

L'AMNESIE TRAUMATIQUE DISSOCIATIVE :

Les mécanismes neuro-biologiques à l'œuvre et les conséquences sur les démarches judiciaires.

Par Julie FRANCOLS,

Psychologue Clinicienne, spécialisée en psychotraumatologie.
Praticienne Hypnose Ericksonienne. Praticienne EMDR.

Responsable du Cabinet de Psychotraumatologie et de Victimologie de Lyon (CPTV)

Coordonnées :

56 cours Lafayette

69003 LYON

Tel : 06.18.87.25.95

Mail : jf.psy@orange.fr

« C'est terrible, j'ai l'impression de devenir folle », « Je ne sais plus si c'est vrai ou pas... si j'ai rêvé ou si ça a vraiment existé », « Je revois la même image, qui revient sans cesse dans ma tête », « chaque fois, c'est la panique dans mon corps », « Je ne sais pas si je dois y croire ou pas », « Est-ce que ça a vraiment eu lieu ? », « Dites-moi que je ne suis pas fou »...

Le discours des personnes souffrant d'amnésie traumatique est empreint de confusion et de panique. Lorsque les souvenirs traumatiques ressurgissent, ils sèment le chaos, le doute et la panique dans la conscience de la victime. Celle-ci découvre une partie de son histoire jusqu'alors non-consciente, étrangère à elle-même, et ne sait quelle place ni quel sens donner à ces éléments venus d'ailleurs. Nombre d'entre elles ressentent, dans la solitude et la douleur, cette désorganisation intérieure qui leur fait perdre pied. Ce qui était sûr ne l'est soudainement plus, ce qui faisait sens devient incohérent ; leur sentiment de continuité et d'identité se trouve ébranlé. Elles font ainsi l'expérience du retour des souvenirs traumatique, la levée de l'amnésie traumatique.

De quoi parle-t-on ? :

Le Dr Muriel Salmona, psychiatre, définit très bien ce phénomène d'amnésie traumatique. Il s'agit de « *l'incapacité de se souvenir en totalité ou en partie d'éléments importants d'un événement traumatisant* » (Salmona, 2018). Cette incapacité doit résulter de l'impact traumatique et des mécanismes neuro-psychologiques sous-jacents, et non d'autres phénomènes comme la prise de substances, d'alcool ou de drogues, ou d'un traumatisme crânien, ou d'autres facteurs pouvant affecter l'état de conscience de la victime.

L'amnésie traumatique est donc un trouble de la mémoire qui peut apparaître après l'exposition à un ou plusieurs événements traumatisants. Elle peut être complète, lorsque la totalité de l'événement est inexistant, ou bien partielle, lorsque quelques fragments de l'événement sont absents de la mémoire narrative. L'amnésie peut durer plusieurs semaines ou plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années (30 ans, 40 ans voire 50 ans).

L'amnésie traumatique est un des symptômes caractéristiques de l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) tels qu'ils sont décrits dans le DSM-V, à savoir sous le critère D, concernant les troubles de la cognition et de l'humeur.

Pour comprendre ce symptôme, il faut avant tout comprendre ce qu'il se joue lors de la rencontre traumatique. L'amnésie traumatique, complète ou partielle, est la résultante de l'effraction psychique suscitée par la brutalité et la soudaineté de l'événement traumatisant. La rencontre brutale avec la réalité de la mort, qui est la définition même de l'événement traumatique, déborde les capacités défensives du sujet et « perfore » l'appareil psychique. L'effroi suscité par la rencontre mortifère génère un état de stress extrême qui déclenche la mise en place de mécanismes neurobiologiques et psychologiques extraordinaires afin de protéger l'intégrité physique et psychique de la victime.

Quels sont les mécanismes à l'origine d'une amnésie traumatique ?

Les mécanismes à l'origine des amnésies traumatiques sont des mécanismes de survie, neurobiologiques et psychiques, qui visent à protéger la victime des effets du stress extrême déclenché par l'événement traumatique. Ces mécanismes de sauvegarde sont non-conscients et caractérisent ce que l'on appelle « l'état de dissociation psychique ».

Rappelons que la réponse émotionnelle, dans les situations de stress « raisonnable », est gérée et régulée par un circuit particulier, situé au centre de notre cerveau : le système limbique. Celui-ci comprend les amygdales cérébrales, le cortex associatif et l'hippocampe. Lors d'une situation dangereuse, les stimuli sont reçus par les amygdales cérébrales qui produisent immédiatement une réponse émotionnelle ; celle-ci entraîne une sécrétion d'adrénaline et de cortisol, afin que l'organisme puisse faire face au danger : augmentation de l'apport d'oxygène et de glucose aux organes. Dans le même temps, les amygdales cérébrales envoient également les informations au cortex associatif, qui pourra analyser le danger et prendre une décision adaptée, ainsi qu'à l'hippocampe, la troisième structure du circuit émotionnel. L'hippocampe étant la structure responsable du stockage des souvenirs et des apprentissages, pourra rechercher dans toute sa base de données des éléments de réponse utiles pour faire face à la situation de danger. C'est l'action coordonnée du cortex associatif et de l'hippocampe qui permet de moduler la réponse émotionnelle et de « calmer » l'amygdale une fois qu'elle est activée. Ainsi, la production d'adrénaline et de cortisol peut diminuer.

En revanche, dans des situations de stress extrême, le déroulement de la réponse émotionnelle ne s'effectue pas de la même façon. L'effraction psychique peut générer un effet de sidération et de paralysie psychique, qui empêche toute analyse consciente de la situation et donc toute possibilité de réguler la réponse émotionnelle. Sous l'effet de la sidération, le circuit émotionnel se retrouve comme

paralysé, rendant impossible la modulation de l'activité de l'amygdale cérébrale par le cortex associatif et l'hippocampe. La réponse émotionnelle immédiate de l'amygdale reste donc « activée » produisant des taux de plus en plus importants d'adrénaline et de cortisol. Ceux-ci peuvent atteindre des dosages toxiques pour l'organisme et entraîner un risque vital cardio-vasculaire et neurologique (infarctus de stress, mort neuronale...). Face à ce danger de mort imminente, une voix de secours exceptionnelle se met en place, de manière inconsciente, qui fait « disjoncter » (comme dans un circuit électrique) le circuit de la réponse émotionnelle, à savoir le système limbique. Cette disjonction s'effectue par la sécrétion de neurotransmetteurs particuliers, des endorphines et des drogues kétamine-like, qui par leur action, génèrent un « effet drogue », anesthésiant toutes les sensations physiques et la détresse psychique. Grâce à cette action, l'amygdale reste allumée (par les stimuli de danger) mais elle est déconnectée des surrénales et du cortex, ainsi la sécrétion d'adrénaline et de cortisol s'interrompt et l'organisme est protégé de tout risque de « survoltage ». Néanmoins, le danger n'a pas disparu.

Par cette « déconnexion », la souffrance physique et la détresse psychique ne sont plus ressenties ; la victime est comme paralysée dans son corps et dans sa pensée, elle ne ressent plus la douleur ni la panique et ne peut plus réagir de façon adaptée face au danger. Elle est comme « anesthésiée » (grâce à la morphine et à la kétamine-like), vivant la situation avec une impression d'étrangeté, de dépersonnalisation et de déréalisation ; elle peut se sentir extérieure à elle-même, comme spectatrice de l'événement. La victime se trouve en état de « dissociation péri-traumatique ». Cette dissociation, qui vise à protéger l'organisme d'un risque de « survoltage », prive la victime de ses émotions, et l'empêche de prendre la mesure du danger et donc aussi de se défendre.

Parallèlement, le mécanisme de sauvegarde, en plus de créer une « disjonction » du circuit émotionnel, provoque également la disjonction du circuit de la mémoire. Cette déconnexion entre l'amygdale et l'hippocampe empêche la mémoire émotionnelle d'être traitée et intégrée en mémoire autobiographique par l'hippocampe. L'hippocampe ne peut pas réaliser son travail d'encodage et de stockage de la mémoire ; la mémoire sensorielle et émotionnelle reste donc bloquée dans l'amygdale cérébrale, prisonnière dans le circuit émotionnel. C'est ce que nous appelons « la mémoire traumatique ». Le contenu de la mémoire traumatique se retrouve donc hors du temps, hors de toute possibilité de traitement et d'intégration, et peut rester ainsi « coincé » durant des mois ou des années. C'est le temps de « l'amnésie traumatique ».

Selon l'intensité de la dissociation, la victime pourra être amnésique de tout ou d'une partie des événements traumatisants, et souffrir ainsi d'une amnésie complète ou partielle. Le contenu de la mémoire traumatique tombe ainsi dans

l'oubli et le néant, pendant des mois ou des années, sans que la victime n'en ait conscience...

Dans le cas d'une amnésie traumatique complète, la victime n'aura pas conscience ce qu'il s'est produit, comme si rien n'avait jamais existé. Néanmoins, elle pourra éprouver des sensations bizarres, des impressions physiques désagréables ou des gênes dans certaines situations, sans en comprendre le sens ni l'origine, sans lier ces sensations à l'épisode traumatique.

L'amnésie traumatique perdure ainsi au fil du temps, jusqu'à ce que la victime rencontre dans sa vie, un élément lui rappelant, consciemment ou non, tout (ou une partie) de l'événement traumatique : un mot, une sensation, un affect, une situation... La victime revit alors sous la forme de flashbacks l'horreur de l'épisode traumatique. Elle revit à l'identique, de façon incontrôlée et envahissante, la même terreur, les mêmes douleurs et la même détresse émotionnelle, à travers des flashbacks, des réminiscences sensorielles (images, odeurs, sons, mots) et/ou émotionnelles (panique, détresse, abandon, colère...) et des cauchemars. Les souvenirs traumatiques apparaissent dans un premier temps de manière non-verbale et sensorielle (visuels, olfactifs, affectifs, auditifs ou kinesthésiques) harcelant la victime jour et nuit, puis petit à petit ils se transforment en récit. Les sensations s'associent et se lient les unes aux autres pour tisser le récit de l'événement jusqu'alors oublié.

Le contenu traumatique coincé dans le circuit émotionnel (au niveau de l'amygdale cérébrale) reste intacte, avec la même précision dans les détails contextuels et la même intensité émotionnelle qu'au moment où l'événement s'est produit. Du fait, qu'ils n'ont pu être traités et assimilés, ils ont conservé toute leur intensité d'origine. Ils sont restés à « l'état brut », c'est pourquoi la mémoire traumatique est qualifiée « d'indélébile ». A contrario les souvenirs stockés dans la mémoire narrative autobiographique sont flexibles et évolutifs ; ils se dégradent avec le temps et perdent en précision et en intensité.

La mémoire traumatique surgit de nulle part et crée le chaos dans la vie de la victime. Elle agit comme une « bombe à retardement », pour reprendre l'image utilisée par le Dr Salmona ; une bombe prête à se déclencher à tout moment, incontrôlable et dévastatrice, qui vient confronter la victime à la même panique qu'au moment des faits, « comme si » l'événement était entrain de se reproduire. La victime revit ce qu'elle a vu, entendu, agit et ressenti, « comme si » l'épisode se déroulait au présent. Avec la même exactitude et la même intensité, et ce jusqu'à plusieurs dizaines d'années après l'événement traumatique.

Ces réminiscences plongent la personne dans une grande confusion, ne sachant plus différencier ce qui est vrai ou faux, ce qui a réellement existé ou ce qui est imaginé. Les victimes expriment souvent l'impression de devenir folles, de perdre la tête ; et, n'ayant pas confiance dans leur souvenirs, elles n'osent parler de ce qui les hante et les terrorise. Elles se retrouvent de fait souvent seules face à leurs cauchemars et leurs réminiscences, et vont tenter de trouver des solutions pour se protéger.

Quelles stratégies défensives ?

Face à ces « relents traumatiques » et à la détresse émotionnelle qu'ils génèrent, la victime, pour se protéger, va mettre en place un certain nombre de stratégies : elle va multiplier les conduites d'évitement et de contrôle. Ces stratégies sont très coûteuses en énergie et limitantes voire handicapantes dans la vie sociale et relationnelle des personnes : évitement de situations, de contextes, de pensées, d'émotions... La victime va adapter sa vie en fonction des éléments contextuels à éviter pour ne pas déclencher le ressort de la mémoire traumatique. Tous les éléments, qui par association, pourraient rappeler, de près ou de loin, l'épisode traumatique vont être évités pour ne pas déclencher la réactivation du souvenir traumatique (et la détresse émotionnelle qui l'accompagne). La victime va s'installer dans un état d'hypervigilance et de contrôle permanent, pour ne pas se laisser surprendre et mettre en place des conduites d'évitement et de contournement de tout élément potentiellement « déclencheur » : un lieu, une rue, un espace, un contexte, un moyen de transport, des personnes, etc... Elle va ainsi modifier son quotidien et ses habitudes, pour éviter toute situation « à risque ». Les conséquences peuvent être très importantes : perte d'emploi, rupture des relations sociales, isolement et enfermement... ce qui plonge la victime encore plus dans la solitude et la détresse.

Ainsi, lorsque les conduites d'évitement ne suffisent pas et que la mémoire traumatique envahit le corps et la psyché, la victime peut mettre en place des conduites plus radicales encore : des conduites dites « d'auto-traitement » dissociantes. Il s'agit ici de redéclencher la disjonction du circuit émotionnel, comme lors du traumatisme, en augmentant le niveau de stress dans l'organisme. La victime recherche le stress extrême pour recréer le risque de « survoltage », et provoquer ainsi la libération des drogues endorphines et kétamine-like. Pour cela, elle peut recourir à des conduites auto-agressives ou des conduites de mises en danger, ou bien encore à une consommation excessive de drogues ou d'alcool. Une fois le circuit émotionnel « disjoncté » et les drogues sécrétées, elle se sentira de nouveau comme « anesthésiée », physiquement et affectivement et n'éprouvera plus l'angoisse insupportable provoquée par les réminiscences.

Les situations favorisant les amnésies traumatiques :

Des études récentes, notamment l'enquête nationale conduite par l'association mémoire traumatique, intitulée « *Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'âge Adulte* » (IVSEA 2015) ont mis en évidence que certaines situations traumatiques étaient plus susceptibles de déclencher un état dissociatif et des amnésies traumatiques.

D'après le rapport d'enquête IVSEA, il ressort que les violences sexuelles font partie des événements traumatiques les plus graves, avec le plus grand impact psychotraumatique. Ces violences représentent les situations les plus traumatogènes et les plus à risque de provoquer des amnésies traumatiques, en particulier lorsque celles-ci ont été commises dans l'enfance.

Aussi, il semblerait que plus l'événement traumatique est grave et intentionnel (viols, agressions, meurtres) et plus la victime est jeune, plus le risque d'amnésie traumatique est grand. Notons aussi que lorsque les violences sont agies par un parent ou une personne connue de la victime, et qu'elles ont été répétées dans le temps, la probabilité de souffrir d'amnésie serait alors encore plus élevée. Les cas d'amnésie traumatique complète sont le plus souvent retrouvés dans les situations de violences incestueuses.

Ainsi, en France, en 2015, 40% des victimes de violences sexuelles témoignent avoir souffert d'amnésie complète et 60% d'entre elles d'amnésie partielle (Salmona M., 2018).

Pour 11% des victimes, l'amnésie a duré entre 21 et 40 ans, pour 29% d'entre elles entre 6 et 20 ans, et pour 42% des victimes l'amnésie a duré entre 1 et 5 ans.

Ce phénomène se veut de plus en plus médiatisé ces dernières années, notamment à travers des témoignages poignants. Ainsi, Flavie Flament expliquait en 2016 dans son livre *La consolation*, comment « *notre cerveau oublie ce qui est insoutenable* » et comment au cours d'un après-midi ordinaire, elle fut submergée par le retour des souvenirs traumatiques de son agression à l'âge de 13 ans. Elle sortait d'une amnésie longue de 22 ans. D'autres témoignages ont également fait parler de ce symptôme post-traumatique, dans le déroulement de l'affaire Le Souarnec. Les victimes mineures au moment des faits, ont été retrouvées grâce aux éléments de l'enquête, et nombre d'entre-elles n'avait pas intégré les souvenirs des agressions. Ce n'est qu'à la révélation des faits que les souvenirs traumatiques ont pu émerger.

La prise en charge psychologique :

Le retour des souvenirs traumatiques, aussi dévastateur soit-il pour la victime, est avant tout une occasion unique pour elle de retrouver son histoire et de faire exister la vérité. Il offre la possibilité de traiter les expériences vécues, jusqu'alors coincées dans le système limbique, et de les intégrer en mémoire autobiographique. Petit à petit, grâce à un travail thérapeutique adapté, une mémoire narrative pourra se construire progressivement et la victime pourra alors réécrire le récit de son histoire, de sa vie, dans sa continuité et son intégralité.

Dans un tout premier temps de la prise en charge, il est primordial d'informer la victime sur ce qu'elle est entrain de vivre et la « normalité » des symptômes qu'elle éprouve face au retour de la mémoire traumatique. Non, elle n'est pas folle ; oui les souvenirs traumatiques sont exacts. Ils ne sont ni inventés ni fabriqués, ils sont réels. Les études montrent que les souvenirs retrouvés sont fiables et en tout point comparables avec des souvenirs traumatiques qui avaient toujours été présents.

Il est important d'apporter des explications claires et détaillées sur les mécanismes à l'origine de l'amnésie traumatique et les manifestations sensorielles et émotionnelles de la mémoire traumatique. Il est nécessaire également de l'informer sur la nécessité d'être accompagnée psychologiquement par un professionnel compétent pour désamorcer les symptômes post-traumatiques et intégrer petit à petit le contenu traumatique dans la mémoire autobiographique.

Ce travail d'élaboration et d'intégration se réalise en « revisitant » doucement et pas à pas l'événement traumatique afin de permettre un nouveau traitement des informations « brutes ». Il s'agit de mettre des mots sur chaque image, sur chaque émotion, sur chaque détail de l'événement pour que l'ensemble devienne de plus en plus représentable et mieux compréhensible. Le travail d'élaboration et la verbalisation permettent de libérer la charge émotionnelle associée aux souvenirs afin que ceux-ci puissent être intégrés au sein de la mémoire narrative. La victime reconstitue alors le déroulement chronologique de l'épisode traumatique et intègre de manière associative chaque élément, les uns aux autres, avec leur résonance émotionnelle.

L'analyse détaillée de l'événement permet au cortex associatif et à l'hippocampe de reprendre le contrôle de la réaction émotionnelle déclenchée par l'amygdale, et de transformer la mémoire émotionnelle en mémoire autobiographique.

A l'heure actuelle, différentes techniques thérapeutiques sont utilisées et reconnues pour leur efficacité dans l'accompagnement des victimes de Stress Post-traumatique. L'hypnose, l'EMDR et l'ICV (Intégration du Cycle de la Vie) sont

aujourd'hui les techniques qui ont apporté les meilleurs résultats sur la rémission des symptômes post-traumatiques. Elles s'avèrent également pertinentes pour « stimuler » les réminiscences et lever les amnésies partielles, afin d'accéder à d'autres fragments de l'événement traumatique encore coincés dans le système émotionnel. Trop longtemps considérés comme de « faux souvenirs », de nombreuses recherches ont montré l'authenticité des souvenirs « récupérés », qui s'avèrent tout aussi vrais et exacts que des souvenirs gardés en mémoire narrative durant toutes ces années.

Nous ne développerons ici les protocoles propres à chacun de ces outils.

La prise en charge judiciaire :

Les amnésies traumatiques sont bien plus fréquentes qu'on ne le pense. Tous les professionnels de la sécurité intérieure et de la justice devraient avoir une connaissance plus fine et plus développée de ce phénomène pour pouvoir mieux accueillir et prendre en charge les personnes victimes de Stress Post-traumatique. Outre une vulnérabilité émotionnelle et un état de stress incontrôlable, une victime souffrant d'amnésie traumatique partielle présentera un discours probablement morcelé, discontinu, relativement flou ou imprécis. L'hésitation de sa voix, les tremblements de son corps, ou encore la gêne ou la honte dans son regard ne doivent pas affecter la considération que nous accorderons à son récit. Il est important de connaître la réalité psychique et neurobiologique de ce trouble de la mémoire, pour ne pas minimiser ou écarter d'emblée le récit fragmenté de la victime.

Nous comprendrons que dans les situations d'agression, l'amnésie traumatique est un obstacle majeur à la reconnaissance du traumatisme et du statut de victime. L'amnésie conduit, de fait, la victime à révéler les faits plusieurs mois ou années après leur déroulement, ce qui pose des difficultés dans la recherche de preuves aux accusations portées contre l'agresseur. Le récit souvent morcelé et discontinu manque d'éléments vérifiables, et si l'agresseur nie les faits, alors l'enquête se résume la plupart du temps à un débat paroles contre paroles, et se conclue le plus souvent par une plainte classée sans suite.

A l'heure actuelle, près de 70% des plaintes pour viol sont classées sans suite, en raison d'un récit trop fragmenté et incohérent pour prouver la réalité des faits et la culpabilité de l'agresseur identifié. N'oublions pas que les agressions sexuelles avec pénétration font partie des situations les plus traumatogènes, générant le plus souvent des périodes d'amnésie traumatique.

La formation des professionnels de la sécurité et de la justice (police, gendarmerie, avocat, juriste...) en matière de psychotraumatologie doit devenir un axe prioritaire, afin de pouvoir accueillir, avec douceur et bienveillance, des victimes en grande vulnérabilité psychique. Il faut prendre en considération le témoignage de toute victime sortant d'amnésie traumatique et la véracité de son récit, malgré ses « trous » et ses hésitations. Il faut approfondir le questionnement et investiguer pleinement tous les éléments pouvant corroborer ses propos. Il faut rendre à la personne son statut de victime et surtout de sujet souffrant, revendiquant son histoire et sa vérité.

Donner de la valeur à leur récit sera le premier pas dans leur reconstruction psychique et la restauration de leur sentiment d'identité.

L'autre axe important concerne les délais de prescription. En effet, malheureusement, pour certaines victimes, la levée de l'amnésie traumatique survient trop tard, une fois les délais de prescription dépassés. A l'heure actuelle, le délai de prescription est de 20 ans pour les victimes de viol majeures au moment des faits, et 6 ans pour les agressions sexuelles ; il est dorénavant (depuis août 2018) de 30 ans après leur majorité pour les victimes de viol mineurs au moment des faits. La suppression des délais de prescription (ou à minima leur allongement au-delà de 30 ou 40 ans) est une revendication des associations de défense des victimes, qui veulent faire entendre et reconnaître le phénomène d'amnésie traumatique et permettre à toute victime quelque soit le moment et l'ancienneté des faits, de pouvoir exercer son droit de porter plainte et de faire reconnaître les faits.

CONCLUSION

L'amnésie traumatique est un trouble de la mémoire qui fait suite à l'exposition à un événement traumatisant. Le choc de la rencontre avec l'horreur, et plus précisément avec la réalité de la mort (la sienne ou celle d'une personne proche) « gèle » les capacités d'analyse et de régulation de la réponse émotionnelle et entraîne un risque vital pour l'organisme. Des mécanismes de survie exceptionnels se mettent alors en place, entraînant un « court-circuit » dans le système émotionnel et le circuit de la mémoire. La victime se retrouve en « état de dissociation péri-traumatique », anesthésiée physiquement et émotionnellement, sans possibilité de traitement et d'intégration de la situation en cours.

Les éléments de l'événement traumatique peuvent ainsi restés coincés « hors du temps », dans le système limbique, pendant des mois ou des années... Jusqu'au jour où quelque chose, un objet, un bruit, une sensation, une situation, réactive la mémoire traumatique et laisse s'échapper les réminiscences de l'épisode traumatiques.

L'amnésie traumatique dissociative – par Julie FRANCOLS

La sortie de l'amnésie traumatique désorganise l'équilibre de vie de la personne ; tout ce qui était défini, ses repères, ses principes, ses certitudes, tout est bousculé et remis en question par l'apparition sauvage de nouvelles informations sur soi. Des images, des sensations, des émotions incompréhensibles et incontrôlables, encore « étrangères » sèment le chaos dans le corps et la psyché de la victime. L'horreur hante les pensées et la panique envahit le corps. Les flashbacks et les cauchemars rythment le quotidien et sèment le doute. La confusion entre le vrai et le faux donne le sentiment de devenir fou et de perdre contact avec la réalité...

Une prise en charge psychologique est indispensable dans ces moments pour aider la victime à réguler son stress et à mettre des mots sur les visions d'horreur qui la harcèlent. Petit à petit les souvenirs s'éclaircissent, les réminiscences s'associent les unes aux autres et les quantums d'affects liés aux représentations se libèrent ; la victime peut commencer à raconter le récit de l'événement traumatique. La mémoire émotionnelle peut se transformer progressivement en mémoire narrative autobiographique et la victime pourra se réapproprier la totalité de son histoire.

Les situations de viols et d'agressions sexuelles sont les événements les plus traumatogènes et donc les plus susceptibles de provoquer un état dissociatif et une amnésie traumatique. Les dynamiques sociales et politiques actuelles invitent à libérer la parole et à sortir du silence, lorsque l'accès aux souvenirs traumatiques est possible. Le mouvement social #meeto en est une juste illustration. Les témoignages de nombreuses victimes pointant et dénonçant leurs agresseurs, révélant au grand jour les violences subies, ont permis à de nombreuses autres de recouvrer les souvenirs de leurs propres traumatismes. Des éléments, des similitudes, des mots, des émotions... ont été déclencheurs de la levée de l'amnésie et de l'émergence de la mémoire traumatique. Aussi, la victime est certes encouragée à parler, à révéler et à témoigner, mais encore faut-il qu'elle soit entendue ! Encore faut-il que son récit, malgré sa discontinuité et ses « trous », soit entendu et considéré dans toute sa valeur et sa véracité. Pour cela, la connaissance et la formation des professionnels du soin et de la justice s'avèrent être une nécessité. Il est nécessaire qu'ils aient connaissance des mécanismes neuropsychologiques en jeu dans la confrontation au traumatisme et leurs conséquences sur la vie et le récit de la vie victime.

BIBLIOGRAPHIE

Coutanceau R. et Damiani C., *Victimologie, évaluation, traitement, résilience*, Dunod, janvier 2018.

Coutanceau R. et Salmona M., *Violences conjugales et famille*, Dunod, 2016

Coutanceau R., Damiani C., Lacambre M., *Victimes et auteurs de violences sexuelles*, Dunod, juin 2016.

Crocq L., *Traumatismes Psychiques - Prise en charge psychologique des victimes*, Masson, juillet 2014.

Kedia M., Vanderlinden J. & coll., *Dissociation et mémoire traumatique*, Dunod, août 2019.

Lebigot F., *Traiter les traumatismes psychiques - Clinique et prise en charge*, Dunod, septembre 2016.

Salmona M., *L'amnésie traumatique : un mécanisme dissociatif pour survivre*, article janvier 2018.

MOTS-CLES

Amnésie traumatique, dissociation, mémoire traumatique, mémoire émotionnelle, Etat de Stress Post-Traumatique, effraction psychique.

L'amnésie traumatique dissociative – par Julie FRANCOLS