiscences, les cauchemars, les attaques de panique...). **C'est cette mémoire piégée dans l'amygdale qui n'est pas devenue autobiographique qu'on appelle [la mémoire traumatique](#).**

La mémoire traumatique est au cœur de tous [les troubles psychotraumatiques](#). Elle “explose” aussitôt qu'un lien, une situation, un affect ou une sensation rappelle les violences ou fait craindre qu'elles ne se reproduisent. Elle envahit alors tout l'espace psychique de façon incontrôlable. Comme une “bombe à retardement”, susceptible d'exploser, souvent des mois, voire de nombreuses années après les violences, elle transforme la vie psychique en un terrain miné. Telle une “boîte noire”, elle contient 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 l'agresseur (ses mimiques, ses mises en scène, sa haine, son excitation, ses cris, ses paroles, son odeur, etc.). Cette mémoire traumatique des actes violents et de l'agresseur colonise la victime, et lui fera confondre ce qui vient d'elle avec ce qui

vient des violences subies ou de l'agresseur. La mémoire traumatique sera souvent responsable, non seulement de sentiments de terreur, de détresse, de mort imminente, de douleurs, de sensations inexplicables, mais également de sentiments de honte, de culpabilité et d'estime de soi catastrophique, qui seront alimentés par la mémoire traumatique des paroles et de la mise en scène de l'agresseur [*« Tu ne vaux rien, tout est de ta faute, tu as bien mérité ça, tu aimes ça »*, etc.] et aussi des émotions violentes et de l'excitation perverse de l'agresseur perçues à tort comme les siennes, ce qui constituera une torture supplémentaire pour la victime. La victime n'a alors que mépris et haine pour elle-même, et elle peut penser avec horreur qu'elle a des fantasmes, une excitation et une jouissance perverse, alors que c'est bien entendu faux, cela appartient à l'agresseur.

Avec cette mémoire traumatique, les victimes contre leur gré se retrouvent à revivre sans cesse les pires instants de terreur, de douleur, de désespoir, comme une torture sans fin, avec des sensations soudaines d'être en grand danger, de panique totale, de mort imminente, d'être projetés par terre, d'être écrasés, frappés violemment, de perdre connaissance, d'avoir la tête ou le corps qui explose, avec des suffocations, des nausées, des douleurs génitales intenses. Elles ont peur d'être folles, et se sentent étrangères aux autres et à elles-mêmes. Avec ces sensations, les agresseurs restent éternellement présents, à imposer aux victimes les mêmes actes atroces, les mêmes phrases assassines, la même souffrance délibérément induite, la même jouissance perverse à les détruire et à imposer leurs mises en scène mystificatrices et dégradantes, avec une haine, un mépris, des injures et des propos qui ne les concernent en rien. Et plus les violences ont eu lieu tôt dans la vie des victimes, plus ces dernières seront obligées de se construire avec ces émotions, ces sensations de terreur, ces actes et ces propos pervers, à devoir lutter contre eux sans les comprendre, et sans savoir où se trouve la ligne de démarcation entre leur vraie personnalité et leur vraie sexualité, et ce qui est dû à leur mémoire traumatique (12).

La mémoire traumatique les hante, les exproprie et les empêche d'être elles-mêmes, pire elle leur fait croire qu'elles sont doubles, voire triples : une personne normale (ce qu'elles sont), une moins-que-rien qui a peur de tout et une coupable dont elles ont honte et qui mérite la mort (ce que l'agresseur a mis en scène et qu'elles finissent par intégrer puisque cela tourne en boucle dans leur tête), une personne qui pourrait devenir violente et perverse et qu'il faut sans cesse contrôler, censurer (ce même agresseur tellement présent et envahissant à l'intérieur d'elles-mêmes qu'elles finissent par le confondre avec elles-mêmes, ce qui les terrorise). Laissons la parole à une victime : *« Je me prends constamment la tête, je doute de moi, de mes souvenirs, de ce que je suis... je me dis des choses atroces du genre « je suis une perverse machiavélique menteuse » ou « tu es quelqu'un de mauvais, de méchant »... J'en ai assez de douter tout le temps de moi, de tout, d'avoir peur. Je ne vis que dans la peur et cela m'épuise ! »*

La vie devient un enfer avec une sensation d'insécurité, de peur et de guerre permanente. Il faut une vigilance de chaque instant pour éviter les situations qui risquent de faire exploser cette mémoire traumatique. **Des conduites d'évitement et de contrôles** de l'environnement se mettent alors en place. Toute situation de stress est à éviter, il est impossible de relâcher sa vigilance, dormir devient extrêmement difficile.. Mais c'est rarement suffisant, et pour éteindre à tout prix une mémoire traumatique qui «s'allume» ou pour prévenir son allumage, les victimes découvrent très tôt la possibilité de s'anesthésier émotionnellement grâce à **des conduites dissociantes (13)**, c'est-à-dire à des conduites qui augmentent brutalement leur niveau de stress pour arriver coûte que coûte à sécréter suffisamment de drogues dures endogènes (pour disjoncter malgré l'accoutumance), ou des conduites qui renforcent l'effet des drogues endogènes grâce à une consommation de drogues exogènes (alcool, drogues, psychotropes à hautes doses). **Ces conduites dissociantes sont des conduites à risques et de mises en danger** : sur la route ou dans le sport, mises en danger sexuelles, jeux dangereux, consommation de produits stupéfiants, violences contre soi-même comme des auto-mutilations, violences contre autrui (l'autre servant alors de fusible grâce à l'imposition d'un rapport de force pour disjoncter). Rapidement ces conduites dissociantes deviennent de véritables addictions. **Ces conduites dissociantes sont incompréhensibles et paraissent paradoxales à tout le monde** (à la victime, à ses proches, aux professionnels) et sont à l'origine chez la victime de sentiments de culpabilité et d'un rejet par leurs proches et les professionnels qui s'en occupent.

Si la violence est paralysante et dissociante pour la victime, elle est pour l'auteur non seulement un outil de domination et une drogue anesthésiante. L'agresseur instrumentalise les victimes dans le but d'obtenir une anesthésie émotionnelle. La violence devient ainsi une usine à fabriquer de nouvelles victimes et de nouvelles violences (14).

Une prise en charge spécifique par des soignants formés, centrée sur les violences est essentielle. Elle fait malheureusement le plus souvent défaut, et les centres de soins où elle peut-être proposée restent encre très rares en France. À la place des traitements symptomatiques et dissociants sont souvent utilisés, ces traitements sont «efficaces» pour faire disparaître les symptômes les plus gênants et anesthésier les douleurs et les détresses les plus graves, mais ils ne traitent pas la mémoire traumatique des patients, voire parfois ils l'aggravent.

Cette prise en charge spécifique consiste à faire cesser les violences, mettre à l'abri et en sécurité, faire appel à la loi, dénoncer les violences et les mensonges de l'agresseur, dénoncer les stéréotypes sexistes véhiculés par la société et les maltraitements familiales et institutionnelles. Il s'agit de remettre le monde à l'endroit, de **donner des informations et d'expliquer les mécanismes psychologiques et neurobiologiques psychotraumatiques** pour que les victimes comprennent ce qui leur arrivent, pour qu'elles puissent se déculpabiliser et avoir une

boîte à outils pour mieux se comprendre, mieux se protéger et mieux se soigner. Il est nécessaire d'**orienter vers des associations, des services sociaux, des aides juridiques avec lesquels il faut travailler en réseau**. Et il est important également de recevoir, voire de prendre en charge l'entourage de la victime, de l'informer et de lui expliquer les mécanismes et les conséquences psychotraumatiques. Cela permet aussi de les faire participer activement au travail de recherche et d'identification de la mémoire traumatique du fait de leur statut de témoins privilégiés au moment des violences, ou du fait de leur connaissance des symptômes auxquels ils ont été confrontés au jour le jour, symptômes qu'ils peuvent décrire et nous aider à analyser. Cette participation à la prise en charge leur permet d'être moins angoissés et perdus face aux réactions de leur proche traumatisé. Elle leur permet aussi d'avoir des comportements beaucoup plus adaptés, les victimes se sentant dès lors moins seules et moins incomprises. Une approche systémique prenant en compte l'ensemble de la famille et des professionnels entourant une victime peut être très utile (15).

Les soins consistent à soulager la souffrance psychique en priorité, à permettre d'éviter le plus possible les conduites dissociantes et les risques suicidaires, à identifier la mémoire traumatique qui prend la forme de véritables mines qu'il s'agit de localiser, et qu'il faut ensuite patiemment désamorcer, et la déminer avec une psychothérapie (de nombreuses techniques psychothérapeutiques sont possibles à condition d'être centrées sur les violences et la mémoire traumatique). Le travail psychothérapeutique consiste à faire des liens et 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 (16,17). Effraction responsable d'une panne psychique qui rend le cerveau incapable de contrôler la réponse émotionnelle ce qui est à l'origine du stress dépassé, du survoltage, de la disjonction, puis de l'installation d'une dissociation et d'une mémoire traumatique. 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. Cette analyse poussée permet au cerveau associatif et à l'hippocampe de re-fonctionner et de reprendre le contrôle des réactions de l'amygdale cérébrale, et d'encoder la mémoire traumatique émotionnelle pour la transformer en mémoire autobiographique consciente et contrôlable. De plus il a été démontré qu'une prise en charge spécialisée permettait de récupérer des atteintes neuronales liées au stress extrême lors du traumatisme, avec une neurogénèse et une amélioration des liaisons dendritiques visibles sur des IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) (18).

Les thérapies à médiation corporelle et la kinésithérapie sont aussi d'un apport précieux (toujours associés à une prise en charge globale de la mémoire traumatique) pour cibler plus précisément la mémoire traumatique d'expression corporelle et aider à une reconnexion émotionnelle du corps, une re-corporalisation pour que les victimes retrouvent un schéma corporel libéré des violences et de leurs mises en scène, et une représentation de leur corps qui ne soit plus celle des agresseurs, pour qu'elles puissent ré-investir leur corps, le ré-habiter. Elles sont utiles aussi pour gérer les manifestation du stress par des techniques de relaxation. Les thérapies à médiation artistique (dessin, peinture, modelage, création d'objets), les thérapies par le chant, les scénothérapies (mime, théâtre, danse) et les thérapies par la création littéraire (romans, nouvelles, récit, poésie) sont utiles pour exprimer des émotions du vécu traumatique en leur redonnant du sens au travers d'une création, et pour se découvrir des capacités insoupçonnées de créativité dans un champ protégé et sécurisé. N'oublions pas aussi les thérapies par le jeu pour les enfants traumatisés, avec des outils comme des malles de jeux qui peuvent être pour l'enfant des supports de verbalisation, de mise en scène du vécu traumatique, et d'élaboration de ses émotions.

Le but de la prise en charge psychothérapique, c'est de ne jamais renoncer à tout comprendre, ni à redonner du sens. Tout symptôme, tout cauchemar, tout comportement qui n'est pas reconnu comme cohérent avec ce que l'on est fondamentalement, toute pensée, réaction, sensation incongrue doit être disséqué pour le relier à son origine, pour l'éclairer par des liens qui permettent de le mettre en perspective avec les violences subies. Par exemple une odeur qui donne un malaise et envie de vomir se rapporte à une odeur de l'agresseur, une douleur qui fait paniquer se rapporte à une douleur ressentie lors de l'agression, un bruit qui paraît intolérable et angoissant est un bruit entendu lors des violences comme un bruit de pluie s'il pleuvait, une heure de la journée peut être systématiquement angoissante ou peut entraîner une prise d'alcool, des conduites boulimiques, des raptus suicidaires, des auto-mutilations s'il s'agit de l'heure de l'agression, une sensation d'irritation, de chatouillement ou d'échauffement au niveau des organes génitaux survenant de façon totalement inadaptée dans certaines situations peut se rapporter aux attouchements subis, des "fantasmes sexuels" violents, très dérangeants dont on ne veut pas, mais qui s'imposent dans notre tête ne sont que des réminiscences traumatiques des viols ou des agressions sexuelles subies...

Rapidement, ce travail se fait quasi automatiquement et permet de sécuriser le terrain psychique, car lors de l'allumage de la mémoire traumatique le cortex pourra désormais contrôler la réponse émotionnelle et apaiser la détresse, sans avoir recours à une disjonction spontanée ou provoquée par des conduites dissociantes à risque. **Il s'agit pour le patient de devenir expert en « déminage » et de poursuivre le travail seul, les conduites dissociantes ne sont plus nécessaires et la mémoire traumatique se décharge de plus en plus, la sensation de danger permanent s'apaise et petit à petit il devient possible de se décoloniser de la mémoire**

traumatique et de retrouver sa cohérence, et d'arrêter de survivre pour vivre enfin.

Les chiffres noirs des violences sexuelles et la gravité de leurs conséquences sur la santé et la qualité de vie des victimes montrent à quel point elles sont un problème de société et de santé publique majeur. Il est urgent de sortir du déni et de lutter contre les stéréotypes et la loi du silence qui pèsent sur les victimes de viol. L'absence de soins et d'accompagnement est une perte de chance pour les victimes et une atteinte très graves à leurs droits fondamentaux. Pour identifier les victimes de viols et leur offrir des soins adaptés, il est nécessaire que tous les professionnels recherchent systématiquement des antécédents de violences chez leurs patients, et qu'ils soient formés. Parce qu'elles ne seront plus condamnées au silence, ni abandonnées sans protection et sans soins, les victimes de viols pourront sortir de cet enfer où les condamne la mémoire traumatique des viols subis.

Pour en savoir plus (articles, bibliographie, ressources, lois, conduites à tenir, etc.) vous pouvez consulter le site memoiretraumatique.org et le blog <http://lelivrenoirdesviolencessexuelles.wordpress.com>

1. voir les pages lois sur le site memoiretraumatique.org et et le blog <http://lelivrenoirdesviolencessexuelles.wordpress.com>
2. Nemeroff, C.B., & Douglas, J., Bremner, Foa, E. B., Mayberg, H.S., North, C.S., Stein, M.B. (2009). Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-Science Review Influential Publications, American Psychiatric Association, 7:254-273.
3. Salmona M. *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013
4. Felitti VJ, Anda RF. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care. In Lanius R, Vermetten E, Pain C (eds.). *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
5. McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological conséquences. *World Psychiatry*. 2010 Feb;9(1):3-10.
6. Salmona M. La nausée... et La victime c'est la coupable... juillet et septembre 2011, articles consultables et téléchargeables sur le site. memoiretraumatique.org et et le blog <http://lelivrenoirdesviolencessexuelles.wordpress.com>
7. Farley, M. Cotton, A. Lynne, J., & al. *Prostitution & Trafficking in Nine Countries : A Update on Violence & posttraumatic Stress Disorder* , 2003
8. voir Salmona M. *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013, et le blog <http://lelivrenoirdesviolencessexuelles.wordpress.com>
9. Dworkin A., *Pouvoir et violences sexiste*, Montréal, Sisyph, 2007.
10. Salmona M., La mémoire traumatique. In Kédia M, Sabouraud-Seguin A (eds.). *L'aide-mémoire en psychotraumatologie*. Paris : Dunod 2008, réédition 2013
11. Rauch, S.L., Shin, L.M., and Phelps, E.A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future. *Biol. Psychiatry* 60, 376–382.
12. Van der Hart O. and co. *Le soi hanté*, Paris, De Boeck, 2010
13. Salmona M., Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In Coutanceau R, Smith J. *Traumatis et résilience*. Paris : Dunod, 2012,
14. Salmona M. lutter contre les violences passe avant tout par la protection des victimes publié sur le site www.memoiretraumatique.org décembre 2009
15. Fall S. (2012), « Causalité circulaire et coresponsabilité, pour une autre approche des violences », www.memoiretraumatique.org
16. Van der Kolk, B.A., & Van der Hart, O. (1991) *The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma*. *American Imago* : 48, 425-454

17. Foa, E.B., & Keane, T.M., Friedman, M.J., (2000) editors. Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press
18. Ehling, T., & Nijenhuis, E.R.S., Krikke, A. (2003). *Volume of discrete brain structures in florid and recovered DID, DESNOS, and healthy controls*. Proceedings of 20th International Society for the study of dissociation. Chicago, 2003, november 2-4.