

Article pour la revue L'Observatoire sur grossesse et violences conjugales : impact sur l'enfant. décembre 2008

Dr Muriel Salmona, psychiatre-psychothérapeute, responsable de l'Antenne 92 de l'Institut de Victimologie, médecin coordinateur du Réseau Victimo.

Introduction :

De nombreuses études montrent que si la grossesse peut chez certaines femmes subissant des violences conjugales être une période d'accalmie, elle peut au contraire être un **facteur déclenchant** pour 40 % des femmes enceintes qui ont été maltraitées par leur partenaire (enquête canadienne de 1993) ou **un facteur aggravant**, si les violences conjugales préexistaient à la grossesse, avec une violence qui s'aggrave pour près des 2/3 des femmes et avec quatre fois plus de femmes signalant de très mauvais traitements (coups, étranglement, menaces avec armes, agressions sexuelles) par rapport aux violences conjugales en général. Ces violences qui s'exercent sur une femme en période de vulnérabilité vont avoir de graves conséquences sur la santé physique et psychique de la mère, sur celle de l'enfant à venir et sur l'intégrité du lien mère-enfant après la naissance et ce d'autant plus, que dans la presque totalité des cas (90 %), les violences continuent dans les mois qui suivent la naissance. Que se passe-t-il chez ces hommes pour que des impératifs moraux aussi forts et aussi unanimement reconnus, ceux de la protection des femmes enceintes et de la mère et son nouveau-né, puissent être transgressés ? Et quelles en sont les conséquences pour la mère et l'enfant à naître ?

Les femmes enceintes qui subissent ces violences de la part de leur partenaire décrivent toutes que ce dernier, au moment des violences, devient méconnaissable, comme un monstre, qu'il n'est plus lui-même, que plus rien ne peut ni l'arrêter, ni le raisonner, toutes ont été sidérées, terrorisée par cette violence inouïe, inexplicable qui s'abattait sur elles, souvent sur leur ventre, sur leurs organes génitaux, attaquant de façon précise leur maternité. Car c'est bien la mère et l'enfant à venir qui sont visés par cette rage destructrice. L'homme violent ne supporte pas que sa compagne soit enceinte, que cette grossesse soit non désirée par lui ou qu'elle soit paradoxalement désirée, cette situation génère chez lui une grande angoisse qu'il va s'autoriser à calmer par une conduite dissociante, il va "disjoncter" et s'anesthésier en étant violent.

Ces hommes violents de façon compulsive ont tous été soit maltraités dans l'enfance, soit exposés à des violences conjugales et ils ont développés du fait de ces violences une mémoire traumatique et c'est cette **mémoire traumatique** qui va "exploser" et les envahir lors de la grossesse de leur compagne parce que cette grossesse qui annonce une famille et qui va transformer leur femme en mère, va leur rappeler, souvent inconsciemment, des situations familiales violentes de leur enfance qu'ils vont revivre à l'identique dans un état de souffrance intolérable et de sensation de danger. Ils vont attribuer de façon injuste cet état à leur compagne enceinte et ils vont se "traiter" en exerçant des violences sur elle et sur l'enfant à venir, ce qui aura pour effet de les calmer en se déconnectant et en s'anesthésiant. La grossesse est alors à risque parce qu'elle va faire basculer une situation, le couple sans enfant, qui était pour l'homme plus sécurisante car inédite par rapport à son enfance, dans une situation de future famille, très à risque de réveiller chez lui des souvenirs traumatiques de maltraitance familiale de l'enfance.

Mécanismes à l'origine de la mémoire traumatique et des conduites dissociantes :

Les violences familiales subies dans l'enfance sont très fréquemment à l'origine de troubles psychotraumatiques (dans plus de 60 % des cas) qui vont perdurer à l'âge adulte et être à l'origine d'une mémoire traumatique hypersensible se traduisant par des réminiscences intrusives qui envahissent la conscience : flash-back, cauchemars, illusions sensorielles, douleurs et qui font revivre à l'identique tout ou partie du traumatisme, avec la même détresse, la même terreur et les mêmes réactions physiologiques, somatiques et psychologiques que celles vécues lors des violences. Cette mémoire traumatique est déclenchée par des mots, des sensations, des affects, des situations qui rappellent consciemment ou non les violences ou des éléments de leur contexte et ce jusqu'à des dizaines d'années après le traumatisme. Très difficile à calmer, elle peut, surtout quand elle est parcellaire ou sensorielle, ne pas être identifiée ni reliée au traumatisme, ce qui la rend d'autant plus déstabilisante et destructurante. Elle s'apparente à une bombe prête à se déclencher à tout moment, transformant la vie en terrain miné, nécessitant une hyper-vigilance et une stratégie d'évitement et de contrôle permanent épuisants et handicapants (évitement de situations, de sensations, de pensées, d'émotions) et/ou des stratégies d'« auto-traitement » par **des conduites dissociantes** qui permettent de s'anesthésier.

Les mécanismes neurobiologiques qui la sous-tendent commencent depuis quelques années à être bien connus, j'en ai fait une synthèse qui permet de mieux comprendre tous les symptômes psychotraumatiques. Ces mécanismes s'apparentent à **une mise en place d'une sauvegarde exceptionnelle pour échapper à un risque vital cardio-vasculaire et neurologique intrinsèque lié au stress extrême généré par les violences**. Ils mettent en jeu le circuit de la réponse émotionnelle au niveau du cerveau : le système limbique. Celui-ci comprend les amygdales, le cortex associatif et l'hippocampe. Lors d'un stimulus dangereux, les amygdales cérébrales produisent, avant que le cortex n'ait analysé et intégré l'événement, une réponse émotionnelle immédiate qui entraîne une sécrétion d'adrénaline et de cortisol pour que l'organisme puisse faire face au danger (en augmentant l'apport d'oxygène et de glucose aux organes). Simultanément, elles envoient des informations au cortex associatif pour analyser le danger et prendre une décision et à l'hippocampe, logiciel qui stocke les souvenirs et les apprentissages tel une banque de données. Et ce n'est que l'action du cortex associatif (analyse, représentations et décision) et de l'hippocampe (recherche de souvenirs et d'apprentissage dans la banque de données) qui permet d'« éteindre » l'amygdale une fois qu'elle est « allumée ».

Lors de violences extrêmes, incompréhensibles, terrorisantes, confrontant à l'impuissance et à la mort imminente, où toutes les certitudes s'effondrent, le cortex associatif et l'hippocampe sont dans l'impossibilité d'effectuer leur tâche pour moduler l'amygdale. La réponse émotionnelle reste maximale avec des taux d'adrénaline et de cortisol toxiques pour l'organisme entraînant un risque de mort imminente par « **survoltage** » (infarctus de stress, mort neuronale...). Alors se met en place une voie de secours exceptionnelle qui fait « **dissocier** » le système limbique, comme dans un circuit électrique, par la sécrétion de neuro-transmetteurs : des endorphines et des drogues kétamine-like. Les amygdales sont déconnectées et la réponse émotionnelle s'éteint, alors même que les violences se poursuivent ; il n'y a plus de souffrance physique ni psychique mais une impression d'étrangeté, de dépersonnalisation, d'irréalité, de désorientation temporo-spatiale, d'être spectateur de l'événement. C'est **la dissociation péri-traumatique**. Du fait de la déconnection amygdales-hippocampe, la mémoire émotionnelle ne peut être intégrée ni traitée, elle reste piégée et hypersensible. C'est **la mémoire traumatique**. L'organisme est sauvé au prix de symptômes dissociatifs et de manifestations de la mémoire traumatique qui continuent de se

déclencher alors que les violences ont cessé jusqu'à des dizaines d'années plus tard. Pour éviter son déclenchement, la victime peut mettre en place des conduites d'évitement pouvant retentir lourdement sur la vie sociale et relationnelle. Mais lorsqu'elles ne suffisent pas et que la mémoire traumatique explose, replongeant la personne dans le vécu des violences, entraînant détresse, terreur, angoisse insupportable, **des conduites « d'auto-traitement » dissociantes** peuvent la calmer. Il s'agit de redéclencher, comme lors du traumatisme, la disjonction du circuit émotionnel en augmentant le niveau de stress pour atteindre et recréer le « survoltage ». Selon les cas, la victime peut recourir à des conduites agressives envers elle-même, à **des violences envers autrui**, à des conduites de mise en danger ou directement à la consommation de drogues dissociantes (alcool, cannabis, etc). **Cette disjonction provoquée entraîne, comme lors des violences, une anesthésie affective et physique et calme l'angoisse, elle est d'autant plus efficace qu'elle reproduit au plus près les violences subies..**

Les hommes violents au lieu de mettre en place des conduites d'évitement ou des conduites dissociantes envers eux-mêmes, vont donc, pour échapper à leur mémoire traumatique qui les envahit et qui leur fait revivre les situations violentes de leur enfance s'en prendre à leurs partenaires qui ont déclenché bien malgré elles leur mémoire traumatique, en considérant que leurs compagnes enceintes les agressent et sont responsables de leur état, et sans plus réfléchir, ni se poser de questions sur ce qui leur arrive s'identifier aux comportements violents familiaux qu'ils revivent, ils deviennent leur propre père violent, pouvant reproduire sa voix, ses gestes, ses comportements (ce qui explique qu'ils deviennent méconnaissables aux yeux de leurs compagnes), s'autorisant à être violent et faisant malheureusement l'expérience que cette violence va les apaiser par la disjonction et l'anesthésie qu'elle entraîne. Et comme cette disjonction se fait par l'intermédiaire de "drogues dures", morphine-like et kétamine-like, rapidement des effets de dépendance et de tolérance vont se mettre en place, rendant nécessaire pour disjoncter des situations de stress plus élevés et donc des violences de plus en plus graves. Au total ils vont pouvoir traiter leurs angoisses (que l'univers familial, en réactivant une mémoire traumatique, réveille chez eux) aux dépens des plus faibles (ceux qui sont désignés comme « inférieurs », femmes, enfants) en rejouant des scènes traumatiques de leur passé mais cette fois-ci en s'identifiant à leur ancien agresseur, ils se permettent grâce à leur sentiment de supériorité et d'impunité (offert par une société inégalitaire) d'utiliser le court-circuitage de l'amygdale, que génère le survoltage créé par la crise de violence, pour se soulager grâce à la dissociation et à l'anesthésie procurées. Ils n'ont pas à gérer eux-mêmes leur souffrance psychique, un ou des « esclaves » sont là pour la gérer à sa place soit en dépensant toute leur énergie pour éviter toutes les situations susceptibles de déclencher chez les agresseurs des crises, soit en cas d' « échec » en subissant la violence qui servira à les soulager.

conséquences des violences sur la femme enceinte et sur l'enfant à naître et sur le nouveau-né

La femme enceinte va se retrouver instrumentalisée par son partenaire comme une drogue, prisonnière d'une histoire qui n'est pas la sienne, à elle d'essayer d'éviter le déclenchement de violences incompréhensibles, sa grossesse ne pouvant face à son partenaire que la mettre en échec. Elle va développer elle-même du fait des violences subies de graves troubles psychotraumatiques avec toutes les conséquences que nous avons vues : état de stress post traumatique avec mémoire traumatique, conduites d'évitement,

hyper-réactivité neurovégétative, conduites dissociantes accompagnées d'une souffrance extrême, d'une peur continue pour la vie de l'enfant qu'elle porte, de troubles anxieux et dépressifs, de risques suicidaires, de troubles cognitifs, d'insomnies, de troubles du comportement alimentaire, d'une hypervigilance épuisante, d'addictions, de troubles dissociatifs avec une anesthésie émotionnelle. Tous ces symptômes la mettent encore plus en danger et la rendent encore plus vulnérable face à son agresseur; les violences sont responsables aussi d'un mauvais suivi de sa grossesse; mais aussi de conséquences somatiques liés au stress très préjudiciables pour la grossesse : troubles cardio-vasculaires, hypertension artérielle (40 à 60 % d'augmentation de risque), diabète; de conséquences traumatologiques directement liées aux violences et d'un travail et d'un accouchement souvent très difficiles réactivant par la douleur la mémoire traumatique des violences (surtout sexuelles); et enfin après la naissance des conséquences importantes périnatales avec difficultés à allaiter, un post-partum blues et un lien mère-enfant fragilisé.

Le fœtus se retrouve en grand danger submergé par un stress continu générant une souffrance physiologique cardio-vasculaire et neurologique, avec un risque d'avortement en début de grossesse avec 2 fois plus de fausses-couches (Saurel-Cubizolles et al., 1997), de mort in-utero par décollement placentaire, d'hémorragie foeto-maternelle (Purwar, 1999), avec 37% d'augmentation de risque d'accouchement prématuré et 17 % d'augmentation de risque d'hypotrophie à la naissance (Silverman, 2006).

À la naissance le nouveau-né va être doublement en danger, directement par la violence de son père qui peut fréquemment s'abattre sur lui (dans 3/4 des cas), sa présence, ses pleurs réveillant là aussi la mémoire traumatique du père, indirectement par la difficulté de sa mère à s'occuper de lui et à établir un lien mère-enfant de qualité en raison des violences qu'elle continue à subir et de ses troubles psychotraumatiques, de son mal-être, de ses troubles dépressifs, de ses troubles cognitifs, de ses conduites dissociantes quand elle en a (conduites à risques, conduites addictives : alcool, drogues, tabac), avec des risques de négligences, voir plus rarement de maltraitance (maltraitance qui le plus souvent s'arrête aussitôt que la mère est mise en sécurité). De plus le nouveau-né va développer lui aussi une mémoire traumatique liée aux violences auxquelles il est exposé avec des risques de développer plus tard de nombreux troubles psychotraumatiques, dépression, anxiété, phobies scolaires, angoisse de séparation, hyperactivité, irritabilité, difficultés d'apprentissage, troubles de la concentration) et davantage de problèmes de santé physique (retard de croissance, allergies, troubles ORL et dermatologique, maux de tête, mal au ventre, troubles du sommeil et de l'alimentation) et d'être plus victime d'accidents. Il pourra présenter des troubles du comportement (10 à 17 fois plus que des enfants dans un foyer sans violence) dont des comportements agressifs vis à vis des autres enfants (50% des jeunes délinquants ont vécu dans un milieu familial violent dans l'enfance). Avec aussi une augmentation des conduites agressives, des conduites à risque, des conduites délinquantes et des troubles psychiatriques à l'âge adulte (Rossman, 2001), avec le risque de reproduire à nouveau des violences conjugales ou d'en être victime.

Conclusion

Il est essentiel de rompre ce cycle infernal de violences transgénérationnelles, il faut lutter contre les violences, les dépister, diagnostiquer les troubles psychotraumatiques, expliquer les mécanismes neuro-biologiques. Il est essentiel de faire des liens entre les symptômes présentés et les violences subies. Il faut soutenir les victimes de ces violences, ne pas les laisser seules, travailler en réseau et traiter le plus précocement possible leur mémoire traumatique par des prises en charge spécialisées qui sont

efficaces. Il faut expliquer aux femmes les mécanismes à l'oeuvre chez l'homme violent, ce qui leur permettra une meilleure compréhension de son comportement, de sa position d'emprise et leur permettra de mieux se défendre en se désolidarisant d'une histoire qui n'est pas la leur et qui leur est imposée dans un scénario violent.

Les agresseurs enfin peuvent et doivent se faire traiter, il s'agit de les "désintoxiquer de leur recours à la violence comme conduite dissociante et de les sortir d'une anesthésie affective qui les rend particulièrement dangereux.

référence pour la mémoire traumatique : Salmona Muriel, *La mémoire traumatique in L'aide-mémoire en Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, 2008

