

L'AMNÉSIE TRAUMATIQUE

un mécanisme dissociatif pour survivre



Dre Muriel Salmona, psychiatre,
Paris, le 19 janvier 2018

I - Présentation.

Les amnésies traumatiques complètes ou parcellaires sont un trouble de la mémoire fréquent que l'on retrouve chez les victimes de violences. De très nombreuses études cliniques ont décrit ce phénomène bien connu depuis le début du XX^{ème} siècle, et qui a été étudié d'abord chez des soldats traumatisés amnésiques des combats, puis chez les victimes de violences sexuelles, chez qui on a retrouvé près de 40% d'amnésie complète et 60% d'amnésie partielle quand les violences ont eu lieu dans l'enfance (Brière, 1993 ; Williams, 1994 ; IVSEA, 2015).

Ces amnésies sont des conséquences psychotraumatiques des violences dont les mécanismes neuro-psychologiques sont une dissociation de sauvegarde (Van der Kolk, 1995, 2001). Depuis 2015, les amnésies traumatiques dissociatives font partie

de la définition de l'Etat de Stress Post-Traumatique (DSM-5, 2015). Elles peuvent durer plusieurs dizaines d'années et entraîner une amnésie de pans entiers de l'enfance, presque sans aucun souvenir mobilisable, ce qui entraîne une impression douloureuse d'être sans passé ni repère.

Quand l'amnésie se lève, les souvenirs traumatiques reviennent le plus souvent de manière brutale et envahissante sous la forme d'une mémoire traumatique fragmentée, non contrôlée ni intégrée (flash-backs, cauchemars), faisant revivre les violences à l'identique avec la même détresse et les mêmes sensations.

Les professionnels du soin devraient mieux connaître ces phénomènes pour accompagner et traiter au mieux ces réminiscences sans les confondre avec des hallucinations, et pour identifier les violences subies et leurs conséquences psychotraumatiques. De même, les professionnels de la justice devraient mieux tenir compte de ce trouble fréquent de la mémoire lors de plaintes pour violences sexuelles dans un contexte de souvenirs retrouvés, et rechercher des preuves et des faisceaux d'indices graves et concordants pour les corroborer, sans mettre a priori en cause le récit de la victime et classer sans suite la plainte. Enfin, le législateur devrait également prendre en compte les amnésies traumatiques comme un obstacle insurmontable pour la révélation de violences lors de plaintes très tardives. Les délais de prescription actuels de 20 ans pour les viols sur majeur.e.s, et de 20 ans après la majorité pour les viols, et les agressions sexuelles avec circonstances aggravantes sur mineur.e.s sont insuffisants pour permettre à toutes les victimes de faire valoir leurs droits.

II - Les amnésies traumatiques : conséquences psychotraumatiques d'évènements traumatiques violents.

L'amnésie traumatique est un trouble de la mémoire faisant partie de l'ensemble des symptômes psychiatriques caractéristiques qui apparaissent après l'exposition à un ou plusieurs événements traumatisants, et qui entrent dans le cadre de l'état de stress post-traumatique (ESPT), trouble psychotraumatique défini par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5, 2015).

L'amnésie traumatique est incluse dans l'un des 4 critères y définissant l'ESPT, le critère D qui comporte des troubles de la cognition et de l'humeur, (les 3 autres critères étant l'intrusion, l'évitement et les changements dans l'excitation et la réactivité), comme l' « incapacité de se souvenir d'éléments importants de l'événement traumatisant (typiquement attribuable à une amnésie dissociative et pas à d'autres facteurs comme une blessure à la tête, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ».

1. Définition clinique de l'amnésie traumatique.

L'amnésie traumatique se définit donc cliniquement par l'incapacité de se souvenir en totalité ou en partie d'éléments importants d'un événement traumatisant. Cette incapacité doit être liée à des mécanismes psychotraumatiques dissociatifs et non à d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, la consommation d'alcool et de drogues (amnésies lacunaires), ou à des phénomènes d'oubli volontaire ou d'oubli physiologique (une étude a démontré que les personnes traumatisées ayant souffert d'amnésie traumatique ne présentaient pas plus d'oubli du trauma que celles ayant eu des souvenirs continus. Geraerts, 2006 ; McNally, 2010).

2. Mécanisme à l'origine d'une amnésie traumatique.

Les troubles psychotraumatiques sont des conséquences normales et universelles des violences qui s'expliquent par la mise en place de mécanismes neuro-biologiques et psychiques de survie face à un stress extrême (McFarlane, 2010 ; Freyd, 2010).

Le mécanisme à l'origine des amnésies traumatiques est neuro-pathologique, non conscient lié au stress extrême déclenché par le traumatisme et ses réactivations. Ce mécanisme neuro-pathologique de sauvegarde est considéré par la grande majorité des spécialistes comme étant dissociatif, il est de mieux en mieux documenté (Van der Kolk, 2001 ; Nijenhuis, 2004).

Des événements traumatiques majeurs peuvent avoir un effet de sidération du psychisme qui paralyse la victime, l'empêche de réagir de façon adaptée, et empêche son 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 son organisme et — parce qu'il représente un risque vital pour le cœur et le cerveau par l'excès d'adrénaline et de cortisol (Yehuda, 2007) — 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 (Lanius, 2010).

Ce mécanisme fait disjoncter les circuits émotionnels et ceux de la mémoire, et entraîne des troubles dissociatifs et de la mémoire, responsable d'amnésie traumatique et d'une mémoire traumatique.

3. Aspects clinique des amnésies traumatiques

Nous avons la preuve médicale empirique et clinique incontestable de la présence fréquente d'amnésies traumatiques dans le cadre de troubles psychotraumatiques. Les amnésies traumatiques ont été rapportées et très bien documentées par toutes les recherches auprès de personnes ayant vécu des expériences traumatiques susceptibles d'entraîner des troubles psychotraumatiques, c'est à dire les ayant confrontées comme victime directe, témoin ou proche (membre de la famille, ami proche) à une mort ou une menace de mort violente, des blessures ou des menaces de blessures graves (meurtres, attentats,

massacres, scènes de guerre, tortures, génocides), et à des agressions sexuelles ou des viols.

Plus les événements traumatiques sont graves et de nature criminelle (meurtres, tentatives de meurtres, viols), plus la victime est une enfant très jeune, plus les violences sont perpétrées par un membre de la famille, plus les amnésies traumatiques sont fréquemment retrouvées. Par exemple l'amnésie pour des expériences traumatiques majeures telles que la Shoah ou les viols et les agressions sexuelles ont été rapportées dans toutes les sources (Loewenstein, 1996 ; Brown, 1999 ; Chu, 1999 ; Van der Hart, 2000, Hopper, 2015), et il a été démontré que le fait que les violences soient commises par un parent ou une personne était un facteur de risque très important d'amnésie traumatique (Freyd, 2001, 2010).

Des études en population générales sur la mémoire des événements traumatiques rapportent que 32% de personnes décrivent une période amnésique (Elliott, 1997), et on retrouve 46% d'amnésies partielles ou totales dans le cadre d'études concernant des population plus ciblées comme celles des survivants de camps d'extermination et de concentration (Yehuda, 1998), 44% d'amnésies totales ou partielles dans le cadre d'études sur des personnes ayant été maltraitées physiquement dans l'enfance (Chu, 1999), de 19% à 62% dans le cadre d'études sur des personnes ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance (Herman, 1987 ; Brière, 1993 ; Williams, 1994 ; Windom, 1997, Brown, 1999 ; Salmona, 2015), .

Ces amnésies traumatiques peuvent donc être partielles touchant plus particulièrement des éléments majeurs du trauma, ou totales. Elles peuvent durer des mois, des années, voire des dizaines d'années (plus de 40-50 ans). Les souvenirs reviennent dans un premier temps de manière non verbale, fragmentés et sensoriels, puis se constituent progressivement en récit.

Dès les premières recherches cliniques sur les amnésies traumatiques et jusqu'à aujourd'hui, les mécanismes explicatifs élaborés ont essentiellement fait appel à des processus de dissociation. Van der Kolk a démontré que les souvenirs revenaient fragmentés sous la forme d'empreintes mentales dissociées des éléments non verbaux sensoriels et affectifs de l'expérience traumatique : expériences visuelles, olfactives, affectives, auditives et kinesthésiques. Au fil du temps, les sujets ont rapporté l'émergence progressive d'un récit personnel qui peut être correctement appelé « mémoire explicite » (Janet, 1889 ; Van der Kolk, 1995).

Des études portant sur l'exactitude des souvenirs retrouvés montrent qu'ils ne sont ni plus ni moins précis que les souvenirs continus des événements traumatiques. Dans plusieurs études, des recherches ont été faites pour corroborer les souvenirs retrouvés après amnésie traumatique totale, avec un taux important de succès pour les violences physiques, 93%, et pour les violences sexuelles, 89% dans l'étude de Chu de 1999, 83% pour des violences sexuelles dans l'étude d'Herman de 1987, 69% pour les violences sexuelles sur des souvenirs retrouvés uniquement lors de séances de thérapie dans l'étude de Kluft de 1995. Dans toutes les études le

déclenchement du rappel du traumatisme se fait le plus souvent en dehors d'une thérapie, alors que les personnes étaient en général seules chez elle.

Dans le cadre des violences sexuelles, les amnésies traumatiques sont les plus fréquentes quand les victimes étaient des enfants, d'autant plus qu'ils étaient très jeunes, qu'il y a eu pénétration et donc viol, qu'il s'agissait de violences sexuelles incestueuses commises par un membre de la famille et que ces violences ont été répétées (Williams, 1996 ; Salmona, 2015).

Les violences survenues dans l'enfance sont associées à des niveaux plus importants de dissociation. L'âge précoce du début était corrélé avec des symptômes dissociatifs plus importants et avec des niveaux plus élevés d'amnésie pour les violences physiques et sexuelles. Les violences sexuelles répétées et fréquentes étaient corrélées avec des niveaux plus importants de dissociation (Terr, 1988 ; Ross, 199).

4. Historique de la reconnaissance de l'amnésie traumatique

Connues depuis l'Antiquité, elles ont fait l'objet de publications scientifiques dès le XIX^{ème} siècle (Janet, 1889) et elles ont été précisément décrites sur les soldats d'abord lors de la première guerre mondiale (Myers, 1915 ; Thom, 1920), puis pendant la deuxième guerre mondiale (Kubie, 1943 ; Archibald, 1956).

Au cours du XX^{ème} siècle, parallèlement à la progression de la connaissance des troubles psychotraumatiques et de leur définition clinique, de nombreuses études ont été menées, particulièrement en Israël et dans une moindre part aux USA, sur les survivants des camps de concentration et d'extermination, et sur les enfants survivants de la Shoah (Dewind, 1968 ; Jaffer, 1968 ; Mazor, 1990 ; Krell, 1993 ; Modai, 1994 ; Somer, 1994 ; Yehuda, 1997 et 1998). Yehuda a retrouvé des amnésies traumatiques chez 46% des survivants des camps. Des témoignages des survivants des expériences sur les jumeaux réalisées à Auschwitz par le Dr Mengele contenaient des descriptions de dissociations traumatiques telles que quelques-uns des jumeaux n'avaient aucun souvenir d'Auschwitz (Lagnado, 1991).

D'autres études ont été menées sur les vétérans des guerres qui ont suivi la 2^{ème} guerre mondiale, la guerre du Vietnam (Hendin, 1984 ; Karon, 1997), les guerres israéliennes (Witztum, Margalit et Van der Hart, 2002), et sur les victimes de tortures et de massacres (Goldfeld, 1988 ; Kinzie, 1993).

Dans les années soixante-dix, les troubles psychotraumatiques ont été de plus en plus étudiés sur les victimes civiles et plus particulièrement sur les femmes victimes de viols et d'agressions sexuelles, et avec l'émergence de la protection de l'enfance, et la prise de conscience de l'importance et de la gravité des maltraitances, violences physiques et violences sexuelles faites aux enfants ainsi que de la sévérité de leur impact traumatique.

En 1980 le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-3) a défini cliniquement l'État de Stress Post-Traumatique, et en 1984 une définition clinique de l'ESPT a été élaborée pour les enfants avant 6 ans.

À partir des années quatre-vingt de nombreuses études ont été consacrées aux conséquences des agressions sexuelles et des viols sur la santé mentale et physique des enfants agressés, et toutes ces études ont rapporté un pourcentage important d'amnésies traumatiques et de souvenirs tardifs. Ces études ont été faites sur des cohortes d'adultes suivies en psychiatrie et ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance, des cohortes d'adultes de la population générale dans le cadre d'enquêtes de victimation, et ont été faites de façon prospective et rétrospective.

III - Les amnésies traumatiques dans le cadre des troubles psychotraumatiques consécutifs aux violences sexuelles.

Les amnésies traumatiques sont très fréquentes dans ce cadre car les violences sexuelles font partie des événements traumatiques les plus graves, ayant le plus d'impact psychotraumatique, sont très répandues avec des chiffres de viols très importants, et sont subies en majorité par les enfants, presque toujours commises par des proches, et dans plus de la moitié des cas par un membre de la famille. **Les violences sexuelles cumulent donc tous les plus importants facteurs de risque étudiés de survenue d'amnésie traumatique.**

1. Les troubles psychotraumatiques.

Le risque de développer un état de stress post-traumatique chronique associé à des troubles dissociatifs est très élevé, retrouvé chez plus de 80% des victimes de viol, contre seulement 24 % pour l'ensemble des traumatismes (Breslau, 1991). Ce taux approche 87 % en cas de violences sexuelles ayant eu lieu dans l'enfance (Rodriguez, 1997). Près de 70% des victimes interrogées dans notre étude IVSEA présentait des troubles dissociatifs.

En France

L'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS 2010_2015 ONDRP-INSEE) a montré que **72% des femmes adultes ayant subi un viol ou une tentative de viol déclarent que ces agressions ont causé des dommages psychologiques importants.**

Notre enquête « Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'âge Adulte » (IVSEA, 2015) auprès de 1214 victimes de violences sexuelles a montré que **95% des répondant.e.s ont déclaré avoir des conséquences sur leur santé mentale, et 69% sur leur santé physique,**

1 victime sur 2 a tenté de se suicider,

1 victime sur 2 a souffert de troubles addictifs,

1 victime sur 3 de troubles alimentaires,

1 victime sur 3 a présenté des conduites à risque et des mises en danger, et a vécu des périodes de grande précarité.

2. Les chiffres de violences sexuelles.

Dans le monde, 120 millions de filles (une sur dix) ont subi des viols (UNICEF, 2014), et un rapport récent de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2014), souligne que près de 20 % des femmes et 5 à 10 % des hommes rapportent avoir subi des violences sexuelles pendant leur enfance.

En France

L'enquête Cadre de Vie et Sécurité de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP-INSEE 2012-2017) a pu mesurer qu'en 2016, **0,4 % des femmes de 18 à 75 ans, soit 93 000 environ, ont déclaré avoir été victimes de viols et de tentatives de viols l'année précédant l'enquête, contre 0,1 % des hommes, soit 15 000,**

Sachant qu'il manque toujours les chiffres concernant les viols subis par les mineur.e.s, l'enquête Contexte de la sexualité en France CSF de l'INSERM et de l'INED de 2006 publiée en 2008 indique que **plus 59 % des viols et des tentatives de viols sont commis sur des mineures, et sur les mineurs, 130 000 viols et tentatives de viols par an pour les filles et 35 000 pour les garçons**

Toujours selon l'enquête ONDRP-INSEE 2012-2017, en ce qui concerne les victimes adultes, **90% des viols sont commis par une personne connue de la victime et dans 47% des cas il s'agit du conjoint ou d'un ex-conjoint.**

Pour les enfants, dans le cadre de l'enquête Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte (IVSEA), de l'association Mémoire traumatique et victimologie :

- 81% des victimes de violences sexuelles (viols et agressions sexuelles) ont subi les premières violences avant l'âge de 18 ans, 51% avant 11 ans, et 23% avant 6 ans.

- dans 96% des cas les violences sexuelles sont commises par une personne connue de l'enfant, dans 50% des cas il s'agit d'un membre de la famille.

3. Les chiffres concernant les amnésies traumatiques consécutives à des violences sexuelles.

Les viols et les agressions sexuelles ont été rapportés dans toutes les sources (Loewenstein, 1996 ; Brown, 1999, Van der Hart, 2000, Hopper, 2015).

Pour ne présenter que celles qui sont le plus citées internationalement :

- **59,3% des victimes de violences sexuelles dans l'enfance ont des périodes d'amnésie totale ou parcellaire (Brière, 1993) ;**
- **des études prospectives aux États-Unis (Williams, 1995, Widom, 1996) ont montré que 17 ans et 20 ans après avoir été reçues en consultation dans un service d'urgence pédiatrique, pour des violences sexuelles dûment répertoriées dans un registre, 38% des jeunes femmes interrogées pour la première étude, et 40% pour l'autre, ne se rappelaient plus les agressions sexuelles qu'elles avaient subies enfant.**

En France nous avons les chiffres de l'enquête Impact des violences de l'enfance à l'âge adulte réalisée en 2015 par notre association Mémoire Traumatique et Victimologie avec le soutien de l'UNICEF (IVSEA, 2015) :

- **plus d'un tiers (37%) des victimes mineur-e-s au moment des faits rapportent avoir présenté une période d'amnésie traumatique après les violences ;**
- ce chiffre monte à 46%, soit près de la moitié d'entre elles, lorsque les violences sexuelles ont été commises par un membre de la famille. Ces amnésies traumatiques peuvent durer jusqu'à 40 ans et même plus longtemps dans 1% des cas. Elles ont duré entre 21 et 40 ans pour 11% des victimes, entre 6 et 20 ans pour 29% d'entre elles et de moins de 1 ans à 5 ans pour 42% d'entre elles.

Toutes les études montrent également que les souvenirs retrouvés sont fiables et en tout point comparables avec des souvenirs traumatiques qui avaient été toujours présents (souvenirs continus) chez d'autres victimes, et qu'ils réapparaissent le plus souvent brutalement et de façon non contrôlée « comme une bombe atomique », avec de multiples détails très précis et accompagnés d'une détresse, d'un sentiment d'effroi, de sidération et de sensations strictement abominables.

4. Le mécanisme neuro-psychologique.

Le mécanisme en cause de ces amnésies traumatiques, nous l'avons vu est avant tout un mécanisme dissociatif de sauvegarde que le cerveau déclenche pour se protéger de la terreur et du stress extrême générés par les violences. Ce mécanisme qui fait disjoncter les circuits émotionnels et de la mémoire, et entraîne des troubles de la mémoire, va faire co-exister chez la victime des phases d'amnésie dissociative (amnésie traumatique) et des phases d'hypermnésie traumatique (mémoire traumatique) (Desmedt, 2012).

Cette disjonction s'accompagne d'un sentiment d'étrangeté, d'irréalité et de dépersonnalisation, comme si la victime devenait spectatrice de la situation puisqu'elle la perçoit sans émotion. Parallèlement à la disjonction du circuit émotionnel, se produit une disjonction du circuit de la mémoire. La mémoire sensorielle et émotionnelle de l'événement contenue dans l'amygdale cérébrale est

isolée de l'hippocampe (une autre structure cérébrale qui gère la mémoire et le repérage temporo-spatial, sans elle aucun souvenir ne peut être mémorisé, ni remémoré, ni temporalisé). Lors de la disjonction l'hippocampe ne peut pas faire son travail d'encodage et de stockage de la mémoire, celle-ci reste dans l'amygdale sans être traitée, ni transformée en mémoire autobiographique. Cette mémoire émotionnelle, « boîte noire des violences », piégée hors du temps et de la conscience, est la mémoire traumatique (Ledoux, 1997 ; Van der Kolk, ; Salmona M., 2012, 2013).

Tant que la victime sera exposée à des violences ou à la présence de l'agresseur ou de ses complices, elle sera déconnectée de ses émotions, dissociée. La dissociation, système de survie en milieu très hostile, peut alors s'installer de manière permanente donnant l'impression à la victime de devenir un automate, d'être dévitalisée, confuse, comme un « mort-vivant ». Cette dissociation isole encore plus la victime, explique les phénomènes d'emprise, et désoriente les personnes qui sont en contact avec la victime (Salmona, 2015).

Pendant la dissociation, l'amygdale, ainsi que la mémoire traumatique qu'elle contient est déconnectée, et la victime n'a pas accès émotionnellement et sensoriellement aux événements traumatiques. Suivant l'intensité de la dissociation, elle pourra être amnésique de tout ou partie des événements traumatisants, seules resteront quelques images très parcellaires, des bribes d'émotions envahissantes ou certains détails périphériques isolés. Ce phénomène peut perdurer de nombreuses années, voire des décennies tant que la personne reste dissociée.

La dissociation est donc un mécanisme de survie qui permet à la victime de ne pas ressentir le stress extrême et la terreur en permanence, ce qui représenterait un risque vital, mais elle ne protège pas du psychotraumatisme. Au contraire celui-ci se chronicise et s'aggrave si d'autres violences sont subies. En quelque sorte la plaie reste ouverte, mais avec l'anesthésie elle semble « cicatrisée ». Le fait d'être anesthésiée et de ne plus avoir d'alarme émotionnelle expose d'autant plus la victime à des dangers, à de nouveaux traumatismes et à des mises sous emprise dont elle n'aura pas la possibilité de se défendre ; l'amygdale cérébrale va se charger de plus en plus en mémoire traumatique. Lors de la dissociation cette mémoire traumatique envahira et colonisera la victime, mais de manière fragmentée, sans connotation émotionnelle, ni état de stress. L'absence de connotation émotionnelle la rend en quelque sorte indifférente, comme sans importance.

Quand l'amnésie traumatique est partielle, cela fait co-exister des fragments de mémoire traumatique dissociés et anesthésiés qui correspondent aux situations de violences les plus graves et terrorisantes, avec des fragments de mémoire traumatique qui eux ne sont pas dissociés et sont ressentis en générant des états de stress, de malaise voire de panique qui correspondent à des situations de violences moins terrorisantes et à des détails contextuels périphériques : par exemple des objets, une couleur, des bruits, une heure de la journée, un lieu, un temps pluvieux ou au contraire ensoleillé, etc. Lors d'une amnésie traumatique complète, il peut y avoir des

fragments de mémoires traumatique uniquement contextuels qui génèrent des sensations et un malaise incompréhensibles.

Mais si la dissociation disparaît, ce qui peut se produire quand la victime est enfin protégée et sécurisée, c'est à dire qu'elle n'est plus en permanence confrontée à des violences, à son agresseur, à ses complices ou au contexte des agressions, alors la mémoire traumatique peut se reconnecter ; et elle peut « s'allumer » lors de liens rappelant les violences comme un lieu, un objet, une odeur, un bruit, une chanson, une couleur ou une texture, ou comme le fait d'entendre ou de lire un témoignage, de voir un documentaire, ou de subir une situation stressante ou traumatisante comme d'autres violences, un accident, un examen médical ou une intervention chirurgicale, le décès d'un proche, une catastrophe naturelle etc. (les exemples donnés sont tirés de situations réelles). La mémoire traumatique envahit l'espace psychique de la victime lui faisant revivre les violences comme une machine à remonter le temps. Et c'est une torture pour la victime qui sera obligée de mettre en place des stratégies de survie pour essayer d'y échapper : conduites d'évitement de tout ce qui pourrait l'allumer, et conduites dissociantes pour à nouveau la déconnecter et l'anesthésier (drogues, alcool, conduites à risque et mises en danger qui font re-déclencher la disjonction en produisant un stress extrême). La victime va donc osciller entre des périodes de dissociation avec d'importants troubles de la mémoire qui peuvent aller jusqu'à une amnésie complète et des périodes d'activation de la mémoire traumatique où elle va revivre de façon hallucinatoire les violences. Cette mémoire traumatique peut se traiter, les événements traumatiques seront alors intégrés en mémoire autobiographique, mais malheureusement les professionnels ne sont pas formés à la psychotraumatologie et l'immense majorité des victimes de violences sexuelles dans l'enfance sont abandonnées (83% des victimes de violences sexuelles dans notre enquête IVSEA de 2015 n'ont jamais été ni protégées, ni reconnues) et ne sont ni identifiées, ni protégées ni soignées.

Le retour des souvenirs traumatiques, même s'il est très éprouvant, est une chance pour la victime de récupérer enfin son histoire et sa vérité, de pouvoir retrouver sa capacité à se protéger et se défendre, et d'accéder à des soins qui lui permettront de traiter ses traumatismes. Le manque d'information et de professionnels formés peuvent transformer cette chance en un enfer qui peut conduire la victime à se considérer ou être considérée comme folle, avec parfois une prise en charge psychiatrique inadaptée et très invalidante.

Dans les études sur l'amnésie traumatique la plupart des participantes qui ont rapporté une amnésie complète des violences physiques ou sexuelles subies ont eu leur première remémoration des violences alors qu'elles étaient seules et chez elles. Peu de participantes ont déclaré s'être rappelé les violences lors d'une séance de thérapie. Ces souvenirs retrouvés de violences réapparaissent sous la forme de flash-backs, de cauchemars, de réminiscences sensorielles et kinesthésiques. Ensuite, une mémoire narrative a commencé à émerger (Williams, 1994 ; Chu, 1999, Van der Kolk, 2001).

La méconnaissance des phénomènes psychotraumatiques, de la réalité et de la fréquence des violences sexuelles commises sur des mineurs fait que les victimes qui ont des réminiscences traumatiques ne sont le plus souvent pas crues. On leur renvoie qu'il s'agit de fantasmes, d'hallucinations rentrant dans le cadre de psychoses, ou bien de faux souvenirs.

À la fin des années 1990, aux Etats-Unis, lorsque des plaintes ont commencé à être déposées et prises en compte par les tribunaux après des remémorations, une polémique s'est développée autour d'une association (The False Memory Syndrome Foundation) dénonçant ces remémorations comme étant des faux souvenirs induits par des psychothérapeutes. Cette association décrivait même une épidémie de dénonciations de violences sexuelles dans l'enfance basées sur ce « syndrome des faux souvenirs ». Cette contestation reposait sur l'argument que des traumatismes aussi graves ne pouvaient pas être oubliés et que des thérapeutes trop zélés greffaient ces faux souvenirs chez leurs patients. Des scientifiques aux USA et en Israël se sont alors mobilisés pour démontrer que les amnésies traumatiques existaient bel et bien, et qu'elles étaient prouvées par de très nombreuses études, dont les études prospectives citées plus haut, et que les souvenirs retrouvés étaient très rarement liés à des remémorations survenues lors de psychothérapies.

Les auteurs passent en revue 68 études basées sur des données spécifiquement sur l'amnésie et la récupération ultérieure des souvenirs pour l'abus sexuel d'enfance, chacun présentant des preuves favorisant l'amnésie et des souvenirs récupérés pour des abus sexuels chez certains individus. Ces études ont été menées en utilisant une variété d'approches méthodologiques et des améliorations progressives dans la conception de la recherche qui répondaient à chaque critique avancée par les promoteurs de fausses mémoires (Brown, 1999).

Cet ensemble impressionnant d'études scientifiques (Hopper J., 2015) a permis d'invalidier la théorie de l'épidémie de « faux souvenirs », et des enquêtes ont pu démontrer que les chiffres avancés par the False Memory Syndrome Foundation pour justifier d'une épidémie de faux souvenirs déclenchés par des thérapies étaient faux.

Dans le contexte d'une controverse concernant l'amnésie et les souvenirs retrouvés, toutes les études fournissent des preuves de l'apparition d'une amnésie des expériences traumatiques de l'enfance et de la récupération ultérieure des souvenirs. Et plusieurs études qui ont recherché de façon indépendante à corroborer les souvenirs retrouvés ont montré des taux importants de corroboration du même ordre que lors de souvenirs continus sans amnésie, plus élevés lors des récupérations qui se sont produites en dehors de thérapie (Geraerts, 2007). En ce qui concerne les souvenirs retrouvés dans le cadre d'une thérapie, les taux sont moins élevés et il est possible que des souvenirs soient inexacts ou qu'il existe pour un pourcentage faible le risque de souvenirs induits (Hyman, 1992 ; Loftus, 1995). Des protocoles expérimentaux ont démontrés, dans des conditions ne reproduisant pas, par définition, des événements traumatiques (ce qui est exclu sur le plan éthique), une malléabilité de la mémoire face à des

suggestions, et que suivant les expérimentations 6 et 25% des participant.e.s pouvaient présenter des pseudo-souvenirs de faux évènements.

« En réponse aux démonstrations expérimentales de la malléabilité de la mémoire, certains chercheurs ont émis l'hypothèse que la mémoire d'événements traumatiques bien réels est différente de la mémoire des expériences de la vie courante ou en laboratoire. Par exemple, les chercheurs ont suggéré (comme présenté plus haut) que les souvenirs traumatiques sont séparés et stockés en dehors de la mémoire narrative ordinaire et qu'ils sont donc moins sujets à la survenue de modifications en réponse à de nouvelles expériences (Crabtree, 1992 ; Van der Kolk 1999, McFarlane, 2010). Contrairement aux mémoires narratives qui sont intégratives, malléables et ajustées dans les schémas cognitifs personnels de l'individu, les souvenirs traumatiques sont dits inflexibles, non narratifs, automatiques, déclenchés et déconnectés de l'expérience ordinaire. Cette non-intégration est considérée comme la base du fait que la mémorisation comporte- mentale, la sensation somatique ou les images intrusives sont déconnectées de la mémoire verbale consciente. Du fait que les souvenirs traumatiques ne sont pas assimilés, ils conservent leur force originelle, « oubliés et donc inoubliables » (Van der Kolk, 1999). Alors que la mémoire narrative ordinaire est dynamique, se modifie et se dégrade au fil du temps, la mémoire traumatique a été décrite comme « indélébile » (Ledoux, 1992).

Au total, les études suggèrent fortement que la psychothérapie n'est généralement pas associée à la récupération de la mémoire, et que les souvenirs de violences retrouvés peuvent être fréquemment vérifiés de façon indépendante.

Cette idée est confirmée par des recherches récentes montrant que les personnes rapportant des souvenirs spontanément récupérés ont une tendance frappante à oublier des incidences antérieures de ce souvenir lorsque ces récupérations antérieures ont eu lieu dans un contexte différent. Cette constatation suggère que ce groupe, dans son ensemble, peut simplement ne pas se souvenir de ses pensées antérieures au sujet d'une incidence réelle des violences sexuelles subies dans l'enfance (Geraerts et al., 2007)

Pour rappel, les fausses allégations de violences sexuelles chez les personnes qui portent plainte sont rares : une étude aux USA de 2010 très documentée les estime à moins de 6 %, une autre de Rumney en 2006 les estime entre 3% et 8%, et une étude de Trocmé qui analyse les fausses allégations de violences sexuelles commises sur des enfants les évalue à 6%, ces fausses allégations n'étant d'ailleurs pas du fait des enfants mais surtout de proches voisins et de parents qui n'ont pas la garde de l'enfant (Lisak, 2010 ; Rumney P. 2006, Trocmé N., 2005).

En revanche les amnésies traumatiques sont fréquentes et les souvenirs retrouvés doivent être pris en considération par les professionnels de la santé et les professionnels des forces de l'ordre et de la justice.

En particulier, lorsque les souvenirs sont fragmentaires, les cliniciens doivent les considérer comme valides sur le plan psychologique, et lorsque la mémoire récupérée commence à remplacer l'amnésie, les cliniciens doivent permettre aux patients de

reconstituer — sans suggestion — une histoire personnelle compatible avec les symptômes passés et actuels.

IV - La prise en charge médicale et psychologique

Les professionnels de la santé sont le premier recours pour les victimes de violences sexuelles mais malheureusement très peu sont formés, que ce soit en formation initiale ou en formation continue (ONDRP 2012-2017). Leur rôle est primordial pour dépister les violences sexuelles et les dangers courus par les victimes (risque suicidaire ou de mises en danger, menaces de mort, nouvelles violences), et donc pour les protéger et leur prodiguer les soins spécifiques dont elles ont besoin.

Les violences sexuelles sont un problème majeur de santé publique, les médecins et les autres soignants doivent systématiquement dépister les violences et les psychotraumatismes, ils doivent savoir rechercher et diagnostiquer un état de stress post-traumatique, des troubles dissociatifs, une mémoire traumatique. Comme voir subi des violences sexuelles dans l'enfance est chez les femmes le premier facteur de risque de subir à nouveau des violences, devant toute violence déclarée d'une patiente (violence sexuelle, violence conjugale, violence au travail, etc.) il est important pour le professionnel de santé de rechercher d'autres violences antérieures. Le seul fait de se préoccuper de l'existence de violences antérieures ou d'autres violences subies lors de violences qui sont rapportées peut permettre aux victimes de sortir de leur amnésie traumatique partielle ou totale (il s'agit d'un processus dissociatif qui fait que les souvenirs sont là mais dissociés, ils ne sont pas mobilisables car ils ne sont pas connotés émotionnellement, ils sont perdus dans un « brouillard épais » ; si la personne est sécurisée, lorsqu'on lui demande de rechercher des souvenirs elle peut en identifier certains, mais d'autres resteront possiblement inaccessibles).

Que ce soit lors des périodes d'amnésie traumatique dissociative totale ou partielle (qui est encore plus fréquente, autour de 60% et qui concerne le plus souvent les souvenirs des violences les plus graves, Breslau, 1991) ou lors des retours de souvenirs, les psychotraumatismes que présentent les victimes nécessitent des soins spécialisés en psychotraumatologie par des professionnels formés. Ne pas proposer de soins spécifiques à une victime traumatisées par des violences sexuelles représente une grave perte de chance pour sa santé mentale et physique. Les violences sexuelles ont un impact neuro-pathologique sur le cerveau avec des atteintes neurologiques, et les troubles psychotraumatiques (mémoire traumatique, dissociation traumatique, état de stress, et toutes leurs conséquences en terme de stratégies de survie : conduite d'évitement et conduites dissociantes à risque) sont un facteur de risque majeur à court, moyen et long terme pour la santé de la victime (Felitti et Anda, 2010 ; Mc Farlane, 2010 ; Hillis, 2016). Leur prise en charge et le traitement psychothérapique de la mémoire traumatique permet d'éviter la majeure partie des conséquences sur la santé et de réparer les atteintes neurologiques.

Les victimes présentant des amnésies traumatiques partielles ou totales sont dissociées (mécanisme de survie) et en grand danger de subir à nouveau des violences ou des situations à risque. Du fait que la dissociation entraîne une anesthésie émotionnelle et corporelle, il est très difficile pour la victime de s'opposer et de se défendre, et elle peut tolérer de nombreuses situations violentes ou à risque avec un seuil de tolérance à la douleur élevé. Cette tolérance à la douleur est un facteur de risque de laisser se développer des pathologies traumatiques et somatiques sans recourir à des soins. De plus la dissociation fait apparaître la victime comme indifférente, et les professionnels qui la prennent en charge peuvent être contaminés par l'anesthésie émotionnelle et ne pas se rendre compte du danger que la victime court, de la gravité de son état et de sa souffrance, et manquer d'empathie (les neurones miroirs qui normalement informent sur l'état émotionnel d'autrui ne sont pas activés face à quelqu'un qui est dissocié, ils ne renvoient aucune alerte émotionnelle ; si les professionnels ne sont pas formés à reconnaître un état dissociatif, ils peuvent ne pas être protecteurs, et devenir même maltraitants vis-à-vis de la victime).

Quand les victimes ont retrouvés leur souvenir, elles vont être dans un premier temps submergées par une mémoire traumatique qui va les envahir de façon incontrôlée et leur faire revivre à l'identique les violences du passé comme une machine à remonter le temps, avec des fragments plus ou moins importants sous forme de flashbacks sensoriels (images, odeurs, sons, mots ou phrases), cénesthésiques (sensations corporelles, douleurs), kinesthésiques (sensations de mouvements) et émotionnels (sidération, terreur, panique, détresse, désespoir, colère, révolte, etc.), de cauchemars. La mémoire traumatique fait revivre à la victime ce qu'elle a vu, entendu, fait et ressenti, mélangé sans aucune intégration, ni possibilité d'analyse, en même temps que ce qu'a fait l'agresseur, avec ses paroles, ses cris, sa haine, son mépris, son excitation perverse, ce qui peut donner à la victime l'impression d'entendre des voix, d'être assailli l'impression de mourir ou d'être en danger de mort ; la victime peut également s'attaquer, s'injurier, avoir l'impression d'être un monstre, d'être habitée par un monstre, d'être envahie par une violence extrême, ou d'être excitée, alors qu'il s'agit de la mémoire traumatique provenant de l'agresseur, de ce qu'il a dit, ressenti et fait (Salmona, 2013, 2015).

L'explosion soudaine de cette mémoire traumatique est extrêmement éprouvante, paniquante et traumatisante pour la victime, elle peut lui donner l'impression de devenir folle ; elle peut être prise par les professionnels de santé pour une bouffée délirante ou des hallucinations, et être traitée comme telle avec une hospitalisation et un traitement neuroleptique. Il est essentiel que les victimes puissent être rassurées et sécurisées, informées de ce qu'il leur arrive avec des explications détaillées, et qu'une prise en charge du stress et de la mémoire traumatique soit immédiatement engagée pour moduler le stress (avec des bêtabloquants, une sécurisation et des exercices de respiration) et désamorcer la mémoire traumatique (avec des paroles rassurantes, des liens pour analyser la situation, la rapporter et la contextualiser par rapport aux violences du passé, et pour identifier et séparer ce qui provient de la victime ou de l'agresseur), et permettre à la

victime de reprendre pied dans le présent, dans ses ressentis et sa perception d'elle-même, tout en analysant ce qui s'est revécu du passé.

Le traitement de la mémoire traumatique permet de l'intégrer et de la transformer pas à pas en mémoire autobiographique.

Il s'agit de « réparer » l'effraction psychique initiale, la sidération psychique liée à l'irreprésentabilité des violences (Steele, 1990 ; Van der Kolk, 2001, Salmona, 2012). Cela se fait en « revisitant » le vécu des violences pour qu'il puisse petit à petit devenir intégrable, car mieux représentable, mieux compréhensible, en mettant des mots sur chaque situation, sur chaque comportement, sur chaque émotion, en analysant avec justesse le contexte, ses réactions, le comportement de l'agresseur.

Cette analyse poussée permet aux fonctions supérieures de reprendre le contrôle des réactions de l'amygdale cérébrale, d'encoder la mémoire traumatique émotionnelle pour la transformer en mémoire autobiographique consciente et contrôlable (Nijenhuis, 2004), et de produire un récit des violences qui devient de plus en plus juste et cohérent (Van der Kolk, 2001). Il a pour but également de décoloniser la victime des violences et de l'agresseur et de lui permettre d'être à nouveau ou enfin elle-même (Van der Hart, 2010 ; Salmona, 2013).

Quand la mémoire traumatique est intégrée en mémoire autobiographique, le psychotraumatisme est traité, il n'y a plus de sensation de danger permanent, de nécessité d'être continuellement en état d'alerte, et les stratégies de survie (conduites d'évitement et de contrôle, et conduites dissociantes risquées pour s'anesthésier comme les conduites addictives et les mises en danger) deviennent inutiles, il n'y a plus de troubles cognitifs, les atteintes neurologiques sont réparées (Ehling, 2003).

V - La prise en charge judiciaire.

Il est évident que l'amnésie traumatique dissociative représente un obstacle majeur pour que soient respectés les droits des victimes à être protégées et à porter plainte.

Les plaintes en cas d'amnésie partielle aboutissent souvent à des classement sans suite (pour rappel, près de 70% des plaintes pour viol sont classées sans suite, Le Goaziou, 2016) en raison d'un récit qui n'est pas suffisamment cohérent pour les enquêteurs. Les troubles dissociatifs sont alors interprétés comme des éléments mettant en cause la crédibilité de la victime, ou comme la preuve, puisque la victime semble indifférente, que les violences alléguées n'ont pas traumatisé la victime (alors que c'est l'inverse), le procureur ayant l'opportunité des plaintes.

En cas d'amnésie totale et de retours des souvenirs, les souvenirs retrouvés sont souvent considérés comme de faux souvenirs et donc de fausses allégations (alors que les fausses allégations sont très rares), avec l'idée fautive qu'il est impossible d'oublier des violences aussi graves que des violences sexuelles. Si la victime n'a pas bénéficié d'un bon accompagnement juridique et d'une prise en

charge psychothérapique de sa mémoire traumatique, le récit va être là aussi considéré comme trop fragmentaire et incohérent pour être utilisable et la plainte va être classée sans suite.

Lors du recouvrement des souvenirs, l'explosion de la mémoire traumatique peut être telle qu'elle va être prise pour une bouffée délirante ou une entrée dans une psychose et faire l'objet de lourds traitements neuroleptiques ; lors de la plainte la victime va être considérée comme psychiatrique et il existe un risque important que son récit ne soit pas considéré comme crédible et que la plainte soit classée sans suite.

De plus, les amnésies traumatiques sont responsables de plaintes tardives, considérées comme difficiles à traiter sur le plan judiciaire, se résumant à enquêter sur paroles contre paroles si l'agresseur nie les faits, ce qui entraîne fréquemment des classement sans suite. Cela ne devrait pas être le cas, les enquêtes pouvant recueillir des faisceaux d'indices graves et concordants tout à fait suffisant pour instruire la plainte (récit détaillé, parcours de la victime scolaire et personnel, carnet de santé, troubles psychotraumatiques typiques, journal intime, photos, personnes à qui la victime a parlé, témoins, autres victimes, stratégie de l'agresseur, etc.) .

Vu le temps nécessaire aux victimes de violences sexuelles pour recouvrer leurs souvenirs, traiter leur psychotraumatisme et accéder à un récit cohérent, il est souvent trop tard, les délais de prescription sont dépassés. Actuellement les délais sont, pour les majeur.e.s, de 20 ans pour les viols et de 6 ans pour les agressions sexuelles, et pour les mineur.e.s de 20 ans après la majorité pour les viols et pour les agressions sexuelles si elles sont commises sur des mineur.e.s de 15 ans et si elles sont accompagnées de circonstances aggravantes, et de 10 ans après la majorité pour les agressions sexuelles sur mineur.e.s de plus de 15 ans sans circonstance aggravante (il est toujours possible même si les viols ou les agressions sexuelles sont prescrits de signaler les infractions au procureur de la République, qui, si vous lui faites part de votre conviction qu'il y a d'autres victimes dont les faits de violences ne sont pas prescrits, ou s'il retrouve d'autres signalement concernant le même agresseur, pourra décider de déclencher une enquête.

Si les personnes ayant retrouvé des souvenirs portent plainte pour les faits de violences sexuelles auprès des autorités, les professionnels de la police, de la gendarmerie et de la justice doivent rechercher, comme pour des souvenirs continus, des preuves et des faisceaux d'indices pour les corroborer.

Si les viols ou les agressions sexuelles sont prescrits quand la victime a retrouvé ses souvenirs et a pu enfin produire un récit cohérent de ce qu'elle a vécu pour pouvoir porter plainte, l'amnésie traumatique devrait être reconnue comme un obstacle majeur suspendant la prescription pour permettre à la victime d'exercer ses droits à déclencher une action publique : Art. 9-3. « Tout obstacle de droit, prévu par la loi, ou tout obstacle de fait insurmontable et assimilable à la force majeure, qui rend impossible la mise en mouvement ou l'exercice de l'action publique, suspend la prescription » (la loi n° 2017-242 du 27 février 2017 portant réforme de la prescription en matière pénale).

Les amnésies traumatiques dissociatives qui peuvent durer 10, 20, 30 et plus de 40 ans sont une des raisons majeures pour que nous réclamions une imprescriptibilité des crimes sexuels et des agressions sexuelles accompagnées de circonstances aggravantes, ou tout au moins un rallongement des délais de prescription à 30 ou 40 ans après la majorité des victimes de violences sexuelles mineur.e.s.

VI - Conclusion

Les amnésies traumatiques lors de violences sexuelles sont fréquentes et peuvent durer des années, voire plusieurs dizaines d'années, particulièrement quand les faits sont commis sur des enfants, quand ils sont incestueux, criminels, et quand les victimes sont restées en contact avec l'agresseur ou avec le contexte de l'agression. Du fait de ces amnésies traumatiques, de nombreuses victimes ne vont pas pouvoir révéler les crimes ou délits qu'elles ont subis, elles ne pourront donc être ni identifiées, ni protégées, ni prises en charge.

Les amnésies traumatiques représentent donc un facteur de sous-évaluation des violences sexuelles et de perte de chance pour les victimes. Elles constituent alors un obstacle à ce que la victime soit protégée et puisse mettre en route l'action publique, et devraient pouvoir être reconnues comme des obstacles insurmontables qui entraînent une suspension du délai de prescription. Elles justifient également une augmentation du délai de prescription, mais s'il n'y a pas d'imprescriptibilité ces délais seront toujours insuffisants pour permettre à toutes les victimes de pouvoir porter plainte.

Il est essentiel pour tous les professionnels prenant en charge des victimes de violences d'être formés sur les conséquences psychotraumatiques, dont les amnésies traumatiques, dont ils doivent tenir compte par rapport au dépistage des violences et à leur prise en charge. Il est également essentiel que lors des retours des souvenirs les victimes soient entendues, et que leurs remémorations soient prises en compte par les professionnels. Les victimes doivent pouvoir bénéficier de protection, de soins adaptés et d'accès à la justice.

Dre Muriel Salmona

drmsalmona@gmail.com

Pour en savoir plus sur les violences et les psychotraumatismes :

- Les sites de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie avec de nombreuses informations disponibles et des fiches pratiques sur les violences, leurs conséquences sur la santé, leur prise en charge, et des informations sur les campagnes et les actions de l'association :
 - <http://www.memoiretraumatique.org>
 - <http://stopaudeni.com>
- Les blogs de la Dre Muriel Salmona :
 - <http://stopauxviolences.blogspot.fr>
 - <http://lelivrenoirdesviolencessexuelles.wordpress.com> avec une bibliographie générale
- *Le Livre noir des violences sexuelles*, de Muriel Salmona, Paris, Dunod, 2013.
- *Violences sexuelles. Les 40 questions-réponses incontournables*, de Muriel Salmona, Paris, Dunod, 2015.

Enquêtes

Enquêtes « Cadre de vie et sécurité » CVS Insee-ONDRP, de l'Observatoire National des réponses pénales 2010 à 2016. consultable sur le site inhesj.fr

Enquête IVSEA Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte, 2015, conduite auprès de plus de 1200 victimes de violences sexuelles par Association Mémoire Traumatique et Victimologie avec le soutien de l'UNICEF France: Salmona Laure auteure, Salmona Muriel coordinatrice, Rapport et synthèse téléchargeables sur les sites : <http://stopaudeni.com> et <http://www.memoiretraumatique.org>

World Health Organization, Global Status Report on Violence Prevention, Genève, WHO, 2014.

DSM-5 - Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux American Psychiatric Association, Traduction française coordonnée par Marc-Antoine Crocq, Traduction française coordonnée par Julien-Daniel Guelfi, Traduction française coordonnée par Patrice Boyer, Traduction française coordonnée par Charles-Bernard Pull, Traduction française coordonnée par

Bibliographie

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.

Briere J, Conte J: Self-reported amnesia in adults molested as children. *J Trauma Stress* 1993; 6:21–31.

Brown, D., Schefflin, A. W., & Whitfield, C. L. (1999). Recovered memories: The current weight of the evidence in science and in the courts. *Journal of Psychiatry & Law*, 27(1), 5-156.

Chu JA, Dill DL: Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990; 147:887–892.

Desmedt A. et coll., « Glucocorticoids Can Induce PTSD-Like Memory Impairments » in *Mice*, *Science* 23 March 2012 : Vol. 335 no. 6075 pp. 1510-1513.

Ehling, T., & Nijenhuis, E.R.S., Krikke, A. (2003). Volume of discrete brain structures in florid and recovered DID, DESNOS, and healthy controls. *Proceedings of 20th International Society for the study of dissociation*. Chicago, 2003, november 2-4.

Everson, M. D., & Boat, B. W. (1989). False allegations of sexual abuse by children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 230-235.

Herman JL, Schatzow E: Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanal Psychol* 1987; 4:1–4.

Geraerts E. (2007) The Reality of Recovered Memories Corroborating Continuous and Discontinuous Memories of Childhood Sexual Abuse, *Psychological Science*, Volume: 18 issue: 7, page(s): 564-568

Goldfeld, A. E., Mollica, R. F., Pesavento, B. H., & Faraone, S. V. (1988). The physical and psychological sequelae of torture: Symptomology and diagnosis. *Journal of the American Medical Association*, 259, 2725-2729.

Karon, B.P., & Widener, A.J. (1997). Repressed memories and World War II: Lest we forget! *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 338-340.

Kinzie, J. D. (1993). Posttraumatic effects and their treatment among Southeast Asian refugees. In J.P. Wilson and B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum, pp.311-319.

Kluft RP: The confirmation and disconfirmation of memories of abuse in dissociative identity disorder patients: a naturalistic study. *Dissociation* 1995; 4:253–258

Herman, J. L., & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1-14.

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

Hyman IE, Troy TH, Billings FJ: False memories of childhood experiences. *Applied Cognitive Psychol* 1995; 9:181–197 Crossref

Janet P., *L'automatisme mental*, Paris, Alcan, 1889.

Janet P., « L'évolution de la mémoire et de la notion du temps », *Leçons au Collège de France 1927-1928*, Paris, L'Harmattan, 2006, 474 pages.

Krell, R. (1993). Child survivors of the Holocaust: Strategies of adaptation. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 384-389.

Krystal, H., & Danieli, Y. (1994, Fall). Holocaust survivor studies in the context of PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 5(4), 1-5.

Laub, D., & Auerhahn, N. C. (1993). Knowing and not knowing massive psychic trauma: Forms of traumatic memory. *American Journal of Psychoanalysis*, 74, 287-302.

LeDoux JE: Emotion as memory: anatomical systems underlying indelible neural traces, in *The Handbook of Emotion and Memory*. Edited by Christianson S-Å. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1992, pp 289–297

Ledoux, J., & Muller, J. (1997) « Emotional memory and psychopathology », *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B*, 352, 1719-1726.

Lindsay, D. S., ' & Read, J. D. (1994). Incest resolution psychotherapy and memories of childhood sexual abuse: A cognitive perspective. *Applied Cognitive Psychology*, 8, 281-338.

Lisak, D. (2010). *False Allegations of Sexual Assault: An Analysis of Ten Years of Reported*

Cases. *Violence Against Women* 16 (12): 1318–1334. Article

Loftus EF, Polonsky S, Fullilove MT: Memories of childhood sexual abuse. *Psychol Women Q* 1994; 18:64–84 Crossref

Mazor, A., Ganpel, Y., Enright, R. D., & Ornstein, R. (1990, January). Holocaust survivors: Coping with posttraumatic memories in childhood and 40 years later. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 11-14.

Myers, C. S. (1915, January). A contribution to the study of shell-shock. *Lancet*, 316-320.

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

Nijenhuis, E.R.S., & Van der Hart, O., Steele, K. (2004). Trauma-related structural dissociation of the personality. Trauma Information Pages website, January 2004. Web URL: <http://www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.php>.

Putman F. W., Research Update Review : « Child Sexual Abuse », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2003, 42(3):269–278.

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.

Rodriguez, N., Ryan, S. W., « Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of child sexual abuse: A comparison study » in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Février 1997, Vol. 65, Issue 1, p. 53-59.

Ross CA, Joshi S, Currie R: Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1547–1552 .

Rumney P., False allegation of rape, *The Cambridge Law Journal* 2006, Volume 65, Issue 1, p. 128-158.

Salmona M. La mémoire traumatique. *In* Kédia M, Sabouraud-Seguin A (eds.). *L'aide-mémoire en psychotraumatologie*. Paris : Dunod, 2008.

Salmona M. Mémoire traumatique et conduites dissociantes. *In* Coutanceau R, Smith J (eds.). *Traumas et résilience*. Paris : Dunod, 2012, téléchargeable sur le site memoiretraumatique.org.

Salmona M. Dissociation traumatique et troubles de la personnalité post-traumatiques. In Coutanceau R, Smith J (eds.). Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie. Paris : Dunod, 2013, téléchargeable sur le site memoiretraumatique.org.

Salmona M. « Le viol, crime absolu » in doss. « Le traumatisme du viol », *Santé Mentale*, Mars 2013, n°176. téléchargeable sur le site memoiretraumatique.org.

Salmona M. Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes in *Pratique de la psychothérapie EMDR*, sous la direction de Cyril Tarquinio et Al., Dunod, 2017 ; 19, pp 207-218.

Somer, E. (2005). Advances in dissociation research and practice in Israel. In G. F. Rhodes and V. Sar (Eds.) *Trauma and Dissociation in a Cross-Cultural Perspective: Not Just a North American Phenomenon*. New York: Haworth Press. 155 – 176. Simultaneously published in the *Journal of Trauma Practice*, 4 (1/2), 155 – 176

Terr L: What happens to memories of early childhood trauma? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27:96–104

Thom, D. A., & Fenton, N. (1920). Amnesias in war cases. *American Journal of Insanity*, 76, 437-448.

Trocmé N., Bala N., False allegations of abuse and neglect when parents separate, *Child abuse and neglect* 29, 1333-1345, 2005

Van der Hart, O., & Friedman, B. (1992). « Trauma, dissociation and trigger : Their role in treatment and emergency psychiatry », in *Emergency psychiatry today*, Amsterdam, Elsevier, 137-142

Van der Kolk, B.A., & Van der Hart, O. (1991) « The intrusive past : The flexibility of memory and the engraving of trauma ». *American Imago* : 48, 425-454.

Van der Kolk, B.A., Fischer R. (1995) Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories Overview and exploratory study, *Journal of traumatic stress*, 8, 505-536.

Van der Kolk B. A., Hopper J. W. (2001) Exploring nature of traumatic memory : combining clinical knowledge with laboratory methods, *Journal of aggression, maltreatment and trauma*, vol 4, n°2, 9-31.

Widom C. S., Accuracy of Adult Recollections of Childhood Victimization : Part 1 ; *Childhood Abuse*, NCJRS Psychological Assessment Volume:8 Issue:4 Dated:(1996) Pages:412-421.

Williams, L. M., « Recall of childhood trauma : a prospective study of women's memory of child sexual abuse » in Journal of consulting and clinical psychology, 1994, Vol. 62, n°6, p. 1167-1176.

Yehuda, R., Schmeidler, J., Siever, L. J., Binder-Brynes, K., & Elkin, A. (1997). Individual differences in posttraumatic stress disorder symptom profiles in Holocaust survivors in concentration camps or in hiding. Journal of Traumatic Stress, 10, 453-465.

STOP À L'IMPUNITÉ DES CRIMINELS SEXUELS

Pétitions à signer :

Pétition de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie qui a reçu plus de 45 500 signatures : **Stop à l'impunité des crimes sexuels** : <https://www.mesopinions.com/petition/justice/stop-impunite-crimes-sexuels/35266>

Pour lire le Manifeste contre l'impunité des crimes sexuels : <https://manifestecontreimpunite.blogspot.fr>

Pétition de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie qui a reçu plus de 22 400 signatures : **Droit d'être soignées et protégées pour toutes les victimes de violences sexuelles !** <http://www.mesopinions.com/petition/sante/droit-etre-soignees-protgees-toutes-victimes/14001>

Pétition de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie qui a reçu plus de 35 800 signatures : **Pour une imprescriptibilité des crimes sexuels**

<http://www.mesopinions.com/petition/justice/imprescriptibilite-crimes-sexuels/25896>

Pour lire le Manifeste pour une imprescriptibilité des crimes sexuels

<https://manifestecontreimpunite.blogspot.fr>

Pétition de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie qui a reçu plus de 38 900 signatures : **Stop aux violences faites aux enfants**

<http://www.mesopinions.com/petition/politique/manifeste-stop-aux-violences-aux-enfants/28367>

Pour lire le Manifeste stop aux violences faites aux enfants :

<http://manifestestopvfe.blogspot.fr/>