

L'impact psychotraumatique des violences sur les enfants : la mémoire traumatique à l'œuvre

Les enfants victimes de violences, qu'ils soient victimes directes ou témoins, sont dans leur immense majorité abandonnés, sans protection ni soin. Ces violences ont un impact psychotraumatique sur la mémoire des enfants.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

The psychotraumatic impact of violence on children: traumatic memory at work. Children who are victims of violence, whether they are direct victims or witnesses, are in the vast majority of cases, abandoned, without protection or care. This violence has a psychotraumatic impact on a child's memory.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Muriel Salmona

Les violences que subissent les enfants (physiques, psychologiques ou sexuelles), le plus souvent intrafamiliales ou institutionnelles et commises par des personnes censées les protéger, sont une atteinte très grave à leurs droits, à leur dignité et à leur intégrité physique et psychique. Bien que ce soient des délits ou des crimes (viols, actes de barbarie, tentatives de meurtres) avec circonstances aggravantes, elles restent très rarement identifiées et signalées. Non seulement les enfants victimes se retrouvent à survivre seuls face à des violences auxquelles il leur est impossible d'échapper, mais ils sont également condamnés à survivre seuls aux conséquences psychotraumatiques qu'elles entraînent [1, 2] et plus particulièrement à leur symptôme principal – la mémoire traumatique – qui, leur faisant revivre les violences à l'identique, s'apparente à une véritable torture qui n'en finit pas.

Un scandale sanitaire, social et humain

◆ **De toutes les violences, les violences envers les enfants sont certainement les plus cachées.** La loi du silence y règne en maître. Les violences sont très peu dépistées et leurs conséquences psychotraumatiques rarement diagnostiquées par des professionnels de la santé qui n'ont pas été formés pendant leurs études. Or, ces conséquences psychotraumatiques sont graves. Si elles ne sont pas prises en charge de façon spécifique, elles peuvent durer des années, des dizaines d'années, voire toute une vie. Pour une exposition traumatique le risque que s'installent des troubles psychotraumatiques (un

état de stress post-traumatique) est de 24 %. Pour des violences physiques dans le cadre d'une maltraitance ou d'enfants témoins de violences ce risque passe de 50 à 60 % [3], et lors de violences sexuelles ou d'actes de barbarie, il est de plus de 80 % [4]. Les troubles psychotraumatiques sont une réponse universelle et normale, présente chez toutes les victimes dans les jours et les semaines qui suivent un traumatisme [2]. Ils s'installent dans la durée si rien n'est fait pour protéger ni soigner les victimes. L'étude prospective américaine de Felitti [5] montre que le principal déterminant de la santé à 55 ans est d'avoir subi des violences dans l'enfance. Les conséquences sur la santé sont à l'aune des violences subies. Plus elles ont été graves et répétées, plus leurs conséquences sur la santé sont importantes : risque de mort précoce par accidents, maladies et suicides, risque de maladies cardio-vasculaires et respiratoires, de diabète, d'obésité, d'épilepsie, de troubles de l'immunité, de troubles psychiatriques (dépressions, troubles anxieux, troubles graves de la personnalité), d'addictions, de troubles du sommeil, de l'alimentation et de la sexualité, de douleurs chroniques invalidantes, de troubles cognitifs, etc.

◆ **Il y a une tradition de sous-estimation des violences** faites aux mineurs, de leur gravité et de leur fréquence : plus de 20 % des enfants en seraient victimes et plus de 50 % des viols sont commis sur des mineurs [6]. Ces violences sont en grande partie banalisées, voire justifiées, comme avec les châtements corporels [7]. À cette banalisation s'ajoute une méconnaissance de la gravité des conséquences sur la santé des violences. Il y a également une

Mots clés

- Conduite à risque
- Mémoire traumatique
- Psychotraumatisme
- Soins
- Violence

Keywords

- Care
- High-risk behaviour
- Psychotrauma
- Traumatic memory
- Violence

méconnaissance des conséquences sociales des violences sur l'apprentissage, sur les capacités cognitives, sur la socialisation, sur les risques de conduites asociales et de délinquance, sur les risques d'être à nouveau victime de violences ou d'en être auteur (l'OMS a reconnu en 2010 que la principale cause d'assujettissement ou de perpétration de violences est d'en avoir déjà subi [8]). Il règne une stigmatisation des troubles de la conduite et du comportement des enfants et des adolescents, troubles qui masquent une souffrance non reconnue, ainsi qu'une banalisation de signes de souffrance mis sur le compte de la crise d'adolescence, et à l'inverse une dramatisation de symptômes psychotraumatiques (dissociatifs et intrusifs) parfois étiquetés psychotiques et traités abusivement comme tels.

La mémoire traumatique à l'œuvre

Les conséquences psychotraumatiques des violences sont dues à des mécanismes psychologiques et neurobiologiques, bien connus depuis une dizaine d'années grâce à des recherches cliniques et en neurosciences [9-12]. Ces mécanismes sont assimilables à des mécanismes exceptionnels de sauvegarde qui sont déclenchés par le cerveau pour échapper au risque vital que fait courir une réponse émotionnelle extrême face à un trauma.

◆ **L'enfant, confronté à des violences terrorisantes et incompréhensibles** et à un adulte qui soudain se transforme en "monstre" ou se conduit de façon incohérente, se retrouve paralysé psychologiquement. Cette sidération de son appareil psychique va bloquer toute représentation mentale et empêcher toute possibilité de contrôle de la réponse émotionnelle qui a été déclenchée par une structure cérébrale sous-corticale : l'amygdale.

L'amygdale cérébrale

L'amygdale cérébrale s'apparente à une alarme qui s'allume pour que l'on puisse répondre à un danger, lui faire face ou le fuir. Elle déclenche une hypervigilance et la production d'hormones de stress : adrénaline et cortisol qui fournissent l'organisme en "carburant" (oxygène et glucose). Comme toute alarme, par sécurité, elle ne s'éteint pas spontanément. Seul le cortex peut la moduler ou l'éteindre grâce à des représentations mentales (intégration, analyse et compréhension de la situation, et prise de décisions).

◆ **Lors de violences, la sidération fait que le cortex est dans l'incapacité de moduler l'alarme amygdalienne** qui continue donc à "hurler" et à produire une grande quantité d'hormones de stress. L'organisme se retrouve en état de stress extrême, avec des taux toxiques d'hormones de stress qui représentent un risque vital cardiovasculaire (adrénaline) et neurologique (cortisol : avec des atteintes neuronales). Pour échapper à ce risque vital, comme dans un circuit électrique en survoltage qui disjoncte pour protéger les appareils électriques, le cerveau fait "disjoncter" le circuit émotionnel à l'aide de neurotransmetteurs qui sont des "drogues dures" anesthésiantes et dissociantes (*morphine-like* et *kétamine-like*).

◆ **Cette disjonction, en isolant l'amygdale cérébrale, éteint la réponse émotionnelle** et fait disparaître le risque vital en créant un état d'anesthésie émotionnelle et physique. Mais elle est à l'origine d'une dissociation (trouble de la conscience lié à la déconnexion avec le cortex), responsable d'une sensation d'irréalité, d'étrangeté et l'impression d'être un spectateur des événements (l'impression de regarder un film). Cette disjonction est aussi responsable d'une mémoire traumatique – la mémoire émotionnelle de l'événement – qui ne va pas être traitée par l'hippocampe dont elle est déconnectée. L'hippocampe est une structure cérébrale qui intègre et transforme la mémoire émotionnelle en mémoire autobiographique et verbalisable (c'est un véritable logiciel indispensable pour que la mémoire des événements et des apprentissages soit stockée et recherchée).

◆ **La mémoire traumatique est au cœur de tous les troubles psychotraumatiques.** C'est une mémoire "fantôme" des violences, piégée dans l'amygdale cérébrale. Elle est hypersensible, prête à "exploser" en faisant revivre à l'identique, avec le même effroi et la même détresse les événements violents, les émotions et les sensations qui y sont rattachés. Elle "explose" aussitôt qu'un lien, une situation, un affect ou une sensation rappelle les violences ou fait craindre qu'elles ne se reproduisent. Elle envahit alors tout l'espace psychique, de façon incontrôlable. Comme une "bombe à retardement", susceptible d'exploser, souvent des mois, voire de nombreuses années après les violences, elle transforme la vie psychique en un terrain miné. Telle une "boîte noire", elle contient non seulement le vécu émotionnel, sensoriel et douloureux de la victime, mais également tout ce qui se rapporte aux faits de violences, à leur contexte et à l'agresseur (ses mimiques, ses mises en scène, sa haine,

son excitation, ses cris, ses paroles, son odeur, etc.). Cette mémoire traumatique des actes violents et de l'agresseur, qui colonisera ensuite la victime, sera à l'origine d'une confusion entre ce qui vient d'elle-même et ce qui vient des violences subies ou de l'agresseur. La mémoire traumatique sera souvent responsable, non seulement de sentiments de terreur, de détresse, de mort imminente, de douleurs, de sensations inexplicables, mais également de sentiments de honte, de culpabilité et d'estime de soi catastrophique, qui seront alimentés par la mémoire traumatique des paroles de l'agresseur [« *Tu ne vauds rien, tout est de ta faute, tu as bien mérité ça, tu mens, tu es nul(le), débile, méchant(e), regarde dans quel état tu me mets* », etc.] et celle des émotions violentes et perverses de l'agresseur perçues à tort comme les siennes, ce qui constituera une torture supplémentaire pour la victime.

Un nouveau-né, un nourrisson traumatisé peut développer une mémoire traumatique, même s'il ne lui est pas possible de se souvenir des violences (l'hippocampe n'étant fonctionnel pour la mémoire autobiographique qu'à partir de 2-3 ans).

Les stratégies de survie mises en place par les enfants traumatisés

L'enfant, pour éviter les déclenchements effrayants de sa mémoire traumatique, va mettre en place des conduites de contrôle, d'évitement vis-à-vis de tout ce qui est susceptible de la faire "exploser" (avec des angoisses de séparation, des comportements régressifs, un retrait intellectuel et émotionnel, des phobies et des troubles obsessionnels compulsifs, une intolérance au stress) et des conduites d'hypervigilance (avec une sensation de peur et de danger permanent, un état d'alerte, une hyperactivité, une irritabilité et des troubles de l'attention).

Mais les enfants traumatisés sont souvent contrecarrés dans leurs conduites d'évitement et de contrôle par un monde adulte qui ne comprend rien à ce qu'ils ressentent. Ils doivent s'autonomiser et s'exposer à ce qui leur fait le plus peur : comme être séparé d'un parent ou d'un adulte protecteur, dormir seul dans le noir, être confronté à son agresseur ou quelqu'un qui lui ressemble, à des situations nouvelles et inconnues, etc. Quand un enfant n'est pas sécurisé et n'a pas la possibilité de mettre en place des conduites d'évitement efficaces, sa mémoire traumatique va exploser et le plonger dans une grande détresse jusqu'à ce qu'il se dissocie et s'anesthésie par disjonction. Du fait d'une accoutumance aux drogues dissociantes, sécrétées par le cerveau, le circuit émotionnel va de moins en moins pouvoir



De toutes les violences, les violences envers les enfants sont certainement les plus cachées.

disjoncter, ce qui engendre une détresse encore plus intolérable, qui ne pourra être calmée ou prévenue que par des conduites à risque dissociantes.

Ces conduites à risque dissociantes, dont l'enfant et l'adolescent expérimentent rapidement l'efficacité, servent à provoquer "à tout prix" une disjonction pour éteindre de force la réponse émotionnelle en l'anesthésiant et calmer ainsi l'état de tension intolérable ou prévenir sa survenue. Cette disjonction provoquée peut se faire de deux façons, soit en provoquant un stress très élevé qui augmentera la quantité de drogues dissociantes sécrétées par l'organisme (*morphine-like* et *kétamine-like*), soit en consommant des drogues dissociantes (alcool, stupéfiants).

◆ **Ces conduites à risque dissociantes sont des conduites auto-agressives** (se frapper, se mordre, se brûler, se scarifier, tenter de se suicider), des mises en danger (conduites routières dangereuses, jeux dangereux, sports extrêmes, conduites sexuelles à risque, situations prostitutionnelles, fugues, fréquentations dangereuses), des conduites addictives (consommation d'alcool, de drogues, de médicaments, troubles alimentaires, jeux addictifs), des conduites délinquantes et violentes contre autrui (l'autre servant alors de fusible, grâce à l'imposition d'un rapport de force pour disjoncter et s'anesthésier.

◆ **Les conduites à risque sont donc des mises en danger délibérées.** Elles consistent en une recherche active, voire compulsive de situations, de comportements ou d'usages de produits connus comme pouvant être dangereux à court ou à moyen terme. Le risque est recherché pour son pouvoir dissociatif direct (alcool, drogues) ou par le stress extrême qu'il entraîne. Sa capacité à déclencher la disjonction de sauvegarde déconnecte les réponses émotionnelles et donc crée une anesthésie émotionnelle et un état dissociatif. Mais elles rechargent aussi la mémoire traumatique, la rendant toujours plus explosive et rendant les conduites dissociantes toujours plus nécessaires, créant une véritable addiction aux mises en danger et/ou à la violence. Ces conduites dissociantes sont incompréhensibles et paraissent paradoxales à tout le monde (à la victime, à ses proches, aux professionnels). Elles sont à l'origine d'une absence de réaction émotionnelle qui rend les victimes plus vulnérables à de nouvelles violences.

Des enfants abandonnés sans protection ni soins

L'ensemble de ces troubles psychotraumatiques (mémoire traumatique, conduites d'évitement et de contrôle, hypervigilance et conduites dissociantes) vont être chez l'enfant à l'origine de troubles très importants : troubles du développement psychomoteur et de la personnalité, troubles cognitifs avec des difficultés scolaires et troubles de l'apprentissage, troubles de la mémoire avec parfois des amnésies importantes, troubles relationnels (avec un isolement, une grande timidité et une mauvaise estime de soi), troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement alimentaire et sexuel, troubles du sommeil, conduites à risque avec des conduites délinquantes ou violentes envers soi-même ou autrui, risque de subir de nouvelles violences.

Ces troubles représentent un risque pour la santé physique et psychique, dont un risque vital : risque de mourir par accident (lié aux conduites à risque,

première cause de mortalité chez les adolescents) et par suicide (deuxième cause de mortalité chez les adolescents).

Banalisation de l'expressivité psychotraumatique

Les symptômes psychotraumatiques, qui traduisent une grande souffrance chez les enfants et les adolescents victimes de violence, sont le plus souvent interprétés comme provenant de l'enfant, de sa nature, de son sexe, de sa personnalité, de sa mauvaise volonté, de ses provocations... Plutôt que de relier ces troubles à des violences, de nombreuses rationalisations vont chercher à les expliquer par la crise d'adolescence, les mauvaises fréquentations, l'influence de la télévision, d'Internet ou par la malchance et la fatalité, voire même par l'influence délétère d'une surprotection : « *On l'a trop pourri, gâté. C'est un enfant roi !* » L'hérédité peut être également appelée à la rescousse : « *Il est comme... son père, son oncle, sa grand-mère, etc.* », ainsi que la maladie mentale.

C'est avec ces rationalisations que les suicides des enfants et des adolescents, ou les jeux dangereux, sont mis sur le compte d'une contagion ou de dépressions ; les violences subies n'étant presque jamais évoquées comme cause principale.

Très fréquemment, devant un enfant en grande souffrance avec des troubles du comportement et des conduites à risque, les adultes censés le prendre en charge ont recours à des discours moralisateurs et culpabilisants : « *Tu ne dois pas te conduire comme cela. Regarde la peine que tu fais à tes parents. Avec tout ce que l'on fait pour toi* », au lieu de se demander ce que cet enfant a bien pu subir et de lui poser la question qui devrait être systématique : « *Est-ce que tu as subi des violences ?* ».

Se taire pour survivre

Ces enfants gravement traumatisés par des violences ont dû vivre continuellement menacés, sans aucun droit, avec la peur au ventre (peur de parler, peur de provoquer une colère, peur d'être tués, peur de se réveiller le matin, peur de rentrer à la maison après l'école, peur des repas, des week-ends, des vacances...). Ils ont dû développer des stratégies hors norme pour survivre, en s'auto-censurant pour éviter toutes les situations à risque de dégénérer en violences, en se soumettant à tous les diktats et les mises en scène des bourreaux, en gardant le silence, en se dissociant pour supporter l'insupportable, en développant très souvent un monde imaginaire pour s'y réfugier – monde devenant

Références

- [1] Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256:174-186.
- [2] McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry.* 2010 Feb;9(1):3-10.
- [3] Astin MC, Ogland-Hand SM, Coleman EM, Foy DS. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1996;64:308-312.
- [4] Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1991;48:216-222.

parfois envahissant avec un compagnon imaginaire (poupée, peluche, animal, ami). Mais ces stratégies ont leurs limites et les enfants peuvent traverser des périodes de désespoirs intenses avec des risques de passage à l'acte suicidaire.

Avec cette mémoire traumatique, les victimes contre leur gré se retrouvent à revivre sans cesse les pires instants de terreur, de douleur, de désespoir, comme une torture sans fin, avec des sensations soudaines d'être en grand danger, d'être projetés par terre, d'être écrasés, frappés violemment, de perdre connaissance, de mourir, d'avoir la tête ou le corps qui explose, avec des suffocations, des douleurs intenses. Elles ont peur d'être folles et se sentent étrangères aux autres et à elles-mêmes.

Avec ces sensations, les agresseurs restent éternellement présent à imposer aux victimes les mêmes actes atroces, les mêmes phrases assassines, la même souffrance délibérément induite, la même jouissance perverse à les détruire et à imposer leurs mises en scène mystificatrices avec une haine, un mépris, des injures et des propos qui ne les concernent en rien. Et plus les violences ont eu lieu tôt dans la vie des victimes, plus ces dernières sont obligées de se construire avec ces émotions, ces sensations de terreur, ces actes et ces propos pervers, à devoir lutter contre eux sans les comprendre et sans savoir où se trouve la ligne de démarcation entre elles et cette mémoire traumatique. La mémoire traumatique les hante, les exproprie et les empêche d'être elles-mêmes, pire elle leur fait croire qu'elles sont doubles, voire triples : une personne normale (ce qu'elles sont), une moins-que-rien qui a peur de tout et une coupable dont elles ont honte et qui mérite la mort (ce que l'agresseur a mis en scène et qu'elles finissent par intégrer puisque cela tourne en boucle dans leur tête), une personne qui pourrait devenir violente et perverse et qu'il faut sans cesse contrôler, censurer (ce même agresseur tellement présent et envahissant à l'intérieur d'elles-mêmes qu'elles finissent par se faire peur en le confondant avec elles-mêmes).

Conclusion

Sortir du déni, protéger et soigner les enfants victimes de violences est une urgence de santé publique. Ces conséquences psychotraumatiques sont encore trop méconnues, alors que leur prise en charge est efficace. Elle doit être la plus précoce possible. En traitant la mémoire traumatique, c'est-à-dire en l'intégrant en mémoire autobiographique, elle permet de réparer les atteintes neurologiques et de rendre inutiles les stratégies de survie. Pour cela il faut revisiter les violences, en les reconnaissant

toutes, en faisant en sorte qu'il n'y ait plus d'état de sidération. Il faut sécuriser l'enfant, en lui expliquant les mécanismes psychotraumatiques, en faisant des liens avec lui, en redonnant du sens, du droit et de la cohérence à tout ce qui n'en avait pas. Il est nécessaire de démonter le système agresseur, en reconstituant avec l'enfant toute son histoire et en restaurant sa personnalité et sa dignité, en les débarrassant de tout ce qui les avait colonisées et aliénées (mises en scènes, mensonges, déni, mémoire traumatique), pour que la personne qu'il est fondamentalement puisse à nouveau s'exprimer et vivre tout simplement. Pour que l'enfant terrorisé ne soit enfin plus jamais seul, pour « *abattre le mur du silence [et] rejoindre l'enfant qui attend* » [13].

Il est donc essentiel de protéger les enfants des violences et d'intervenir le plus tôt possible pour leur donner des soins spécifiques, il s'agit de situations d'urgence pour éviter la mise en place de troubles psychotraumatiques sévères et chroniques qui auront de graves conséquences sur leur vie future, leur santé, leur scolarisation et socialisation, et sur le risque de perpétuation des violences. Il est nécessaire pour cela de sensibiliser et de former tous les professionnels de l'enfance, des secteurs médico-sociaux, associatifs et judiciaires sur les conséquences psychotraumatiques des violences. La prévention des violences passe avant tout par la protection et le soin des victimes. •

Références

- [5] Felitti VJ, Anda RF. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care. In Lanius R, Vermetten E, Pain C (eds.). *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- [6] Bajos N, Bozon M, équipe CSF. *Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère*. Population & Sociétés. 2008 Mai ;445. www.ined.fr/fichier/t_publication/1359/publi_pdf_pop_soc445.pdf
- [7] Miller A. *C'est pour ton bien*. Paris : Aubier, 1985.
- [8] World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization, 2010.
- [9] Shin LM, Scott L, Rauch SL, Roger K, Pitman RK. Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD. *Ann NY Acad Sci*. 2006;1071:67-79.
- [10] Yehuda R, Ledoux J. Response Variation following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD. *Neuron* 56. 2007, Oct 4;19-32.
- [11] Salmona M. La mémoire traumatique. In Kédia M, Sabouraud-Seguin A (eds.). *L'aide-mémoire en psychotraumatologie*. Paris : Dunod, 2008.
- [12] Salmona M. Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In Coutanceau R, Smith J (eds.). *Traumas et résilience*. Paris : Dunod, 2012. www.stopauxviolences.blogspot.fr/2012/03/dernier-article-de-muriel-salmona-avec.html
- [13] Miller A. *Abattre le mur du silence*. Paris : Aubier, 1991.

Pour en savoir plus

- Postface de la bande dessinée *La petite fille et la dame en rouge* d'Anne Rivière, www.memoiretraumatique.org/assets/files/petite-filleA5reduit.pdf
- www.memoiretraumatique.org

Déclaration d'intérêts :

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'auteur

Muriel Salmona

Psychiatre, présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, 54 avenue des Vergers, 92340 Bourg-la-Reine (France) drmsalmona@gmail.com