

LES VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX PERSONNES PRÉSENTANT DES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME ET PSYCHOTRAUMATISMES

Bourg la Reine le 24 octobre 2017

Dre Muriel Salmona, psychiatre, présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie,

Les violences sexuelles sont particulièrement traumatisantes sur le plan psychologique et neurologique, et elles sont à l'origine de chocs neuro-psychologiques et de troubles psychotraumatiques graves et fréquents, avec un impact très lourd sur la santé à long terme si une prise en charge adaptée et spécialisée n'est pas mise en place. Les violences sexuelles sont celles qui ont le plus grand potentiel traumatisant en dehors des tortures : de 70 à 80 pour les adultes à 100% pour les enfants victimes de violences sexuelles risquent de développer un état de stress-post-traumatique contre seulement 24% chez l'ensemble des victimes de traumatismes (Astin, 1995 et Breslau, 1991).

Les violences sexuelles sont avant tout des violences sexistes et discriminatoires

commises dans un rapport de domination et d'emprise, les agresseurs ciblent préférentiellement les personnes les plus vulnérables et celles qui sont le moins en capacité de comprendre, d'identifier les comportements violents et de se défendre ; c'est à dire les enfants avant tout : 1 fille sur 5 et 1 garçon sur 13 subissent des violences sexuelles, et sur l'ensemble des violences sexuelles 81% ont commencé avant 18 ans, 51% avant 11 ans, 21% avant 6 ans (IVSEA, 2015), et les personnes présentant des handicaps intellectuels, moteurs et mentaux (qui subissent 4 fois plus de violences) et des troubles émotionnels et dissociatifs traumatiques (des personnes ayant déjà subi des violences, on sait que le premier facteur de risque de subir des violences c'est d'en avoir subi, 70% des enfants ayant subi des violences sexuelles vont en subir à nouveaux tout au long de leur vie si on ne les protège pas) et, et c'est notre propos,

des troubles neuro-développementaux tels que les troubles du spectre de l'autisme : jusqu'à 90% des femmes présentant des TSA ont subi des violences sexuelles, 78% de l'ensemble tout sexe confondu (Brown-Lavoie, 2014).

Les personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme (TSA) subissent une triple peine par rapport aux violences sexuelles :

elles sont à très grand risque de subir des violences sexuelles tout au long de leur vie en raison de leur vulnérabilité, les dysfonctionnements de leur expression

émotionnelle et leur capacité d'intégration et de communication les exposant bien plus à des manipulations et des phénomènes d'emprise ;

les violences sexuelles vont avoir un impact psychotraumatique bien plus sévère sur elles que sur les personnes n'ayant pas de TSA, elles présentent du fait de leurs troubles d'intégration et de contrôle émotionnel des phénomènes de sidération et de dissociation bien plus marquée lors des violences avec des réactivations plus importantes et moins contrôlables de leur mémoire traumatique ce qui aggrave sans cesse leurs traumatismes en leur faisant revivre à l'identique les violences, les troubles dissociation étant un facteur de risque aggravant le risque subir à nouveau des violences ;

et les violences sexuelles du fait de leurs conséquences psychotraumatiques et des atteintes neurologiques et des circuits émotionnels qu'elles provoquent, vont aggraver leurs troubles neuro-développementaux et les troubles du spectre de l'autisme, qui eux-même vont aggraver leur vulnérabilité et également le risque de subir des violences.

Les filles et les femmes présentant des troubles du spectre de l'autisme vont donc cumuler le plus souvent plusieurs facteurs de risque de subir des violences sexuelles : le jeune âge, le sexe, la discrimination, les troubles neuro-développementaux émotionnels et de la communication qu'elles présentent, les risques institutionnels, et le fait d'avoir déjà subi des violences.

L'impact traumatique majeur à long terme qu'elles vont présenter va aggraver les symptômes du spectre de l'autisme qu'elles présentent avec des troubles cognitifs et des troubles dissociatifs et une anesthésie émotionnelle qui vont les rendre encore plus vulnérables et encore plus en difficulté dans les interactions sociales, et donc encore plus vulnérables face à des agresseurs qui pourront les manipuler et les mettre sous emprise facilement, avec des risques très élevés de subir d'autres violences sexuelles.

Et les troubles du spectre de l'autisme associé à l'impact psychotraumatique du fait de la méconnaissance qu'en ont la plupart des professionnels et les proches vont être des facteurs d'abandon et d'isolement encore plus importants avec une absence de reconnaissance du traumatisme et de la souffrance, associée fréquemment à une absence de protection et de prise en charge adaptée. Les victimes dissociées sont anesthésiées émotionnellement et elles donnent l'impression qu'elles sont déconnectées, indifférentes, leurs interlocuteurs ne vont rien ressentir (leurs neurones miroirs ne vont pas s'activer), ils n'auront pas peur pour elles, considéreront qu'elles ne sont pas vraiment traumatisées et ils minimiseront leurs souffrances (alors qu'elles ont de très importants troubles psychotraumatiques) et ils pourront penser qu'il n'est pas nécessaire de les protéger, quand bien même ils sont au courant de graves violences.

De plus, les troubles dissociatifs émotionnels, les troubles cognitifs et de la symbolisation, et ceux de l'intégration du langage et des informations sensorielles (qui sont perçues dans les détails avec une difficulté d'intégration dans une globalité), la vulnérabilité à l'emprise vont être des obstacles très importants à la révélation des faits, à leurs prises en compte et leur reconnaissance par les proches et les professionnels.

Et dans le cadre de signalements et de plaintes la méconnaissance des troubles psychotraumatiques massifs associés aux troubles de la sphère du spectre de l'autisme

vont être un facteur de risque très important d'absence de traitement judiciaire et de classement sans suite, et de non protection portant gravement préjudice à ces victimes et les exposant à d'autres violences.

Les personnes présentant des troubles de la sphère de l'autisme auront un risque encore plus grand que leur parole soit incomprise et disqualifiée, que leur récit paraisse incohérent, trop décousu et inutilisable comme élément de preuve, faute de savoir l'interpréter, et qu'elles ne soient pas protégées.

De même le traitement de la mémoire traumatique absolument nécessaire va être plus long et plus complexe en raison des difficultés d'intégration des faits traumatiques, avec très peu professionnels compétents dans ce domaine.

Impact sur la santé à long terme

Sans une prise en charge adaptée ces troubles psychotraumatiques peuvent durer des années, des dizaines d'années, voire toute une vie. Ils sont à l'origine pour les victimes traumatisées d'une très grande souffrance mentale et d'un possible risque vital (suicide, conduites à risque). Ils ont un impact considérable sur leur santé démontré par les études internationales que ce soit sur leur santé mentale (troubles anxieux, dépressions, risques suicidaires, troubles du sommeil, troubles cognitifs, troubles alimentaires, addictions, etc.), leur santé physique (troubles liés au stress cardio-vasculaires, auto-immuns, et aux stratégies de survie), et leur qualité de vie (Blake, 2011). Et nous savons aussi qu'avoir subi des violences est un des principaux déterminants voire le déterminant principal (quand les violences ont été subies dans l'enfance) de l'état de santé des personnes même 50 ans après, c'est la première cause de mort précoce, de suicide, avec une perte d'espérance de vie qui peut aller jusqu'à 20 ans si une protection et des soins ne sont pas dispensés (Garcia-Moreno, 2006, Brown, 2009, Felitti et Anda, 2010, et Hillis, 2016).

Pour protéger ces personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme, il est impératif :

- de former les professionnels à la spécificité de ces victimes de violences sexuelles particulièrement vulnérables, à leur dépistage, à leur protection et leur prise en charge, à l'obligation de signalement et à leur orientation ;
- d'informer les personnes présentant des TSA sur leurs troubles et les soins dont elles peuvent bénéficier, sur les risques de subir des violences, sur les conséquences psychotraumatiques et leurs mécanismes, et sur les ressources à leur disposition ainsi que sur leurs droits ;
- de faire un dépistage systématique et répété en posant des questions sur des violences subies ;
- de mettre en place des prises en charge et des soins adaptés, spécialisés et très sécurisés pour qu'elles soient protégées ;
- de traiter spécifiquement les psychotraumatismes ;
- de protéger les lanceurs d'alerte et les parents ou les proches protecteurs ;
- et de faire des études épidémiologiques et sur le parcours de soin.

Pour rappel :

La violence est un formidable instrument de soumission et de dissociation, particulièrement quand elle est terrorisante, qu'il n'y a aucun moyen d'y échapper et qu'elle plonge la victime dans un scénario insensé. Elle a un effet de sidération du psychisme qui va paralyser la victime, l'empêcher de réagir de façon adaptée, et empêcher le cortex cérébral de contrôler l'intensité de la réaction de stress et sa production d'adrénaline et de cortisol. Un stress extrême, véritable tempête émotionnelle, envahit alors l'organisme et - parce qu'il représente un risque vital pour l'organisme (atteinte du cœur et du cerveau par l'excès d'adrénaline et de cortisol) (62)- déclenche des mécanismes neurobiologiques de sauvegarde qui ont pour effet de faire disjoncter le circuit émotionnel, et d'entraîner une anesthésie émotionnelle et physique en produisant des drogues dures morphine et kétamine-like. L'anesthésie émotionnelle génère un état dissociatif avec un sentiment d'étrangeté, de déconnection et de dépersonnalisation, comme si la victime devenait spectatrice de la situation puisqu'elle la perçoit sans émotion. Mais cette disjonction isole la structure responsable des réponses sensorielles et émotionnelles (l'amygdale cérébrale) de l'hippocampe (autre structure cérébrale, sorte de logiciel qui gère la mémoire et le repérage temporo-spatial, sans elle aucun souvenir ne peut être mémorisé, ni remémoré, ni temporalisé). Et l'hippocampe ne peut pas faire son travail d'encodage et de stockage de la mémoire sensorielle et émotionnelle des violences, celle-ci reste piégée dans l'amygdale sans être traitée, ni transformée en mémoire autobiographique. Elle va rester hors temps, non-consciente, à l'identique, susceptible d'envahir le champs de la conscience et de refaire revivre la scène

violente de façon hallucinatoire, comme une machine à remonter le temps, avec les mêmes sensations, les mêmes douleurs, les mêmes phrases entendues, les mêmes odeurs, les mêmes sentiments de détresse et de terreur (ce sont les flashbacks, les réminiscences, les cauchemars, les attaques de panique...). ainsi que les mises en scène des agresseurs. Cette mémoire traumatique colonisera la victime et transformera sa vie en terrain miné, l'obligeant à mettre en place des stratégies de survie coûteuses et souvent handicapantes comme des conduites d'évitement (contrôle, phobies, TOC) et des conduites dissociantes pour s'anesthésier comme lors de la disjonction initiale (conduites addictives, mises en danger, conduites à risque) (Salmona, 2012).

C'est cette mémoire piégée dans l'amygdale qui n'est pas devenue autobiographique qu'on appelle la mémoire traumatique.

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

La méconnaissance des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes porte lourdement préjudice aux victimes puisqu'elle permet de ne pas reconnaître la réalité de la souffrance, des symptômes et des handicaps que présentent les victimes, ni de les relier à leur cause : les violences. Elle permet également de continuer à mettre en cause les victimes qui seraient les artisans de leur propre malheur en étant incapables d'aller mieux, de se relever, de tourner la page, d'arrêter de se victimiser, de sortir d'une prétendue fascination pour le trauma,... Et de plus, comme on l'a vu, elle est responsable dans le cadre des procédures policières et judiciaires d'une disqualification de la parole des victimes, puisque des réactions normales comme une paralysie due à la sidération psychique empêchant la victime de s'opposer, de se débattre ou de crier leur sera reprochée, tout comme les imprécisions liés aux troubles de la mémoire et à la dissociation traumatique (pouvant être à l'origine d'amnésies traumatiques fréquentes et de perturbation des repères temporo-spaciaux), ou les délais pour porter plainte liés aux conduites d'évitement et aux troubles dissociatifs.

Pourtant nous savons très bien décrire cliniquement ces troubles psychotraumatiques, les diagnostiquer, et nous savons les traiter efficacement avec des techniques psychothérapeutiques qui permettent une intégration de la mémoire

traumatique en mémoire auto-biographique et une récupération des atteintes neurologiques grâce à la neuroplasticité du cerveau. Pour ce faire il faut sortir la victime de la sidération initiale et de la dissociation traumatique qui s'en est suivie (en revisitant les violences armé de tous les outils d'analyse et de compréhension nécessaires, en démontant le système agresseur et ses mensonges, et en réintroduisant du sens et de la cohérence), et il faut déminer sa mémoire traumatique en faisant des liens entre chaque symptôme et les violences subies. Et nous savons enfin que laisser des victimes de violences traumatisées sans soin est un facteur de risque de reproduction de violences de proche en proche et de générations en générations, les victimes présentant un risque important de subir à nouveau des violences, et aussi d'en commettre pour un petit nombre d'entre elles dans le cadre de conduites dissociantes, comme c'est le cas pour certains enfants exposés à ces violences (Van der hart, 2010, Salmona, 2013).

Cet abandon sans protection ni soin de la très grande majorité des victimes de violences représente pour elles une perte de chance et une atteinte à leurs droits. Mettre en place une offre de soin adaptée et accessible à toutes les victimes, par des professionnels formés est une urgence de santé publique. "Il s'agit d'un problème mondial de santé publique, d'ampleur épidémique, qui appelle une action urgente", nous dit la Dre Margaret Chan, directeur général de l'OMS dans le [rapport de l'OMS](#) de 2013.

1-**Astin, Millie C** Posttraumatic Stress Disorder and Childhood Abuse in Battered Women: Comparisons with Maritally Distressed Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v63 n2 p308-12 Apr 1995

2-**Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E.L.** — Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, 216-222, 1991

Brown D. W., Anda R. F., *et al.*, « Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality » in *American Journal of Preventive Medicine*, Novembre 2009, Vol. 37, Issue 5, p. 389-396.

Brown-Lavoie, S. M., Viecili, M. A., & Weiss, J. A. (2014). Sexual knowledge and victimization in adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, doi: 10.1007/s10803- 014-2093-y

2-**McFarlane AC**. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological conséquences. *World Psychiatry*. 2010 Feb;9(1):3-10.

3-**Rauch, S.L., Shin, L.M., and Phelps, E.A.** (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future. *Biol. Psychiatry* 60, 376–382.

4- Nemeroff, C.B., & Douglas, J., Bremner, Foa, E. B., Mayberg, H.S., North, C.S., Stein, M.B. (2009). Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-Science Review Influential Publications, American Psychiatric Association, 7:254-273

5-**Louville P. et Salmona M.** Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique in dossier : **Le traumatisme du viol** dans la *Revue Santé Mentale* de mars 2013 n°176

6-**Black M. C.** Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences Implications for Clinicians, MPH

AMERICAN JOURNAL OF LIFESTYLE MEDICINE September/October 2011 vol. 5 no. 5 428-439

8-**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.

7-**Garcia-Moreno, C. et al.** (2005) **Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO** (World Health Organisation) multi-country study on women's health and domestic violence, *Lancet*, 368, 126

IVSEA *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte*, 2015
SALMONA Laure auteure, SALMONA Muriel coordinatrice Enquête de l'association Mémoire Traumatique et victimologie avec le soutien de l'UNICEF France dans le cadre de sa campagne #ENDViolence (téléchargeable sur les sites <http://stopaudeni.com/> et <http://www.memoiretraumatique.org>

Hillis S., Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates ***Pediatrics*, 2016, ;137(3):e20154079**

9-**Salmona M.**, Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In Coutanceau R, Smith J. *Traumata et résilience*. Dunod, 2012

10- Van der Hart O. and co. *Le soi hanté*, Paris, De Boeck, 2010

11- **Salmona M.**, Le livre noir des violences sexuelles, Dunod, 2013

Salmona M., Violences sexuelles. Les 40 questions-réponses incontournables, Paris, Dunod, 2015.

Salmona M. 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 ? de Muriel Salmona 2016 téléchargeable sur le site : <http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/2016-Necessaire-connaissance-de-limpact-psychotraumatique-chez-les-victimes-de-viols.pdf>

12 - l’OMS en 2010 a reconnu que le principal risque de subir ou de commettre des violences est d’en avoir déjà subi, et l’enquête ENVEFF de 2000 avait montré que les femmes ayant subi des violences dans l’enfance avait quatre fois plus de risque de subir des violences conjugales, et que 40 à 60 % d'hommes violents avec leur partenaires ont été témoin de violences conjugales dans l'enfance. (**Rossman, B. B.** (2001)

Pour en savoir plus : site [memoiretraumatique.org](http://www.memoiretraumatique.org)