

POUR ENRAYER LA REPRODUCTION DE VIOLENCES IL FAUT PROTÉGER LES ENFANTS VICTIMES DE VIOLENCES ET TRAITER LEURS TRAUMAS

Il est impératif de mettre en place une culture de la protection et
du soin des enfants victimes de violences



Livret téléchargeable ICI : https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/2026-quand-on-te-fait-du-mal_2_opt.pdf

Dre Muriel SALMONA,
psychiatre,
présidente de l'association Mémoire traumatique et victimologie`
memoiretraumatique@gmail.com
www.memoiretraumatique.org
Juillet 2026

Nous savons que le premier facteur de risque de suicide, de conduites à risque, de violences auto-infligées, de subir des violences ou d'en commettre sur soi ou sur autrui, est d'avoir déjà subi des violences dans l'enfance (Felitti, Anda, 2010).

Les violences faites aux enfants alimentent sans fin une chaîne de reproduction de violences de proche en proche et de génération en génération sous la forme d'un continuum de violences subies, de violences commises envers soi et de violences commises envers autrui.

Cette chaîne de reproduction de violences est d'une efficacité d'autant plus implacable que les violences faites aux enfants sont d'une grande ampleur, qu'elles bénéficient à la fois d'un déni, d'une loi du silence et d'une impunité quasi totale, et que la très grande majorité des enfants qui en sont victimes sont abandonnés, sans secours, sans protection et sans soins et sont condamnés à survivre seuls aux violences et à leurs graves conséquences psychotraumatiques.

Et c'est particulièrement vrai pour les violences sexuelles qui sont systémiques et qui font partie des violences les plus traumatisantes, d'autant plus si elles sont associées à d'autres violences physiques. Une grande étude de l'ONU menée par Fulu et publiée dans The Lancet en 2017 montre que pour une femme, avoir subi des violences physique et sexuelle enfant multiplie par 16 le risque de subir des violences conjugales ou sexuelles à l'âge adulte, et pour un garçon avoir subi des violences physiques et sexuelles multiplie par 14 le risque de commettre des violences conjugales ou sexuelles à l'âge adulte (Fulu, 2017).

Rien ou presque ne vient s'opposer au fonctionnement de cette chaîne de reproduction.

Pourtant les mécanismes à l'œuvre dans ces phénomènes de reproduction de violences depuis de nombreuses années sont bien connus. Au cœur de ces mécanismes on retrouve les psychotraumatismes, et plus précisément à la mémoire traumatique des violences, nous en verrons tous les rouages. Et nous savons qu'il est possible d'interrompre cette chaîne de reproduction en protégeant toutes les victimes de violences et surtout en soignant leurs psychotraumatismes. L'enjeu est d'éviter la mise en place d'une mémoire traumatique par des soins les plus précoces possibles, ou de traiter cette mémoire traumatique pour qu'elle s'intègre en mémoire autobiographique. L'efficacité de ces soins a été prouvée, ils permettent de réparer les atteintes neurologiques et d'éviter la grande majorité des conséquences psychotraumatiques sur la vie et la santé mentale et physique des victimes, dont le risque de reproduire des violences sur soi ou sur autrui.

Il existe des professionnels formés à la psychotraumatologie et engagés dans la lutte contre les violences, ainsi que des structures de soins spécialisées dans la prise en charge des psychotraumatismes mais leur nombre est notoirement insuffisant et il

est difficile de les trouver. Seule une petite partie de l'ensemble des enfants victimes de violences peuvent en bénéficier alors que les soins sont une urgence médico-psychologique et médico-légale, qu'ils sont indispensables et que leur absence représente pour ces enfants victimes de violences, une énorme perte de chance en ce qui concerne leur développement, leur vie et leur santé.

Comme nous allons le voir dans cet article, l'absence de protection, la méconnaissance des psychotraumatismes et l'absence de leur prise en charge, en obligeant les enfants victimes de violences à survivre seuls aux violences et à leurs conséquences psychotraumatiques, sont à l'origine de graves conséquences sur leur vie, leur santé mentale et physique et d'un risque important de subir des violences ou d'en commettre.

Ce risque de reproduction de violences est avant tout lié à la mémoire traumatique. Cette mémoire des violences est piégée dans une structure cérébrale sous-corticale l'amygdale cérébrale. De ce fait, elle n'est pas intégrée par l'hippocampe en mémoire autobiographique, elle reste non consciente, incontrôlable, non contextualisée dans le temps et l'espace, et elle contient de façon indifférenciée comme un magma, tout ce qui concerne la victime ce qu'elle a vécu et ressenti mélangé à tout ce qui concerne l'agresseur ce qu'il a commis sa violence, sa haine, son mépris, sa cruauté, son excitation perverse, ses mensonges et ses mises en scène. Et c'est ce contenu indifférencié qui va venir envahir et coloniser la victime aussitôt qu'un lien va rappeler les violences pour lui faire revivre ce qu'elle a subi et ce que l'agresseur a fait. Cette mémoire traumatique en faisant revivre sans cesse à la victime de manière incontrôlable les violences, transforme sa vie en un enfer.

Face aux violences et à l'enfer de la mémoire traumatique des violences, les victimes ont comme recours deux types de stratégies de survie : soit des stratégies d'évitement mises en place par les victimes pour éviter les violences ou la réactivation de leur mémoire traumatique ; soit des stratégies dissociantes pour s'anesthésier avec une dissociation traumatique mise en place par le cerveau des victimes lors des violences, ou des conduites à risque dissociantes mises en place par les victimes lors des réactivations de leur mémoire traumatique des violences, c'est ce deuxième type de stratégies dissociantes qui sont au cœur de la reproduction de violences que celle-ci soient subies, ou commises contre soi ou contre autrui :

- **Une stratégie involontaire qui est un mécanisme de sauvegarde mis en place par le cerveau lors des violences** qui fait disjoncter le circuit émotionnel des victimes pour échapper au risque vital que fait courir un état de stress extrême impossible à contrôler en raison de l'état de sidération provoqué par les violences et la cruauté de l'agresseur, ce mécanisme provoque une dissociation traumatique avec une anesthésie émotionnelle. Cette anesthésie émotionnelle est pour les enfants victimes de violences un facteur de risque important de subir à nouveau des violences dans un continuum de violences qui peut durer tout au long de leur vie, et c'est particulièrement vrai pour les filles victimes de violences sexuelles

- **Une stratégie volontaire qui est une conduite à risque dissociante mise en place par la victime traumatisée pour échapper au tsunami émotionnel que produit sa mémoire traumatique** qui lui fait revivre à l'identique les violences avec les mêmes sentiments de terreur dès qu'un lien l'active. Cette stratégie consiste à rechercher des situations de stress extrême pour forcer le cerveau à déclencher des mécanismes de sauvegarde et déconnecter le circuit émotionnel afin d'obtenir une anesthésie émotionnelle transitoire leur permettant de ne plus ressentir les émotions liées à leur mémoire traumatique. Il s'agit des conduites à risque et de mises en danger dont font partie des violences commises envers soi ou envers autrui. Elles sont très efficaces de façon temporaire pour anesthésier la souffrance liée à des réactivations traumatiques mais elles vont créer de nouveaux traumatismes qui vont au final renforcer leur mémoire traumatique et rendre le recours à ces conduites dissociantes encore plus nécessaire tout en augmentant leur dangerosité dans un processus addictif de tolérance et de dépendance. Les victimes qui ne sont ni responsables des violences qu'elles ont subies et de leurs conséquences psychotraumatiques, sont responsables du choix de leur stratégie de survie quand celles-ci portent atteintes à l'intégrité d'autrui. Ce choix d'instrumentaliser autrui en exerçant des violences pour s'anesthésier se fait dans le cadre d'un rapport de force et de domination sur des personnes vulnérables ou en situation d'inégalité. Dans une société patriarcale les victimes qui font ce choix d'exercer des violences contre autrui sont en majorité des hommes, et celles qui font le choix d'exercer des violences contre soi sont en majorité des femmes.

Si la majorité des victimes vont mettre en place des stratégies de survie qui ne vont pas mettre en danger autrui, il suffit que certaines le fassent en exerçant des violences, pour alimenter sans fin la reproduction des violences.

On ne devient pas violent par essence mais parce qu'on a subi ou qu'on a été témoin de violences le plus souvent dans son enfance qu'on en a été traumatisé et qu'on a développé une mémoire traumatique et qu'on choisit d'échapper à cette mémoire traumatique en l'anesthésiant par des violences qu'on exerce à son tour sur d'autres personnes.

Et il résulte clairement de ce qui précède que pour interrompre la production sans fin de violence il faut lutter contre toutes les formes de violences, protéger toutes les victimes et éviter qu'elles soient traumatisées et développent une mémoire traumatique. Cela passe par une protection sans faille de toute personne révélant des violences ou ayant été repérée grâce un questionnement systématique et universel, et cela passe par des soins prodigués en urgence par des professionnels formés, ce qui nécessite une offre de soin suffisante, sans frais et accessible.

. Il faut donc protéger les victimes potentielles vivant dans les univers malheureusement connus comme les plus dangereux, comme le couple, la famille, les institutions, le travail, et il faut promouvoir une égalité effective des droits, une

information sur les conséquences de la violence et une éducation à la non-violence. Il faut aussi bien sûr protéger les victimes traumatisées et ne plus les abandonner à leur sort. Aucune victime ne doit être laissée sans prise en charge et sans soin.

Protéger, soigner et rendre justice à toute victime est impératif absolu, et les auteurs de violences doivent rendre des comptes et être sanctionnés. Mais cela ne suffit pas, il faut également que les auteurs de violences soient pris en charge et traités dès les premières violences, dans le cadre d'une éducation à la non-violence et de soins spécialisés pour traiter leur mémoire traumatique et leur addiction à la violence.

Le traitement de la mémoire traumatique consiste à faire comprendre les mécanismes psychotraumatiques, dans le but de se comprendre, de se rendre justice et d'éviter les conduites dissociantes et de faire en sorte que les patients ne se laissent plus pétrifier par le non-sens apparent des violences. Le traitement consiste en même temps à faire identifier au patient sa mémoire traumatique qui prend la forme de véritables mines qu'il s'agit de localiser, puis de désamorcer et de déminer patiemment, en rétablissant des connexions neurologiques, en lui faisant faire des liens et en réintroduisant des représentations mentales pour chaque manifestation de la mémoire traumatique. Il s'agit de "réparer" l'effraction psychique initiale, la sidération psychique liée à l'irreprésentabilité des violences. C'est au fur et à mesure de la psychothérapie que le vécu peu devenir petit à petit mieux représentable et intégrable, mieux compréhensible, le thérapeute aidant à mettre des mots sur chaque situation, chaque comportement, chaque émotion, et à analyser avec justesse le contexte, les réactions de la victime, le comportement de l'agresseur. Cette analyse poussée permet au cerveau associatif et à l'hippocampe de reprendre le contrôle des réactions de l'amygdale cérébrale et d'encoder la mémoire traumatique émotionnelle pour la transformer en mémoire autobiographique consciente et contrôlable.

Le but, c'est de ne jamais renoncer à tout comprendre, ni à redonner du sens, tout symptôme, toute pensée, réaction, sensation incongrue, tout cauchemar, tout comportement qui n'est pas reconnu comme cohérent avec ce que l'on est fondamentalement doit être disséqué pour le relier à son origine, pour l'éclairer par des liens qui permettent de le rapporter aux violences subies.

De plus ce travail de compréhension permet au patient d'éviter d'être traumatisé par de nouvelles violences. Une fois que les violences prennent sens par rapport au passé traumatisant de l'agresseur, que les victimes se rendent compte que les violences ne les concernent absolument pas, qu'elles se jouent sur une autre scène, celle de la mémoire traumatique de l'agresseur et de son passé, le scénario mis en scène par l'agresseur ne fonctionne plus, il devient possible aux victimes de ne plus y participer. À partir du moment où les victimes comprennent ce qui se passe, elles peuvent identifier la scène et le rôle dans lequel l'agresseur tente de les piéger et s'en libérer, elles ne sont plus la proie pétrifiée dont l'agresseur a besoin pour sa mise en

scène. Le «jeu» ne fonctionne plus, la victime peut se mettre «hors-jeu» et laisser l'agresseur face à une scène où il ne peut plus jouer le rôle de bourreau, faute de victime pétrifiée. Son histoire qu'il imposait à la victime lui est renvoyée en pleine figure, en miroir. Il est alors ramené à son propre rôle originel, un rôle de victime qu'il ne veut surtout pas jouer. Le «jeu» n'a donc plus de sens, plus d'intérêt et il n'est plus dissociant, l'agresseur devra se dissocier autrement ou se calmer. Face à lui, la victime est devenue comme Persée face à Méduse, sa compréhension est le bouclier miroir offert par Athéna (déesse de la sagesse et de la raison), elle lui évite d'être pétrifiée par le regard de Méduse.

On a tout à gagner de faire le pari de protéger toutes les victimes et ce, dès les premières violences : gagner de faire cesser immédiatement les violences et de mettre en sécurité les victimes, gagner de faire respecter les droits des victimes, en leur permettant d'obtenir justice et réparation pour les violences qu'elles ont subies, gagner de leur garantir leur non-répétition, gagner de mettre un terme à l'impunité des auteurs tout en leur proposant des soins précoces pour les sortir de leur addiction à la violence, gagner d'éviter l'installation de troubles psychotraumatiques chroniques chez les victimes grâce à des soins spécialisés précoces. En évitant la mise en place de conduites dissociantes, et particulièrement les violences exercées contre autrui, on peut s'opposer à la contamination progressive des individus par la violence, et gagner enfin de rendre la société moins inégalitaire.

Tous les enfants sans aucune exception doivent être protégés de toute forme de violences et aucun enfant victime de violences ne devrait rester seul, sans protection ni soin. Mais pour cela il faut une véritable volonté politique pour prendre en compte les graves problèmes humains, de sécurité et de santé publiques que représentent ces violences du fait de leur ampleur, de la gravité de leurs conséquences sur la vie et la santé mentale et physique des enfants qui en sont victimes, et de leur leur impunité, pour reconnaître les lourdes défaillances des institutions chargées de prendre en charge les victimes et de poursuivre et condamner les agresseurs, et pour réformer les politiques de protection de l'enfance, mettre en place une politique de prévention et de formation efficace.

L'enjeu est donc de ne laisser aucun enfant subir des violences sans qu'il nsoit dépisté (dépistage universel) ou reconnu, entendu, cru, secouru, protégé, soigné, accompagné, sans que justice lui soit rendue, sans qu'il obtienne réparation et garantie que les violences ne se reproduisent pas à nouveau sur lui ou sur d'autres enfants.

Pour lutter contre les violences il faut donc une réelle volonté politique pour faire en sorte que tous les moyens humains et financiers soient mis en place en urgence, pour faire respecter les droits de toute personne à vivre en sécurité, pour dépister et protéger toutes les victimes, pour rendre une justice efficace, pour former à la psychotraumatologie les professionnels prenant en charge les victimes, et plus

particulièrement les médecins et autres professionnels de santé, pour créer des centres de soins spécialisés, pour informer le grand public sur les conséquences des violences et les mécanismes psychotraumatologiques, et l'éduquer aux respect des droits de l'humain et à la non-violence.

On est très loin du compte, les moyens humains et financiers ne sont pas au rendez-vous et le déni tenace. Rares sont celles et ceux qui ont peur pour ces enfants. Or l'urgence est absolue. Il s'agit d'un problème majeur de droits humain, de sécurité et de santé publique. Ne pas agir représente une perte de chance effroyable pour ces enfants et pour les adultes qu'ils deviendront en terme de santé, de développement, de vie personnelle, affective, familiale, professionnelle et sociale, mais également une perte de chance effroyable pour d'innombrables autres enfants, pour leurs proches, pour la société.

Mais heureusement nous ne sommes pas uniquement dépendants du bon vouloir du gouvernement des pouvoirs publics et des institutions qui préfèrent regarder ailleurs et qui distribuent au compte gouttes en réaction à des affaires scandaleuses et terrifiantes mettant en lumière la faillite de toutes nos institutions quelques mesures et de faibles moyens. Chaque professionnel.le, chaque citoyen.ne a le pouvoir d'agir autour de lui pour faire de la prévention, de l'information, du dépistage, pour entendre et croire les enfants qui dénoncent des violences, les légitimer, les informer sur leurs droits, pour essayer de les secourir et les protéger, les soutenir, les accompagner, leur fournir des outils et des précieuses explications sur les violences qu'ils ont subies, les traumatismes que cela a engendré et leur permettre de comprendre les mécanismes psychotraumatiques, les principaux symptômes et comment les traiter, et ainsi leur rendre justice, les déculpabiliser et restaurer leur estime de soi, les orienter vers des professionnels du soin et de la justice formés.

Notre site d'information et de formation, nos articles, nos quatre modules de formation interactive en ligne gratuits et labellisés par le gouvernement gratuits, nos brochures, nos livrets de prévention et d'information distribués gratuitement sur les violences et leurs conséquences sur la santé écrits par Muriel Salmona et Sokhna Fall, illustrés par Claude Ponti « Quant on te fait du mal » (2022) « Et, si c'est toi qui fais du mal » (2026) font partie de ces outils qui peuvent être une aide utile.

Rappel sur les psychotraumatismes, leurs mécanismes, leurs conséquences et leur prise en charge

Les violences (violences physiques, psychologiques, sexuelles) sont traumatisantes pour les enfants. Leur cerveau est très vulnérable aux violences que les enfants en soient victimes directes, témoins (comme lors de violences

conjugales), ou qu'ils en soient auteurs sur eux-mêmes sur autrui. Les violences et le stress extrême qu'elles génèrent provoquent d'importantes atteintes du cortex cérébral (avec une diminution de volume de certaines structures du cerveau comme l'hippocampe, et une diminution d'épaisseur de certaines zone de cortex cérébrale) ainsi que des circuits cérébraux des émotions et de la mémoire (système limbique) qui sont à l'origine de troubles psychotraumatiques.

Ces troubles psychotraumatiques s'installent dans la durée et auront de graves répercussions à long terme sur la santé mentale et physique des enfants victimes, sur leur vie et sur le risque de reproduction de violences si ils ne bénéficient pas de protection et de soins spécialisés (les soins sont efficaces, ils traitent les psychotraumatismes et permettent une réparation des atteintes du cerveau grâce à la capacité de neurogénèse et de neuroplasticité du cerveau).

Nous savons que le premier facteur de risque de suicide, de violences auto-infligées, de subir des violences ou d'en commettre est d'en avoir déjà subi dans l'enfance. Et ce sont les conséquences psychotraumatiques de ces violences qui sont au cœur du risque important de reproduction des violences chez les victimes : risque de subir de nouvelles violences, risque de commettre des violences sur soi ou sur autrui. Pour enrayer ce risque de reproduction de violences chez les enfants victimes, il est impératif de les protéger et de soigner leurs psychotraumatismes.

Les mécanismes psychotraumatiques

Le cerveau humain est d'autant plus vulnérable aux violences que les victimes sont très jeunes, qu'elles sont en situation de handicap (en particulier de type neurodéveloppemental), que les violences sont répétées et durent longtemps et qu'elles sont commises par des personnes dont les victimes dépendent ou qui ont autorité sur eux. Le stress extrême provoqué par les violences et la stratégie sidérante de l'agresseur (la sidération paralyse les fonctions cérébrales supérieures ce qui les empêche de contrôler la réponse émotionnelle) représente un risque vital cardiologique et neurologique, face à ce risque le cerveau déclenche des mécanismes neurobiologiques de sauvegarde exceptionnels ; ces mécanismes s'apparentent à une disjonction qui déconnecte les circuits émotionnels et ceux de la mémoire (comme dans un circuit électrique en survoltage qui disjoncte). La déconnexion des circuits émotionnels interrompt le stress, coupe le ressenti des émotions, des sensations et de la douleur et crée ainsi ce qu'on appelle une dissociation traumatique qui anesthésie émotionnellement la personne traumatisée (avec un sentiment d'irréalité, d'être spectatrice des événements, d'être déconnectée de son corps, de devenir un automate) ; la déconnexion du circuit de la mémoire crée une mémoire traumatique non intégrée qui va faire revivre de façon intrusive les violences comme si elles étaient en train de se reproduire, comme une machine à remonter le temps avec la même terreur, le

même stress, les mêmes sensations et douleurs. Mémoire traumatique et dissociation traumatique sont les principaux symptômes des psychotraumatismes.

La mémoire traumatique au cœur de la reproduction des violences

La mémoire traumatique des violences, a la particularité, contrairement à la mémoire normale autobiographique, d'être non consciente, non contextualisée dans le temps et l'espace, non intégrée, incontrôlable, immuable (Ledoux et Muller, 1997). Elle contient, telle une « boîte noire », tout ce qui s'est passé lors des violences, tout ce qu'a vécu, vu et ressenti la victime, mais également – et c'est ce qui va être à l'origine de la reproduction des violences – tout ce qu'a fait, dit et mis en scène l'agresseur, le tout étant mélangé comme un magma. Cette mémoire traumatique, indifférenciée tant qu'elle n'est pas décryptée et intégrée en mémoire autobiographique, a le pouvoir d'envahir le psychisme dès qu'une situation, un lien rappelle les violences ou leur contexte (une situation, un contexte, un bruit, une sensation, un cri. Les victimes revivent alors les scènes de violences comme si elles étaient en train de se reproduire. Cependant, lors de cette réactivation de leur mémoire traumatique, elles ne sont pas seulement envahies par les mêmes émotions, sensations et perceptions que celles qu'elles ont vécues lors des violences (terreur, pleurs, détresse, douleurs, images, bruits, odeurs...), mais également par la haine et la rage destructrice de leur agresseur, et par ses phrases assassines, ses cris, ses injures, ses menaces, son mépris et son excitation perverse et sadique.

C'est ainsi qu'avec la mémoire traumatique des violences, le psychisme de la victime se retrouve colonisé durablement par l'agresseur, par sa violence, sa haine, son mépris, sa cruauté, son excitation perverse, ses mensonges et ses mises en scène.

Cette violence, cette haine et cette excitation perverse qui les envahissent pourront se retourner contre eux ou contre autrui, comme nous le verrons. Elles pourront prendre la forme de haine de soi, de phobies d'impulsion, de tentatives de suicide, de mises en danger, de violences envers soi (coups, brûlures, automutilations), de pensées et de conduites sexualisées envahissantes (chez les victimes de violences sexuelles), de phobies d'impulsions, ou bien de conduites agressives et de violences infligées à autrui, suivant les stratégies de survie (conduites d'évitement, de contrôle et conduites à risque dissociantes) que les enfants, en grandissant, choisiront dans celles qui seront à leur disposition pour gérer cette mémoire traumatique.

La mémoire traumatique s'installe durablement chez l'enfant victime de violences tant que cette mémoire traumatique n'est pas traitée avec des soins spécialisés,

contrairement à la dissociation traumatique qui n'est présente que si le danger perdure (ce qui est le cas de façon continue à si la victime n'est pas protégée et qu'elle reste exposée aux violences, à l'agresseur et ses complices et au contexte des agressions), ou si le danger est revécu par des réactivations traumatiques trop fréquentes, ou si l'enfant subit d'autres violences par d'autres agresseurs ou d'autres traumatismes.

Suivant l'état de dissociation de l'enfant victime la mémoire traumatique va s'exprimer différemment lors de liens qui la réactive :

- **Si l'enfant est dissocié et donc anesthésié émotionnellement en permanence,** les activations de sa mémoire traumatique ne s'accompagneront pas d'un contexte émotionnel, la terreur, le stress les douleurs ne seront pas ressenties, la mémoire traumatique surgira sous forme d'images, de scènes, de bruits, de phrases, de sensations et de réactions physiques sans coloration émotionnelle ni douleur ce qui leur donnera un aspect irréel (comme une sorte de rêve éveillé ou juste de production psychique bizarre) et ce qui sera ressenti avec distance, indifférence voire froideur même si les images sont atroces. Il sera difficile pour la victime de relier ces flash-backs aux violences qu'elle a vécues, les violences du fait de la dissociation paraissant irréelles et anecdotiques, sans réelle importance, ou étant inaccessibles du fait d'une amnésie traumatique dissociative. Les réactivation de mémoire traumatique chez un enfant dissocié peuvent être à l'origine de propos, de comportements, de mimiques ou de passages à l'actes inadaptés, incongrus, étranges, cruels ou violents qui paraissent inexplicables et qui surgissent en dehors de tout contexte émotionnel avec indifférence ou froideur. Cette mémoire traumatique qui impose des images de violences quand elle les envahit est très souvent à l'origine d'une mauvaise estime de soi avec un sentiment de peur d'être anormal, d'être un monstre et même se torturer en interprétant à tort des explosions de leur mémoire traumatique comme un désir impulsif de commettre des violences. Ils mettront en place des conduites de contrôle et d'évitement parfois envahissantes pour ne pas s'énervier, ne pas se mettre en colère, et éviter toutes les situations de tension. **On appelle ces peurs des « phobies d'impulsion ».**

- **Si l'enfant n'est pas dissocié parce qu'il ne subit plus de violences et qu'il est en situation de sécurité,** les activations de sa mémoire traumatiques lors de liens rappelant les violences vont se faire dans un contexte émotionnel très intense. Suivant l'intensité de la réactivation et l'âge de la victime la réactivation pourra s'accompagner de passage à l'acte violents envers eux-mêmes ou envers autrui, reproduisant les violences subies, ce qui aura pour effet de possiblement recréer un état dissociatif en retraumatisant l'enfant.

Les enfants très jeunes, quand ils sont envahis par la mémoire traumatique peuvent n'avoir aucun moyen de la contrôler et se retrouver à la remettre en scène en revivant les violences du côté de la victime qu'ils ont été, en plongeant dans un état de terreur,

d'angoisse et de souffrance semblant impossible à calmer (cris, pleurs, tremblements, agitation, plaintes), de sidération, de dissociation (paralysie, absences, déconnexion, actes automatiques). Mais ils peuvent aussi revivre la scène du côté de l'agresseur en « vrillant » dans un état de crise clastique violente, en hurlant et proférant des injures (celles provenant de l'agresseur), en étant violents physiquement ou sexuellement (en reproduisant sur eux-mêmes ou sur autrui les violences subies).

Dans ces situations, les enfants semblent imperméables à toute tentative de les raisonner ou de les calmer. S'énervant, crier ou les menacer de punitions ne fait que les stresser et activer encore plus leur mémoire traumatique. Ils ne pourront se calmer qu'en les rassurant et en leur expliquant calmement qu'ils ne sont pas en danger, qu'ils sont en train de revivre une situation qui leur a fait très peur, très mal et que c'est pour cela qu'ils sont dans cet état mais que cela ne va pas durer. Il est utile de les ramener à la situation présente en fixant leur attention sur des objets qui les entourent en leur demandant de trouver certains objets, de les compter, de les décrire, de dire de quelle couleur ils sont, et de les aider à contrôler leur stress en inspirant, en faisant une pause puis en expirant lentement avec eux (en comptant à chaque fois jusqu'à 5), ou en leur faisant boire par petite gorgée de l'eau. Et de rechercher avec eux l'élément déclencheur et de leur poser des questions sur ce qu'ils ont revécu, de leur demander : « Qui criait, hurlait, tapait comme cela ? Qui disait ou faisait cela ? » Ce qui va leur permettre de comprendre d'où vient leur terreur qui correspond à l'état dans lequel ils étaient lors des violences, d'où viennent leur comportement violent et les menaces et les injures qu'ils viennent de proférer, qui ne sont pas les leurs mais ceux de la personne violente.

Par exemple un enfant qui a assisté à une scène de violences conjugales où son père a cassé des objets, hurlé, injurié et menacé, tapé ou étranglé sa mère, pourra, lors de cris à l'école ou si une chaise tombe en faisant beaucoup de bruit, partir en « vrille », revivre la scène, se cacher, pleurer et trembler, réentendre les hurlements et hurler, réentendre les injures et injurier, s'agiter, casser des objets, se taper ou se mettre à taper, voire à étrangler un autre enfant ou son institutrice.

Une petite fille qui a subi des violences sexuelles incestueuses peut, si un contact, des paroles, une odeur, une personne qui ressemble à son agresseur ou une situation de surprise ou de stress qui allume sa mémoire traumatique, être terrorisée, faire pipi sur elle, avoir envie de vomir ou avoir des propos ou des comportements inappropriés à connotation sexuelle, se déshabiller et s'exhiber, voire s'auto-agresser sexuellement ou agresser un autre enfant.

Et les enfants victimes – s'ils ne sont pas soignés – vont devoir grandir et se développer avec une mémoire traumatique qui contient à la fois ce qu'ils ont ressenti lors des violences et la volonté destructrice de l'agresseur, ce qui va distordre la perception de ce qu'ils sont, de ce qu'ils ressentent et de ce qu'ils veulent.

Cette mémoire traumatique, qui se déclenche dès qu'un lien rappelle les violences, est un enfer, elle fait croire à l'enfant traumatisé qu'il est à nouveau en

danger, lui fait ressentir, comme si elles étaient en train de se reproduire, les mêmes douleurs, la même terreur, la même détresse et peur de mourir ou la même sensation de mort imminente que celles qu'il a vécues lors des violences, mais également la rage, les hurlements, les injures, la haine, le mépris, l'intentionnalité de détruire et l'excitation perverse sexuelle de l'agresseur. Les enfants victimes sont obligés de se construire avec ces émotions et ces sensations de terreur, avec ces actes violents et ces propos pervers, à devoir lutter contre eux et les contrôler, sans souvent les comprendre et sans ne plus savoir où se trouve la ligne de démarcation entre eux et cette mémoire traumatique. La mémoire traumatique les hante, les exproprie et les empêche d'être eux-mêmes, pire elle leur fait croire qu'ils sont doubles, voire triples : une personne normale (ce qu'elles sont), une moins que rien qui a peur de tout, qui ne vaut rien et une coupable dont elles ont honte (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 avec sa violence, son excitation et sa jouissance perverse tellement présentes et envahissantes à l'intérieur d'elles-mêmes qu'elles finissent par se faire peur en le confondant avec elles-mêmes). Par exemple si les enfants ont subi des violences sexuelles ils peuvent être envahis par l'excitation perverse de l'agresseur lors de situation de danger à connotation sexuelle ou bien lors de la visualisation de scènes d'agressions sexuelles, et croire qu'ils sont elles-mêmes excités par une sexualité violente alors qu'il n'en est rien.

Cette colonisation par l'agresseur génère chez les enfants comme on l'a vu une atteinte grave de l'estime de soi, et la sensation d'être étrangers à eux-mêmes. Ils se retrouvent à se haïr, se mépriser, se dénigrer, s'injurier, s'accuser comme l'a fait l'agresseur au moment des violences, à considérer qu'ils n'ont aucun droit, juste celui de s'écraser ou de disparaître... Tout se passe comme si l'agresseur les avait programmées, avec cette mémoire traumatique qu'il a créée, pour devenir leur pire ennemi : une torture à vie, si rien n'est fait pour déconstruire ce système, et libérer les victimes de cet enfer par des soutiens, des soins et une solidarité sans faille pour remettre le monde à l'endroit.

Les victimes traumatisées sont condamnées à mettre en place des stratégies de survie handicapantes et épuisantes

Pendant les violences et tant que l'enfant est exposé à l'agresseur, deux mécanismes principaux sont mis en place pour y survivre :

- **un mécanisme d'adaptation pour éviter la survenue de violences et le risque de rejet et d'abandon, les enfants s'hyperadaptent à leurs agresseurs** et pour cela ils s'identifient à eux, ils apprennent à percevoir et à anticiper leurs moindres changements d'humeur. Ils deviennent de véritables scanners, capables de décrypter et d'anticiper les besoins de leurs bourreaux. Il est essentiel que ceux-ci ne soient jamais contrariés, ni énervés, ni frustrés, il faut donc les connaître parfaitement, être en permanence attentifs à ce qu'ils font, à ce qu'ils pensent. Ce

phénomène peut donner l'impression aux enfants d'être très attachés à leurs bourreaux puisque ces derniers prennent toute la place dans leur tête (syndrome de Stockholm). Les enfants peuvent croire que leurs agresseurs comptent plus que tout pour eux (c'est ce que leur rappelle sans cesse l'agresseur : «je suis tout pour toi, sans moi tu n'es rien...»), et que ce qu'ils ressentent est un sentiment amoureux alors que c'est une réaction d'adaptation à une situation de mise sous terreur.'

- **un mécanisme neuro-biologique de protection face au stress extrême et à des situations intolérables, qui leur cerveau met en place automatiquement comme on l'a vu : la dissociation.** Ils sont alors déconnectés de leurs émotions, avec une anesthésie émotionnelle et un seuil de douleur est très augmenté. Ils se retrouvent à fonctionner sur un mode automatique, comme robotisés, détachés d'eux-mêmes, comme s'ils étaient spectateurs. Cela entraîne une pseudo-tolérance à l'intolérable : «même pas mal !». Tant que dure cette dissociation, la situation paraît irréelle et il est très difficile pour les enfants d'arriver à identifier la gravité des violences qu'ils subissent. De plus cette dissociation traumatique fera que face aux agresseurs ou à toute autre personne, les enfants paraîtront indifférents à leur sort, inertes, puisqu'ils seront coupés de leurs émotions. Nous avons tous la capacité de percevoir de façon innée les émotions d'autrui, grâce à des neurones miroirs, mais si les émotions de la personne qui nous fait face sont anesthésiées, nous ne ressentirons rien émotionnellement, ce n'est qu'intellectuellement que l'on pourra identifier la souffrance de cette personne, mais encore faut-il être informé de l'existence de cette dissociation (dans le film Polisse nous assistons à une scène de ce type avec la jeune ado qui a été obligée de faire des fellations à plusieurs garçons pour récupérer son portable, elle semble si indifférente à la situation que les policiers se permettent de lui faire la leçon et même de se moquer d'elle en lui posant la question : «et si on t'avait pris ton ordinateur portable qu'est-ce que t'aurais fait ?» et toute la salle de cinéma d'éclater de rire...). Grâce à cette dissociation les agresseurs ne sont pas gênés par des signaux de détresse trop importants de leurs victimes, c'est très dangereux pour les enfants car les actes violents pourront devenir de plus en plus extrêmes, sans qu'ils puissent y réagir (en revanche l'anesthésie émotionnelle ne les empêchera pas d'être encore plus traumatisés). De même les proches ne détecteront pas facilement la détresse et la souffrance des enfants, et passeront d'autant plus à côté. Enfin, cette dissociation est un facteur de risque important d'être maltraité, de devenir le souffre-douleur de tout le monde.

Les stratégies de survie : conduites d'évitement et conduites à risque dissociantes

Après les violences et à distance de l'agresseur, les enfants sortent de leur état dissociatif permanent mais la mémoire traumatique prend le relais et ils continuent d'être colonisés par les violences et l'agresseur aussitôt qu'un lien les rappelle (lieu, situation, sensation, émotion,...), et c'est à nouveau insupportable et donne l'impression de sombrer dans la folie. Les victimes traumatisées

doivent alors essayer d'éviter à tout prix cette mémoire traumatique, pour cela deux stratégies sont possibles :

- **des conduites d'évitement, de contrôle, d'auto-censures pour l'empêcher de s'allumer, tout ce qui peut rappeler les violences ou l'agresseur est évité, de même que tout stress ou toute douleur, avec des comportements phobiques, des lavages incessants, des vérifications, etc.** Les enfants se construisent souvent un petit monde sécurisé où ils ne se sentent pas en danger qui peut être un monde physique (comme leur chambre, entourés d'objets, de peluches ou d'animaux qui les rassurent) ou mental (un monde parallèle où ils se réfugient continuellement), tout changement sera perçu comme menaçant car mettant en péril les repères mis en place. Mais ces conduites d'évitement ont leurs limites, les enfants surtout quand ils deviennent adolescents ou jeunes adultes vont devoir s'exposer, avancer, prendre de l'autonomie et «mettre les pieds sur des mines» et risquer ainsi de subir une «explosion» de leur mémoire traumatique, la deuxième stratégie devient alors nécessaire.
- **des conduites à risque dissociantes pour anesthésier la mémoire traumatique en provoquant coûte que coûte cette dissociation en faisant monter le niveau de stress.** Soit en revenant vers l'agresseur qui fera aussitôt disjoncter la victime et l'anesthésiera (ce qui peut s'apparenter à une pseudo-dépendance), ou bien en "re-jouant" compulsivement une scène de violence comme s'il était présent, en s'auto-agressant, en se mettant en grand danger ou en tentant de se tuer. La victime sera alors perçue en toute injustice comme consentante, masochiste ou co-auteure des violences subies... Les conduites à risque dissociantes dont les victimes expérimentent rapidement l'efficacité permettent de calmer un état de tension intolérable, ou prévenir sa survenue en s'anesthésiant à l'avance, en provoquant une disjonction comme lors des violences. 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, soit en consommant des drogues dissociantes (alcool, stupéfiants, médicaments à haute dose). Ces conduites à risques dissociantes peuvent être 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 risques, 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 dissociantes rechargent aussi la mémoire traumatique, la rendant toujours plus explosive, les conduites dissociantes sont alors toujours plus nécessaires, créant une véritable addiction aux mises en danger et/ou à la violence. Ces conduites dissociantes qui s'imposent sont incompréhensibles et paraissent paradoxales à tout le monde (à la victime, à ses proches, aux professionnels). Elles peuvent entraîner un état dissociatif permanent comme lors des violences avec la mise en place d'un détachement et d'une indifférence apparente qui les mettent en danger d'être encore moins secourues et

d'être ignorées et maltraitées. Elles sont chez les victimes à l'origine de culpabilité et d'une grande solitude, qui les rendent encore plus vulnérables.

Ces conduites dissociantes violentes permettent donc d'éteindre le cerveau et d'anesthésier les émotions intolérables provenant de la mémoire traumatique. Mais ces stratégies de survie violentes ne sont efficaces que momentanément, elles aggravent les traumatismes, rechargent continuellement la mémoire traumatique et créent une dépendance à la violence, sur soi-même ou sur autrui, de plus en plus importante avec un phénomène de tolérance qui poussent les victimes qui y ont recours à les utiliser de plus en plus souvent et à augmenter le niveau de violence pour obtenir le même résultat.

Devant la nécessité impérieuse d'arriver à calmer à tout prix cet état de détresse, une compulsion à se faire mal pour se calmer vient « tout naturellement » : se taper la tête contre les murs, se frapper, se mordre, se pincer, s'arracher les cheveux, se griffer, se couper, se brûler. Les victimes découvrent alors l'efficacité de ces conduites violentes envers elles-mêmes pour se soulager, de même qu'elles découvrent rapidement l'effet anesthésiant de la prise d'alcool ou de drogues.

Fréquemment les victimes – et particulièrement les enfants – qui ont subi des violences sexuelles vont avoir une mémoire traumatique réactivée aussitôt qu'une sensation au niveau des zones agressées (bouche, poitrine, organes génitaux, anus, fesses, cuisses) peut rappeler les violences : frottement, picotement, gonflement ou douleur liés à des habits qui serrent ou grattent, une irritation ou une infection, les règles, un goût dans la bouche... C'est alors intolérable et il faut interrompre coûte que coûte cette sensation et éteindre les émotions atroces qui l'accompagnent en attaquant et en anesthésiant cette zone : alcool fort pour la bouche, absorption boulimique, douche brûlante sur la peau, coups, autoflagellations, scarifications, masturbation violente compulsive ou automutilation des organes génitaux qui aboutissent à une disjonction (qui par son explosion peut être confondue avec un orgasme) et à une anesthésie à la fois émotionnelle et physique de la zone.

Les conduites dissociantes violentes sur soi ou sur autrui

Ces conduites à risque violentes 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 se fait en déclenchant brutalement un stress physique ou mental intense, qui augmente la quantité de drogues dissociantes sécrétées par l'organisme. Tandis que les drogues à effet dissociant comme l'alcool, les stupéfiants, le tabac à haute dose, et les médicaments psychotropes permettent d'obtenir directement l'anesthésie émotionnelle recherchée sans passer par une disjonction provoquée.

Une victime va rapidement faire l'expérience qu'une explosion de violence calme efficacement ses angoisses et apaise ses tensions, le plus souvent au début de son adolescence qui est une période de changement très propice à l'allumage de sa mémoire traumatique. Dans un premier temps, il peut s'agir de violences dirigées contre lui-même (se taper la tête contre les murs, se mordre, se donner un coup de poing) ou contre des objets, ou de scènes de violences qu'il regarde en boucle (films, vidéos sur Internet, jeux, pornographie) ; il peut s'agir aussi de scénarios de violences qu'il imagine, dans lesquels il joue un rôle. Parallèlement, il peut développer d'autres conduites dissociantes : conduites addictives (alcool, tabac, drogues, jeux), conduites à risque, mises en danger, conduites qui vont avoir un effet anesthésiant sur ses angoisses. S'il évite de se poser des questions sur son propre comportement, sur la violence en général, s'il ne s'impose pas des interdits puissants, si la société ne l'aide pas suffisamment, alors il peut s'autoriser à passer à l'acte dans une situation d'allumage de sa mémoire traumatique face à quelqu'un, particulièrement s'il est en rapport de force, aidé en cela par les exemples fonctionnant dans sa propre famille ou tolérés par la société. Il mettra donc en scène un de ses scénarios, particulièrement en ce qui concerne la sexualité, en imposant un rôle à sa victime. Et s'il commence à « goûter » à cette violence sur autrui, qui représente une solution de facilité très efficace, elle peut rapidement devenir une conduite addictive avec des phénomènes de tolérance : pour que le système disjoncte il faut au fil du temps une sécrétion de plus en plus élevée de drogues dissociantes et donc un niveau de stress plus élevé, imposant le recours à des violences de plus en plus graves.

La violence repose sur l'écrasement de la réalité de la victime par la réalité-fantôme de la mémoire traumatique de l'agresseur. Par exemple, pour un parent agresseur, la réalité de la détresse et des besoins de soins de son bébé qui pleure sera balayée par les réminiscences de violences qu'il a subies tout petit, ou dont il a été témoin et, le plus souvent, de celles qu'il a déjà commises sur d'autres enfants. Dans ce cas, les pleurs rallument une mémoire traumatique de ces scènes et donc un vécu de tension et de détresse insupportable mélangé à la haine du parent violent de son enfance ou de sa propre haine, le bébé est alors considéré par le parent violent comme coupable de lèse-majesté en le poussant à bout par ses pleurs. Les besoins primordiaux du bébé sont considérés comme sans aucune importance face au besoin du parent violent de se débarrasser de cet état de tension qu'il ne supporte pas. Le bébé doit se taire à tout prix, quitte à porter atteinte à son intégrité. Tant pis pour le bébé, le parent violent le considère comme ayant moins de valeur, moins de droit, et il peut se permettre de l'instrumentaliser comme un fusible en exerçant des violences sur lui. Le mensonge et la manipulation viennent à la rescousse pour contrecarrer une réalité par trop évidente (la grande fragilité du bébé, sa grande dépendance et son besoin fondamental d'être protégé et apaisé), qui normalement devrait rendre le passage à l'acte impossible (frapper, brutaliser, secouer ce tout petit). L'agresseur est aidé en cela par des théories éducatives catastrophiques sur les nourrissons, qui prônent de les dresser pour qu'ils ne deviennent pas des enfants capricieux voire méchants, alors qu'il est prouvé que les violences éducatives par l'intermédiaire du

traumatisme subi par ses enfants sont responsables chez eux de troubles du comportement et de conduites à risque, et fortement corrélées à une augmentation de l'agressivité et des comportements agressifs (Durrant et Ensom, 2012 ; Gershoff et Grogan-Kaylor, 2016 ; Salmona, 2016a). Le réel n'intéresse pas l'agresseur, qui cherche à imposer sa propre réalité traumatique qu'il ne critique pas, tout comme ses propres parents n'avaient pas critiqué la leur. Ce qu'il déclare faussement pour échapper à son état de tension devient la Vérité, à laquelle la victime doit se soumettre. Tout est bon pour s'autoriser à être violent, la parole de l'agresseur permettant ainsi de déréaliser ce qui relève de l'évidence

Les victimes ne sont pas les seules à utiliser ces stratégies violentes sur elles-mêmes ou sur autrui pour calmer des explosions de leur mémoire traumatique qui génèrent des états de détresse, d'agitation, de colère, des mises en danger ou des tentatives de suicide ; leur entourage, ou encore des professionnels non formés les prenant en charge peuvent y avoir recours pour les calmer (menaces, coups, contention, isolement...).

Faire le choix de la violence pour se dissocier est une stratégie de survie, à ses propres dépens ou à ceux d'autrui, qui entretient le cycle de reproduction de la violence.

Les choix de conduites dissociantes se feront donc en fonction du contexte, mais aussi en fonction de leur efficacité, qui peut être liée, quand il s'agit de provoquer une disjonction, à la ressemblance entre les violences auto-infligées et les violences qui ont été subies. Qu'il s'agisse de violences sur soi-même ou sur autrui, le plus « performant » pour obtenir à la carte une disjonction et une dissociation, c'est de reproduire intentionnellement le traumatisme initial, sans comprendre pourquoi. Cela rajoute une « prime dans l'horreur », dans le non-sens et l'incohérence. Cette « prime dans l'horreur » est terriblement efficace pour sidérer le psychisme et provoquer la disjonction, à la fois chez l'auteur des violences et chez la victime. Ce mécanisme de reproduction, par des passages à l'acte ou par des mises en scène, peut « rejouer » au plus près les violences initiales. Les jeux de non-oxygénation, par exemple, peuvent reproduire quasiment à l'identique les tentatives subies de strangulation, d'étouffement ou de noyade. Les jeux sexualisés des enfants, leurs dessins, les propos qu'ils tiennent, leur façon de s'exposer en se dénudant ou de se masturber devant des adultes sont aussi des comportements de reproduction efficaces de violences sexuelles pour s'anesthésier. Il en va de même avec les automutilations sexuelles, les « fantasmes », les scénarios de viols ou de violences sexuelles, les pratiques sexuelles à risque, avec une multiplication des partenaires, les pratiques « sado-masochistes » que peuvent avoir des victimes de violences sexuelles.

La prostitution, la pornographie rejouent également des scènes de violence ; les personnes prostituées et les actrices de films pornographiques sont piégées dans le rôle de victimes, alors que les consommateurs sont dans le rôle de l'agresseur. Ce rôle

dissociant efficace pour les utilisateurs explique malheureusement le succès de la pornographie et son expansion, avec des mises en scène violentes de plus en plus graves. L'emprise des sectes, d'un gourou, d'un dictateur, d'un mari tyrannique ou de chefs de bande remet en scène celle que l'on a déjà subie, de même que la domination et la violence familiale dans l'enfance. Les mises en danger dans le cadre de fugues, d'errance, de manque de soins, de non-protection de soi, d'expériences extrêmes (faim, froid, endurance, isolement, solitude, marginalisation, situation de sans-domicile fixe, état comateux par alcoolisation massive), remettent en scène les négligences graves, les abandons et l'absence de soins subis dans l'enfance. Les accidents à répétition, les chutes, les fractures remettent en scène les violences physiques subies dans l'enfance) Les troubles alimentaires, boulimie, anorexie, remettent en scène les forçages ou les privations alimentaires subis dans l'enfance, et les violences sexuelles par pénétration orale.

Dans l'ensemble, toutes les conduites à risque présentant un risque d'atteinte physique et psychique et d'atteinte à la dignité sont un reflet fidèle de l'absence de valeur que les victimes pouvaient avoir aux yeux de certains de leurs proches, censés s'occuper d'eux. Toutes ces conduites à risque ont pour but de s'autotrainer en s'anesthésiant émotionnellement, mais leur répétition aboutit rapidement à des situations de dépendance et de tolérance aggravée (comme avec les toxicomanies et l'alcoolisme, qui font eux aussi partie des conduites dissociantes), qui sont responsables d'une escalade dans les mises en danger et les violences. Elles peuvent générer un état de dissociation chronique proche de la schizophrénie, avec une indifférence affective totale et des expériences de dépersonnalisation très dangereuses. On retrouve cet état de dissociation chronique et d'anesthésie émotionnelle et physique dans des traumatismes extrêmes répétés et prolongés (situations de prostitution, d'errance sans domicile fixe, de tortures, de séquestration, d'esclavage, de déportation, d'alcoolisme et de toxicomanie extrêmes, etc.), avec de dangereux phénomènes d'insensibilité à la souffrance, à la dégradation de son état, aux conditions de vie épouvantables et inhumaines. On sait par des études que le risque de mort précoce est très important dans ces situations. Quand cette indifférence extrême concerne les auteurs de violences sur autrui, on se retrouve avec des agresseurs extrêmement dangereux. L'insensibilité apparente, un contact « lisse » chez des personnes ayant commis des actes criminels doivent alerter les professionnels de la santé et de la justice.

Les conduites dissociantes permettent de comprendre pourquoi les agresseurs se recrutent parmi les anciennes victimes de violences (essentiellement subies dans l'enfance), et parmi toutes les conduites dissociantes qui s'offrent à eux pourquoi ils vont choisir d'exercer surtout des violences sur autrui. Une personne qui n'aurait pas subi de violences traumatisantes n'aurait aucune raison de faire subir à autrui des violences et d'en tirer un bénéfice. Tout l'en empêcherait, son éthique fondamentale d'être humain, l'empathie naturelle que nous avons tous pour nos semblables. La souffrance de l'autre lui serait insupportable, la représentation des

conséquences de ses actes la minerait, son dégoût de l'horreur de ses actes la rendrait malade, sa culpabilité la rongerait et l'empêcherait de dormir.

Aussi insensées qu'elles puissent être, ces violences « secondaires » inhumaines sont malheureusement rendues possibles parce qu'elles sont utilisées par l'agresseur comme un pseudo-traitement symptomatique très efficace des conséquences psychotraumatiques de violences insensées et inhumaines subies antérieurement. Les victimes sont sacrifiées pour être utilisées comme un médicament, car « en grillant » au moment des violences (avec un état de stress dépassé et un survoltage émotionnel à la fois chez la victime et chez l'agresseur), elles servent de fusible, ce qui provoque la production par le cerveau de l'agresseur de drogues dissociantes à l'origine d'une disjonction. L'agresseur, qui fait ainsi l'économie d'une atteinte physique et d'une atteinte à sa dignité (la victime qu'il s'est choisie les subira à sa place), recherche activement l'atteinte psychique par effraction (liée au non-sens effroyable des violences exercées) pour être en survoltage extrême et faire disjoncter son circuit émotionnel. Ces violences, il les exercera intentionnellement non seulement en cas d'allumage de sa mémoire traumatique, mais aussi en prévision de celui-ci (par principe de précaution), pour obtenir ainsi une anesthésie émotionnelle quasi permanente.

Reproduire les violences qu'on a subies est donc terriblement efficace pour s'anesthésier émotionnellement et écraser la petite victime qu'on a été et que l'on méprise. On bascule alors dans une toute-puissance qui permet d'échapper à sa mémoire traumatique et à des états de terreur, ou de peur permanente. Il s'agit d'une stratégie dissociante. Mais si, quand on est traumatisé et laissé à l'abandon sans soin ni protection, on ne peut être tenu responsable d'être envahi par une mémoire traumatique qui fait revivre les violences, ni de mettre en place des stratégies de survie telles que des conduites d'évitement, de contrôle et/ou des conduites dissociantes, en revanche on est responsable du choix de les utiliser contre autrui en l'instrumentalisant comme un fusible pour disjoncter.

S'en prendre de façon forcément totalement gratuite à un tout petit enfant, innocent par définition, pour lui faire subir des violences « cruelles et inhumaines » sera extrêmement efficace pour obtenir une disjonction, car le psychisme humain est ainsi fait qu'il ne peut supporter ni intégrer des violences qui remettent en cause les fondements d'une appartenance à l'humanité, sans risquer d'en être détruit psychiquement. L'être humain est normalement dans l'incapacité d'exercer des violences « inhumaines », une sonnette d'alarme (la réponse émotionnelle) intolérable se déclenche aussitôt pour les rendre impossibles, mais quand cette sonnette d'alarme est recherchée pour elle-même parce que des violences inhumaines ont déjà été subies, qu'une expérience de disjonction a eu lieu et qu'une mémoire traumatique s'est mise en place, tout se met alors à dérailler. L'agresseur peut franchir les barrières les plus impossibles à dépasser, le risque d'y laisser sa peau et son âme ne l'arrêtera pas, il est déjà déshumanisé, mort au monde et donc « immortel », comme Don Juan

convoquant la statue du Commandeur, les feux de l'Enfer ne l'effraient pas, il en est déjà revenu.

Quel que soit leur choix de conduites dissociantes violentes pour se calmer, qu'il s'agisse de conduites à risque et violences contre soi-même ou bien de violences contre autrui, les victimes vont donc se re-traumatiser sans fin et devenir dépendantes de ces conduites dissociantes, ce qui met leur vie ou celle d'autrui en danger.

- Pour les victimes qui s'agressent elles-mêmes ou se mettent en danger pour se calmer, leurs traumatismes, en s'aggravant, génèrent des états dissociatifs traumatiques quasi permanents qui les anesthésient émotionnellement, augmentent de façon importante leur tolérance à la douleur et aux situations stressantes, et les mettent de ce fait dans l'incapacité de se protéger et de se défendre. Elles seront dès lors ciblées par les agresseurs et en grand danger de subir de nouvelles violences sexuelles, comme nous le verrons.
- Pour les victimes qui deviennent des agresseurs, les violences qu'ils exercent sur autrui sont également traumatisantes pour eux-mêmes, elles génèrent à chaque passage à l'acte de nouveaux psychotraumatismes avec une mémoire traumatique qui se recharge. Leur mémoire traumatique contient alors les violences qu'ils ont subies, les mots et les actes de leur agresseur, les violences qu'ils ont commises et la terreur de leurs victimes. Leur mémoire traumatique devient de plus en plus explosive, en s'allumant à chaque fois qu'une situation rappelle des violences, soit subies soit commises, et ils vont continuer à la gérer en l'anesthésiant par de nouvelles violences physiques et sexuelles qu'ils vont commettre dans un processus sans fin.

Par ailleurs il est évident que c'est bien parce que les enfants n'ont pas été protégés, ont été abandonnés sans soins appropriés qu'ils doivent composer avec une mémoire traumatique redoutable qui les oblige à s'auto-censurer sans cesse, à vivre dans une guerre permanente. Leur mémoire traumatique aurait dû être traitée et transformée en mémoire autobiographique ce qui les auraient libéré de la torture que représentent des violences et des agresseurs continuellement présents en soi.

Du fait de ces conduites dissociantes à risque, 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, ce qui suffit à alimenter sans fin un cycle des violences (cf. Lutter contre les violences passe par la protection et le soin des victimes

Tous ces symptômes psychotraumatiques qui traduisent une grande souffrance chez les victimes de violence sexuelles, sont encore très méconnus (les professionnels

ne sont toujours pas formés pour la grande majorité d'entre eux) et ils sont le plus souvent interprétés comme provenant de la personne elle-même, de sa nature, de son sexe, de sa personnalité, de sa mauvaise volonté, de ses provocations, ou sont étiquetés comme des maladies mentales. Tout se passe comme si la personne était à l'origine de ses symptômes et de sa souffrance. C'est avec ces rationalisations que les suicides, les conduites à risque, les explosions de mémoire traumatique et les états dissociatifs traumatiques seront mis sur le compte de troubles de la personnalité (border-line), de dépressions, voir même de psychoses, les violences sexuelles subies n'étant presque jamais évoquées comme cause principale, et la question : "est-ce que tu as subi ou est-ce que vous avez subies violences ? " jamais posée.

Les victimes ne sont pas les seules à utiliser ces stratégies violentes sur elles-mêmes ou sur autrui pour calmer des explosions de leur mémoire traumatique qui génèrent des états de détresse, d'agitation, de colère, des mises en danger ou des tentatives de suicide ; leur entourage, ou encore des professionnels non formés les prenant en charge peuvent y avoir recours pour les calmer (menaces, coups, contention, isolement...).

Il est à noter que si, comme nous l'avons déjà écrit, personne n'est jamais responsable des violences qu'il a subies et de leurs conséquences psychotraumatiques entraînent, on est en revanche responsable – dès que l'on n'est plus un petit enfant – des stratégies de survie que l'on choisit quand celles-ci portent atteinte à l'intégrité d'autrui. On a toujours le choix, car il existe toute une gamme de stratégies de survie, plus ou moins coûteuses pour soi ou pour autrui.

La société porte également une très lourde responsabilité en ne protégeant pas efficacement les victimes de violences, en ne traitant pas leurs psychotraumatismes, en ne poursuivant ni ne condamnant les agresseurs - particulièrement sexuels - et en laissant une impunité quasi totale régner. Les enfants victimes de violences, s'ils sont secourus, protégés et si leurs traumatismes sont traités spécifiquement, n'auront pas à mettre en place de stratégies de survie telles que des conduites dissociantes violentes, ils ne reproduiront pas de violences envers eux-mêmes ou contre autrui.

Et c'est l'environnement patriarcal toxique dans lequel les enfants victimes évoluent, qui, en véhiculant une domination masculine avec des représentations inégalitaires, sexistes et anti-victimaires associées à un déni des violences sexuelles et de leurs conséquences psychotraumatiques, va faciliter la reproduction de violences en fonction de leur sexe : aux filles de s'identifier aux victimes et de subir un continuum de violences tout au long de leur vie, aux garçons de s'identifier aux agresseurs et de devenir les instigateurs de ces violences.

Une prise en charge essentielle centrée sur les violences et leurs conséquences psychotraumatiques

Il est impératif que les enfants victimes de violences soient protégés de toute forme de violences et de maltraitance, et qu'ils reçoivent des soins spécialisés pluridisciplinaires par des professionnels de la santé et des psychologues et des thérapeutes formés. Les conséquences sur la santé de l'enfant à court, moyen et long termes sont telles que la prise en charge médicale est toujours nécessaire, associée à une prise en charge psychothérapique des psychotraumatismes. La prise en charge doit être holistique et prendre en compte les dimensions médico-psychologiques, socio-éducatives et juridiques. Pour rappel, les violences faites aux enfants et aux personnes vulnérables doivent être signalées aux autorités judiciaires ou administratives en cas de doutes ou d'informations préoccupantes, et les violences sexuelles sont une urgence médicale et médico-légale.

La prise en charge psychothérapique spécialisée consiste à identifier et revisiter toutes les violences, et faire en sorte qu'il n'y ait plus d'état de sidération. Cela nécessite de sécuriser l'enfant ou l'adulte qu'il est devenu, de lui expliquer les mécanismes psychotraumatiques (psycho-éducation), et de faire avec lui des liens, d'analyser et de décrypter les manifestations de sa mémoire traumatique en séparant ce qui provient des violences, de son ressenti en tant que victime et ce qui vient de l'agresseur, en redonnant du sens et de la cohérence à tout ce qui n'en avait pas, ce qui permet de désamorcer sa mémoire traumatique puis de l'intégrer en mémoire autobiographique. Cela permet à la victime de reconstituer son histoire, de restaurer sa personnalité et sa dignité, et de se rendre justice en l'accompagnant pour démonter, avec elle, tout le système agresseur et en la débarrassant de tout ce qui l'avait colonisée et aliénée (mises en scène, mensonges, déni, mémoire traumatique). La finalité étant que la personne qu'elle est fondamentalement puisse à nouveau s'exprimer librement et vivre, tout simplement. Une prise en charge de qualité permet de protéger les victimes, de traiter les troubles psychotraumatiques, de réparer les atteintes neurologiques (neurogenèse et neuroplasticité) et d'éviter ainsi la majeure partie des conséquences des violences sur la santé, ainsi que leurs conséquences sociales.

La souffrance des victimes doit être prise en compte et être le plus possible soulagée, tout en faisant attention de ne pas – par facilité – utiliser de façon systématique des médicaments ou des techniques certes efficaces pour anesthésier la souffrance, mais très dissociants.

Le risque de traiter en surface les psychotraumatismes en ne traitant que les symptômes de souffrance et les troubles du comportement, ou en dissociant les victimes traumatisées (pour anesthésier leurs souffrances) est un écueil fréquent qui porte préjudice aux victimes. Si, effectivement, elles semblent aller mieux dissociées, car anesthésiées, elles se retrouvent bien plus vulnérables face aux agresseurs. La dissociation n'empêche nullement d'être traumatisée, et c'est même le contraire, les victimes dissociées ont une tolérance aux violences et à la douleur qui font qu'elles

ne peuvent se protéger au mieux de situations dangereuses, et qu'elles se retrouvent encore plus traumatisées, avec une mémoire traumatique qui se recharge chaque fois qu'elles subissent des violences, se transformant en une bombe à retardement...

C'est un problème préoccupant, car la tendance à vouloir des soins efficaces et rapides, et à centrer la prise en charge sur la disparition des symptômes les plus gênants et les moins tolérés par les proches et les soignants, fait que les traitements dissociants sont souvent plébiscités. Il est nécessaire d'être particulièrement vigilant. Sont à proscrire les prises en charges qui ne respectent pas le consentement éclairé et libre des victimes et de leurs ayant-droits et celles qui portent atteinte à l'intégrité physique et mentale des enfants (violences, contraintes, contentions, chambres d'isolement, menaces et manipulations) et qui sont discriminatoires.

Dans le cadre de la prise en charge la psycho-éducation concernant les mécanismes psychotraumatiques est primordiale. Les parents et les proches protecteurs ainsi que les professionnels et les bénévoles venant à leur aide devront également être informés et soutenus, c'est essentiel pour les victimes, pour qu'elles soient mieux comprises et accompagnées. De plus, les proches, une fois bien informés, pourront être d'une aide précieuse pour participer au travail d'analyse et d'identification de la mémoire traumatique, dont ils sont souvent les témoins.

Les enfants traumatisés et les adultes qu'ils deviennent sont extrêmement sensibles au stress et doivent en être protégés tout au long de leur prise en charge que celle-ci soit médico-psychologique, juridique, éducative et sociale, les confronter ou les exposer à des situations violentes et à leurs agresseurs est à proscrire (comme lors de médiations, de confrontations ou lors des procès). Il est important de permettre aux enfants traumatisés, en raison de leur vulnérabilité au stress, de leur fragilité émotionnelle, des risques d'activation de leur mémoire traumatique et de leurs troubles cognitifs qui sont souvent très importants et représentent un lourd handicap, de bénéficier d'aménagement de leur scolarité et de tiers-temps. Il est donc essentiel et vital de protéger les enfants des violences et d'intervenir le plus tôt possible pour leur donner des soins spécifiques prodigués par des professionnel.le.s formé.e.s.

Améliorer la prise en charge de toutes les victimes de violences, rendre tous les soins sans frais et accessibles, créer suffisamment de centres de prises en charge pour les enfants victimes de violences (et des centres d'urgences ouvert 24h/24 pour les victimes de violences sexuelles) est une urgence en termes de santé publique.

En conclusion reconnaître et protéger les enfants victimes de violences sexuelles, soigner leurs traumatismes, leur rendre justice, c'est le moyen le plus efficace d'enrayer la production de ces violences de proches en proches, de générations en générations

Protéger les enfants de toutes les formes de violences, et plus particulièrement des violences sexuelles, et soigner les psychotraumatismes de ceux qui en sont victimes doit donc être une priorité absolue.

Il est essentiel que le pouvoir colonisateur des violences par l'intermédiaire de la mémoire traumatique soit connu, compris et désactivé grâce au traitement pour venir au secours des enfants victimes de violences sexuelles, pour éviter des conséquences catastrophiques sur leur vie et leur santé et pour éviter que se mette en place un

continuum de violences. Identifier, décrypter, analyser et traiter la mémoire traumatique des violences chez les jeunes victimes et les jeunes agresseurs, le plus tôt possible, est la clé pour enrayer la fabrique des violences et des agresseurs. La mémoire traumatique, quand elle n'est pas traitée, est le dénominateur commun de toutes les violences, de leurs conséquences comme de leurs causes.

Pour lutter contre les violences, il faut donc une volonté politique forte pour protéger les victimes, pour faire respecter le droit de toute personne à vivre en sécurité, pour rendre une justice efficace, pour former à la psychotraumatologie les professionnels prenant en charge les victimes, et plus particulièrement les médecins et autres professionnels de santé, pour créer des centres de soins spécialisés, pour informer le grand public sur les conséquences des violences et les mécanismes psychotraumatologiques, et l'éduquer au respect des droits humains et à la non-violence.

L'information et l'éducation du grand public, sans relâche, dès le plus jeune âge, et la formation de tous les professionnels susceptibles d'être confrontés à des victimes ou d'être un recours pour elles sont les meilleures armes pour le faire. Elles doivent s'accompagner d'une déconstruction des stéréotypes et idées fausses qui concernent la sexualité, les violences et leurs conséquences, les victimes et les agresseurs, et qui empêchent une prise de conscience de l'ampleur de ces violences, qui empêchent de les identifier, de les voir là où elles se produisent le plus fréquemment, dans la famille, le couple ou les institutions. L'information et l'éducation du grand public doivent aussi s'accompagner d'une lutte contre toutes les propagandes anti-victimaires et contre la culture du viol.

En fait, ces violences sexuelles faites aux enfants et leur cohorte de propagandes haineuses et mystificatrices sont tellement monstrueuses, impensables, incompréhensibles et inhumaines qu'y être confronté est extrêmement traumatisant, sidérant et dissociant. Elles sont à l'origine d'une mémoire traumatique intolérable, d'une anesthésie émotionnelle généralisée et d'amnésies traumatiques dissociatives chez celles et ceux qui y sont exposé.e.s d'une façon ou d'une autre. En découlent des conduites d'évitement et un état dissociatif qui empêchent de les penser, de les identifier et de les combattre en venant au secours des victimes.

Le but est de développer d'une part une culture du respect, des droits des enfants de leur consentement, de la loi et de l'interdiction de toute forme de violence et d'atteinte à leur dignité et, d'autre part, une culture de la protection et du soin. Pour y parvenir, la reconnaissance des psychotraumatismes et la connaissance de leurs mécanismes sont des outils essentiels qui permettent de penser les violences et l'instrumentalisation que les agresseurs en font, et de sortir de la sidération et de la dissociation où elles nous plongent.

Dre Muriel SALMONA

Psychiatre, Fondatrice et présidente de l'association Mémoire traumatique et victimologie (memoiretraumatique.org), membre du comité scientifique de la chaire Mukwege, ex-membre de la Commission indépendante inceste et violences sexuelles faites aux enfants (CIIVISE), autrice de plusieurs ouvrages dont chez Dunod, Le livre

noir des violences sexuelles, 2013, 3ème édition 2022 et Enrayer la fabrique des agresseurs sexuels, 2025.

Ressources :

Vous avez pour accompagner ce guide de nombreuses informations, articles, vidéos, enquêtes, manifestes, lois, ressources sur le site [memoiretraumatique.org](https://www.memoiretraumatique.org) avec plus spécifiquement :

Deux livrets de prévention et d'information distribués gratuitement sur les violences et leurs conséquences sur la santé écrits par Muriel Salmona et Sokhna

Fall, illustrés par Claude Ponti :

« Quant on te fait du mal » (2022)

« Et, si c'est toi qui fais du mal » (2026)

font partie de ces outils qui peuvent être une aide utile.

Notre guide d'information des deux livrets Quand on te fait du mal et Si, c'est toi qui fais du mal qui donne de nombreuses informations sur les violences faites aux enfants et leurs conséquences psychotraumatiques, sur les mécanismes de sidération, dissociation, mémoire traumatique et les stratégies de survie, ainsi que sur les conduites à tenir et la prise en charge des enfants victimes, il est consultable téléchargeable en PDF sur le site : <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/Guide-d-accompagnement-livret-Quand-on-te-fait-du-mal.pdf>

Quatre modules interactifs d'auto-formation en ligne de 30 mn gratuits accessibles aux personnes en situation de handicap réalisés par l'association Mémoire traumatique et victimologie et équipe de digital learning [Skillbar](#)

- **Un module labellisé par le gouvernement : Protection de l'enfant contre les violences sexuelles : nous devons tous agir**
- **Un deuxième module réalisé avec l'Association francophone des femmes autistes ayant l'agrément du gouvernement : Protection des personnes en situation de handicap contre les violences sexuelles**
- **Un troisième module sur *Comprendre le psychotraumatisme* labellisés par le gouvernement français : <https://www.memoiretraumatique.org/publications-et-outils/formation-interactive-comprendre-le-psychotraumatisme.html>**

- **et un nouveau module labellisé par le gouvernement qui vient d'être mis en ligne** *Repérer et accompagner les personnes victime de violences* sexuelles : <https://www.memoiretraumatique.org/publications-et-outils/formation-interactive-reperer-et-accompagner-les-victimes.html>

un clip pédagogique « Paroles d'expertes »

- Sur les conséquences psychotraumatiques des violences et leurs mécanismes psychotraumatiques par la Dre Muriel Salmona sur le site gouvernemental « Arrêtons les violences »

des fiches d'aide pour la prise en charge :

- Comment venir en aide secourir protéger une victime de violences intra familiales, conjugales, institutionnelles et/ou sexuelles
- Les fiches de prévention des violences sexuelles :
 - 1-Comment parler à un enfant
 - 2-Accompagner un enfant victime

des articles référencés sur les violences faites aux enfants :

- Les enfants victimes de violences conjugales, conséquences psychotraumatiques vignettes cliniques et témoignages (Dossier Grenelle violences conjugale)
- Prise en charge des conséquences des violences sexuelles subies dans l'enfance sur la santé des victimes : un impératif humain et une urgence de santé publique (dossier CIIVISE)
- Protéger les enfants, changer le monde par Sokhna Fall
- Mauvais conjoint, bons parent de Sokhna Fall

Des brochures et plaquettes de prévention et d'information sur les violences et leurs conséquences (pour adultes, jeunes, adolescents et enfants) téléchargeables gratuitement et que vous pouvez obtenir sur demande à memoiretraumatique@gmail.org : <https://www.memoiretraumatique.org/publications-et-outils/brochures-d'information.html>

Le livret « Quand on te fait du mal » existe en plusieurs versions traduites téléchargeables sur le site :

Version en anglais : https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/2023-quand-on-te-fait-du-mal_ponti-memoire-traumatique-version-anglaise.pdf

Version en espagnol : https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/2023-quand-on-te-fait-du-mal_ponti-memoire-traumatique-version-espagnole.pdf

Version en portugais : https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/2023-quand-on-te-fait-du-mal_ponti-memoire-traumatique-version-portugaise.pdf

Version en roumain : https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/2023-quand-on-te-fait-du-mal_ponti-memoire-traumatique-version-roumaine.pdf

Version en japonais : https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/2024-quand-on-te-fait-du-mal_ponti-memoire-traumatique-version-japonaise.pdf

Bibliographie

D. FINKELHOR, « The international epidemiology of child sexual abuse », *Child Abuse & Neglect*, vol. 18, n° 5, 1994, pp. 409-417 ; R. CAMPBELL et al., « The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual abuse, intimate partner violence, and sexual harassment », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 76, n° 2, 2008, pp. 194-207 ;

V.J. FELITTI, R.F. ANDA, « The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care », in R. LANIUS, E. VERMETTEN, C. PAIN (dir.), *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic*, Cambridge University Press, 2010, pp. 77-87 ;

A.C. MCFARLANE, « The long-term costs of traumatic stress: Intertwined physical and psychological consequences », *World Psychiatry*, vol. 9, n° 1, 2010, pp. 3-10 ; Organisation mondiale de la Santé, London School of Hygiene & Tropical Medicine, *Preventing intimate partner and sexual violence against women Taking action and generating evidence*, 2010 ; Organisation mondiale de la Santé, « Global status report on violence against children », art. cit. (n. 1) ;

E. FULU, S. MEDIEMA, T. ROSELLI, S. MCCOOK, « Pathways between childhood trauma, intimate partner violence, and harsh parenting: Findings from the UN Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific », *The Lancet Global Health*, vol. 5, n° 5, 2017, pp. E512-E522.

P. HAILES, R. YU, A. DANESE, J.A. FRAZIER, « Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review », *The Lancet Psychiatry*, vol. 6, n° 10, 2019, pp. 830-839 ; Association mémoire traumatique et victimologie, *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge*, op. cit. (n. 1) ; IPSOS pour Mémoire traumatique et victimologie, *Violences sexuelles de l'enfance, enquête auprès des victimes*, op. cit. (n. 1) ; Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, *Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité*, op. cit. (n. 1).

3 E. VERMETTEN, M. VYTHILINGAM, S.M. SOUTHWICK, D.S. CHARNEY, J.D. BREMNER, « Long-term treatment with paroxetine increases verbal declarative memory and hippocampal volume in posttraumatic stress disorder », *Biological psychiatry*, vol. 54, n° 7, 2003, pp. 693-702 ;

R. YEHUDA, J. LEDOUX, « Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD », *Neuron*, vol. 56, n° 1, pp. 19-32.

C.B. NEMEROFF, « Paradise lost: The neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect », *Neuron*, vol. 89, n° 5, 2016, pp. 892-909 ;

N. PERROUD, E. PAOLONI-GIACOBINO, et a., « Increased methylation of glu- cocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: A link with the severity and type of trauma », *Translational Psychiatry*, n° 1, 2011, e59 ;

M. SALMONA, *Le Livre noir des violences sexuelles*, 3e éd., 2022, Dunod, 512 pages.

I. KEYGNAERT, I. VAN MELKEBEKE, *Zorg voor slachtoffers van seksueel geweld: Gids voor steunfiguren*, Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, 2018, p. 35.

T. EHLING, E.R.S. NIJENHUIS, A. KRIKKE, « Volume of discrete brain structures in florid and recovered DID, DDNOS, and healthy controls », *intervention pour la 20e Conférence annuelle de l'International Society for the Study of Dissociation*, 2003 ;

S. HILLIS, J. MERCY, A. AMOBI, H. KRESSE, « Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates », *Pediatrics*, vol. 137, n° 3, 2016, e20154079.

Association mémoire traumatique et victimologie, *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge*, op. cit. (n. 1) ; IPSOS pour Mémoire traumatique et victimologie, *Violences sexuelles de l'enfance, enquête auprès des victimes*, op. cit. (n. 1) ; Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants, *Violences sexuelles faites aux enfants : « on vous croit », Rapport final*, 2023.

M. SALTER, D. WOODLOCK, « The antiepidemiology of organised abuse: Ignorance, exploitation, inaction », *The British Journal of Criminology*, vol. 63, n° 1, 2023, pp. 221237.

Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, *Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité, Rapport d'enquête Vécu et ressenti en matière de sécurité*, 2022.

IPSOS pour Mémoire traumatique et victimologie, *Violences sexuelles de l'enfance, enquête auprès des victimes*, op. cit. (n. 1).

K. STEELE, J. COLRAIN, « Abreactive work with sexual abuse survivors: Concepts and techniques », in M.A. HUNTER (dir.), *The sexually abused male*, vol. 2, Lexington Press, 1990, pp. 1-55 ;

Z. SOLOMON, R. GARB, A. BLEICH, D. GRUPPER, « Reactivation of combat-related posttraumatic stress disorder », *The American journal of psychiatry*, vol. 144, n° 1, 1987, pp. 5155 ;

B.A. VAN DER KOLK, O. VAN DER HART, « The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma », *American Imago*, vol. 48, n° 4, 1991, pp. 425454.

J.E. LEDOUX, J. MULLER, « Emotional memory and psychopathology », *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, vol. 352, n° 1362, 1997, pp. 17191726.

O. VAN DER HART, E.R.S. NIJENHUIS, K STEELE, *Le soi hanté : dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*, De Boeck, 2010, 496 pages ;

B.A. VAN DER KOLK, « The devastating effects of ignoring child maltreatment in psychiatry Commentary on « The enduring neurobiological affects of abuse and neglect », *14 Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 57, n° 3, 2016, pp. 267270

M. SALMONA, *Enrayer la fabrique des agresseurs sexuels*, Dunod, 2025, 368 pages.

16 M. FARLEY, A. COTTON, J. LYNNE, E. ZURBRIGGEN, C. STARK, M. KENNEDY, « Prostitution & trafficking in nine countries: An update on violence and posttraumatic stress disorder », *Journal of Trauma Practice*, vol. 2, n° 34, 2003, pp. 3374.

J. BRIERE, J.R. CONTE, « Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 6, n° 1, 1993, pp. 2131 ;

L.M. WILLIAMS, « Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memory of child sexual abuse », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 62, n° 6, 1994, pp.

11671176; Association mémoire traumatique et victimologie, Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge, op. cit. (n. 1) ;

M. SALMONA, « L'Amnésie traumatique : un mécanisme dissociatif pour survivre », in R. COUTANCEAU, C. DAMIANI (dir.), *Victimologie. Évaluation, traitement, résilience*, Dunod, 2018, pp. 7185 ;

IPSOS pour Mémoire traumatique et victimologie, *Violences sexuelles de l'enfance*, enquête auprès des victimes, op. cit. (n. 1).