

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année: 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**En quoi la connaissance de la dissociation péritraumatique permet une
amélioration dans la prise en charge globale des victimes de violences
sexuelles ?**

Présentée et soutenue publiquement le 02 octobre à 18h
au Pôle Formation
par **Marie VANLAERE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Frédérique WAREMBOURG

Avertissement

**La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs**

EN QUOI LA CONNAISSANCE DE LA DISSOCIATION PERITRAUMATIQUE PERMET UNE AMELIORATION DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE ?

LISTE DES ABREVIATIONS :

ESPT : état de stress post traumatique

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

CIM : Classification internationale des maladies

ESA : Etat de Stress Aigu

PDI : Inventaire de Détresse Péritraumatique

PDEQ : Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire

CRH : Corticotrophin-releasing Hormon

ACTH : Adreno Cortico Tropic Hormon

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

HPA : Hypothalamo-hypophyso-surrénalien

NMDA : N-Méthyl-D-Asparate

SNA : Système nerveux autonome

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IRMf : Imagerie par Résonance Magnétique Fonctionnelle

C2NR : Centre National de Ressources et de Résilience

CRP : Centre Régional Psychotraumatisme

UMJ : Unité Médico Judiciaire

Table des matières

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
PARTIE I : CLINIQUE ET MECANISME NEUROBIOLOGIQUE DE LA DISSOCIATION PERITRAUMATIQUE DANS LE CADRE DES PSYCHOTRAUMATISMES.....	5
I. LE PSYCHOTRAUMATISME.....	5
A. Généralités.....	5
1. Définition actuelle.....	5
2. Classification diagnostique.....	6
a) DSM V.....	6
b) CIM 11.....	10
3. SSPT chez les victimes d'agressions sexuelles.....	11
4. Psychotraumatisme simple et psychotraumatisme complexe.....	12
II. LA DISSOCIATION PERITRAUMATIQUE.....	14
A. Concepts et définition.....	14
1. Concepts.....	14
2. Définition.....	16
a) DSM V.....	16
b) CIM 11.....	18
B. Mécanisme neurobiologique de la dissociation.....	19
1. Le stress et ses réactions neurobiologiques.....	19
2. Les réactions neurobiologiques suite à l'exposition à un événement traumatique.....	21
a) Les réactions neurobiologiques normales ou adaptées.....	21
b) Les réactions neurobiologiques inadaptées.....	24
C. Clinique de la dissociation.....	26
1. Les réactions de stress intense.....	26
a) La stupeur dissociative ou sidération.....	26
b) L'agitation.....	27
c) Les actions automatiques.....	27
d) La fuite panique.....	28
2. Réactions spécifiques de dissociation péritraumatique.....	28
a) Le trouble de dépersonnalisation-déréalisation.....	28
b) La distorsion temporo-spatiale.....	29
c) Les troubles mnésiques : mémoire traumatique et amnésie dissociative.....	30
d) L'anesthésie émotionnelle.....	32
D. Echelles d'évaluation de la dissociation.....	33
1. Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique (PDEQ).....	33
2. Inventaire de Détresse Péritraumatique (PDI).....	34
E. Dissociation chronique ou persistante.....	36
F. Cas particuliers des conduites dissociantes.....	37
PARTIE II : CAS PARTICULIER DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE.....	39
I. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE DES VIOLENCES SEXUELLES.....	39
A. Définition du viol et des violences sexuelles.....	39
B. Epidémiologie.....	40
II. REPRESENTATION SOCIALE ET CULTURE DU VIOL.....	41
A. Définition des mythes autour du viol.....	41
B. Principaux mythes du viol.....	42
1. Mythe concernant « le vrai viol ».....	42
2. La victime a « provoqué son viol ».....	42

3. « Si la victime ne s'est pas défendue, si elle n'a pas fui ou crié, elle est en partie consentante ».....	44
4. « Les hommes ne contrôlent pas leur sexualité »	45
5. « Les femmes aiment être violées ».....	46
C. Conséquences de cette vision sociétale pour les victimes de violences sexuelles.....	47
1. Des sentiments puissants de honte et de culpabilité.....	47
.....	47
a) La honte comme atteinte du « moi social » et comme échec de conformité aux attentes sociétales.....	47
b) Un sentiment de culpabilité.....	49
2. Représentations sociales négatives, stigmatisation et blâme de la victime.....	50
PARTIE III : CAS CLINIQUE.....	52
DISCUSSION.....	63
I. CONSEQUENCES DE LA DISSOCIATION CHEZ LES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE.....	63
A. L'adhésion des victimes aux mythes sur le viol est renforcée par la distorsion cognitive induite par le psychotraumatisme.....	63
1. Le psychotraumatisme induit l'apparition de distorsions cognitives.....	63
2. Les distorsions cognitives issues de l'événement traumatique renforcent les mythes.....	65
3. La détresse et la dissociation péri-traumatique renforcent les distorsions cognitives.....	66
B. La véracité des dires de la victime remise fréquemment en doute.....	68
1. Des distorsions sous tendues par la dissociation péri-traumatique.....	68
2. Impact de l'anesthésie émotionnelle chez les interlocuteurs.....	70
3. La honte et la culpabilité peuvent entraîner des rétentions d'informations.....	71
4. Les mythes autour du viol ancrés dans le système judiciaire.....	71
5. La crainte d'être à nouveau confrontées au traumatisme favorise des conduites d'évitement.....	73
6. Conséquences dans le parcours judiciaire des victimes.....	74
C. Défaut de prise en soin des victimes d'agression sexuelle dissociées.....	75
1. Impact des mythes autour du viol véhiculés par les soignants.....	75
.....	75
2. La dissociation non repérée : des victimes qui semblent « aller bien ».....	76
3. Risque d'erreur diagnostique pouvant entraîner des conséquences néfastes pour le trauma.....	78
a) La dissociation est retrouvée dans d'autres pathologies mentales.....	79
b) Hallucinations traumatiques et hallucinations psychotiques.....	79
c) Mise en place de thérapeutiques inadaptées.....	80
II. AMELIORER ET OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES POUR UNE REDUCTION DES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES INVALIDANTS ET DURABLES.....	82
A. Informer et sensibiliser les professionnels de première ligne sur les violences sexuelles et la dissociation.....	82
1. Repérer les victimes d'agression sexuelle aux urgences.....	82
2. Importance des conditions d'accueil des victimes.....	83
a) Offrir un cadre sécurisant et rassurant.....	83
b) Offrir un cadre humanisant et respecter la victime en tant que sujet.....	84
B. Orienter rapidement la victime sur l'équipe de psychiatrie des urgences.....	85
1. Evaluer l'impact psychique de l'événement et repérer la dissociation.....	85
2. Nécessité d'une psychoéducation des victimes sur la symptomatologie actuelle.....	87
a) Psychoéducation de la dissociation péri-traumatique.....	87
b) L'aider à sortir de cet état dissociatif.....	88

3. Informations sur les symptômes et le développement possible de troubles à venir.....	89
4. Informations concernant la suite de la prise en charge.....	90
C. Faire le lien avec des soignants spécialisés en psychotraumatologie.....	91
D. Un réseau pluridisciplinaire pour une prise en charge globale.....	92
E. Inclure les proches dans les soins afin de potentialiser le soutien social.....	94
1. Interroger le vécu des proches.....	94
2. Informer les proches sur les mécanismes psychotraumatiques et la dissociation.....	95
3. Transmettre à l'entourage les informations concernant la suite de la prise en charge.....	97
CONCLUSION.....	98
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	102

RESUME

La dissociation péritraumatique est un mécanisme neurobiologique mis en place lors d'événements traumatiques afin de protéger les victimes des conséquences délétères d'un stress intense et prolongé. Observée chez 60 à 80 % des victimes de violences sexuelles, elle est à haut risque de développement de troubles psychotraumatiques constitués, pouvant induire des coûts directs et indirects pour les victimes et altérer de façon durable leur qualité de vie. Les symptômes dissociatifs, s'ils ne sont pas connus et repérés, participent au renforcement des stéréotypes et des mythes autour du viol encore véhiculés dans la société actuelle, et entraînent incompréhension, culpabilisation et remise en question régulière du discours des victimes ce qui entrave la mise en place d'aides nécessaires.

A la lumière de la littérature actuelle et d'observation de cas clinique, nous avons pu mettre en avant l'importance de la connaissance et du repérage des mécanismes psychotraumatiques et de la dissociation péritraumatique. Cela permet une amélioration de la prise en charge globale de ces survivantes qui sont à haut risque de stigmatisation, de blâme et de « victimisation secondaire ». Les violences sexuelles étant des urgences médico légales et la dissociation une urgence psychiatrique, il est capital de repérer, traiter, et accompagner rapidement ces victimes dans une prise en charge pluridisciplinaire, médico-psycho-sociale et juridique, afin qu'elles puissent bénéficier du soutien et des soins nécessaires à leur rétablissement.

INTRODUCTION

Les violences sexuelles sont un véritable problème de santé publique puisqu'elles sont pourvoyeuses de conséquences graves et durables dans le champ de la santé mentale. D'après les derniers rapports de victimation, le nombre de viol ou de tentative de viol représente 120 millions de femmes dans le monde, et 250 000 en France par an, dont 60 % chez les mineurs. (1)

Les violences sexuelles et notamment les viols sont à haut risque, pour les victimes, de développer un trouble de stress post traumatique (TSPT). En effet, le TSPT est retrouvé chez 80 % des victimes de viol et 60 % des victimes d'agression sexuelles, contre seulement 24 % des victimes de traumatismes en général. (2)

Un repérage précoce et systématique de ces victimes semble indispensable pour l'amélioration de la prise en charge globale. Cela permet de diminuer le risque de développer des séquelles psychologiques graves, des comorbidités médicales, et des diagnostics erronés entraînant l'aggravation des troubles.

La connaissance des mécanismes psychotraumatiques et notamment de la dissociation péritraumatique est capitale puisqu'elle permet une meilleure compréhension des réactions des victimes qui ont développées, face à la violence de l'agression, des mécanismes de sauvegarde neurobiologique entraînant une déconnexion psychique, afin de faire face à l'événement traumatique.

Cette déconnexion, nécessaire à la survie, se manifeste cliniquement par de nombreux symptômes tels que l'amnésie, la mémoire traumatique, la distorsion temporo-spatiale, l'agitation, l'anesthésie émotionnelle ou encore le trouble de dépersonnalisation et déréalisation. (3)

Autant de signes qui prouvent l'état de détresse majeure des victimes quand ils sont connus et repérés. Cependant, le manque de formation des professionnels concernant la dissociation péritraumatique entraîne la plupart du temps des conséquences délétères pour ces dernières. Elles ne sont pas repérées, incomprises, rejetées voire maltraitées, ce qui engendre un haut risque de second traumatisme appelé aussi victimisation secondaire.

De nombreux mouvements associatifs, des campagnes d'informations, des publications et formations tendent à changer le regard sociétal sur les violences sexuelles et leurs victimes et à transmettre une connaissance sur la dissociation psychique péritraumatique. Malgré cela, de nombreux stéréotypes, une méconnaissance et une adhésion persistante sur les mythes autour du viol condamnent toujours aujourd'hui de nombreuses victimes à l'isolement, la culpabilité, la dévalorisation et au manque de prise en charge adéquate, qu'elle soit médicale, sociale mais aussi judiciaire. (4,5)

Afin de mieux comprendre le lien entre la dissociation et les difficultés rencontrées par les victimes de violences sexuelles dans leur parcours post agression, nous développerons dans une première partie la clinique de la dissociation péritraumatique.

Nous détaillerons dans une seconde partie les particularités liées aux violences sexuelles et notamment les mythes autour du viol.

Nous illustrerons dans une troisième partie, le cas clinique d'une victime de viol ayant été confrontée à des symptômes dissociatifs et nous exposerons son parcours global.

Enfin, nous discuterons des conséquences de la dissociation péritraumatique pour les victimes d'agression sexuelle dans leur parcours de prise en charge et prise en soin à savoir médicale, judiciaire et sociale et nous réfléchirons à des pistes d'amélioration pour tendre vers une prise en charge optimale.

PARTIE I : CLINIQUE ET MECANISME NEUROBIOLOGIQUE DE LA DISSOCIATION PERITRAUMATIQUE DANS LE CADRE DES PSYCHOTRAUMATISMES

I. LE PSYCHOTRAUMATISME

A. Généralités

1. Définition actuelle

Le terme « traumatisme », hérité du grec signifie « action de blesser ». Trauma quant à lui signifie « blessure ». Ce terme a été appliqué à la chirurgie avant d'être transposé à la psychopathologie, en prenant le nom de « psychotraumatisme », c'est à dire « transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou définitives »

Il est admis en psychopathologie, que le traumatisme fait effraction au travers des défenses du psychisme. Nous le définissons donc comme « un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité d'un individu, qui est exposé comme victime, témoin ou acteur ». (6)

Dans les psychotraumatismes on peut définir deux entités, qui sont l'état de stress aigu et l'état de stress post traumatique, qui surviennent tous les deux à la suite d'une exposition à un événement traumatique et qui se différencient entre eux par la temporalité.

L'état de stress aigu (ESA) est défini comme une réaction immédiate à un événement traumatique ne perdurant pas au-delà d'un mois. Il peut évoluer favorablement avec une

résolution spontanée ou se compliquer d'un état de stress post traumatique si les symptômes persistent au-delà d'un mois. (7)

Il est important de comprendre que tous les individus qui sont exposés à un traumatisme ne développent pas de SSPT. Chacun présente une vulnérabilité différente face aux événements traumatiques.

Le vécu du traumatisme est donc extrêmement variable d'un individu à l'autre puisque les sentiments, sensations, émotions ainsi que les pensées rapportées ne sont pas les mêmes ; la perception de l'événement, la représentation de la réalité divergent et rendent alors des réalités différentes. (8)

Face à un événement traumatique, certaines victimes développeront un ESA voire un SSPT, alors que d'autres ne seront psychiquement pas impactées par l'exposition.

2. Classification diagnostique

a) DSM V

L'apparition du DSM V en 2013 en remplacement du DSM IV, permet la création d'une catégorie spécifique nommée « Troubles liés au traumatismes et au stress », les écartant ainsi des troubles anxieux auxquels ils étaient affiliés.

Cette nouvelle catégorie inclut :

- Le trouble réactif de l'attachement
- Le trouble d'engagement social désinhibé
- Le trouble de stress post traumatique
- Le trouble de stress aigu

- Le trouble de l'adaptation
- Autre trouble lié au traumatisme et au stress

La création de cette catégorie visait à mettre en évidence des caractéristiques qui permettent de différencier l'état de stress aigu et l'état de stress post traumatique des autres troubles anxieux.

Un autre changement par rapport au DSM IV est la suppression du critère diagnostique qui concerne la réaction subjective à l'événement traumatique.

Classification diagnostique de l'état de stress post traumatique du DSM V :

Critères A : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants, en étant un témoin direct, en apprenant qu'un membre de la famille a été exposé à l'événement traumatisant, ou en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant.

Critères B : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que l'événement traumatisant se soit produits : souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants; rêves récurrents qui provoquent un sentiment de détresse; réactions dissociatives (flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement se reproduisait; sentiment intense ou prolongé de détresse psychique ou

réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critères C : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critères D : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent **au moins deux** des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde ;
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.

Critère E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent **au moins deux des symptômes** suivants : Irritabilité et accès de colère : agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ; comportement irréfléchi ou autodestructeur ; hypervigilance ; réaction de sursaut exagéré ; problèmes de concentration ; troubles du sommeil.

Critère F : La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure **plus d'un mois**.

Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection.

Il est désormais possible de spécifier le type d'ESPT : « avec symptômes dissociatifs » c'est à dire un trouble de dépersonnalisation et/ou déréalisation ou « sans symptômes dissociatifs ».

Le critère concernant la réaction d'impuissance, d'horreur et de peur intense à l'événement traumatique n'est désormais plus un critère indispensable au diagnostic de stress aigu ou de trouble de stress post traumatique dans le DSM-V contrairement au DSMIV-TR.

b) CIM 11

Une modification principale dans la nouvelle classification CIM est l'introduction d'une nouvelle entité à savoir « l'état de stress post traumatique complexe », en anglais « Complex post traumatic Stress Disorder ».

Cela permet d'ajouter aux principaux symptômes de stress post traumatique les altérations persistantes des différentes sphères de fonctionnement de la victime :

- le fonctionnement relationnel à savoir les difficultés à maintenir des relations ou à se sentir proche des autres ;
- le fonctionnement affectif par exemple l'hyperréactivité émotionnelle, les explosions de violence, la tendance à la dissociation face au stress ;
- le fonctionnement par rapport à soi c'est à dire les sentiments de honte, la culpabilité et les croyances négatives de soi. (9)

3. SSPT chez les victimes d'agressions sexuelles

Le SSPT affecte environ 10% des personnes exposées à des événements potentiellement traumatiques.

A la suite d'un viol, ce risque devient majeur puisqu'il est de 80 %. Les agressions sexuelles touchant essentiellement les femmes, permet d'expliquer que la prévalence à vie du SSPT chez les femmes est bien plus importante que chez les hommes. (10)

Les problèmes psychiatriques antérieurs, l'intensité et la nature de l'exposition à l'événement traumatique, le manque de soutien social et le sexe féminin sont des facteurs de risque connus de SSPT.

Cliniquement les sous types de SSPT pourraient être définis ainsi :

- SSPT avec sous modulation émotionnelle ou SSPT hyperéveillé. Il serait dû à un défaut d'inhibition corticolimbique. Cela consiste à revivre des expériences traumatisantes avec hyperarousal apparenté.

- SSPT avec sur modulation émotionnelle ou sous type dissociatif est très largement retrouvé chez des patients subissant des traumatismes répétés ou prolongés, notamment lors des agressions sexuelles. (11)

Il est expliqué par une inhibition excessive du cortex préfrontal sur l'amygdale entraînant des altérations de la perception et de la conscience se manifestant chez le sujet par un état de dépersonnalisation et/ou une déréalisation. (12,13)

On retrouve également chez ces patients l'amnésie dissociative et l'évitement dissociatif.

(11)

Chez les victimes présentant une dissociation sévère ainsi qu'un SSPT les idées suicidaires récurrentes et les tentatives de suicide répétées sont très fréquentes. (14)

En effet, la violence sexuelle comporte un haut risque de suicide. Ferguson et ses collègues suggèrent qu'entre **16,5% et 19,5%** des tentatives de suicide des adolescents et des jeunes adultes peuvent être dues à une exposition à des abus sexuels durant l'enfance.(15)

Une étude de l'American Psychological Association, sur l'association entre les violences sexuelles et l'activité suicidaire aux Etats Unis a mis en évidence un risque accru de près de six fois plus de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois, chez les adolescents ayant des antécédents d'agression sexuelle, par rapport à ceux n'en n'ayant pas. Dans cette étude, les auteurs mettent en évidence le fait que les victimes de violences sexuelles étaient également plus susceptibles d'être des auteurs de tentatives de suicide médicalement graves nécessitant des soins médicaux que les non-victimes, augmentant ainsi la probabilité de futurs décès liés au suicide. (16)

4. Psychotraumatisme simple et psychotraumatisme complexe

Les classifications actuelles utilisent les termes de « traumatisme simple » et de « traumatisme complexe » pour bien différencier la symptomatologie et les conséquences pour les victimes de ces deux entités distinctes.

C'est en 1992 que Judith HERMAN, professeur à la Harvard Medical School, classe les traumatismes en deux catégories : le trauma simple et le trauma complexe.

Le traumatisme simple est alors défini comme un événement ponctuel dans la vie du sujet, exposant alors la victime à un événement unique, de survenue brutale et imprévisible mais circonscrite dans le temps. (7,9)

Le traumatisme complexe est caractérisé par une addition et une succession d'événements traumatiques soumettant les victimes à une violence durable et répétée devenant à terme prévisible. Selon J.HERMAN, il est « le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes ». (9)

On peut citer comme traumatismes complexes les violences intrafamiliales comme les violences conjugales, l'inceste, la maltraitance, les agressions physiques sur enfants ; les abus sexuels et physiques extra familiaux ; les faits de guerre ; la traite des humains ; les violences exercées dans les centres de détention ; la persuasion coercitive et le harcèlement. On retrouve chez ces victimes un anéantissement de la confiance en soi et en l'humanité, une rupture des liens familiaux, amicaux et sociaux ainsi qu'une profonde incompréhension du monde et du sens des choses. (5,6,9)

Certains paramètres influent sur le développement d'un traumatisme complexe à savoir : l'âge précoce des traumatismes, la durée de ces derniers, leur fréquence et également la récurrence de ces événements traumatiques. Il est également démontré que ces événements violents répétés peuvent entraîner des modifications de la personnalité des victimes, d'où l'importance capitale de repérer précocement les traumatismes afin de mettre les victimes à l'abri et de leur proposer une prise en charge adaptée. (9)

II. LA DISSOCIATION PERITRAUMATIQUE

A. Concepts et définition

La dissociation peut être définie comme « une perturbation ou une altération des fonctions intégrées normales de la conscience, de la mémoire ou de l'identité qui entraîne également des changements caractéristiques du somatoforme ». (12)

1. Concepts

Durant le siècle dernier, de nombreux remaniements terminologiques ont eu lieu en ce qui concerne le concept de dissociation psychique.

Inspiré par les travaux de Charcot sur les manifestations psychiques retrouvées chez les patientes hystériques à la Pitié Sâlpêtrière, Janet a été le premier à découvrir « l'inconscient traumatique » et à proposer une théorie concernant les névroses traumatiques. Selon lui, ce qui caractérise la névrose traumatique, c'est une impossibilité de se détacher du souvenir de son traumatisme, par l'intermédiaire d'un « Moi » trop faible ou trop fragilisé par le traumatisme. (18)

Cela entraînerait d'après ce dernier, un défaut d'intégration des fonctions du Moi à savoir la conscience, la perception ou l'identité et la mémoire.

Le subconscient détiendrait la souvenance traumatique suscitant des reviviscences, des pensées et gestes « automatiques » et inadaptés ; tandis que la conscience elle, continuerait de fonctionner de façon adaptée. Janet décrira alors ce concept comme un phénomène de « dissociation de la conscience ».

Quelques années plus tard, Sigmund Freud empruntera à Janet sa théorie concernant le souvenir traumatique et la dissociation de la conscience mais en intégrant le terme de « réminiscences » afin de mettre en avant le caractère brut et parcellaire de cette mémoire du traumatisme. Ce dernier introduira la notion de refoulement, expliquant ainsi la protection du conscient par l'enfouissement en profondeur de l'inconscient de cet évènement chargé émotionnellement négativement. (6,19,20)

C'est FERENCZI qui qualifiera l'irruption de l'évènement traumatique comme une véritable onde de choc disloquant la personnalité entre « partie morte » et « partie adaptée » de la victime, jusqu'à une véritable fragmentation de la personnalité. Il explique cela comme une « psychose passagère » qui remanie le rapport du sujet à la réalité. (18)

Avant lui, BLEULER utilisait le terme de dissociation pour définir la désagrégation psychique qui entraîne la discordance entre les pensées, affects et comportements dans la psychose. (18)

LOPEZ fera émerger par la suite, le terme de « dissociation péritraumatique » la définissant comme un mécanisme de coping permettant de protéger la victime face à l'intolérable de l'évènement traumatique.

C'est plus tard, dans les années 90, que Louis CROCQ, psychiatre militaire, proposera une approche phénoménologique du traumatisme. L'expérience traumatique serait un bouleversement de l'être humain provoquant une altération de la temporalité, une perte de la possibilité d'attribuer un sens à ce qui se passe et une impression de changement et de bouleversement de sa personnalité. (6,20)

La dissociation reflèterait la perte de connectivité efficace et d'interconnexions neuronales fonctionnelles essentielles pour un traitement conscient. Des mécanismes appelés de « déliaison cognitive » ont été proposés pour expliquer la perte de conscience en anesthésie, suggérant ainsi qu'une neurophysiologie commune pourrait être à l'origine d'états dissociatifs, de perte de conscience et d'anesthésie. (17)

2. Définition

a) DSM V

Les troubles dissociatifs sont définis par « une perturbation et / ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, de l'émotion, de la perception, de la représentation corporelle, du contrôle moteur et du comportement ». (21)

Les symptômes dissociatifs sont généralement divisés en deux types:

- **Les symptômes dissociatifs positifs** ; définis comme des intrusions non sollicitées dans le comportement et la conscience, qui sont accompagnés de déficit dans la continuité de l'expérience du sujet. Ils comprennent la dépersonnalisation, la déréalisation.
- **Les symptômes dissociatifs négatifs** qui, eux, entraînent une incapacité à contrôler les fonctions mentales ou à retrouver l'information. Par exemple : l'amnésie dissociative, la paralysie etc.

Le DSM-V définit comme appartenant aux troubles dissociatifs les éléments suivants :

- L'amnésie dissociative avec ou sans risque de fugue dissociative,
- Le trouble dissociatif de l'identité
- Le trouble de déréalisation et de dépersonnalisation
- Les autres troubles dissociatifs spécifiés
- Les troubles dissociatifs non spécifiés

La parution de la 5ème version du DSM a permis plusieurs modifications.

La fugue dissociative est devenue un sous-type d'amnésie dissociative et n'est plus un diagnostic à part entière. La déréalisation quant à elle, a intégré le trouble de dépersonnalisation/déréalisation en devenant une composante égale du trouble de dépersonnalisation et n'appartenant plus au trouble dissociatif non spécifié.

De plus, l'ajout d'un sous type dissociatif dans le diagnostic de l'état de stress post traumatique semble apporter plusieurs bénéfices.

Tout d'abord, des preuves croissantes étayées d'un modèle neurobiologique qui décrirait le sous type dissociatif comme une surmodulation émotionnelle médiée par une inhibition des structures limbiques, y compris l'amygdale. Il existerait également des réponses différentes au traitement par TCC, en effet elles différeraient entre les patients présentant une dépersonnalisation/déréalisation et ceux n'en présentant pas.

Enfin, l'ajout de ce sous type permettra la poursuite des recherches concernant ses caractéristiques neurobiologique et sa compréhension, améliorant probablement les stratégies thérapeutiques pour le SSPT. (21)

b) CIM 11

L'OMS, dans sa nouvelle version, la CIM 11, apporte des modifications concernant les troubles dissociatifs.

Premièrement, le terme « conversion » provenant des théories sur l'hystérie, n'est désormais plus utilisé en raison de sa référence psychanalytique et par conséquent non empirique. La CIM-11 définit les troubles dissociatifs comme « une perturbation ou une discontinuité involontaires de l'intégration normale d'un ou de plusieurs des éléments suivants : identité, sensations, perceptions, affects, pensées, souvenirs, contrôle des mouvements corporels ou du comportement. »

Deuxièmement, cette nouvelle définition, prend désormais en considération les affects, les pensées et les perceptions. La CIM-11, tout comme la CIM-10, font figurer parmi leurs catégories diagnostiques des troubles dissociatifs pouvant survenir à la fois dans la phase immédiate, ou plus tardivement.

Le troisième changement est la disparition des entités définies dans la CIM-10 par « troubles moteurs dissociatifs », « convulsions dissociatives », « anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles » afin d'intégrer une nouvelle entité nommée « le trouble neurologique dissociatif ».

Concernant l'amnésie dissociative, cette dernière peut également apparaître après un événement stressant et pas uniquement traumatisant et il n'est plus question de mémoire mais plutôt de souvenir.

La fugue dissociative, tout comme dans le DSM-V n'est plus une catégorie dissociée mais intègre l'amnésie dissociative. Le trouble de dépersonnalisation-déréalisation y fait son apparition. (22)

Grâce aux différents changements réalisés dans la CIM, on note désormais un rapprochement de l'OMS avec le DSM-V.

B. Mécanisme neurobiologique de la dissociation

1. Le stress et ses réactions neurobiologiques

Le mot « stress » était historiquement utilisé par les métallurgistes afin de décrire la déformation d'un métal soumis à des forces de pression, de torsion ou d'étirement.

En 1914, Cannon, un physiologiste américain l'a utilisé afin de décrire la régulation hormonale des émotions chez l'animal. Le stress a ensuite été appliqué en 1945, par deux psychiatres militaires américains J. Spiegel et R. Grinker à la pathologie psychiatrique de guerre, afin de décrire l'état psychologique des soldats confrontés aux émotions intenses lors des combats. (6)

C'est Hans Selye, physiologiste canadien, qui propose en 1936 le « syndrome général d'adaptation » afin de désigner les réactions physiologiques de l'organisme lorsqu'il est

soumis à une agression. Selon lui, il existe trois étapes dans le processus de stress : une réaction d'alarme rapide, qui si elle perdure entraîne une phase de résistance avec libération de la cortisone par les glandes corticosurrénales contrôlées par l'hypophyse antérieure et enfin un stade d'épuisement si l'agression continue. (23)

La menace potentielle détectée par le sujet ne sera définie comme telle qu'après l'évaluation subjective qu'il en fait qui est fonction de ses représentations mentales. Elles varient selon sa personnalité, ses croyances, ses potentialités génétiques, ses capacités d'ajustement, et ses ressources sociales. (23)

Le stress aigu permet, face à une menace, de retrouver un nouvel équilibre en assurant la protection de notre intégrité physique. La réponse biophysique est très rapide ; le système nerveux central déclenche une action du système nerveux sympathique avec activation de la glande corticosurrénale qui permet une libération du cortisol. Ce cortisol permet un retour à un état d'équilibre appelé homéostasie.

Dans des situations de stress chronique ou intense, la permanence des stressseurs empêchent les mécanismes d'ajustement et le retour à l'équilibre est impossible. (6,23)

2. Les réactions neurobiologiques suite à l'exposition à un événement traumatique

a) Les réactions neurobiologiques normales ou adaptées

De nombreuses régions cérébrales corticales et sous corticales sont activées lors du processus d'activation du stress et notamment celles constituant le système limbique : le cortex préfrontal, le cortex cingulaire antérieur, les amygdales cérébrales et l'hippocampe. Ce circuit est impliqué dans l'apprentissage, dans la mémoire mais également dans les émotions permettant ainsi sa stimulation face à un événement stressant.

L'amygdale cérébrale est impliquée dans les mémoires émotionnelles implicites ainsi que dans les réponses affectives. Elle a la capacité de décoder les stimuli aversifs pour permettre le déclenchement de réponses de défenses nécessaires au sujet face à une menace. (24–28)

Lors de l'exposition à un événement stressant ou traumatique, les différents stimuli sensoriels aversifs provenant de l'environnement sont traités par le thalamus qui va les relayer à l'amygdale cérébrale par l'intermédiaire de deux voies de traitement parallèles :

- la voie courte thalamo-amygdalienne, inconsciente
- la voie longue thalamo-cortico-amygdalienne, consciente

La voie courte thalamo-amygdalienne est sous corticale et rapide, et ne transite par aucune autre structure cérébrale. Elle permet de déclencher l'**activation amygdalienne** entraînant la production d'une réponse émotionnelle immédiate de défense, avant toute intégration perceptuelle du stimulus. (28)

La voie **thalamo-cortico-amygdalienne**, plus longue, intervient plus tardivement et relaye l'information sensorielle du thalamus à l'amygdale en transitant dans les structures corticales à savoir : cortex sensitif et sensoriel puis associatif, l'insula et le cortex cingulaire préfrontal antérieur puis le lobe temporal médian via l'hippocampe. (24,29)

Le passage dans le cortex associatif ainsi que dans l'hippocampe permet l'intégration des informations et la comparaison de la situation actuelle aux expériences antérieures du sujet. Cette analyse entraîne un ajustement de la réponse émotionnelle, et une adaptation de la réponse amygdalienne. Elle peut donc persister si le danger est réel, ou s'arrêter si l'analyse de la situation est rassurante. (24)

Les amygdales diminuent ainsi leur réponse émotionnelle et l'événement va être intégré dans la mémoire autobiographique au niveau hippocampique. (23,31,32)

Sur le plan biologique, la stimulation de l'amygdale permet la libération de différents peptides tels que la corticolibérine (CRH) ainsi que des neurotransmetteurs tels que la dopamine, l'acétylcholine, la sérotonine et la noradrénaline.

Ces molécules permettent une activation de la vigilance et une accélération du traitement des informations, entraînant ainsi le choix de la stratégie optimale à adopter contre la menace .(23,32)

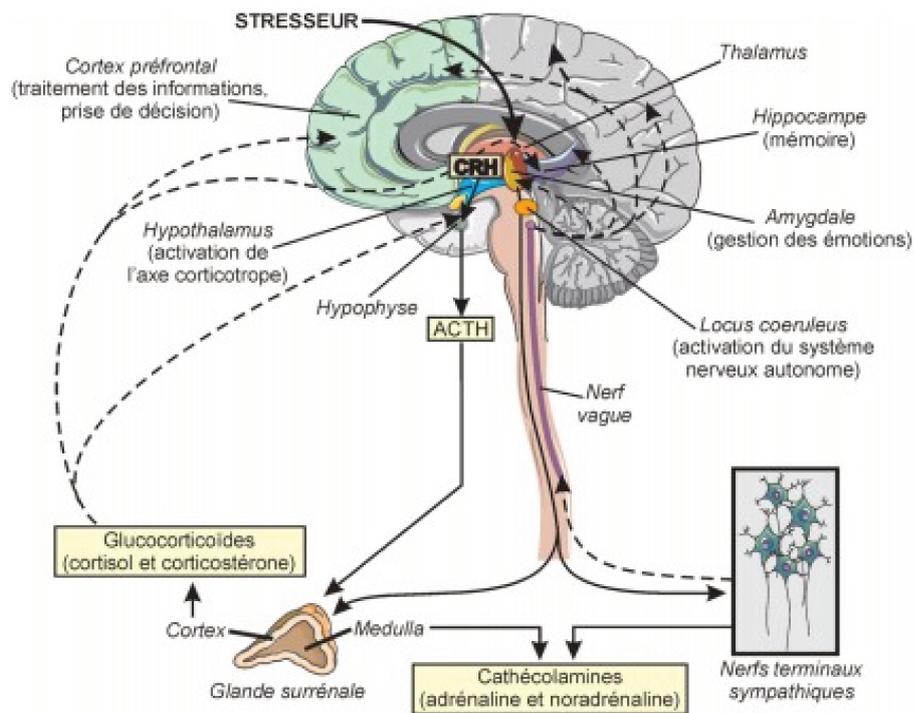


Figure 1. Effet du stress aigu sur le cerveau.(23)

Les systèmes CRH impliqués dans les mécanismes de stress agiraient selon plusieurs axes : (6,25,31)

- l'axe cathécholaminergique qui permet la libération d'adrénaline et de noradrénaline qui entraîne une augmentation de la pression artérielle, du rythme cardiaque et du taux de glucose dans le sang et provoque une fuite de la masse sanguine vers les organes afin de mobiliser la vigilance. (29)

- L'axe corticotrope permet la libération d'adrénocorticotrophine (ACTH) dans le sang qui active les glandes corticosurrénales et entraîne la synthèse de cortisol. Cela favorise la néoglycogénèse relayant l'adrénaline qui a déjà épuisé les réserves en glycogène. (29)

- L'axe des peptides opiacés libère la mélanotrophine et la bêta endorphine, qui atténuent l'intensité de la réponse émotionnelle, notamment celle de la peur.

A terme, toutes ces hormones vont permettre la mobilisation des facteurs énergétiques afin de subvenir aux besoins des réponses comportementales qui sont la fuite ou le combat : « fight or flight ». Une réaction dite de stress adaptée, en réponse à une agression ponctuelle ne dépasse pas quelques heures. (23)

La sécrétion de cortisol entraîne un rétrocontrôle négatif sur l'hypothalamus et inhibe la sécrétion de CRH. Si les stressseurs perdurent, la réaction se prolonge et entraîne un coût majeur en énergie jusqu'à effondrement de l'organisme. (31,32)

b) Les réactions neurobiologiques inadaptées

Lors d'un psychotraumatisme, si le stress est répété ou prolongé, l'amygdale est activée et la réponse émotionnelle monte en puissance sans modulation ni extinction par le cortex cérébral car le danger persiste. Le cortex est sidéré face à cette incompréhension. Aucun souvenir hippocampique n'étant similaire, le cortex ne peut pas éteindre la réponse émotionnelle. L'amygdale s'emballe et poursuit son hyperactivité excessive. La production de cortisol et d'adrénaline augmente et traduit des manifestations psychiques et physiques de stress extrême. Cet état de tension extrême est indispensable à la défense ou à la fuite, c'est ce que l'on appelle le « fight or flight »

Ces libérations massives provoquent des toxicités d'ordre vasculaire et cardiaque avec un risque pour l'organisme. Si la réaction se poursuit, on aboutit à une mort neuronale par apoptose et production de glutamate qui est excitotoxique. Ce risque vital impose donc la mise en place par le cerveau de mécanismes de sauvegarde neurobiologique exceptionnelle, sous forme d'une disjonction. (26,33,34)

Cette disjonction est permise grâce à la libération par le cerveau de neuromédiateurs endogènes ayant des propriétés anesthésiantes morphine et kétamine-like :

- les endorphines (sécrétées par l'hypophyse et la substance grise péri-aqueducale)
- les substances antagonistes des récepteurs NMDA (N-méthyl-D-Asparate) du système glutaminergique (avec un effet dissociant kétamine-like). (4,25,30)

La conséquence de ce court circuit est une extinction des amygdales cérébrales associée à une anesthésie émotionnelle et physique, alors même que le traumatisme se poursuit, contribuant ainsi à soulager l'organisme des violences subies.

Les amygdales sont déconnectées du cortex associatif qui continue de recevoir les stimuli sensoriels dénués de charge émotionnelle. Cela donne à la victime des symptômes très particuliers comme la dépersonnalisation, la déréalisation, une sensation d'irréalité, d'être extérieure à la situation, de la vivre en spectateur. Ce phénomène neuro-organique est ce que l'on appelle la dissociation péritraumatique. (4,6,26)

Cette disjonction est également responsable de troubles mnésiques. En effet, l'amygdale étant également déconnectée de l'hippocampe, le passage des informations en mémoire autobiographique n'est plus possible.

Cette mémoire chargée d'émotion négative extrême est alors piégée dans l'amygdale cérébrale ; elle porte le nom de « la mémoire traumatique ». (4,33)

Cette mémoire émotionnelle piégée est transformée en circuit de peur conditionnée qui tourne en boucle, car il ne peut plus être éteint par le cortex associatif ou l'hippocampe.

Ainsi les souvenirs formés sous des niveaux élevés de stress sont différents qualitativement que ceux formés dans des circonstances émotionnelles ordinaires.

Ils présentent des formes de désorganisation, de fragmentation et d'incomplétude pouvant aller jusqu'à une amnésie totale de l'événement. (17,34)

C. Clinique de la dissociation

1. Les réactions de stress intense

a) La stupeur dissociative ou sidération

La sidération est caractérisée par une paralysie et un immobilisme psychique et physique, figeant la victime et l'empêchant de prendre quelques décisions que ce soit. En effet lors de la persistance d'un danger, le cortex est sidéré, dans l'incapacité de réguler l'activation amygdalienne. Cela entraîne chez les victimes une incapacité de raisonnement, et par conséquent l'impossibilité d'initier une réaction de défense physique ou verbale.

La victime demeure ainsi immobile face au danger sans aucune possibilité de s'en extirper.

Ces dernières paraissent indifférentes à ce qui se joue, et semblent psychiquement ailleurs bien que physiquement présentes.

A la suite de l'événement traumatique, la victime présente souvent un état confusionnel, répétant le récit traumatique en boucle, l'attention rivée sur le scénario qui déroule dans leur esprit, pouvant parfois même souffrir de véritables troubles de l'identité.

Ultérieurement cette dernière développe des distorsions temporelles, entraînant un récit flou et erroné, qui a un retentissement majeur sur la prise en charge globale. (3,4,6)

b) L'agitation

A l'inverse de la sidération, lors de l'agitation le sujet présente un besoin impérieux d'agir. Cependant sous l'effet du stress trop intense, une décision réfléchie ne peut être élaborée. Il décharge alors l'excès de stress de façon anarchique, avec des actions motrices désordonnées et inadaptées, étant incapable d'écouter et d'entendre les autres. (6)

c) Les actions automatiques

Le comportement d'automate est un des plus difficiles à déceler, beaucoup plus discret que l'agitation. Les sujets agissent sans désordre et semblent avoir un comportement normal de prime abord. Cependant, la plupart du temps les gestes effectués sont dénués de sens, entraînant des actions inutiles, inadaptées à la situation, avec la plupart du temps une amnésie concernant ce qu'ils viennent de faire.

d) La fuite panique

La fugue dissociative, qui se caractérise par une course effrénée, impulsive et désordonnée, dans le but de s'éloigner du danger.

Le sujet court, bousculant tout sur son passage et dans l'incapacité d'être raisonné par autrui.

Cette fuite panique peut dégénérer en panique, collective, par imitation et contagion.

Lorsque le sujet est épuisé, il finit par s'arrêter et présente souvent une amnésie des faits.

(3,4,6)

La connaissance et le repérage de ces réactions inadaptées est indispensable afin d'offrir aux victimes une prise en charge spécialisée rapide. (6)

2. Réactions spécifiques de dissociation péritraumatique

a) Le trouble de dépersonnalisation-déréalisation

Il est caractérisé par la récurrence ou la persistance d'expériences soit de dépersonnalisation, soit de déréalisation soit des deux, qui ne sont pas expliquées par un autre trouble mental, comportemental ou neuro-développemental. Ce trouble toucherait 1 à 2 % de la population générale mais serait largement sous diagnostiqué.

Très largement rencontré lors des états de dissociations psychiques péritraumatique, ce trouble peut également être retrouvé dans d'autres pathologies, tels que l'épilepsie temporale, la schizophrénie ou encore le troubles de stress post traumatique. (21)

On peut définir la dépersonnalisation comme un sentiment d'irréalité ou d'étrangeté de soi, ou par l'impression d'être détaché de ses propres pensées, de son corps ou de ses actions. Le sujet a la sensation d'être en dehors de lui-même, tel un observateur extérieur qui verrait l'événement traumatique se jouer chez une autre personne et décrit souvent un sentiment de déformation du corps (décorporalisation).

La déréalisation quant à elle, est définie par un sens altéré de la réalité, avec impression d'irréalité ou d'étrangeté des choses ou de personnes environnantes, comme si le sujet était dans un rêve, lointain, sans vie, déformé. Il exprime cette expérience par un sentiment de détachement de la scène et du traumatisme. (3,21,22)

b) La distorsion temporo-spatiale

Dans des situations de traumatismes extrêmes, telles que les violences sexuelles, les troubles temporo-spatiaux ne sont pas rares. En effet, les victimes témoignent très souvent d'une perception altérée et d'une incapacité à juger le passage du temps. Elles ont soit l'impression d'un ralentissement majeur du déroulé des événements, soit d'une accélération du déroulement de leur vie. (35)

Ces distorsions résultent de la disjonction, qui met l'hippocampe, structure cérébrale nécessaire à l'analyse des données temporelles et spatiales, hors service. (4)

Par conséquent, elles se trouvent en grande difficulté pour préciser la chronologie des événements, l'heure, la date, ce qui rend leur discours désorganisé et parfois incohérent.

(2)

c) Les troubles mnésiques : mémoire traumatique et amnésie dissociative

Lors de l'exposition à un événement traumatique, la dissociation péritraumatique qui s'opère isole l'hippocampe de l'amygdale, entraînant alors à court comme à long terme divers troubles mnésiques. Les principaux troubles retrouvés sont l'amnésie dissociative, et l'« hypermnésies » liée à la mémoire traumatique.

L'amnésie dissociative a été découverte au début du XX^{ème} siècle chez des soldats traumatisés qui présentaient de gros troubles mnésiques concernant les combats. (36) Majoritairement rétrograde, elle est caractérisée par « un blocage de la récupération des souvenirs épisodiques-autobiographiques survenant dans le contexte d'un traumatisme psychologique (connu ou non), sans signe de lésion cérébrale à l'imagerie structurelle ». (37,38)

Qualifiée successivement d'hystérique, de convertive et de psychogène, à ce jour l'amnésie dissociative prend l'appellation d'amnésie « fonctionnelle », en opposition à l'amnésie « organique » marquée par une lésion neurologique. (38)

Elle définit l'incapacité de se souvenir en totalité ou en partie d'éléments importants d'un événement traumatisant. (39)

En effet, au cours de la disjonction des circuits cérébraux lors de la mise en place du mécanisme de sauvegarde, l'hippocampe est isolé de l'amygdale.

Ce dernier ne peut donc pas encoder ni stocker la mémoire, qui reste piégée dans l'amygdale sans être traitée ni intégrée en mémoire autobiographique. Il en résulte pour

les victimes des lacunes mnésiques plus ou moins importantes, concernant l'événement traumatique.

Ces dernières se retrouvent prises entre des périodes d'amnésie, partielle ou totale de l'événement traumatique, et des phases d'hypermnésies traumatiques également appelées « mémoire traumatique »

Ces souvenirs peuvent cependant être réactivés, parfois de façon très brutale, à l'issue d'une conscientisation de l'événement traumatique. (40)

La mémoire traumatique est une mémoire implicite émotionnelle, dont l'hyper encodage et l'hyper consolidation dans les amygdales cérébrales est en partie due à « l'inondation » noradrénergique », qui entraîne des symptômes cliniques de répétition à savoir des flashbacks, des cauchemars traumatiques etc. (19)

Ce trouble mnésique se traduit par des phases d'hypermnésies traumatiques, et se retrouve généralement dans le cas des violences graves dont font partie les violences sexuelles.

Elle est généralement déclenchée par des stimuli, des situations ou des affects faisant lien pour la victime, de façon consciente ou inconsciente, avec l'événement traumatique, ce que l'on appelle les reviviscences. Lorsqu'elle s'enclenche, ces reviviscences envahissent le sujet et lui font revivre l'événement traumatique à l'identique, le plongeant dans le même état de détresse, d'horreur et d'impuissance que ce soit sur le plan somatique, physiologique et psychique. (26,33)

Cette mémoire traumatique peut être parcellaire, sensorielle, parfois inconsciente, et entraîne chez le sujet une véritable incompréhension, l'impression de devenir fou, puisqu'il n'identifie pas ces phénomènes au traumatisme vécu.

La mémoire traumatique est une bombe, inévitable et imprévisible, qui entraîne chez les victimes une hypervigilance constante associée à des stratégies de contrôle et d'évitements, et les place dans un véritable état d'épuisement.

Pour les victimes d'agression sexuelle par exemple, elles peuvent avoir l'impression de revivre leur viol plusieurs fois par jour, les reviviscences sensorielles, les plongeant à nouveau dans l'horreur et l'impuissance de l'agression sexuelle. (33,34,41)

d) L'anesthésie émotionnelle

Après des faits de violences graves, il est courant que les victimes manifestent différentes émotions ou comportements tels que la colère, la confusion, la nervosité, ou alors une anesthésie émotionnelle, liée aux phénomènes dissociatifs. Ces manifestations physiques et verbales peuvent malheureusement influencer sur la crédibilité perçue par certains concernant l'histoire relatée par la victime. (42)

L'anesthésie émotionnelle est liée à la déconnexion entre l'amygdale et l'ensemble du cortex cérébral lors du psychotraumatisme. Les victimes dissociées présentent alors une sensation d'anormalité, d'indifférence, d'insensibilité, et de déconnexion avec leurs émotions.

Lorsque l'anesthésie émotionnelle et physique est associée à la dépersonnalisation, cela majore le sentiment de ne pas se reconnaître, d'être un automate dénué de ressentis, d'émotions. (33,39)

La victime n'a ainsi plus accès émotionnellement ni sensoriellement aux événements traumatiques, elle est dans l'incapacité de penser ce qui se passe et d'y réagir de façon adaptée. L'absence de connotation émotionnelle associée à la gravité de ce qu'elle dit avoir subi, donne l'impression qu'elle est en décalage complet avec ce qu'elle a vécu, qu'elle paraît donc indifférente à son agression. (4)

Ses efforts pour paraître « normale » l'éloigne souvent de la gravité de son histoire, entraînant une véritable souffrance et la sensation très désagréable de ne pas être en adéquation avec elle-même. (41)

D. Echelles d'évaluation de la dissociation

1. Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique (PDEQ)

Les expériences dissociatives péritraumatiques font l'objet d'évaluations standardisées grâce à l'instrument de mesure suivant. Le PDEQ, maintenant validé en français, évalue les différentes catégories d'expériences dissociatives qui peuvent être observées au moment du traumatisme ou immédiatement après. (43)

Ce test d'autoévaluation présente 10 items permet de mesurer la dissociation péritraumatique afin de repérer les victimes présentant des niveaux de dissociation significatifs, une forte dissociation étant à risque de développer des troubles de stress post traumatiques. Chaque item est coté de 1 (pas du tout vrai) à 5 (extrêmement vrai). Le score total est la somme de tous les items. Une dissociation est significative si le score est supérieur à 15.

Le temps de passage est de 5 minutes et la cotation également. (44)

		Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrême- ment vrai
1	Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait – j'étais complètement déconnecté(e) ou, d'une certaine façon, j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait.	1	2	3	4	5
2	Je me suis retrouvé(e) sur "le pilote automatique", je me suis mis(e) à faire des choses que (je l'ai réalisé plus tard) je n'avais pas activement décidé de faire.	1	2	3	4	5
3	Ma perception du temps a changé les choses avait l'air de se dérouler au ralenti.	1	2	3	4	5
4	Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou au cinéma, en train de jouer un rôle.	1	2	3	4	5
5	C'est comme si j'étais la spectatrice de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observais de l'extérieur.	1	2	3	4	5
6	Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée. Je me sentais déconnecté(e) de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude.	1	2	3	4	5
7	J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres arrivaient à moi aussi, comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas.	1	2	3	4	5
8	J'ai été surpris(e) de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées.	1	2	3	4	5
9	J'étais confus(e), c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment.	1	2	3	4	5
10	J'étais désorienté(e), c'est-à-dire que par moment, j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais ou de l'heure qu'il était.	1	2	3	4	5

2. Inventaire de Détresse Péritraumatique (PDI)

L'inventaire de Détresse Péritraumatique est une échelle d'auto-évaluation composée de 13 items qui permet de mesurer le niveau de détresse émotionnelle et les symptômes

physiques d'anxiété ressentis pendant un événement traumatique et dans les minutes et les heures qui suivent. (43)

Les personnes qui présentent une forte détresse péritraumatique risquent de développer des troubles de stress post-traumatiques. Chaque item est coté de 0 (pas du tout vrai) à 4 (extrêmement vrai). Le score total est la somme des items. Un score à partir de 15 indique une détresse significative. Le temps de passation est de 5 minutes et le temps de cotation également.

		Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrême -ment vrai
1	Je me sentais incapable de faire quoi que ce soit	0	1	2	3	4
2	Je ressentais de la tristesse et du chagrin	0	1	2	3	4
3	Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	0	1	2	3	4
4	J'avais peur pour ma propre sécurité	0	1	2	3	4
5	Je me sentais coupable	0	1	2	3	4
6	J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	1	2	3	4
7	J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	0	1	2	3	4
8	J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	1	2	3	4
9	J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	1	2	3	4
10	J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	0	1	2	3	4
11	J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations	0	1	2	3	4
12	J'étais sur le point de m'évanouir	0	1	2	3	4
13	Je pensais que j'allais mourir	0	1	2	3	4

E. Dissociation chronique ou persistante

La dissociation traumatique peut durer quelques minutes ou quelques heures, ou alors elle peut s'installer dans la durée si la victime reste exposée aux violences ou au danger.

Lorsqu'elle persiste ou qu'elle advient sans raison apparente (pas de contexte de danger réel ou de traumatisme aigu), de manière incongrue et inadaptée, elle conduit alors à une désorganisation de l'individu qui se trouve alors sévèrement perturbé. On parle alors dans ce contexte de dissociation pathologique, à bien distinguer de la dissociation quotidienne.

(18)

Rappelons encore qu'une personne dissociée est déconnectée de ses émotions, et anesthésiée émotionnellement et plus cette dernière est dissociée, moins elle a d'émotions. En présence d'une personne dénuée d'émotions, par effet miroir, nous ne présentons pas d'émotions ce qui entraîne un phénomène d'indifférence. C'est un danger pour les victimes d'agressions sexuelles qui sont dissociées. Elles semblent aller bien puisqu'en apparence elles semblent indifférentes à ce qui leur arrive.

Lorsque la dissociation s'installe de façon durable, elle entraîne chez la victime une anesthésie et une déconnexion de plus en plus fréquente voire permanente procurant à cette dernière une impression de dévitalisation, d'être « mort vivant ». Cette dissociation chronique entraîne un risque de revictimisation sexuelle, puisque ces dernières acquièrent un seuil de tolérance très élevé de par l'anesthésie physique et émotionnelle installée de façon permanente. (2,4,39)

F. Cas particuliers des conduites dissociantes

Les conduites dissociantes sont des conduites opérées par les victimes dans le but de retrouver un état d'anesthésie émotionnelle.

Elles se manifestent par des conduites dangereuses ou auto-agressive, des conduites sexuelles à risque, des conduites addictives, des actes de violences sur autrui ou encore des pensées effrayantes et obsédantes ou des phobies d'impulsions.

Comme expliqué ci-dessus, la mémoire traumatique fait revivre à la victime à l'identique l'ensemble ou une partie du traumatisme subi, avec la même détresse, le même effroi, la replongeant dans un état de sidération psychique et dans une détresse telle, que pour survivre, une disjonction spontanée du circuit émotionnel est à nouveau nécessaire.

(20,37)

Au fur et à mesure de ces disjonctions spontanées, la victime acquiert un phénomène d'accoutumance et de tolérance à la morphine et kétamine-like secrétées par le cerveau, ce qui entraîne alors leur inefficacité et donc l'impossibilité de disjonction spontanée.

Deux stratégies permettent alors aux victimes de recréer un état dissociatif :

- La consommation de drogues dissociantes exogènes ou l'utilisation de techniques dissociantes.
- La majoration de la production de drogues endogènes dissociantes entraînées par un stress majeur consécutif à des conduites à risque ou mises en danger. (26,33,34)

Cette anesthésie émotionnelle et physique brutale soulage la victime transitoirement mais a pour conséquences une recharge de la mémoire traumatique qui devient hypersensible et explosive. Cela entraîne une majoration des troubles mnésiques et l'apparition de troubles cognitifs.

Les conduites dissociantes ont des conséquences majeures sur la santé physique, elles entraînent de nombreuses pathologies liées au stress (cardiovasculaires, diabète), on retrouve également toutes les conséquences liées aux conduites à risques sexuelles (MST, grossesse non désirée), les maladies liées aux consommations de toxiques ainsi que l'apparition ou la majoration de troubles psychiques préexistants. (45)

Par ailleurs, elles peuvent paraître très paradoxales puisqu'elles reproduisent parfois au plus près les violences subies, ce qui est incompréhensible pour l'entourage ne connaissant pas la dissociation. Il semble donc primordial, de reconnaître les violences subies par les victimes et de repérer la symptomatologie psychotraumatique afin d'offrir les soins le plus adaptés aux victimes traumatisées. Il est également capital de leur donner toutes les informations nécessaires à la compréhension de leurs symptômes afin que ces dernières ne se sentent pas seules et incomprises. (26)

PARTIE II : CAS PARTICULIER DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

I. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE DES VIOLENCES SEXUELLES

A. Définition du viol et des violences sexuelles

Le Code pénal dans l'article 666-23 définit le viol comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ».

D'après l'article 222-22, « constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ».

Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime, quelle que soit la nature des relations qui existent entre l'agresseur et la victime, y compris s'ils sont unis par le mariage ». (39)

L'Étude multi-pays de l'OMS a défini la violence sexuelle comme étant des actes par lesquels une victime : « a été physiquement forcée à avoir des rapports sexuels contre sa volonté ; a eu des rapports sexuels contre sa volonté parce qu'elle avait peur de ce que pourrait faire son partenaire ; a été contrainte à une pratique sexuelle qu'elle trouvait dégradante ou humiliante ». (47)

Le viol est puni par la loi par 15 ans de réclusion criminelle. Cette durée est portée à 20 ans dans le cas où il est commis sur mineur ou par le conjoint de la victime. (48)

L'enquête IPSOS de 2019 sur « Les français et les représentations sur le viol et les agressions sexuelles » met en évidence que définition est en réalité bien méconnue des français ; à savoir que la moitié d'entre eux considèrent que forcer une victime à réaliser une fellation n'est pas un viol et qu'un français sur 4 pense que la pénétration digitale, refusée par la victime n'est pas un viol. Par ailleurs la notion de force est encore très ancrée dans la vision que les gens ont sur le viol : 15 % des français ne considèrent pas comme viol une agression sexuelle pour laquelle la victime finit par céder. (1)

B. Epidémiologie

Aujourd'hui, les études de victimation mettent en évidence des chiffres qui ne régressent pas. En effet il y aurait plus de 250 000 viols et tentatives de viol par an ; 1 femme sur 6 et 1 homme sur 20 subirait au moins une fois dans leur vie un viol ou une tentative de viol.(1) D'après les études récentes, en France 94 000 femmes majeures seraient victimes de viol ou de tentatives de viol. En moyenne, sur un an en France métropolitaine, 0,3 % des personnes entre 18 et 75 ans, soit environ 112 000 personnes, déclarent avoir été victimes d'un viol ou d'une tentative de viol, les femmes étant plus souvent victimes de ce type de violences que les hommes.

Il est important de savoir que 91% des victimes de viols et de tentatives de viol (mineures incluses) connaissent leur agresseur, contrairement à ce que véhiculent les croyances sociétales. 45 % sont perpétrés par le conjoint ou l'ex-conjoint de la victime, et dans 14 % des cas l'auteur de l'agression vit avec la victime au moment des faits.

Cela veut dire que seulement 9 % des agresseurs sont inconnus de la victime. (49)

II. REPRESENTATION SOCIALE ET CULTURE DU VIOL

Encore aujourd'hui, malgré un déploiement de plans gouvernementaux, de campagnes d'information et de sensibilisation concernant le viol et plus largement les agressions sexuelles, il persiste une adhésion sociétale à de nombreux mythes sur le viol, que l'on appelle « la culture du viol ».

Ce concept a été élaboré initialement par des féministes aux Etats-Unis dans les années 1970 afin de mettre en évidence la banalisation des agressions à caractère sexuel par l'environnement social, provoquant chez ces victimes une véritable culpabilité. (42)

A. Définition des mythes autour du viol

Les mythes autour du viol ont été définis en 1994 par Fitzgerald et Lonsway comme étant des « attitudes et croyances généralement fausses, mais répandues et persistantes, permettant de nier et de justifier l'agression sexuelle masculine contre les femmes ». (1)

Les mythes sur le viol encouragent le blâme des victimes et tendent vers l'hostilité à l'égard des victimes de viol. Plus les mythes du viol sont acceptés, plus sa définition devient restrictive.

D'après les résultats de l'étude IPSOS de 2019 sur les représentations sur le viol et les agressions sexuelles chez les français, il persiste une adhésion aux stéréotypes sexistes et aux fausses représentations concernant les agressions sexuelles et leurs victimes.

Les conséquences du poids des représentations sociales sont terribles, elles imposent aux victimes de lourdes formes de maltraitance, d'isolement, puisqu'elles ne sont pas

entendues, donc ne bénéficient pas d'une prise en charge adaptée. Cette tolérance de la société entraîne une impunité des agresseurs et une absence de protection des victimes.

B. Principaux mythes du viol

1. Mythe concernant « le vrai viol »

Les résultats de l'enquête IPSOS concernant les représentations des français sur le viol et les violences sexuelles a mis en évidence que 51 % des français définiraient le viol comme une agression sexuelle réalisée par un auteur **inconnu** de la victime, en **dehors** de leur domicile, sur des femmes adultes et dans des contextes de **prise de risque** de la part de ces dernières. (1)

Cette vision étant bien éloignée de la réalité puisque la majorité des viols ont lieu sur des mineurs, ou des personnes vulnérables et sont commis dans 90 % des cas par une personne de l'entourage. Ainsi la majorité des victimes de viols conjugaux ne sont pas reconnues en tant que telles. Il semblerait que seul 22 % de la population sont conscients que la majorité des viols sont perpétrés chez des victimes mineures.

2. La victime a « provoqué son viol »

Les femmes victimes de viol sont régulièrement jugées coupable de l'agression subie, leurs comportements étant perçus comme « risqués ».

Des femmes ayant eu « une attitude jugée comme provocante » seraient responsables de toute ou partie de leur agression sexuelle selon 42 % des français. En effet 30 % estiment que si la victime respecte certaines règles de sécurité l'agression sexuelle n'aura pas lieu.

(1)

Dans une enquête menée au Royaume Uni en 2010, plus de 56 % des participants estimaient que la responsabilité d'être violée était en partie imputable à la victime, 28% parce que ces dernières s'habilleraient de façon « provocante » et 22 % parce qu'elles danseraient de façon « sexy » en soirée.

Cela provoque des conséquences néfastes pour les victimes et majore les sentiments de honte et la culpabilité.

Pour une partie de la population il faut ne pas être trop excitantes, pas trop souriantes, ne pas flirter, ne pas sortir seule le soir dans des endroits isolés, ne pas boire d'alcool ni consommer de drogue, être capable de dire clairement non et de se défendre efficacement. (2)

Ce serait la responsabilité des femmes de se garder d'avoir des comportements définis comme « à risque » afin ne pas être violées. Si jamais elles n'ont pas mis en œuvre tous les moyens de s'en prémunir alors elles peuvent être considérées comme responsables selon une partie de la population.

3. « Si la victime ne s'est pas défendue, si elle n'a pas fui ou crié, elle est en partie consentante »

La question de l'utilisation de la force est récurrente et les mythes sur le sujet sont nombreux. La majorité des français pensent, de façon erronée, que le viol implique toujours une violence physique de la part de l'agresseur et des blessures de défense de la victime qui essaye de s'échapper en se débattant. (50)

Il faut prendre conscience que la majorité des viols n'impliquent pas de blessures physiques sur la victime.

Il est facile pour les gens de penser qu'ils se défendraient activement, qu'ils essaieraient de crier ou de s'échapper si quelqu'un tentait de les agresser ou de les violer. Pourtant, lorsque l'expérience se produit réellement, nos fonctions cérébrales supérieures peuvent être altérées et nous réagissons instinctivement.

La stratégie de survie à ce moment-là dépend de nombreux facteurs à savoir ce qui est le plus susceptible d'assurer la survie, ce qui a fonctionné ou non dans le passé, si la victime est sidérée à ce moment-là, etc. Ainsi, certaines victimes ont la capacité de s'enfuir, de demander de l'aide, de résister, tandis que d'autres adoptent une approche plus passive et apparaissent figées, dans l'incapacité d'agir. (50)

En effet, certaines victimes, face à une agression sexuelle ou un viol, se sidèrent. Cette sidération en lien avec des phénomènes de stress majeur entraîne l'incapacité de bouger à savoir de se défendre, de crier, de dire « non », de se débattre ou de s'enfuir.

D'autres, étant menacées par l'agresseur (menaces verbales sur elle-mêmes, sur leurs enfants, menaces physiques), finissent par se soumettre à l'agression, indépendamment du mécanisme de sidération psychique, par crainte de ce qui pourrait arriver si elles résistent, ou protestent. (50)

Parfois encore, les victimes sont sous emprise de substances illicites (drogues, alcool) et ne sont donc pas en capacité de se défendre contre leur agresseur, ne présentant donc pas de blessures de défense ou de force.

Que l'on soit dans l'un ou l'autre de ces cas, cette passivité n'est absolument pas superposable au consentement qui, par définition, doit être activement donné et activement renforcé, et n'est pas supposé passif. (50,51)

Et pourtant, comme le démontre l'étude IPSOS de 2019, 43 % de français pensent encore que « si une victime de viol se défend vraiment, elle peut fuir l'agresseur » et 30 % de la population pense que « si la victime ne se défend pas physiquement ou verbalement alors on ne peut pas parler d'agression sexuelle ». (1)

4. « Les hommes ne contrôlent pas leur sexualité »

D'après l'étude IPSOS de 2019, les Français seraient toujours 57 % à penser que pour un homme il est plus difficile de maîtriser ses désirs sexuels et 78 % pensent que les femmes décriraient comme violents des événements qui ne le sont pas pour des hommes, excusant en partie l'agression sexuelle commise.

Ce système repose sur un ensemble de stéréotypes tels que « les hommes sont comme ça, avec des pulsions irrépressibles », « la sexualité est violente et la violence sexuelle est donc une fatalité ». (2)

Selon ces représentations erronées, les agresseurs sont considérés comme victimes de leurs pulsions sexuelles qui sont impossibles à contrôler. Ce serait donc aux femmes d'anticiper leurs faits et gestes afin d'y échapper, les plaçant responsables de leur agression sexuelle puisqu'il leur incombe d'éviter les « facteurs de risques d'agression » afin de se protéger.

5. « Les femmes aiment être violées »

Malgré une légère diminution par rapport à 2015, encore 18 % des français pensent que les femmes prennent du plaisir lorsqu'elles sont forcées et 17 % pensent que les femmes qui refusent verbalement un rapport sexuel pensent le contraire. (1)

Avec l'ensemble des mythes sur la sexualité, une certaine forme de violence est acceptée et considérée comme normale puisqu'elle serait inhérente à un désir sexuel défini par nature comme violent.

Cette conception de la sexualité, rend la limite entre sexualité et violence extrêmement floue, et cela engendre une non reconnaissance de nombreuses violences sexuelles.

Un « vrai viol » pour être reconnu devra donc forcément être accompagné d'une violence extrême voir de menaces de mort et une « vraie victime » devra prouver qu'elle n'était pas consentante en apportant des preuves physiques de violence, de contrainte ou alors démontrer qu'elle n'était pas consciente lors de l'agression.

Avec cette vision de la sexualité, la femme est considérée comme consentante si elle cède aux pressions de l'agresseur puisque la soumission au désir de l'homme est considérée comme normale. Volonté et désir sont ignorés et bafoués : si une femme dit non elle peut vouloir dire oui, si elle refuse l'acte sexuel, elle l'aime probablement et évoquer le viol dans ce contexte serait avoir une vision moralisatrice de la sexualité. (51)

C. Conséquences de cette vision sociétale pour les victimes de violences sexuelles

1. Des sentiments puissants de honte et de culpabilité

- a) La honte comme atteinte du « moi social » et comme échec de conformité aux attentes sociétales

Selon certaines études, la honte participe aux blessures péritraumatiques et au développement de nombreuses séquelles post traumatiques. La honte est un sentiment puissant de détresse et d'humiliation causé par un comportement mauvais ou insensé conscientisé, et reflète l'estime de soi. (52)

Elle est décrite comme ayant deux orientations, interne et externe, faisant ainsi partie de l'expérience individuelle et de l'éthique collective.

D'après Fessler, la honte implique la reconnaissance de soi comme un être avec un statut social inférieur mais également la reconnaissance de sa propre incapacité à se conformer à la société, ses normes et ses attentes. Profondément enracinée, elle donne le sentiment d'avoir violé sa vraie nature. Il en résulte un conflit entre le moi et l'idéal du moi composé des valeurs culturelles idéalisées et intériorisées. (53)

En cas de violences sexuelles, le moi social se trouve dominé et soumis par le poids des idéaux sociaux. Cela entraîne une majoration de la dissonance entre le soi idéal et le « vrai » soi, avec un risque de développer un mépris de soi prolongé, avec véritable perte d'intégrité morale voir d'identité. Ces violences dépouillent les victimes de leur dignité, de leur statut social et de toute possibilité de contrôle, les plaçant dans une incapacité d'agir en conformité avec les valeurs morales. (54)

En cas d'humiliation extrême elles peuvent être sous l'emprise de sentiments tels que la «mort de l'âme», la perte d'identité de l'ego et le sentiment majeur de vide. (52,55)

En fonction des expériences dans l'environnement social, la honte péritraumatique peut devenir à terme post traumatique et être prédicteur puissant pour le TSPT. En effet si elle n'est pas résolue, elle continue à influencer les comportements, et à nourrir le TSPT et les schémas d'autodestruction adaptatifs.

La honte « externe » est associée aux préoccupations de l'individu quant à la façon dont les autres le perçoivent et jugent ses actions.

Dans des situations extrêmes telles que l'agression sexuelle, le maintien des actions morales attendues est impossible et la victime est dans l'incapacité d'agir conformément aux normes et valeurs culturelles imposées par la société. (52)

Les victimes ont le sentiment d'avoir violé les attentes intériorisées de la société concernant un comportement « correct ». (54)

Le risque à terme pour ces victimes de honte post traumatique est la volonté d'annihilation, le désir d'évasion et d'isolement entraînant à terme un véritable retrait social, voir une suicidalité. Des sentiments tels que la mort sociale ou la mort de soi

peuvent être décrits par les victimes de violences sexuelles pour qui la honte est accablante. Les évaluations négatives chroniques de soi et de l'environnement social qui ne sont pas résolues peuvent par la suite être canalisées vers la dépression majeure, l'abus d'alcool et le suicide. (52)

b) Un sentiment de culpabilité

La culpabilité est le sentiment d'avoir mal agi ou échoué dans une obligation.

Pour la victime d'agression sexuelle, le poids de la culpabilité est écrasant, elle se sent coupable de multiples fautes ; avoir « attiré » l'agresseur, ne s'être pas défendue physiquement, coupable de ne pas réussir à se souvenir des détails pour faire avancer l'enquête, coupable de faire souffrir ses proches, pour aboutir à une culpabilité telle qu'elle se sent coupable de simplement exister. (56)

Cette culpabilité est majorée, dans le cas des violences sexuelles, par les propos culpabilisants et méprisants prononcés par les agresseurs au moment même des violences : « C'est de ta faute, tu l'as bien mérité », « tu aimes ça », « tu l'as voulu », « personne ne te croiras », « tu ne vaux rien », tant de paroles qui vont marquer la victime au point de la convaincre de leur véracité. (57)

Cette culpabilité peut également être majorée par les réactions de l'entourage, des institutions telles que le système judiciaires ou le système de soin, mais également par les propres représentations que la victime a sur les violences sexuelles.

L'impact est majeur puisqu'un grand nombre de survivantes de viol n'ont jamais divulgué leur agression du fait de cette auto-accusation et du sentiment de honte majeur qu'elles ressentent.

A terme, la culpabilité souvent couplée à la honte, est associée à la dépression, à l'isolement social, la détresse psychologique, tandis qu'une diminution de la culpabilité au fil du temps prédit une diminution des croyances inadaptées, et donc une diminution de la détresse psychosociale. (58)

2. Représentations sociales négatives, stigmatisation et blâme de la victime

A travers le contexte sociétal via des représentations médiatiques et des stéréotypes, une victime d'agression sexuelle est consciente que certains comportements ou statuts sont moralement et socialement considérés comme inacceptables.

Cette stigmatisation sociétale, large et générale peut également être aggravée par des réponses de blâme de la part des membres de la famille, d'amis, ou de partenaires ainsi que par des prestataires de soins ou judiciaires lors de la divulgation.

La stigmatisation joue un rôle capital dans l'élaboration des pensées, des sentiments et des comportements des survivantes tout au long de leur rétablissement et conditionne également le risque de revictimisation. (58)

En effet, la stigmatisation anticipée fait partie des obstacles à la divulgation aux proches (soutien informel), ou aux systèmes médicaux et légaux (soutien formel) réduisant ainsi

les survivantes au silence. Qui demanderait de l'aide en sachant pertinemment qu'il sera qualifié de menteur ou qu'il sera blâmé pour l'agression subie?

Les réactions négatives des proches sont parfois involontaires. Ces derniers peuvent être écrasés par le poids du traumatisme subi par la victime, et essayent, à tort de le minimiser espérant ainsi l'atténuer. Le risque est de détériorer la relation, les réactions de stigmatisation des proches étant perçues comme les plus blessantes.

Les femmes qui ont révélé des agressions dont elles ont été victimes à des soutiens informels et formels ont rapporté des réactions plus négatives que positives, les réactions de blâme étant associées à une diminution de l'estime de soi. Les réactions négatives perçues sont pourvoyeuses de taux accrus de TSPT, de dépression et de problèmes de santé généraux.

PARTIE III : CAS CLINIQUE

Mme K a été hospitalisée en soins libres pour prise en charge d'un fléchissement thymique avec survenue d'attaque de panique associées à des conduites auto agressives en lien avec un TSPT.

Mode de vie : Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans, mariée, sans enfants. Elle est étudiante en IUT. Elle est originaire de Touraine, c'est la cadette d'une fratrie de 5 (4 grands frères).

Elle décrit un étayage amical plutôt restreint avec 2 amies.

Dans ces antécédents personnels on retrouve :

Sur le plan somatique :

- Une chirurgie des ligaments croisés du genou droit en 2015
- Un kyste synovial avec désunion du ménisque droit en septembre 2019 ayant bénéficié d'une chirurgie

Sur le plan psychiatrique :

- Scarifications depuis l'âge de 13 ans en lien avec des difficultés dans la gestion émotionnelle
- Balancements répétés depuis l'enfance
- Pas d'antécédents de suivi psychologique ou psychiatrique
- Notion de violences conjugales pendant 3 ans (19-22 ans)

Sur le plan addictologique :

- Consommations d'alcool occasionnelle
- Tabagisme actif : 10 PA
- Aucune consommation de toxiques

Traitement à domicile :

- Aucun

Au niveau des antécédents familiaux on retrouve :

- Un grand frère diagnostiqué autiste Asperger

L'histoire de la maladie :

En avril 2019, la patiente assiste à une soirée chez une de ses amies. Elle décrit une soirée avec consommations de toxiques et de nombreux inconnus. Elle dit avoir été séquestrée au moment où elle voulait quitter les lieux.

Elle aurait été insultée et menacée par plusieurs hommes dont elle ne connaissait pas l'identité, et se serait enfermée dans une chambre pour éviter les violences.

Lors de la séquestration, elle décrit une angoisse majeure avec une symptomatologie dissociative à type de distorsions temporelles (temps rallongé). Elle décrit avoir entendu plusieurs bruits : des capsules de protoxyde d'azote tomber sur le sol, des conversations téléphoniques animées entre deux hommes.

Elle aurait réussi à contacter la police le lendemain matin, ce qui provoque la fuite des deux individus, après des menaces de mort proférées à la patiente. Les forces de l'ordre

n'auraient pas pris au sérieux la patiente et ses amies et leur auraient demandé de régler ça entre elles.

Elle quitte les lieux à 13h afin de rentrer chez elle lorsqu'elle aurait été interpellée par deux hommes qu'elle aurait reconnu comme étant les deux individus de la veille.

Rapidement elle aurait été séquestrée dans le local poubelle de l'immeuble où elle aurait été violée.

Elle décrit dès le début du viol, un phénomène de dissociation, avec déréalisation « je voyais la scène de l'extérieur, et j'avais l'impression que tout cela était un rêve ». Elle décrit une sidération, la figeant et l'empêchant de se défendre physiquement.

Elle décrit une distorsion temporelle avec sensation de ralentissement du temps. Elle explique avoir reçu de nombreuses insultes extrêmement violentes et angoissantes.

L'arrivée d'un voisin aurait fait fuir les agresseurs. Elle se serait rhabillée et serait rentrée dans un mode automatique, avec une amnésie du trajet.

A son arrivée, elle aurait interpellé son mari afin de lui raconter la soirée puis l'agression, mais aux vues de la réaction négative de ce dernier à l'évocation même de la soirée, elle a fini par taire l'agression de peur d'être blâmée. Elle dit ensuite avoir passé une heure sous la douche.

Le lendemain elle n'a fait part du viol à personne. Elle a pu en informer une formatrice de l'IUT plusieurs jours après, en anonymisant les faits.

Elle décrit un nouvel épisode de dissociation avec déréalisation et distorsion temporelle lors d'un entretien avec la formatrice en éducation de l'IUT qui lui aurait renvoyé une part de responsabilité.

Elle aurait ensuite mis en place de nombreuses stratégies d'évitements dans les jours suivants l'agression : rester recluse dans son appartement, ne jamais marcher seule dans la rue, installer des tapis afin éviter les reviviscences auditives des capsules de protoxyde d'azote, et éviter toutes relations sexuelles avec son mari. Elle a également développé des troubles de la concentration ainsi que des troubles mnésiques.

Elle rencontre un psychiatre libéral quelques jours après son agression, qui lui aurait dit qu'elle « était comme les enfants attirés par les bonbons de l'inconnu dans la camionnette et qu'elle s'était fait piégée comme une enfant naïve ». Ce blâme aurait entraîné une nouvelle dissociation avec déréalisation et elle aurait quitté l'entretien désorientée.

Pendant plusieurs semaines, elle décrit un isolement social, une absence de préoccupation de son état de la part de ses proches : « je n'ai jamais eu l'espace pour parler de mon agression, les autres étaient effondrées ou explosives et moi j'étais calme, je n'inquiétais personne ».

Le directeur lui a demandé de quitter les cours puisqu'elle ne s'y présentait quasiment plus et perturbait la classe avec ses attaques de panique les peu de fois où elle avait le courage de s'y rendre. Elle décrit avoir ressenti un abandon et un isolement majeur.

Elle initie les consommations de cannabis l'été, à visée anxiolytique, lui permettant de mettre à distance pendant un temps les automutilations. Elle développe des attaques de paniques quasi quotidiennes ainsi que des cauchemars traumatiques, qui entraînent l'arrêt de ses études à la rentrée.

Entrée dans les soins en hospitalisation

La patiente prend rendez-vous de consultation psychiatrique à l'hôpital mi-septembre, grâce au conseil d'une amie.

Lors de l'entretien, elle présente une instabilité psychomotrice avec une tension interne, majorée à l'évocation du traumatisme.

Sur le plan psychotraumatique on note une hypervigilance associée à des reviviscences auditives et cénesthésiques à prédominance nocturne, des cauchemars traumatiques ayant pour conséquence une résistance massive à l'endormissement.

Sur le plan thymique on note une souffrance morale intense avec une tristesse de l'humeur, une anhédonie, des ruminations anxieuses, ainsi que l'absence de projection dans l'avenir. Mme K. verbalise également des idées suicidaires scénarisées par phlébotomie, raison principale de sa venue en consultation.

Une hospitalisation lui est proposée, qu'elle accepte.

Le traitement suivant est mise en place :

- TERCIAN 25 mg matin midi et soir si besoin
- MINIPRESS 3 mg au coucher (qui a permis de diminuer la fréquence et la violence des cauchemars traumatiques).

Devant la résistance au sommeil et les angoisses massives, du Nozinan 25mg a été introduit, puis majoré à 50 mg 4 fois par jour.

Dans le service, la patiente décrit des épisodes de dissociation réguliers, avec sentiment de dépersonnalisation l'entraînant alors à pratiquer des scarifications dans le but de

ressentir la douleur, des flashs back quotidiens. Elle présente des cauchemars traumatique minorés par le MINIPRESS, on retrouve également une hypervigilance aux bruits métalliques ainsi que des ruminations anxieuses.

D'octobre 2019 à Avril 2019, plusieurs hospitalisations ont lieu, avec des modifications et adaptations thérapeutiques. Finalement, en avril le NOZINAN est diminué et une psychothérapie centrée sur le psychotraumatisme est débutée. Une explication claire et complète de la dissociation et des mécanismes psychotraumatiques lui est donnée, l'aidant à comprendre ses réactions. L'hospitalisation a permis une sécurisation et une reprise de confiance en elle.

Un entretien avec son compagnon a été réalisé après acceptation de la patiente et cette dernière a pu enfin lui faire part de son agression sexuelle. Elle décrit une réaction positive et un soutien de la part de ce dernier.

La patiente n'a pas désiré porter plainte pour les raisons suivantes :

- Le sentiment de n'avoir pas pu être aidée par la police la première fois et la crainte d'une nouvelle déception
- L'absence de preuves qu'elle voit comme un réel frein aux poursuites éventuelles des agresseurs
- Les réactions négatives et le blâme reçu par certains membres du corps enseignant, le psychiatre libéral ainsi que son mari la première fois, qu'elle a peur de ressentir de nouveau avec les forces de l'ordre
- Une adhésion aux mythes sur le viol en lien avec la sidération, ainsi qu'avec « la dangerosité pour une femme de se balader seule dans la rue » qui la rendent coupable de son agression par l'intermédiaire des distorsions cognitives.

COMMENTAIRES CAS CLINIQUE

Symptômes dissociatifs :

- Transitoires
- Favorisés par l'exposition à des stimuli en lien avec l'agression : auditifs avec les capsules de protoxyde, cénesthésiques avec les mains de son agresseurs lui bloquant les bras lors du viol
- Hypervigilance avec sursaut
- Présence d'une déréalisation avec engourdissement émotionnel
- Distorsion temporelle en péritraumatique

Critères diagnostiques de TSPT selon le DSM V remplis par la patiente :

- Confrontation à des violences sexuelles en étant directement exposée à un événement traumatisant
- Présence de symptômes d'intrusion : cauchemars traumatiques, réactions dissociatives : reviviscences, flash backs.
- Evitements présents : arrêt de ses études pour ne pas entendre parler en cours d'agression, plus de sorties seules, évitement du regard d'un homme, évitement de la sexualité.
- Altérations des cognitions et de l'humeur : croyances négatives d'elle même et du monde, présence de colère, de peur permanente, sentiment de détachement aux autres et difficultés à ressentir des pensées positives.
- Modifications de l'état d'éveil et de la réactivité : agressivité verbale sur accès de colère, comportement autodestructeur avec les scarifications, hypervigilance, troubles du sommeil
- Plus d'un mois de persistance des symptômes

- Souffrance clinique, retentissement professionnel : arrêt des études, retentissement social : isolement.

Echelle de dissociation

PDEQ de Mme K.

		Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrême- ment vrai
1	Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait – j'étais complètement déconnecté(e) ou, d'une certaine façon, j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait.	1	2	3	4	5
2	Je me suis retrouvé(e) sur "le pilote automatique", je me suis mis(e) à faire des choses que (je l'ai réalisé plus tard) je n'avais pas activement décidé de faire.	1	2	3	4	5
3	Ma perception du temps a changé les choses avait l'air de se dérouler au ralenti.	1	2	3	4	5
4	Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou au cinéma, en train de jouer un rôle.	1	2	3	4	5
5	C'est comme si j'étais la spectatrice de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observais de l'extérieur.	1	2	3	4	5
6	Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée. Je me sentais déconnecté(e) de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude.	1	2	3	4	5
7	J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres arrivaient à moi aussi, comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas.	1	2	3	4	5
8	J'ai été surpris(e) de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées.	1	2	3	4	5
9	J'étais confus(e), c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment.	1	2	3	4	5
10	J'étais désorienté(e), c'est-à-dire que par moment, j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais ou de l'heure qu'il était.	1	2	3	4	5

Cotation à 41 : dissociation.

PDI de Mme K.

		Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrême -ment vrai
1	Je me sentais incapable de faire quoi que ce soit	0	1	2	3	4
2	Je ressentais de la tristesse et du chagrin	0	1	2	3	4
3	Je me sentais frustré(e) et en colère car je ne pouvais rien faire de plus	0	1	2	3	4
4	J'avais peur pour ma propre sécurité	0	1	2	3	4
5	Je me sentais coupable	0	1	2	3	4
6	J'avais honte de mes réactions émotionnelles	0	1	2	3	4
7	J'étais inquiet(e) pour la sécurité des autres	0	1	2	3	4
8	J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	0	1	2	3	4
9	J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	0	1	2	3	4
10	J'étais horrifié(e) de ce que j'avais vu	0	1	2	3	4
11	J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations	0	1	2	3	4
12	J'étais sur le point de m'évanouir	0	1	2	3	4
13	Je pensais que j'allais mourir	0	1	2	3	4

Cotation à 33, donc détresse significative.

Les répercussions de l'agression sexuelle et de la dissociation péritraumatique**1. Les réactions sociales négatives perçues par la patiente :**

- Par l'entourage : Blâme de son mari concernant le fait qu'elle soit sortie seule à la soirée ; ce qui l'a enfermée dans le silence et a participé à la détérioration de la relation de couple.

- Par les prestataires judiciaires : la patiente décrit une banalisation des faits par les agents de police par rapport aux deux hommes violents de la veille, le sentiment d'ignorance de ces derniers « Réglez ça entre jeunes ». Ce qui a, selon elle, participé au fait qu'elle ne porte pas plainte par la suite.
- Par la formatrice et le directeur de l'IUT, qui ont participé à l'isolement de la patiente lui demandant de quitter les cours, à la culpabilité en la tenant en partie responsable de l'agression.
- Par les prestataires de soins : blâme du psychiatre libéral qui a participé à la majoration de la culpabilité et à la stigmatisation de celle-ci. Cette réaction a probablement favorisé un retard de soins.

2. Une prise en charge non spécialisée et une errance diagnostique :

Dans ce cas clinique on note :

- Un retard à la prise en charge médicale du psychotraumatisme, des explications tardives données à la patiente quant à la symptomatologie qu'elle présente
- Un non repérage de la dissociation péritraumatique par le psychiatre
- Des reviviscences traumatiques auditives et cénesthésiques repérées initialement comme des hallucinations ayant entraîné la mise en place d'antipsychotiques.

Sur le plan thérapeutique :

- Utilisation de NOZINAN puis de TERCIAN à posologie importante

- Prise en charge spécialisée dans le psychotraumatisme avec une psychothérapie adaptée tardive (plus d'un an après l'installation du TSPT).
- Pas de prescription initiale pour l'ESA telle que l'ATARAX ou le PROPRANOLOL pour les symptômes neurovégétatifs majeurs.

DISCUSSION

I. CONSEQUENCES DE LA DISSOCIATION CHEZ LES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

A. L'adhésion des victimes aux mythes sur le viol est renforcée par la distorsion cognitive induite par le psychotraumatisme

1. Le psychotraumatisme induit l'apparition de distorsions cognitives

Selon E.FOA chaque individu aurait des schémas de pensées positives préexistants, tels que : « le monde est sécurisant », « rien de mal ne peut m'arriver », « les événements sont prévisibles et contrôlables », « je peux gérer l'ensemble des événements qui arrivent dans ma vie ». (43)

Lors d'une agression sexuelle et plus largement d'un psychotraumatisme, la confrontation à une situation nouvelle et inimaginable entraîne des changements radicaux ou inverse totalement les croyances et attitudes des victimes, entrant en contradiction avec les schémas de pensées positives préétablis. De nouvelles croyances dysfonctionnelles négatives émergent, appelées « distorsions cognitives », qui inondent l'esprit des victimes et majorent les sentiments de honte et de culpabilité de ces dernières. Cela entraîne également une généralisation de la peur dans l'ensemble de leurs relations au monde qui devient insécure, et aux autres. Ce sont des modifications mentales erronées de ce qui est réel. (43)

L'événement traumatique entraîne une perte du sentiment d'appartenance, renforcé par les mécanismes de déréalisation / dépersonnalisation provenant de la dissociation péritraumatique, ainsi qu'un sentiment d'arbitraire, à savoir une sensation d'impuissance brutale, face à cette perte de contrôle immédiate. (59)

Il est essentiel de rapidement donner du sens à l'expérience vécue pour retrouver la sensation de contrôle qui leur échappe et la compréhension stabilisante du monde. Le sentiment de culpabilité est donc un mécanisme de défense qui permet à la victime de lutter contre le sentiment d'arbitraire du traumatisme et de reprendre le contrôle de sa vie. En se rendant responsable de son agression, elle donne du sens à ce qui lui arrive : « si je suis coupable, la prochaine fois cela ne se reproduira pas ». (59)

Illustration cas clinique : Mme K. présentait de nombreuses conduites d'évitement en lien avec des distorsions cognitives sur le monde et le sentiment d'insécurité. Par exemple, elle ne sortait plus jamais de chez elle, seule et fuyait toute présence d'hommes. Cette généralisation « tous les hommes sont des agresseurs potentiels » l'a poussé à l'isolement et au retrait social participant au renforcement du sentiment de peur mais aussi à la dépression.

Cette généralisation renforce le mythe sur le viol selon lequel les victimes qui sortent seules, s'exposent volontairement au danger et sont donc responsables de ce qui peut leur arriver.

2. Les distorsions cognitives issues de l'événement traumatique renforcent les mythes

Ces distorsions cognitives participent au renforcement de l'adhésion aux mythes sur le viol et aux sentiments de honte et de culpabilité des victimes. (43)

Entre un tiers et trois quarts des victimes ayant subi un événement répondant à la définition légale du viol, ne le définissent cependant pas comme tel. En effet, lorsque l'agression est conforme au scénario de viol « stéréotypé », les victimes sont plus susceptibles d'en parler et de le faire dans des délais plus courts par rapport aux agressions qui ne rentrent pas dans le cadre du « vrai viol ». (60)

Cependant, peu d'agressions sexuelles collent au stéréotype établi par la société et il est parfois difficile pour les survivantes de se sentir légitime en tant que victime. (50,65)

Ces dernières ont donc tendance à blâmer leurs actions et comportements avant l'agression, à se sentir honteuses de ne pas avoir su flairer le danger, et se placent en position de coupable de ce qui leur arrive. Un coupable ne méritant pas le statut de victime, ces dernières ne signalent pas leur agression aux forces de l'ordre. (62,63)

Dans leur étude, Egan et Wilson (2012) ont comparé les victimes de viol qui avaient signalé une agression récente à la police avec celles qui ne l'avaient pas fait. Il semblerait que les femmes n'ayant pas signalé leur viol à la police ont montré des taux significativement plus élevés d'acceptation des mythes autour du viol que celles qui l'ont signalé.(61)

C'est fréquemment le cas pour les victimes d'agression sexuelle qui présentent une véritable sidération psychique et physique et n'ont pas la possibilité de se défendre lors de l'agression. Puisqu'elle ne se sont pas défendues, n'ont pas crié « non », alors elles peuvent penser à tort que l'événement vécu n'était pas un viol, qu'elles devaient être consentantes, et donc ne sont pas victimes.

3. La détresse et la dissociation péritraumatique renforcent les distorsions cognitives

La symptomatologie lors de la détresse péritraumatique et de la dissociation péritraumatique participent au renforcement des distorsions cognitives.

Par exemple, la sidération psychique retrouvée dans la détresse péritraumatique entraîne des pensées erronées telles que : « si je n'ai pas su réagir, dire « non », ni me défendre face à mon agresseur, c'est que je suis coupable de mon viol » et renforcent la culpabilité déjà présente des victimes.

De plus, cela peut entraîner une généralisation de la peur dans les relations au monde et aux autres, amenant la victime à penser que si elle n'a pas su se défendre ni réagir une fois face à une situation de danger, alors elle ne pourra jamais se défendre face aux futures épreuves de la vie. (43)

La distorsion temporo-spatiale et les amnésies lacunaires sont responsables de l'incapacité pour la victime de fournir un récit précis et cohérent de son agression, ce qui

majore à nouveau le sentiment de culpabilité, puisqu'elle ne peut pas donner au système judiciaire les preuves et informations précises concernant l'agresseur.

La confusion et la désorientation liées aux symptômes dissociatifs, entraînent des troubles cognitifs, des doutes continuels sur ce qui est entendu, perçu, sur ce que la victime a compris, la mettant en grande difficulté pour défendre ses convictions et être certaine de ce qu'il s'est réellement déroulé lors de l'agression.

L'anesthésie émotionnelle est extrêmement désagréable pour les victimes qui se sentent perdues et désorientées, dénuées d'émotions et de réactions face à l'événement traumatique. Elles sont déconnectées du monde extérieur et dans l'incapacité de penser ce qui se passe et de réagir de manière adaptée. Cela renforce leur sentiment de non-appartenance, d'impuissance et majore à nouveau les sentiments de culpabilité. (33)

L'ensemble de cette symptomatologie participe directement à la sensation de perte de contrôle de soi ainsi qu'à celle d'impuissance, par l'intermédiaire des mécanismes de dissociation péritraumatique (sidération, dépersonnalisation/déréalisation, distorsion temporelle). Cela renforce de façon notable les sentiments de honte, de culpabilité et d'incapacité des victimes, jusqu'à les généraliser dans l'ensemble de leur vie.

Leur vision de l'avenir devient extrêmement pessimiste puisqu'elles ne méritent que souffrance et malheur, incapables d'être à l'origine d'événements positifs par perte d'estime d'elles-mêmes. (43)

Il semble donc capital de pouvoir interroger les distorsions cognitives des victimes après un psychotraumatisme, afin de travailler sur les cognitions erronées.

B. La véracité des dires de la victime remise fréquemment en doute

1. Des distorsions sous tendues par la dissociation péritraumatique

Les victimes ayant vécu un événement traumatisant, présentent des perturbations du traitement cognitif, qui se produit pendant la formation de la mémoire du traumatisme, mais aussi à la récupération. Elles éprouvent des difficultés à se souvenir précisément des événements traumatisants. (64)

Le stockage mnésique des détails sensori-perceptuels étant prioritaire sur les informations contextuelles, cela entraîne chez les victimes la possibilité de ressentir et de décrire précisément les émotions telles que les sensations de douleur, les sentiments de honte et de peur, mais rend difficile le récit organisé et contextuel de l'événement. (64)

Le repérage temporo-spatial est perturbé, ce qui signifie que la victime percevra le temps ou des concepts tels que l'espace, la distance ou la proximité de manière inexacte. Cela donne des sensations de temps rallongé ou plus rarement de temps raccourci ou accéléré, en lien avec la distorsion temporelle mais aussi avec les possibles amnésies dissociatives que l'on retrouve dans la dissociation. (33,39)

Notre patiente Mme K., a présenté une distorsion temporelle à type de temps ralenti, avec une perte complète des repères temporels, donnant l'impression que l'agression a duré plusieurs heures.

Cette distorsion peut être reconnue pour certaines victimes, qui déclarent par exemple que « Cela a duré des heures mais, je suppose qu'en réalité ça aurait pu être une minute, je ne sais pas»; alors que d'autres n'ont pas conscience que la peur et le traumatisme ont influencé l'exactitude objective de leur souvenir et, par conséquent, leur rappel peut être faussé, en particulier en ce qui concerne la perception spatiale et temporelle. (50)

Cela entraîne un manque de précision concernant le lieu de l'agression, l'heure ou le moment de la journée ainsi que la durée des violences. Ces imprécisions rendent le récit flou et désorganisé, et en conséquence remet en cause la véracité des faits exposés par les victimes. (35,45)

Les fragmentations de mémoire, en lien avec une amnésie lacunaire, entraînent également un discours désorganisé, émaillé de fragmentation et d'incomplétude pouvant aller jusqu'à une amnésie totale de l'événement, et remet également en question les dires des survivantes.

Ces signes et distorsions, pourtant pathognomoniques du psychotraumatisme, desservent les victimes puisqu'ils sont interprétés à tort comme des mensonges, des faux témoignages, ce qui décrédibilise cette dernière et met en doute son récit de l'agression. Les dépôts de plainte sont donc très compliqués pour les victimes qui ne parviennent pas à fournir un récit clair et précis de l'agression et qui sont généralement mises à mal par la police qui ne les croit pas. (63,65)

2. Impact de l'anesthésie émotionnelle chez les interlocuteurs

Le sentiment d'indifférence que renvoient les victimes présentant une dissociation accompagnée d'anesthésie émotionnelle, peut donner l'impression que ces dernières n'ont pas été impactées ou traumatisées par l'agression. Ces troubles dissociatifs méconnus suscitent fréquemment chez l'entourage ainsi que chez les professionnels indifférence, jugements négatifs voire rejet et maltraitance puisqu'ils ne comprennent pas l'absence de réaction ou les réactions jugées « inadaptées » par rapport au traumatisme subi, qui ne rentrent pas dans le cadre de ce qu'ils s'attendent à voir. Cela va entraîner des doutes chez ces derniers qui vont penser que la victime n'a pas été agressée, ou alors que ce n'est pas si grave que ce qu'elle raconte. (66)

Dans tous les cas, la réalité des violences sera niée, ou banalisée puisque ces derniers se fient plus à ce que ressentent les victimes qu'aux faits qu'elles racontent.

C'est souvent le cas lors du dépôt de plainte ou du parcours des victimes dans le système judiciaire qui n'est pas formé aux symptômes de la dissociation péritraumatique et qui à certaines attentes concernant les réactions « normales » ou « attendues » à la suite d'un viol ou d'une agression sexuelle. Elle peut paraître trop froide, trop déconnectée, trop insensible ou désinvolte par rapport à la situation dramatique qu'elle décrit, donnant l'impression d'être « fausse », de mentir, ce qui aboutit à une véritable absence d'empathie et remet en doute la véracité de son agression sexuelle. (41)

Les victimes dissociées sont donc fréquemment remises en cause et doivent souvent rendre des comptes afin d'être écoutées. (41,51)

3. La honte et la culpabilité peuvent entraîner des rétentions d'informations

Les distorsions cognitives induites par l'événement traumatique et renforçant les sentiments de honte, de culpabilité, et d'auto accusation des victimes, participent au discours imprécis et parfois incohérent de ces dernières.

Il se peut que les victimes modifient consciemment certaines parties de leur récit, afin d'éviter la honte, l'humiliation ou les conséquences possibles engendrées par leurs actes. Par exemple, une victime peut vouloir taire les circonstances de l'agression telles que les consommations de substances illicites, le lieu, l'environnement, ou encore les détails du viol et modifier une partie de son récit afin d'éviter d'avoir à divulguer une activité illégale, contraire à des pratiques ou croyances culturelles ou religieuses, ou d'être blâmée pour cela. (50)

Malheureusement, additionnées aux autres incohérences ou imprécisions directement en lien avec la dissociation, ces modifications ou rétention d'informations peuvent créer une fausse impression lors du dépôt de plainte ou au tribunal, dans la mesure où la victime sera considérée comme mentant dans tous les aspects du récit qu'elle a donné. (50)

4. Les mythes autour du viol ancrés dans le système judiciaire

La prégnance des représentations sociales et des mythes autour du viol dans le système judiciaire est non négligeable et cela tend à restreindre les faits et situations considérés comme « violences sexuelles », et à mettre en doute la parole des victimes. (49)

Par exemple, le mythe sur le viol « Si la victime n'est pas physiquement blessée, alors ce n'était sûrement pas un viol », est un mythe partagé par de nombreux prestataires incluant également ceux du système judiciaire. Cette hypothèse erronée selon laquelle l'agression sexuelle implique toujours une force violente obscurcit les jugements portés par le système judiciaire concernant la réalité de l'agression sexuelle. En effet comme expliqué précédemment, la majorité des viols n'impliquent pas d'agression physique et souvent les victimes ne résistent pas activement, beaucoup n'étant pas blessées. (50,51)

Cependant, une corrélation positive est retrouvée entre les blessures présentes et la probabilité que la victime porte plainte, mais également celle que le système judiciaire valide le bien fondé de la plainte de la victime. (63)

La question du consentement est également importante puisqu'elle peut conditionner la validation ou non de l'agression par le système judiciaire.

Le mythe autour du viol «Si elle n'a pas dit non, pas hurlé, et ne s'est pas défendue c'est qu'elle était consentante » est partagé par une partie de la population y compris les prestataires du système judiciaire. L'adhésion à ce mythe entraîne une remise en question des dires de la réalité de l'agression, et participe au renforcement du blâme et de la culpabilité des victimes.

Il est important de comprendre que les victimes qui ne s'opposent pas activement ont de bonnes raisons de ne pas le faire.

Soit c'est la conséquence de la sidération traumatique inhérente à la dissociation, soit elles se soumettent à l'agression indépendamment de la sidération, par crainte de ce qui pourrait arriver si elles résistent, ou protestent, ou encore par l'impossibilité de le faire en lien avec l'imprégnation de substances illicites. (50)

Que l'on soit dans l'un ou l'autre de ces cas, cette passivité n'est absolument pas superposable au consentement qui, par définition doit être activement donné et activement renforcé, et n'est pas supposé passif. (50,51)

Le manque de connaissance sur les mécanismes de dissociation péritraumatique, et sur l'agression sexuelle dans le système judiciaire, est à risque de ne pas reconnaître l'agression telle qu'elle est, ce qui a des conséquences délétères telle que la majoration de la culpabilité, pour ces victimes non entendues par le système pénal, et est un facteur de risque supplémentaire de développer un TSPT. (67)

5. La crainte d'être à nouveau confrontées au traumatisme favorise des conduites d'évitement

A la suite d'un événement traumatique, des stimuli ont été associés à l'événement : lieux, couleur, bruits, odeur, objets, type d'homme etc, et vont secondairement provoquer une réponse anxieuse semblable à celle ressentie lors de l'agression initiale.

L'évitement de la peur et de l'angoisse est général et la victime fuit toute situation réveillant le souvenir du traumatisme entraînant alors un évitement de plus en plus généralisé à l'ensemble de sa vie. (43)

Il peut donc être compliqué pour les victimes de faire quoique ce soit qui leur rappelle les circonstances de l'agression afin d'éviter l'angoisse des reviviscences traumatiques et des intrusions. Ces évitements se généralisent parfois à l'ensemble de la vie des victimes entraînant isolement et difficultés à accéder à l'assistance et à en bénéficier.

C'est pourquoi les entretiens avec la police, ainsi que la confrontation avec l'agresseur dans le processus judiciaire, sont intolérables pour ces victimes submergées à nouveau par la violence de l'agression sur le plan psychique. Elles refusent ou évitent ces situations et cet évitement peut être interprété à tort comme indiquant que leur récit était faux. (50)

Lorsqu'elles décident de s'y confronter, les questions et le rappel de l'événement traumatique font resurgir des images intrusives de l'agression et ces dernières ont du mal à adopter des stratégies d'évitement lors des interrogatoires.

Les intrusions de mémoire traumatique qui lui font revivre les violences, entraînant à nouveau une dissociation psychique non comprise et non repérée par ces prestataires judiciaires avec le risque d'être blâmées à nouveau, ou non crues. (58,4,65)

6. Conséquences dans le parcours judiciaire des victimes

D'après l'enquête « cadre de vie et sécurité », seulement 1 femme sur 10, victimes de violences sexuelles porterait plainte. (49) Dans la dernière enquête réalisée en février 2019 par l'institut IPSOS, seulement 8 % des victimes ont porté plainte et parmi les plaintes enregistrées, 74 % seront classées sans suite et seulement 10 % seront jugées ; ce qui représente 1 % de l'ensemble des viols. (1,49)

L'ensemble de ces réactions négatives entraîne un sentiment de responsabilité des victimes concernant leur agression, ce qu'elles vivent comme un nouveau traumatisme qui entraîne des répercussions sur le plan psychologique mais également sur le plan judiciaire puisque ces dernières ont tendance à se retirer du processus pénal. (54,53)

Non seulement elles n'ont pas pu se défendre lors de l'agression sexuelle, mais elles sont à nouveau destituées du pouvoir de protection et de réparation dans le processus judiciaire, ce qui entraîne chez elles un sentiment de « double dépossession ». (42)

Ces expériences participent à la victimisation secondaire, et sont à haut risque d'aggravation du TSPT des survivantes. (58)

Beaucoup de victimes ont pu dire que si elles avaient eu connaissance auparavant de l'expérience du signalement et des conséquences psychologiques qui en découlent, elles se seraient abstenues. (63,67)

C. Défaut de prise en soin des victimes d'agression sexuelle dissociées

1. Impact des mythes autour du viol véhiculés par les soignants

Il est capital de comprendre que le viol ou les agressions sexuelles sont des urgences médico-légales et psychologiques. (70)

Les urgences semblent être un lieu d'accueil fréquent pour les victimes d'agression sexuelle. Les professionnels de santé jouent donc un rôle clé dans l'accueil, l'évaluation et le repérage de ces victimes. Afin d'éviter au maximum la revictimisation, les soins immédiats procurés à ces victimes doivent reposer sur l'empathie et la sensibilité, la compétence et l'absence de jugement des cliniciens. (71,72)

Prendre en charge aux urgences une victime de viol ou d'agression sexuelle est difficile.

Les représentations qui ont une valeur fondatrice, telles que le rapport au respect de l'autre, au secret, au comportement sexuel, à l'aveu ou à la transgression peuvent être bouleversées, et entraîne chez les soignants un sentiment d'impuissance. Ce

bouleversement peut majorer les réactions de défense qui peuvent aller du déni, à la fascination, à la banalisation, à l'évitement voire même au rejet. (59)

Concernant les représentations, les mythes du viol sont partagés par certains professionnels de santé et l'adhésion à ces croyances représente un biais très important dans la prise en charge optimale des victimes. Les soignants peuvent véhiculer le plus fréquemment involontairement, des attitudes paraverbaux ou des réflexions ou questionnements perçus comme néfastes pour les victimes qui risquent de fragiliser, voire de rompre l'alliance thérapeutique et d'enfermer la victime dans le silence. Ces dernières peuvent se sentir jugées ou blâmées aggravant l'état de détresse psychologique et la culpabilité déjà ressentie.

Le risque est la perte de confiance envers le corps soignant et le refus de toute autre prise en charge médicale qui privera la patiente de soins adaptés, et majorera les possibilités de développer à terme un TSPT. (65)

2. La dissociation non repérée : des victimes qui semblent « aller bien »

La dissociation présentée par les victimes d'agression au moment de leur présentation dans les soins risque de masquer la gravité de leur état psychologique. L'absence de connaissances concernant la clinique psychotraumatique et plus précisément la dissociation péritraumatique est délétère pour les victimes, puisque les symptômes dissociatifs peuvent contribuer aux renforcements des croyances erronées.

Une grande majorité des soignants se représente une victime couverte de coups, de blessures de défense ou d'attaque, paniquée, pleurant ou criant. Cependant la réalité est toute autre.

L'anesthésie émotionnelle entraîne un récit plaqué, avec un détachement émotionnel des violences graves subies. Les victimes peuvent sembler calmes, sereines, dénuées d'émotions apparentes. Face à l'anesthésie émotionnelle de la victime qui semble en contradiction avec la situation pourtant dramatique qu'elle expose, les soignants se questionnent sur l'agression subie, qui, ajoutée aux mythes, renforce la suspicion concernant les dires de la victime et peut modifier ainsi l'empathie de ces derniers. (33)

L'absence d'empathie peut entraîner des réactions sociales négatives qui se manifestent par exemple par le fait de douter de la victime, de minimiser l'agression, ou encore de ne manifester aucune sympathie à son égard, voire de l'ignorer. (65)

Les actions automatiques qui peuvent se rencontrer dans la dissociation péritraumatique, sont difficilement repérables et n'inquiéteront pas les soignants non formés.

En effet, les gestes sont exécutés machinalement et semblent parfois appropriés à la situation alors qu'ils ne sont pas issus d'un processus réflexif ou décisionnel. Le risque est que les soignants passent à côté de cette symptomatologie dissociative en considérant ces actions comme adaptées, ce qui peut entraîner de lourdes répercussions à moyen et long terme. (73)

Finalement, le discours peut paraître adapté alors qu'il est en réalité empreint d'anesthésie émotionnelle, les actions motrices pourtant automatiques de la victime semblent normales.

L'ensemble de la symptomatologie pourtant alarmante, n'alertent pas les soignants non formés qui ne jugeront pas nécessaire de réorienter la patiente vers une prise en charge psychologique ou psychiatrique spécialisée : « pourquoi devoir protéger et prendre en charge quelqu'un qui va bien ? ». (73)

C'est le cas de Melle K. qui décrit ne pas avoir reçu d'attention ou de questionnement après l'agression sexuelle subie, puisque, dissociée et anesthésiée émotionnellement elle semblait « aller bien ».

Il est donc important de savoir et de ne pas oublier que les victimes qui présentent une « réaction rassurante », qui semblent les moins touchées, les moins perturbées, les moins angoissées peuvent être en réalité dans un état de dissociation et d'anesthésie émotionnelle majeure ; nécessitant une prise en charge urgente et adaptée du psychotraumatisme. (73)

3. Risque d'erreur diagnostique pouvant entraîner des conséquences néfastes pour le trauma

En plus du risque de passer à côté d'une dissociation, s'ajoute celui de poser un diagnostic erroné. La clinique du psychotraumatisme dans ses phases immédiates, post immédiates, et chronique est extrêmement riche et les symptômes variés, de telle sorte qu'elle se rapproche souvent d'autres pathologies psychiatriques.

a) La dissociation est retrouvée dans d'autres pathologies mentales

Les symptômes de dissociation sont présents dans une variété de troubles mentaux et non pas seulement dans le cadre du psychotraumatisme. Des études ont mis en évidence des phénomènes dissociatifs dans les troubles dissociatifs et le TSPT mais également dans le trouble de la personnalité limite, dans les troubles de conversion, le trouble anxieux, les troubles addictifs comme la toxicomanie. (74)

Par ailleurs, l'appellation « dissociation » a été utilisée de nombreuses années dans le cadre de la schizophrénie, bien qu'elle soit très différente de la dissociation péritraumatique et relève plutôt de la désorganisation mentale.

b) Hallucinations traumatiques et hallucinations psychotiques

De plus, la mémoire traumatique peut entraîner des reviviscences visuelles, auditives, cénesthésiques, olfactives, et qui peuvent être confondues avec des hallucinations psychotiques. Les « hallucinations » traumatiques sont généralement liées au traumatisme subi et apparaissent après l'exposition à l'événement. Elles sont la majorité du temps associées à des flashes et reviviscences faisant revivre à la victime le traumatisme à l'identique. (59)

Dans notre cas clinique, la patiente présentait des reviviscences cénesthésiques à prédominance nocturne, où elle décrivait la sensation d'être violée la nuit à nouveau, avec l'impression qu'on lui maintenait les deux poignets de force, alors même qu'elle était seule dans sa chambre. Ces reviviscences sont apparues après le traumatisme et n'existaient

pas auparavant, et elles sont critiquées par la patiente qui nous explique que ce qu'elle ressent n'est pas la réalité même si elle semble l'être.

c) Mise en place de thérapeutiques inadaptées

Dans l'ESA, la place des thérapeutiques est parfois indispensable mais des règles de prescription précises doivent être connues et respectées afin d'éviter les prescriptions inadaptées. Il faut être prudent concernant la prescription et l'utilisation de thérapeutiques, qui peuvent majorer les symptômes dissociatifs ou la mémoire traumatique, et ceux qui présentent un potentiel addictif. Il s'agit par exemple des **benzodiazépines**, connues pour leur potentiel addictif important et leur retentissement néfaste sur les fonctions supérieures. Elles ont été associées à un amoindrissement des phénomènes d'extinction et à des taux plus élevés de TSPT, ce pourquoi il semble nécessaire d'éviter leur utilisation au maximum. (75,76)

Ce que l'on peut utiliser en revanche, ce sont les anxiolytiques comme l'**hydroxyzine (ATARAX)**, peut être prescrit dans les premières heures qui suivent l'exposition à

l'événement à une posologie de 50 à 100 mg/j, et peut être conservée si elle est efficace, puisqu'elle n'a pas de risque addictif. (75)

Les bêtabloquants comme le Propranolol, ont fait preuve de leur efficacité par l'intermédiaire de la diminution des facteurs de stress, évitant ainsi le déclenchement de la

mémoire traumatique. Il peut être prescrit dans l'ESA dans les heures suivant la survenue de l'événement. (19,27,37,86–88)

Ainsi il semble essentiel de bien poser le diagnostic de dissociation péritraumatique et d'ESA afin de pouvoir mettre en place les thérapeutiques adaptées, et de ne pas prescrire de traitements délétères ayant un impact néfaste sur le trauma.

Cela a pu être le cas pour Mme K. qui pendant des mois présentait une sédation par l'intermédiaire des psychotropes sédatifs (Tercian et Nozinan), mais qui ne permettait pas d'agir sur la mémoire traumatique et le TSPT.

II. AMELIORER ET OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES POUR UNE REDUCTION DES TROUBLES PSYCHOTRAUMATIQUES INVALIDANTS ET DURABLES

A. Informer et sensibiliser les professionnels de première ligne sur les violences sexuelles et la dissociation

1. Repérer les victimes d'agression sexuelle aux urgences

Une victime d'agression sexuelle peut se présenter seule ou accompagnée, les faits peuvent être récents ou dater de plusieurs jours, semaines voire années; il peut s'agir d'un tout premier contact avec un soignant ou non, elle peut être habituée ou pas aux services d'urgences, et peut nécessiter ou non des soins médicaux voire conduire à la rédaction d'un signalement. La victime peut présenter un état de stress adapté ou au contraire dépassé ; être en capacité ou non de verbaliser. (59)

L'ensemble de ces paramètres est indispensable à prendre en compte lorsqu'une victime se présente aux urgences car elle ne sera pas au même niveau d'élaboration des faits en immédiat et plus à distance. Sa manière de parler, son comportement et les mots utilisés ne seront pas les mêmes. C'est au soignant de s'ajuster et s'adapter à la situation afin de ne pas majorer l'état de détresse de cette victime. (59)

La victime peut se présenter avec un motif de consultation autre que celui de l'agression sexuelle. Par exemple une plainte somatique (une douleur pelvienne ou abdominale, troubles du sommeil, asthénie), une symptomatologie anxieuse, des idées suicidaires ou pour une tentative de suicide. Il semble alors important que les professionnels qui se

trouvent régulièrement en lien avec ces patientes soient alertes sur les divers motifs de consultation qui peuvent orienter sur une éventuelle agression.

Dans de nombreux cas, les victimes d'agression sexuelle ne parlent pas spontanément de l'agression, et ne sont pas identifiées si l'équipe soignante n'est pas sensibilisée au repérage de ces victimes et ne réalise pas d'interrogatoire systématique et bienveillant. Certaines études reflètent le manque de questionnement de la part des professionnels de santé concernant les violences sexuelles, ce qui entraîne des lacunes dans la prise en charge des patientes comme par exemple, l'absence de dépistage et d'orientation psychologique adéquate. (78)

2. Importance des conditions d'accueil des victimes

a) Offrir un cadre sécurisant et rassurant

L'accueil dans le système de soin est capital puisqu'il va conditionner la suite de la prise en charge. Il est fondamental de créer rapidement une bonne alliance thérapeutique avec la victime et d'instaurer une relation de bienveillance et de confiance.

Les urgences sont un lieu de passage, avec des durées d'accueil souvent mal vécues par les victimes, où règne promiscuité, odeurs désagréables, bruit, agitation, incertitude et incompréhension. Les conditions matérielles ne sont pas toujours simples à l'hôpital, mais il semble nécessaire pour ces victimes d'être extrêmement vigilant à leur apporter un cadre contenant, accueillant et sécurisant. (59,73)

Diminuer le temps d'attente, la recevoir dans un box ou un bureau calme, proposer à un proche de l'accompagner, participent aux conditions d'accueil favorables pour créer l'alliance thérapeutique.

b) Offrir un cadre humanisant et respecter la victime en tant que sujet

Il est important pour la victime de se sentir légitime dans le système de soins, en tant que patiente, nécessitant une prise en charge de la part de professionnels, dont le rôle est d'essayer de soulager sa souffrance.

Pour se faire, une fois la victime accompagnée dans un endroit calme, il semble important d'établir un contact visuel bienveillant, prendre une voix calme, posée, d'utiliser des mots simples afin d'essayer de comprendre le motif de venue, la temporalité des faits (vis à vis des examens médico légaux), sans pour autant être intrusif. (59)

Se présenter, renseigner la victime sur sa fonction et éviter au maximum les termes impersonnels semblent être un bon départ pour faciliter l'alliance. Il est également essentiel de faire comprendre à cette dernière que d'autres victimes ont déjà effectué ce parcours de soin et qu'elles ont été prise en charge, ce qui l'autorise à parler sans craindre l'incompréhension et le jugement de l'interlocuteur. (59)

Pour prendre soin des victimes au mieux, les soignants doivent avoir les pratiques, les attitudes et les connaissances appropriées concernant les agressions et le psychotraumatisme. (73)

Le viol est une urgence médico-légale qui nécessite, s'il a eu lieu dans les 48h certains prélèvements indispensables. Pour la victime, l'examen médico légal peut être source d'angoisse et il est important de lui garantir sécurité et intimité lors de l'examen.

Par exemple elle ne doit jamais être déshabillée entièrement et les examens doivent être réduits au minimum nécessaire afin d'éviter les nouveaux traumatismes potentiels. Si elle le souhaite, il est possible qu'elle soit accompagnée par un proche ou une personne de confiance durant l'examen ou la prise en charge. (79)

L'hôpital n'est pas un lieu d'investigations judiciaires et il faut que le soignant reste à sa place sans tomber dans la fascination traumatique en cherchant à recueillir tous les détails précis de l'agression, telle une audition. (59)

B. Orienter rapidement la victime sur l'équipe de psychiatrie des urgences

1. Evaluer l'impact psychique de l'événement et repérer la dissociation

La culpabilité, la honte mais également l'indicible du psychotraumatisme expliquent que les victimes d'agression sexuelle ne verbalisent pas spontanément leur expérience à un médecin ou un psychiatre.

Cependant, la dissociation péritraumatique est une urgence psychiatrique qui nécessite un repérage et une prise en charge immédiate. Il semble pour cela indispensable d'orienter toutes les victimes de viols ou d'agression sexuelle à l'équipe de psychiatrie des urgences afin qu'elles bénéficient d'une évaluation psychique et notamment de la

dissociation péritraumatique. Cela permet que la victime soit évaluée, prise en soins, informée, et orientée au mieux malgré l'absence de demande de sa part. (73)

Certaines équipes ont mis en place des protocoles pluridisciplinaires entre les médecins légistes, les gynécologues et les psychiatres, comme par exemple au CHU de Lille où les victimes de viol peuvent être évaluées en urgence par un psychiatre à la demande du médecin légiste ou du gynécologue.

Par ailleurs, des Centres Régionaux de Psychotrauma ont vu le jour récemment. Dans certains d'entre eux, un lien particulier avec les équipes de médecine légale permet une prise en charge plus rapide des victimes notamment de viol. (73)

En effet, on sait que 60 à 80 % des victimes de viol présentent une dissociation péritraumatique, mais beaucoup aujourd'hui ne sont pas repérées. Le risque de comorbidités et de développement de troubles tels que le TSPT, les conduites suicidaires sont tels qu'il est indispensable de repérer ces symptômes dissociatifs afin d'adresser les victimes dans une prise en charge spécialisée à la sortie des urgences. (73)

2. Nécessité d'une psychoéducation des victimes sur la symptomatologie actuelle

a) Psychoéducation de la dissociation péritraumatique

Perdues, désorientées, angoissées, les victimes ont besoin de comprendre ce qui se joue pour elle, ce qui leur arrive. Face à l'expression de la souffrance, il est nécessaire d'offrir une écoute empathique, bienveillante, rassurante et contenant afin de faire face aux débordements émotionnels éventuels. (73)

Il semble également important d'apporter du réconfort aux victimes, des mots d'encouragement ou de soutien sans tomber dans le piège de la dédramatisation « ça va aller » « tout va bien », ou de la déculpabilisation « ce n'est pas votre faute », « vous ne pouvez rien y faire », ou encore de la banalisation « ce n'est pas si grave, ça aurait pu être pire ». Ces propos ou attitudes, souvent maladroits peuvent renforcer la violence psychique du drame vécu. Il est capital de respecter l'expression traumatique et les mécanismes de défense exprimés par les victimes et de reconnaître la souffrance de cette dernière. (59)

Il est nécessaire de les informer sur leurs propres réactions en lien avec la détresse péritraumatique et les réactions de dissociation péritraumatique qui les inquiètent où qu'elles ne comprennent pas. Les soignants formés à la psychotraumatologie doivent prendre le temps d'expliquer à la victime les symptômes qu'elle peut ressentir, telle que la dissociation, la déréalisation/dépersonnalisation, l'anesthésie émotionnelle. Cela permet à la victime de comprendre qu'il s'agit d'une réaction normale et physiologique face à un événement d'une violence exceptionnelle, et qu'elle n'est pas en train de devenir « folle ».

Par exemple, concernant Mme K, les symptômes de dépersonnalisation-déréalisation ainsi que les cauchemars traumatiques étaient intenses et elle décrit avoir été persuadée de basculer dans la folie et la psychose. Cela a été pour elle un véritable soulagement lorsque le psychiatre en hospitalisation a pu lui expliquer que ses symptômes étaient en lien avec l'agression sexuelle, et qu'elle n'entraînait pas dans une schizophrénie débutante. En effet, son premier contact avec la psychiatrie avait renforcé sa culpabilité et n'avait pas permis une explication rassurante concernant la symptomatologie qu'elle présentait ainsi que les mécanismes physiologiques qui se jouaient pour elle à ce moment-là. Cela a entraîné une majoration des sentiments de honte et de culpabilité, un retrait social ainsi qu'une mise à distance du système de soin pendant de nombreux mois.

Mettre des mots simples et compréhensibles, sur cette symptomatologie angoissante, invraisemblable et incompréhensible entraîne un véritable soulagement et renforce l'alliance thérapeutique avec le soignant. (73)

b) L'aider à sortir de cet état dissociatif

Les symptômes dissociatifs sont des phénomènes extrêmement angoissants, bouleversants et désagréables pour la victime qui ressent une perte de contrôle complète de son corps et d'elle-même. Voir la scène de l'extérieur, avoir l'impression que ce qui se déroule est irréel, qu'il s'agit d'une autre personne à la place de soi, ne pas reconnaître ni ressentir son propre corps majore l'angoisse des victimes et il est capital de les aider à sortir de cet état. (41)

Prendre le temps de la restituer dans une représentation temporelle peut la rassurer : situer la date et l'heure, le temps des examens, permet de l'ancrer dans le présent et peut participer à la diminution de la distorsion temporelle. (59)

Il peut être intéressant de la faire ressentir son corps, en lui demandant de poser les pieds au sol, de respirer profondément, afin d'aider la sortie de la décorporalisation éventuelle.

Lorsque la victime présente des niveaux d'angoisses majeurs et qu'elle n'est pas accessible à la réassurance, il est possible de lui proposer une anxiolyse comme l'ATARAX, afin de l'amener progressivement à diminuer le niveau de stress.

Enfin il faut comprendre que dans l'immédiat, il est impossible d'avoir accès aux cognitions des victimes et qu'il faut laisser s'exprimer et accompagner la verbalisation des émotions de cette dernière, sans vouloir l'amener à intellectualiser la situation, ce qu'elle est incapable de faire en état de stress aigu.

3. Informations sur les symptômes et le développement possible de troubles à venir

Il est important de prendre le temps d'expliquer à la patiente la possibilité de survenue de symptômes d'ESA puis de TSPT. Il s'agit là d'un temps de psycho-éducation. Cela concerne également l'explication des symptômes péritraumatiques (sidération, action automatique, dissociation...).

Il est indispensable d'interroger la victime sur le risque suicidaire. En effet les violences sexuelles sont à haut risque de tentatives de suicide. De même, une prise en charge pour tentative de suicide ou idées suicidaires doit amener le médecin à interroger sur les antécédents de psychotraumatisme. (80)

Il faut lui expliquer les différents symptômes qu'elle peut être amené à développer et ceux qui doivent l'alerter et l'amener à consulter en urgence.

4. Informations concernant la suite de la prise en charge

Une victime dissociée n'a pas les capacités cognitives qui lui permettent d'intégrer l'ensemble des informations qui lui sont données, ces dernières ne seront pas mémorisées pour la plupart. Pour éviter la perte d'informations essentielles à la suite de la prise en charge, il est nécessaire de remettre à la victime des documents écrits les concernant, des brochures d'associations avec adresses et numéros de téléphone, le numéro de consultations spécialisées dans le psychotraumatisme, ainsi que les possibilités de contact en cas d'urgence. Ces structures sauront, lorsque cette dernière sera moins dissociée, l'orienter et l'accompagner au mieux dans les démarches. (59)

Il est également possible de l'informer en présence d'une personne de confiance, qui aura intégré plus efficacement les informations et pourra ainsi accompagner la victime dans l'après.

C. Faire le lien avec des soignants spécialisés en psychotraumatologie

Concernant le psychotraumatisme, une prise en charge spécialisée peut être indispensable dans le but d'éviter au maximum la genèse d'un TSPT et par extension de ses comorbidités. Cette prise en charge est assurée par les différents praticiens de l'équipe de psychotraumatisme, par l'intermédiaire de consultations dédiées.

Il pourrait être intéressant pour les patientes qui n'ont pas vu un psychiatre en urgence, qu'un recontact systématique soit prévu, après que les médecins aient transmis les coordonnées et prévenu les victimes de ce contact. L'équipe de psychotraumatologie propose, dans les centres où cela est possible, un rendez-vous rapide, dans la semaine qui suit le passage aux urgences, afin de réaliser une intervention post immédiate en consultation dédiée. (73)

De plus, la réforme de l'UMJ suite à la loi Jardé en 2011 a permis que des psychologues cliniciens soient présents dans les UMJ. Cela permet que les victimes de viol soient prises en charge rapidement. Comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs UMJ travaillent en lien avec les Centres Régionaux de Psychotrauma, ce qui, là encore, permet d'améliorer la prise en charge des victimes.

Il est important de ne pas perdre de vue la victime dans la période post-immédiate, qui s'étend en général du 2ème au 30ème jour, puisqu'elle définit la période durant laquelle les symptômes de la phase immédiate s'estompent ou perdurent et entrent dans le cadre de la constitution d'une pathologie psychotraumatique durable. (6)

Recontacter la victime afin de la recevoir lors d'une consultation dédiée permet de repérer les symptômes psychotraumatiques éventuels et le cas échéant, proposer une prise en

charge adaptée par exemple une intervention psychologique post-immédiate (IPPI) ou débriefing. (73)

Mettre des mots sur l'expérience traumatique permet d'apporter un sens à l'expérience traumatique insensée qu'a subi la victime, et diminuerait le risque de développer un TSPT. Pour cela, les professionnels de santé formés au psychotraumatisme vont au devant de la demande de la victime, afin de lui apporter l'aide nécessaire. (73)

Cette consultation spécialisée est également l'occasion pour le clinicien, de repérer les symptômes pouvant prédire une évolution traumatique comme la persistance d'une déréalisation ou d'une dépersonnalisation, des reviviscences débutantes, des cauchemars traumatiques, et les éventuelles comorbidités associées. (6)

D. Un réseau pluridisciplinaire pour une prise en charge globale

De nombreux acteurs interviennent dans le parcours d'une femme victime de violences sexuelles. Il n'existe pas de chronologie pré établie concernant l'intervention et le rôle de chacun tant dans la phase de repérage des violences que d'accompagnement de la victime. Il est capital que chacun puisse apporter à cette dernière des réponses et une solution dans son domaine de compétence.

Les besoins et demandes des victimes sont multiples : elles englobent le social, le médical, le juridique, le psychologique, et inscrivent ainsi l'action de chaque professionnel

au sein d'un réseau partenarial, permettant de favoriser une prise en charge adaptée et décloisonnée.(81)

Il est important que les interlocuteurs initiaux et dépositaires de la divulgation puissent orienter les victimes vers les différents acteurs qui participent à la prise en charge globale. En effet le parcours des victimes n'est pas tracé : certaines se présentent dans un premier temps aux urgences, d'autres passent par l'intermédiaire d'associations, ou alors se rendent au commissariat. Il est nécessaire que chacun soit en mesure de renseigner et d'accompagner ces victimes à travers les différents maillages de ce réseau pluridisciplinaire, dans l'objectif unique d'apporter une prise en charge optimale.

Le rôle des associations n'est pas négligeable. Elles permettent, en tout anonymat, d'informer, de soutenir et d'accompagner les victimes dans les démarches, avec l'aide de professionnels formés aux violences sexuelles (psychologues, assistantes sociales, éducateurs, équipe paramédicale). (82)

Prendre contact avec le médecin généraliste quand cela est possible est également bienvenu puisque ce dernier est susceptible de coordonner l'ensemble des soins et des prescriptions futures. Il est intéressant de pouvoir l'informer sur la symptomatologie mais également sur les possibles comorbidités à venir afin d'ancrer au maximum la victime dans des soins préventifs, précoces et adaptés.

E. Inclure les proches dans les soins afin de potentialiser le soutien social

1. Interroger le vécu des proches

Il semblerait qu'entre un et trois quarts des survivantes reçoivent des réactions sociales négatives d'au moins un membre de leur réseau de soutien informel, lors de la divulgation de l'agression sexuelle. Ces réactions peuvent être explicites comme le blâme, les doutes concernant leur récit, mais peuvent également concerner les efforts de bienveillance, souvent maladroits, perçus par les victimes comme un soutien inapproprié, puisque ressenti comme blessant ou simplement inadapté par rapport aux besoins immédiats. (65)

En effet, le traumatisme fait également irruption dans l'entourage, venant bouleverser son ordre et sa stabilité. Les réactions de la famille sont extrêmement variées et peuvent être déroutantes : colère, agressivité, déni, apparente indifférence sont des manifestations retrouvées à l'annonce de l'agression. (59)

L'entourage peut également se montrer bienveillant, entourant, compréhensif, mais parfois maladroit, impatient, voire blâmant et stigmatisant. « Pourquoi tu es sortie seule ? », « Pourquoi tu ne t'es pas débattue », « tu n'aurais pas dû porter cette tenue », « Parle nous ! » sont parfois des phrases prononcées par les proches des victimes qui, sous le choc de l'annonce, la colère, l'injustice, ou le besoin de compréhension, n'évaluent pas la portée de leur propos.

Prendre un temps de psychoéducation avec les proches concernant les agressions sexuelles et les mythes apparentés, le psychotraumatisme et son impact, permet

d'évoquer l'importance de ne pas dédramatiser la situation « ça aurait pu être pire », de ne pas l'ignorer, de ne pas vouloir prendre le contrôle de la victime « il faut que tu ailles porter plainte ! », « il faut que tu te changes les idées », de respecter son rythme sans la brusquer « il faut passer à autre chose ! ». Cela permet d'aider l'entourage à être un soutien approprié d'éviter pour la victime et d'éviter les risques de revictimisation. (43)

2. Informer les proches sur les mécanismes psychotraumatiques et la dissociation

L'entourage a parfois des difficultés à comprendre les réactions de la victime face à l'événement traumatique.

La symptomatologie dissociative avec l'anesthésie émotionnelle, la sidération ayant empêché cette dernière de se défendre ou de fuir, les phénomènes de distorsion temporelle rendant son récit flou et incohérent, ainsi que la prégnance des stéréotypes et des mythes sur le viol majorée par la dissociation, renforcent ces incompréhensions et peuvent avoir un impact délétère sur le soutien attendu.

Les réactions négatives de la part de l'entourage renforcent considérablement la stigmatisation, et majorent le sentiment de culpabilité de la victime, augmentant le risque de développer un TSPT. L'étude menée par Ullman et al. en 2016, a mis en évidence que les victimes confrontées à des réactions négatives telles que la culpabilisation, la stigmatisation ou l'infantilisation, ont présenté plus de complications comme un retrait social, une culpabilité et une autoaccusation accrue. (83)

Il est intéressant de prendre un temps de psycho éducation avec la famille sur la symptomatologie psychotraumatique et plus particulièrement sur la dissociation péritraumatique, ainsi que les conséquences possibles pour les victimes sur le plan de la santé mentale et physique.

Cela permet non seulement une compréhension de certains comportements jugés inadaptés par l'entourage, comme les conduites dissociantes ou addictives qui paraissent totalement paradoxales, les symptômes liés à la mémoire traumatique comme les reviviscences, les accès de panique ou de colère ainsi que la labilité émotionnelle, les auto mutilations ou les idées suicidaires ; mais aussi de pouvoir apporter un soutien et alerter les professionnels de santé en cas de besoin.

De même, le TSPT a un impact majeur sur la vie quotidienne. Dans les suites d'un viol une jeune victime peut par exemple avoir des troubles importants de la concentration mettant en péril sa scolarité. Il peut être alors intéressant d'informer les parents que cela peut être en lien avec les symptômes traumatiques.

De même, au sein d'un couple, la sexualité peut être très nettement modifiée après un viol, voire impossible. Rencontrer raidement le ou la conjointe permet souvent d'aborder des sujets difficiles mais pouvant impacter la vie des sujets.

Ces informations données aux proches, le soutien professionnel proposé à ces derniers et l'orientation adéquate permettent une amélioration du bien-être des victimes, de leur entourage, mais ouvre également la possibilité d'une meilleure accessibilité aux soins.

3. Transmettre à l'entourage les informations concernant la suite de la prise en charge

La révélation de l'agression représente un temps suspendu tant pour la victime que pour l'entourage, durant lequel toutes les informations ne seront pas mémorisées.

Il est capital, de la même manière qu'avec les victimes, de transmettre à l'entourage, avec l'accord de la patiente (sauf si cette dernière est mineure), des documents écrits avec les informations nécessaires, concernant les symptômes, les comorbidités nécessitant des consultations en urgence et de pouvoir prendre le temps d'expliquer posément et simplement la suite de la prise en charge à la personne de confiance ou à l'entourage de la victime qui l'accompagne. (59)

CONCLUSION

Dans une société toujours imprégnée de stéréotypes et de « mythes » autour du viol, la prise en charge optimale des victimes d'agression sexuelle reste extrêmement compliquée. Ces violences sont des événements potentiellement traumatiques à haut risque de dissociation péritraumatique et à terme, de comorbidités et de troubles psychiatriques constitués tels que le SSPT, et restent donc une problématique mondiale de santé publique.

La dissociation péritraumatique est une véritable urgence psychiatrique. Elle passe cependant souvent inaperçue car inconnue ou non repérée des divers interlocuteurs de la victime.

L'ensemble de ces symptômes dissociatifs (anesthésie émotionnelle, distorsion temporo-spatiale, trouble de dépersonnalisation/déréalisation, distorsion cognitive, sidération) offrent un système d'alerte qui permet aux professionnels formés, d'apporter une prise en charge immédiate et adaptée à la victime.

A contrario, méconnus ou ignorés, ils suscitent incompréhension, voire blâme et rejet de la victime par l'ensemble des prestataires interagissant avec cette dernière, compliquant leur prise en charge globale.

L'ensemble de ces symptômes, extrêmement désagréables pour les victimes, les déconnectent du monde et les placent dans l'incapacité de penser et de réagir de manière adaptée, majorant leur sentiment de non-appartenance et d'impuissance ainsi que la honte et la culpabilité déjà écrasantes.

La confusion, le discours flou, l'absence de précision temporo-spatiale concernant l'agression, un comportement jugé indifférent via l'anesthésie émotionnelle, la rétention d'informations causée par la honte et la culpabilité, soulèvent des remises en questions permanentes quant à la véracité des dires de la victime, à nouveau jugée responsable de ce qui lui arrive, majorant à nouveau le sentiment de culpabilité de cette dernière.

L'enjeu d'une bonne connaissance de ces symptômes est d'autant plus grand qu'il a été démontré que la révélation d'une agression sexuelle a le potentiel de fournir assistance et soutien nécessaires aux victimes, diminuant ainsi l'apparition de comorbidités psychiques et de troubles psychiatriques constitués après l'agression.

Pour cela, le destinataire de la révélation doit être prêt à répondre de manière soutenante, professionnelle et bienveillante afin d'éviter une revictimisation.

Il semble donc essentiel que les prestataires de soins ou de justice, mais aussi plus largement l'ensemble de la population soient sensibilisés ou formés aux symptômes de dissociation et au psychotraumatisme, afin de pouvoir soutenir, orienter ou prendre en charge la victime en utilisant son domaine de compétence, qu'il soit social, judiciaire, médical, ou familial.

Prendre le temps de la psycho éducation avec la victime et ses proches concernant la symptomatologie effrayante de la dissociation péritraumatique, les informer sur les possibilités de prise en soin et les orienter vers des professionnels spécialisés est capital. Cela permet non seulement de fournir à la victime et à ses proches des éléments de compréhension concernant ce qui lui arrive mais également de créer l'alliance nécessaire à un accompagnement global (médical, judiciaire, social etc).

D'après différents résultats, de nombreuses victimes d'agression sexuelle sont perdues de vue à cause d'un système présentant de nombreuses failles. Par exemple la multitude d'intervenants dans les divers réseaux de soins (gynécologues, médecins légistes, urologues, urgentistes, psychiatres), juridiques, associatifs, entraîne un suivi mal organisé avec une prise en charge non optimale pour les victimes.

Pour cela, la création de centres spécialisés pour les victimes permet une dispense de soins holistiques, centrés sur le patient, et regroupés en un endroit, par des professionnels spécifiquement formés aux violences sexuelles et au psychotraumatisme. (79)

Le plan interministériel de l'aide aux victimes a lancé la création du Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R) qui assure le développement de Centres Régionaux du Psychotraumatisme (CRP).

Par ailleurs, depuis 2011, dans de nombreuses UMJ (unité médico judiciaire), des psychologues cliniciens sont maintenant présents afin d'offrir aux victimes une prise en charge rapide, et s'articulent avec les CRP afin d'améliorer le réseau de prise en soin.

Il semblerait essentiel d'élargir la formation sur le psychotraumatisme et la dissociation péritraumatique à l'ensemble des professionnels de santé mais également à l'ensemble des interlocuteurs qui peuvent être amenés à rencontrer ces victimes d'agression sexuelle. Cela permettrait de potentialiser une prise en charge la plus adaptée possible.

De plus, la poursuite et le renforcement de l'éducation universitaire et plus largement de l'éducation de la société, concernant les violences sexuelles semble nécessaire afin de

continuer à déconstruire au maximum l'ensemble des mythes ou stéréotypes toujours prégnants, qui condamnent encore aujourd'hui les victimes au silence, à la stigmatisation et à la culpabilisation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Les Français et les représentations sur le viol et les violences sexuelles. Ipsos. <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-et-les-representations-sur-le-viol-et-les-violences-sexuelles>
2. Violences sexuelles [Internet]. [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-sexuelles.html>
3. 2e édition : Le traumatisme psychique chez l'adulte, un livre d'Evelyne Josse, préface du Professeur Louis Crocq, postface du Major Erik De Soir - Résilience PSY [Internet].
4. Salmona M. La dissociation traumatique [Internet]. Mémoire traumatique et Victimologie.
5. Salmona M. L'impact psychotraumatique des violences sur les enfants : la mémoire traumatique à l'œuvre. La Revue de Santé Scolaire et Universitaire. janv 2013;4(19):21-5.
6. Crocq L. Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes. Elsevier Masson; 2014 352 p.
7. Montel CT et S. Les psychotraumatismes. Dunod; 2014. <https://www.cairn.info/les-psychotraumatismes--9782100705207.htm>
8. Pedinielli J-L, Mariage A. Psychopathologie du traumatisme. Paris: Armand Colin; 2015. 128 p.
9. Tarquinio C, Brennsthul M-J, Dellucci H, Iracane-Coste M, Rydberg JA, Silvestre M, et al. Pratique de la psychothérapie EMDR. Dunod; 2019. 681 p.
10. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic Stress Disorder. Int J Occup Environ Med. 2012.
11. Hansen M, Ross J, Armour C. Evidence of the dissociative PTSD subtype: A systematic literature review of latent class and profile analytic studies of PTSD. Journal of Affective Disorders. 15 avr 2017;213:59-69.
12. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, et al. Emotion Modulation in PTSD : Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. AJP. Juin 2010; 167(6):640-7.

13. Nicholson AA, Densmore M, Frewen PA, Théberge J, Neufeld RW, McKinnon MC, et al. The Dissociative Subtype of Posttraumatic Stress Disorder: Unique Resting-State Functional Connectivity of Basolateral and Centromedial Amygdala Complexes. *Neuropsychopharmacol.* Sept 2015 ; 40 (10) : 2317-26.
14. Webermann AR, Myrick AC, Taylor CL, Chasson GS, Brand BL. Dissociative, depressive, and PTSD symptom severity as correlates of nonsuicidal self-injury and suicidality in dissociative disorder patients. *Journal of Trauma & Dissociation.* 2016; 17 (1) : 67-80.
15. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: II. Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1 oct 1996;35(10):1365-74.
16. Tomasula JL, Anderson LM, Littleton HL, Riley-Tillman TC. The association between sexual assault and suicidal activity in a national sample. *Sch Psychol Q.* juin 2012;27(2):109-19.
17. Bob P. Psychophysiology of dissociated consciousness. *Curr Top Behav Neurosci.* 2014;21:3-21.
18. Dermesropian A, Goffinet S, Becker E de. La dissociation : conceptualisation, intérêt d'une intrication avec la scarification et protocole d'intervention. *psychologie clinique.* 2018;(45):115-33.
19. Janet P. L'automatisme psychologique. 1889.
20. Crocq L. 16 leçons sur le trauma [Internet]. Odile Jacob. 2012. 300 p. https://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/psychologie-generale/16-lecons-sur-le-trauma_9782738128256.php
21. Spiegel D, Lewis-Fernández R, Lanius R, Vermetten E, Simeon D, Friedman M. Dissociative Disorders in DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol.* 28 mars 2013;9(1):299-326.
22. OMS - CIM-11 en ligne [Internet]. Ascodocpsy. 2018. <https://ww.ascodocpsy.org/oms-cim-11-en-ligne/>
23. Inserm. Bases neurobiologiques et neuroendocriniennes du stress. 2011;171-91.
24. Sah P, Faber ESL, Lopez De Armentia M, Power J. The Amygdaloid Complex: Anatomy and Physiology. *Physiological Reviews.* 1 juill 2003;83(3):803-34.

25. Ducrocq F, Vaiva G. De la biologie du trauma aux pistes pharmacologiques de prévention secondaire de l'état de stress post-traumatique. *L'Encéphale*. avr 2005;31(2):212-26.
26. Salmona M. Trauma et Résilience. Chapitre 10. Mémoire traumatique et conduites dissociantes [Internet]. Dunod. 2012. 113-120 p. (Psychothérapies).
27. McDonald AJ, Mott DD. Functional neuroanatomy of amygdalohippocampal interconnections and their role in learning and memory. *J Neurosci Res*. 2017; 95 (3) : 797-820.
28. Giffard B, Lechevalier B. Neurosciences et affects. *Champ psychosomatique*. 2006;no 41(1):11-27.
29. Kozłowska K, Walker P, McLean L, Carrive P. Fear and the Defense Cascade: Clinical Implications and Management. *Harvard Review of Psychiatry*. 2015;23(4):263-87.
30. Bonne O, Grillon C, Vythilingam M, Neumeister A, Charney DS. Adaptive and maladaptive psychobiological responses to severe psychological stress: implications for the discovery of novel pharmacotherapy. *Neurosci Biobehav Rev*. mars 2004;28(1):65-94.
31. Moisan M-P, Le Moal M. Le stress dans tous ses états. *Med Sci (Paris)*. juin 2012;28(6-7):612-7.
32. Society for neuroscience & société des neurosciences. *Le stress*. 2013
33. SALMONA M. La mémoire traumatique. <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/memoire-traumatique.html>
34. Salmona M. Mémoire traumatique [Internet]. ERES; 2019. <https://www.cairn.info/exil-et-violence-politique-les-paradoxes--9782749262680-page-93.htm>
35. Brewin CR, Ma BYT, Colson J. Effects of experimentally induced dissociation on attention and memory. *Conscious Cogn*. mars 2013;22(1):315-23.
36. Kuhni M. L'amnésie traumatique, une mémoire déconnectée pour survivre à l'effroi [Internet]. Marianne Kuhni. 2017.
37. Brand M, Eggers C, Reinhold N, Fujiwara E, Kessler J, Heiss W-D, et al. Functional brain imaging in 14 patients with dissociative amnesia reveals

right inferolateral prefrontal hypometabolism. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. oct 2009;174(1):32-9.

38. Thomas-Antérion C. Dissociative amnesia: Disproportionate retrograde amnesia, stressful experiences and neurological circumstances. *Rev Neurol (Paris)*. août 2017;173(7-8):516-20.

39. Salmona M. L'amnésie traumatique un mécanisme dissociatif pour survivre. In: *Victimologie Evaluation, traitement, résilience [Internet]*. Dunod. 2018. p. 71-85. (Psychothérapies).

40. Mémoire [Internet]. Inserm - La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/memoire>

41. Salmona M. La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité : ou comment devient-on étranger à soi-même.

42. Frenette M, Boulebsol C, Lampron È-M, Chagnon R, Dubé M-MCM, Lapierre S, et al. Femmes victimes de violence et système de justice pénale : expériences, obstacles et pistes de solution.

43. Jéhel, Louis; Lopez, Gérard. *Psychotraumatologie [Internet]*. Dunod. 2006. 312 p. (Psychothérapies).

44. Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique - Apprendre la Psychologie [Internet]. <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/catalogue/tests-psychologiques/questionnaire-des-experiences-de-dissociation-peritraumatique-pdeq.html>

45. Dissociation traumatique [Internet]. Marianne Kuhni. <https://mariannekuhni.com/category/dissociation-traumatique/>

46. Définition juridique - Agression sexuelle [Internet]. <https://www.thiel-avocat.fr/definition-agression-sexuelle.html>

47. Organization WH. Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur le plan sanitaire et les réactions des femmes : rapport succinct [Internet]. World Health Organization; 2005.

48. Blanc M. Viol - Définition juridique [Internet]. Droit-Finances. 2020. <https://droit-finances.commentcamarche.com/faq/21116-viol-definition-juridique>

49. lettre N°14 - « Violences au sein du couple et violences sexuelles » - novembre 2019 [Internet].

50. Mason F, Lodrick Z. Psychological consequences of sexual assault. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* févr 2013;27(1):27-37.
51. Salmona DM. Pour en finir avec le déni et la culture du viol en 12 points. *janv 2016*;39.
52. Trumbull D. Shame: an acute stress response to interpersonal traumatization. *Psychiatry.* 2003;66(1):53-64.
53. Dworkin ER, Ullman SE, Stappenbeck C, Brill CD, Kaysen D. Proximal relationships between social support and PTSD symptom severity: A daily diary study of sexual assault survivors. *Depress Anxiety.* janv 2018;35(1):43-9.
54. Budden A. The role of shame in posttraumatic stress disorder: a proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Soc Sci Med.* oct 2009;69(7):1032-9.
55. Kizilhan JI, Steger F, Noll-Hussong M. Shame, dissociative seizures and their correlation among traumatised female Yazidi with experience of sexual violence. *Br J Psychiatry.* mars 2020;216(3):138-43.
56. Salmona DM. Pourquoi la très grande majorité des victimes de viols ne portent toujours pas plainte ? 2018;15.
57. Salmona M. Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. 2016;15.
58. Kennedy AC, Prock KA. « I Still Feel Like I Am Not Normal »: A Review of the Role of Stigma and Stigmatization Among Female Survivors of Child Sexual Abuse, Sexual Assault, and Intimate Partner Violence. *Trauma Violence Abuse.* 2018;19(5):512-27.
59. ROMANO H. L'Aide-mémoire de l'urgence médico-psychologique. Dunod. 2013. 241 p. (L'aide Mémoire).
60. Ahrens CE, Stansell J, Jennings A. To tell or not to tell: the impact of disclosure on sexual assault survivors' recovery. *Violence Vict.* 2010;25(5):631-48.
61. Haugen AD, Salter P, Phillips NL. « I Know It When I See It »: Recent Victimization and Perceptions of Rape. *J Interpers Violence.* 2019;34(14):2938-59.
62. OMS | La violence sexuelle [Internet]. WHO. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_37/fr/

63. Lorenz K, Kirkner A, Ullman SE. A Qualitative Study Of Sexual Assault Survivors' Post-Assault Legal System Experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*. 27 mai 2019;20(3):263-87.
64. Hardy A, Young K, Holmes EA. Does trauma memory play a role in the experience of reporting sexual assault during police interviews? An exploratory study. *Memory*. nov 2009;17(8):783-8.
65. Ahrens CE. Being silenced: the impact of negative social reactions on the disclosure of rape. *Am J Community Psychol*. déc 2006;38(3-4):263-74.
66. Salmona DM. En quoi connaître l'impact psychotraumatique des viols et des violences sexuelles est-il nécessaire pour mieux lutter contre le déni, la loi du silence et la culture du viol, pour mieux protéger les victimes et pour que leurs droits soient mieux respectés ? :21.
67. Gravelin CR, Biernat M, Bucher CE. Blaming the Victim of Acquaintance Rape: Individual, Situational, and Sociocultural Factors. *Front Psychol*. 2018;9:2422.
68. Wemmers J-A. 5. La seconde victimisation et les besoins des victimes. In: *Introduction à la victimologie* [Internet]. Presses de l'Université de Montréal. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2003. p. 79-89.
70. Guillet-May F, Thiebaugeorges O. Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. *Médecine & Droit*. 1 janv 2006;2006(76):35-43.
71. Ra V. Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault [Internet]. Vol. 72, *Obstetrical & gynecological survey*. *Obstet Gynecol Surv*; 2017.
72. Development and Evaluation of Sexual Assault Training for Emergency Department Staff in Ontario, Canada [Internet]. Vol. 70, *Nurse education today*. *Nurse Educ Today*; 2018.
73. Warembourg F. Place de la consultation de psychotraumatologie dans l'accueil des victimes d'agression sexuelle. 2011;10.
74. Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, Vonderlin R, Bohus M, Kleindienst N. Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *Am J Psychiatry*. 01 2018 ;175(1):37-46.
75. Ducrocq F, Vaiva G. Traumatisme psychique et état de stress post-traumatique : de la prévention au traitement pharmacologique.

76. Qi W, Gevonden M, Shalev A. Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder After Trauma: Current Evidence and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2016;18.
77. Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM, Healy AR, Cheema F, Lasko NB, et al. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biol Psychiatry*. 15 janv 2002;51(2):189-92.
78. Milone JM, Burg MA, Duerson MC, Hagen MG, Pauly RR. The effect of lecture and a standardized patient encounter on medical student rape myth acceptance and attitudes toward screening patients for a history of sexual assault. *Teach Learn Med*. janv 2010;22(1):37-44.
79. Vandenberghe A, Hendriks B, Peeters L, Roelens K, Keygnaert I. Establishing Sexual Assault Care Centres in Belgium: health professionals' role in the patient-centred care for victims of sexual violence. *BMC Health Serv Res*. 22 oct 2018;18(1):807.
80. Kılıç F, Coşkun M, Bozkurt H, Kaya İ, Zoroğlu S. Self-Injury and Suicide Attempt in Relation with Trauma and Dissociation among Adolescents with Dissociative and Non-Dissociative Disorders. *Psychiatry Investig*. mars 2017;14(2):172-8.
81. Les principaux acteurs et le dispositif partenarial [Internet]. <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/les-principaux-acteurs-et-le.html>
82. Association Louise Michel [Internet]. <https://www.associationlouisemichel.com/#referent>
83. Ullman SE. Sexual Revictimization, PTSD, and Problem Drinking in Sexual Assault Survivors. *Addict Behav*. févr 2016;53:7-10.
84. Ullman SE, Peter-Hagene LC. Longitudinal Relationships of Social Reactions, PTSD, and Revictimization in Sexual Assault Survivors. *J Interpers Violence*. mars 2016;31(6):1074-94.

AUTEUR : VANLAERE Marie

Date de soutenance : 2 OCTOBRE 2020

Titre de la thèse : En quoi la connaissance de la dissociation péritraumatique permet une amélioration de la prise en charge globale des victimes de violences sexuelles ?

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + spécialité : *Psychiatrie*

Mots-clés : Dissociation, psychotraumatisme, agression sexuelle, viol, mythes autour du viol

Résumé : La dissociation péritraumatique est un mécanisme neurobiologique mis en place lors d'événements traumatiques afin de protéger les victimes des conséquences délétères d'un stress intense et prolongé. Observée chez 60 à 80 % des victimes de violences sexuelles, elle est à haut risque de développement de troubles psychotraumatiques constitués, pouvant induire des coûts directs et indirects pour les victimes et altérer de façon durable leur qualité de vie. Les symptômes dissociatifs, s'ils ne sont pas connus et repérés, participent au renforcement des stéréotypes et des mythes autour du viol encore véhiculés dans la société actuelle, et entraînent incompréhension, culpabilisation et remise en question régulière du discours des victimes ce qui entrave la mise en place d'aides nécessaires.

A la lumière de la littérature actuelle et d'observation de cas clinique, nous avons pu mettre en avant l'importance de la connaissance et du repérage des mécanismes psychotraumatiques et de la dissociation péritraumatique. Cela permet une amélioration de la prise en charge globale de ces survivantes qui sont à haut risque de stigmatisation, de blâme et de « victimisation secondaire ». Les violences sexuelles étant des urgences médico-légales et la dissociation une urgence psychiatrique, il est capital de repérer, traiter, et accompagner rapidement ces victimes dans une prise en charge pluridisciplinaire, médico-psycho-sociale et juridique, afin qu'elles puissent bénéficier du soutien et des soins nécessaires à leur rétablissement.

Composition du Jury :

Président : Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Professeur Pierre THOMAS

Professeur Olivier COTTENCIN

Directeur de thèse :

Docteur Frédérique WAREMBOURG