

LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES ENFANTS VICTIMES

Muriel SALMONA¹,

*Texte de l'intervention lors du colloque «La prise en charge judiciaire de l'enfant victime»
le 19 mai 2014 Grand' chambre de la Cour de cassation, l'organisé par l'Association Louis
Chatin pour les droits de l'enfant, en partenariat avec l'ENM*

Les enfants victimes de violences sont dans leur immense majorité abandonnés sans protection ni soin. Les violences qu'ils subissent le plus souvent intra-familiales ou institutionnelles et commises par des personnes censées les protéger, sont une atteinte très grave à leurs droits, à leur dignité et à leur intégrité physique et psychique, elles restent très rarement identifiées et signalées. Non seulement les enfants victimes se retrouvent à survivre seuls face à des violences auxquelles il leur est impossible d'échapper, **mais ils sont également condamnés à survivre seuls aux conséquences psychotraumatiques qu'elles entraînent** (Anda, 2006 ; MacFarlane, 2010), et plus particulièrement à leur symptôme principal - **la mémoire traumatique** - qui, leur faisant revivre les violences à l'identique, s'apparente à une véritable torture qui n'en finit pas.

Les enfants victimes de violences sont très peu dépistés et leurs troubles psychotraumatiques rarement diagnostiqués par des professionnels de la santé qui n'ont pas été formés pendant leurs études. Or les maltraitances et les violences sexuelles sont fréquentes (entre 15 et 20% des enfants subissent des violences sexuelles et rappelons que si les femmes adultes sont 83 000 par an à subir des viols et tentatives de viols, les filles mineures sont 120 000 et les garçons 22 000, CVS 2010-2012), **et ces conséquences psychotraumatiques sont graves.** Si elles ne sont pas prises en charge de façon spécifique, elles peuvent durer des années, des dizaines d'années, voire toute une vie. Alors que pour une exposition traumatique en général le risque que s'installent des troubles psychotraumatiques (un état de stress post-traumatique) est de 24 %, pour des violences physiques dans le cadre d'une maltraitance ou d'enfants témoins de violences, il est de 50 à 60% (Astin, 1996), et lors de violences sexuelles ou d'actes de barbarie, il est de plus de 80% (Breslau, 1991). **Les troubles psychotraumatiques sont une réponse universelle et normale, présente chez toutes les victimes dans les jours et les semaines qui suivent un traumatisme** (McFarlane, 2000), **ils s'installent dans la durée si rien n'est fait pour protéger et soigner les victimes.**

¹ psychiatre, psychotraumatologue, présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie

Il y a une tradition de sous-estimation des violences faites aux mineurs, de leur gravité et de leur fréquence (plus de 20% des enfants en seraient victimes, plus de 60% des viols sont commis sur des mineurs, enquête CST INSERM, 2008). **Une tradition de banalisation d'une grande partie de celles-ci, à laquelle s'ajoute une méconnaissance de la gravité des conséquences des violences sur la santé.** Il y a également une méconnaissance des conséquences sociales des violences sur l'apprentissage, sur les capacités cognitives, sur la socialisation, sur les risques de conduites asociales et de délinquance, sur les risques d'être à nouveau victime de violences ou d'en être auteur (l'OMS a reconnu en 2010 que la principale cause pour subir ou commettre des violences est d'en avoir déjà subi)

De nombreuses études et des recherches cliniques et neuro-biologiques sont pourtant disponibles

L'étude prospective américaine de Felitti et Anda (2010), montre que le principal déterminant de la santé à 55 ans est d'avoir subi des violences dans l'enfance. Les conséquences sur la santé sont à l'aune des violences subies. Plus elles ont été graves et répétées, plus leurs conséquences sur la santé sont importantes : risque de mort précoce par accidents, maladies et suicides, de maladies cardio-vasculaires et respiratoires, de diabète, d'obésité, d'épilepsie, de troubles de l'immunité, de troubles psychiatriques (dépressions, troubles anxieux, troubles graves de la personnalité), d'addictions, de troubles du sommeil, de l'alimentation et de la sexualité, de douleurs chroniques invalidantes, de troubles cognitifs etc.

Et de nombreuses recherches cliniques et neuro-biologiques depuis plus de 10 ans ont montré que l'impact des violences sexuelles chez les victimes est non seulement psychologique, mais également neuro-biologique avec des atteintes de circuits neurologiques et des perturbations endocriniennes des réponses au stress (McFarlane, 2010). Ces atteintes ont été bien documentées, elles laissent des séquelles cérébrales visibles par IRM, avec une diminution de l'activité et du volume de certaines structures (par diminution du nombre de synapses), et pour d'autres une hyperactivité, ainsi qu'une altération du fonctionnement des circuits de la mémoire et des réponses émotionnelles. Récemment des altérations épigénétiques ont également été mises en évidence chez des victimes de violences sexuelles dans l'enfance, avec la modification d'un gène (NR3C1) impliqué dans le contrôle des réponses au stress et de la sécrétion des hormones de stress (adrénaline, cortisol), altérations qui peuvent être transmises à la génération suivante (Perroud, 2011).

Et encore plus récemment une étude menée par une équipe de chercheurs internationaux (allemand, américains et canadien) et publiée début juin 2013 dans l'American Journal of Psychiatry (Heim, 2013) a mis en évidence des modifications anatomiques visibles par IRM de certaines aires corticales du cerveau de femmes adultes ayant subi dans l'enfance des

violences sexuelles. Fait remarquable, ces aires corticales qui ont une épaisseur significativement diminuée par rapport à celles de femmes n'ayant pas subi de violences, sont celles qui correspondent aux zones somato-sensorielles des parties du corps ayant été touchées lors des violences (zones génitales, anales, buccales, etc.). Et l'épaisseur de ces zones corticales est d'autant plus diminuée que les violences ont été plus graves (viols, plusieurs agresseurs,...).

Ces nombreuses recherches ont déjà permis de faire le lien entre les découvertes neuro-biologiques et la clinique des psychotraumatismes. La compréhension du lien fait appel à l'élaboration d'un modèle théorique (Shin, 2006 ; Yehuda, 2007, Salmona, 2008 et 2012), c'est-à-dire d'une explication qui permette de mieux appréhender la réalité, le modèle ne pouvant prétendre expliquer la réalité dans sa totalité. J'ai largement participé à cette élaboration qui permet de décrire les mécanismes psychiques et neuro-biologiques à l'œuvre lors des violences, et de donner une explication et une cohérence aux différents symptômes psychotraumatiques qui sinon paraissent paradoxaux et sont difficilement compréhensibles.

La mémoire traumatique à l'œuvre.

Les violences aboutissent à la constitution d'une mémoire traumatique de l'événement, différente de la mémoire autobiographique normale, non intégrée et piégée dans certaines structures de l'encéphale. Les mécanismes à l'origine de cette mémoire traumatique sont assimilables à **des mécanismes exceptionnels de sauvegarde qui sont déclenchés par le cerveau pour échapper au risque vital que fait courir une réponse émotionnelle extrême face à un trauma.**

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

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

Lors de violences, la sidération fait que le cortex est dans l'incapacité de moduler l'alarme qui continue donc à « hurler » et à produire une grande quantité d'hormones de stress. L'organisme se retrouve en état de stress extrême, avec des taux toxiques d'hormones de stress

qui représentent **un risque vital cardiovasculaire (adrénaline) et neurologique (cortisol : avec des atteintes neuronales)**. Pour échapper à ce risque vital, comme dans un circuit électrique en survoltage qui disjoncte pour protéger les appareils électriques, **le cerveau fait disjoncter le circuit émotionnel à l'aide de neurotransmetteurs qui sont des « drogues dures » anesthésiantes et dissociantes** (morphine-like et kétamine-like).

Cette disjonction en isolant l'amygdale cérébrale éteint la réponse émotionnelle et fait disparaître le risque vital en créant un état d'anesthésie émotionnelle et physique. Mais cette disjonction est à l'origine **d'une dissociation traumatique**, un trouble de la conscience lié à la déconnection avec le cortex, qui entraîne une sensation d'irréalité, d'étrangeté, d'absence, et qui donne à l'enfant l'impression d'être un spectateur des événements, de regarder un film. La disjonction est également à l'origine de troubles de la mémoire par interruption des circuits d'intégration de la mémoire : avec des amnésies partielles ou complètes et surtout d'une mémoire traumatique. **Cette mémoire traumatique est une mémoire émotionnelle des violences contenue dans l'amygdale cérébrale qui n'a pas pu être traitée par l'hippocampe dont elle est déconnectée.** L'hippocampe est une structure cérébrale qui intègre et transforme la mémoire émotionnelle en mémoire autobiographique et verbalisable. Tel un logiciel, l'hippocampe est indispensable pour stocker et aller rechercher les souvenirs et les apprentissages, et pour se repérer dans le temps et l'espace : avec la disjonction ces fonctions seront gravement perturbés.

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

La mémoire traumatique sera souvent responsable non seulement de sentiments de terreur, de détresse, de mort imminente, de douleurs, de sensations inexplicables, mais également de sentiments de honte et de culpabilité, et d'estime de soi catastrophique qui seront alimentés par la mémoire traumatique des paroles de l'agresseur. Tout y est mélangé, sans identification, ni tri, ni contrôle possible. Au moment des violences cette indifférenciation empêchera la victime de faire

une séparation entre ce qui vient d'elle et de l'agresseur, elle pourra à la fois ressentir une terreur qui est la sienne, associée à une excitation et une jouissance perverses qui sont celles de l'agresseur. De même il lui sera impossible de se défendre des phrases mensongères et assassines de l'agresseur : «tu aimes ça», «c'est ce que tu veux», «c'est ce que tu mérites», elles s'installeront telles quelles dans l'amygdale cérébrale. Après les violences, cette mémoire traumatique y restera piégée.

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

Les stratégies de survie mises en place par les enfants traumatisés.

Les victimes traumatisées, quand elles sont abandonnées sans protection, ni solidarité, ni soutien, ni soins, sont condamnées à mettre en place des stratégies de survie handicapantes et épuisantes.

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

- **la fuite**, quand elle est possible et c'est rare, elle représente souvent un grand danger pour l'enfant. Une fugue chez un enfant ou un départ précoce du milieu familial chez un adolescent doivent toujours faire rechercher des violences qui pourraient en être à l'origine.

- **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 se met en place automatiquement : 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 irréaliste 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.

2 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 :

- L'enfant pour éviter les déclenchements effrayants de sa mémoire traumatique, va mettre en place des conduites de contrôle et d'évitement vis-à-vis de tout ce qui est susceptible de la faire « exploser » (avec des angoisses de séparation, des comportements régressifs, un retrait intellectuel, des phobies et des troubles obsessionnels compulsifs comme des lavages répétés ou des vérifications incessantes, une intolérance au stress), il va fréquemment se créer un petit monde sécurisé parallèle où il se sentira en sécurité qui peut être un monde physique (comme leur chambre, entourés d'objets, de peluches ou d'animaux qui le rassure) ou mental (un monde parallèle où il se réfugie continuellement). Tout changement sera perçu comme menaçant car mettant en péril les

repères mis en place et il mettra en place **des conduites d'hypervigilance** (avec une sensation de peur et de danger permanent, un état d'alerte, une hyperactivité, une irritabilité et des troubles de l'attention). Ces conduites d'évitement et d'hypervigilance sont épuisantes et envahissantes, elles entraînent des troubles cognitifs (troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire) qui ont souvent un impact négatif sur la scolarité et les apprentissages.

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

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

Ces conduites à risques dissociantes sont des conduites auto-agressives (se frapper, se mordre, se brûler, se scarifier, tenter de se suicider), **des mises en danger** (conduites routières dangereuses, jeux dangereux, sports extrêmes, conduites sexuelles à 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 à risques sont donc des mises en danger délibérées. Elles consistent en une recherche active voire compulsive de situations, de comportements ou d'usages de produits connus comme pouvant être dangereux à court ou à moyen terme. **Le risque est recherché pour son pouvoir dissociant direct** (alcool, drogues) **ou par le stress extrême qu'il entraîne (jeux dangereux), et sa capacité à déclencher la disjonction de sauvegarde qui va déconnecter les**

réponses émotionnelles et donc créer une anesthésie émotionnelle et un état dissociatif. Mais elles rechargent aussi la mémoire traumatique, la rendant toujours plus explosive, et rendant les conduites dissociantes toujours plus nécessaires, créant une véritable addiction aux mises en danger et/ou à la violence. Ces conduites dissociantes sont incompréhensibles et paraissent paradoxales à tout le monde (à la victime, à ses proches, aux professionnels). Elles sont chez les victimes à l'origine de sentiments de culpabilité et d'une grande solitude, qui les rendent encore plus vulnérables. 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.

Du fait de ces stratégies de survie une victime de violences sexuelle dans l'enfance peut à l'adolescence et à l'âge adulte osciller entre :

- une impossibilité ou une très grande difficulté d'avoir une vie sexuelle avec une personne qu'elle aime, la plupart des gestes d'un acte sexuel entraînant des réminiscences traumatiques les rendant insupportables ou très angoissant, à tel point qu'un rapport sexuel ne sera possible qu'en étant dissocié (drogué, alcoolisé ou après s'être stressé par des images mentales violentes).

- et lors de situations de grand mal-être, des conduites à risques sexuelles, avec des rencontres avec des inconnus sans protection, avec des actes sexuels violents (auto-agressifs ou dans le cadre de pratiques «sado-masochistes»), des mises en danger sur internet ou avec des personnes manifestement perverses, voire même des pratiques prostitutionnelles, pour se dissocier.

De plus l'état dissociatif quasi permanent dans lequel se retrouvent les victimes leur donne la douloureuse impression de n'être pas elles-mêmes, d'être «as if», comme dans une mise en scène permanente. L'anesthésie émotionnelle les oblige à «jouer» des émotions dans les relations avec les autres, avec le risque de n'être pas tout en fait en phase, de sur ou sous-jouer.

Des risques d'auto-agressions, de suicides, et de subir à nouveau des violences ou d'en reproduire

La mémoire traumatique et les conduites dissociantes peuvent être à l'origine de risques vitaux, avec un risque décuplé de mourir précocement d'accident (avec les mises en danger) ou de suicide. Dans l'enquête d'AIVI (l'Association internationale des victimes d'inceste) et dans le questionnaire de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, 50% des victimes ont fait des tentatives de suicide.

Si certaines tentatives de suicide peuvent être liées à une volonté réfléchie d'en finir avec une vie de souffrance, la plupart sont dues à la mémoire traumatique de la volonté destructrice et criminelle de l'agresseur qui, en envahissant le psychisme de la personne victime, peut la faire brutalement basculer dans un passage à l'acte suicidaire. Celui-ci reproduit soit une tentative de meurtre subie par le passé, soit le «tu ne vauds rien, tu n'es rien, tu ne mérites pas de vivre, tu es indigne, tu n'es qu'un déchet à jeter, etc.» mis en scène par l'agresseur. La victime est colonisée par le désir meurtrier de l'agresseur qui s'impose à elle, comme s'il émanait de ses propres pensées. C'est intolérable, et répondre à cette injonction en se supprimant, dans une compulsion dissociante, devient la seule solution pour échapper à cette scène et pour éteindre cette violence qui explose en elle.

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 génération en génération, les victimes présentant un risque important de subir à nouveau des violences, et aussi d'en commettre contre elles-mêmes, et pour un petit nombre d'entre elles contre autrui, ce qui suffit à alimenter sans fin un cycle des violences. L'OMS a reconnu en 2010 que le facteur principal pour subir ou commettre des violences est d'en avoir déjà subi.

Reproduire les violences qu'on a subies sur des enfants est 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 d'échapper 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, et 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 qu'on opère de les utiliser contre autrui en l'instrumentalisant comme un fusible pour disjoncter.

Quand la mémoire traumatique de l'agresseur revient hanter la victime avec sa haine, son mépris, son excitation perverse, soit la victime peut courageusement se battre pour contrôler sans relâche ce qu'elle pense être ses propres démons (alors qu'il ne s'agit pas d'elle, de ce qu'elle est, mais d'une remémoration traumatique intrusive qui s'impose à elle sans qu'elle puisse l'identifier comme telle, et qui se présente comme des phobies d'impulsion, avec la peur de passer à l'acte) en s'auto-censurant et en évitant toutes les situations qui peuvent déclencher des images ou des sensations intrusives (comme des situations sexualisées, comme être avec des enfants, les toucher), soit elle peut retourner ces intrusions contre elle et se haïr, se mépriser et s'auto-agresser sexuellement pour disjoncter et s'anesthésier, soit elle peut faire corps avec ces intrusions, s'identifier à elles et passer à l'acte sur autrui en reproduisant les actes commis par son agresseur, ce qui va là aussi lui

permettre de disjoncter et s'anesthésier avec en prime un sentiment de toute-puissance et le risque d'une véritable addiction à la violence sexuelle. Pour un enfant il est difficile de lutter contre ces envahissements incompréhensibles, mais pour un adulte le choix de ne pas passer à l'acte sur autrui, de ne pas gravement transgresser les lois, de ne pas mépriser les droits de la victime et sa souffrance, est toujours possible, impliquant cependant de mettre en place en soi tout un arsenal de contraintes.

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 aurait libérés de la torture que représentent des violences et des agresseurs continuellement présents en soi.

Des enfants abandonnés sans protection, ni soins, avec des vies fracassées par les violences.

L'ensemble de ces troubles psychotraumatiques (mémoire traumatique, conduites d'évitement et de contrôle, hypervigilance et conduites dissociantes) vont être chez l'enfant à l'origine de troubles très importants : troubles du développement psycho-moteur et de la personnalité, troubles cognitifs avec des difficultés scolaires et troubles de l'apprentissage, troubles de la mémoire avec parfois des amnésies importantes, troubles relationnels (avec un isolement, une grande timidité et une mauvaise estime de soi), troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement alimentaire et sexuel, troubles du sommeil, conduites à risque avec des conduites délinquantes ou violentes envers soi-même ou autrui, risque de subir de nouvelles violences. Ils représentent un risque pour la santé physique et psychique, dont un risque vital : risque de mourir par accident (liés aux conduites à risque, première cause de mortalité chez les adolescents) et par suicide (deuxième cause de mortalité chez les adolescents, 50% des victimes de violences sexuelles ont fait au moins une tentative de suicide).

Les symptômes psychotraumatiques qui traduisent une grande souffrance chez les enfants et les adolescents victimes de violence, sont le plus souvent interprétés comme provenant de l'enfant, de sa nature, de son sexe, de sa personnalité, de sa mauvaise volonté, de ses provocations... Et plutôt que de relier ces troubles à des violences, de nombreuses rationalisations vont chercher à les expliquer par la crise d'adolescence, les mauvaises fréquentations, l'influence de la télévision, d'internet..., ou par la malchance et la fatalité, voire même par l'influence délétère d'une surprotection : " on l'a trop pourri, gâté, c'est un enfant roi !! ". L'hérédité peut être également

appelée à la rescousse : " il est comme... son père, son oncle, sa grand mère, etc. ", ainsi que la maladie mentale. C'est avec ces rationalisations que les suicides des enfants et des adolescents, ou les jeux dangereux seront mis sur le compte d'une contagion ou de dépressions, les violences subies n'étant presque jamais évoquées comme cause principale.

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

Ces enfants gravement traumatisés par des violences ont dû vivre continuellement menacés, sans aucun droit, avec la peur au ventre, peur de parler, peur de provoquer une colère, peur d'être tués, peur de se réveiller le matin, peur de rentrer à la maison après l'école, peur des repas, des week-end, des vacances... Ils ont dû développer des stratégies hors norme pour survivre, en s'auto-censurant pour éviter toutes les situations à risque de dégénérer en violences, en se soumettant à tous les diktats et les mises en scène des bourreaux, en gardant le silence, en se dissociant pour supporter l'insupportable, en développant très souvent un monde imaginaire pour s'y réfugier, monde devenant parfois envahissant avec un compagnon imaginaire (poupée, peluche, animal, ami). Mais ces stratégies ont leurs limites, et les enfants pourront traverser des périodes de désespoirs intenses avec des risques de passage à l'acte suicidaire.

Avec cette mémoire traumatique, les victimes contre leur gré se retrouvent à revivre sans cesse les pires instants de terreur, de douleur, de désespoir, comme une torture sans fin, avec des sensations soudaines d'être en grand danger, d'être projetées par terre, d'être écrasées, frappées violemment, de perdre connaissance, de mourir, d'avoir la tête ou le corps qui explose, avec des suffocations, des douleurs intenses. Avec elles, l'agresseur reste éternellement présent à leur imposer les mêmes actes atroces, les mêmes phrases assassines, la même souffrance délibérément induite, la même jouissance perverse à les détruire, leurs mêmes mises en scène mystificatrices avec une haine, un mépris, des injures, et des propos qui ne les concernent en rien. Et plus les violences ont eu lieu tôt dans la vie des victimes, plus elles ont été obligées de se construire avec ces émotions et ces sensations de terreur, avec ces actes et ces propos pervers, à devoir lutter contre eux sans les comprendre et sans ne plus savoir où se trouve la ligne de démarcation entre elles et cette mémoire traumatique. La mémoire traumatique les hante, les exproprie et les empêche d'être elles-mêmes, pire elle leur fait croire qu'elles sont doubles, voire triples : une personne normale (ce qu'elles sont), une moins que rien qui a peur de tout, et une coupable dont elles ont honte et qui mérite la mort (ce que l'agresseur a mis en scène et qu'elles finissent par intégrer puisque cela tourne en boucle dans leur tête), une personne qui pourrait devenir violente et perverse et qu'il faut sans cesse contrôler,

censurer (ce même agresseur tellement présent et envahissant à l'intérieur d'elles-mêmes qu'elles finissent par se faire peur en le confondant avec elles-mêmes).

Sortir du déni, protéger et soigner les enfants victimes de violences : une urgence de santé publique.

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 aurait libérés de la torture que représentent des violences et des agresseurs continuellement présents en soi.

La grande majorité des enfants n'ont pas pu parler des violences subies avant des années, voire des dizaines d'années. À la question de questionnaire d'auto-évaluation de l'impact et de la prise en charge des victimes de violences sexuelles que notre association a mis en ligne "Pourquoi vous n'avez pas pu en parler", les réponses sont par ordre de fréquence (sur plus de 1000 réponses):

- la difficulté à mettre des mots sur ce qui s'est passé et à l'identifier,
- le sentiment de culpabilité («je pensais que c'était de ma faute»)
- la peur de ne pas être cru (ou crue)
- l'impossibilité d'en parler du fait de la souffrance que cela réactive
- la peur des menaces de l'agresseur
- l'amnésie (près de 60% des enfants victimes présentent des amnésies partielles des faits et 40% des amnésies totales qui peuvent durer de longues années avant que la mémoire revienne souvent brutalement sous forme de flashbacks (Brière, 1993, Williams, 1995, Widom, 1996)
- la peur des réactions de l'interlocuteur.

Il faut aider les victimes à parler, pour cela il faut communiquer sur la réalité des violences sexuelles et sur leur conséquences, les informer sur la loi, les droits des personnes, il faut, et c'est essentiel, leur poser des questions. Et quand elles arrivent à parler, il faut les écouter, les croire, reconnaître les violences sexuelles subies et les traumatismes qu'elles présentent, les protéger, être solidaire et leur apporter protection, soutien et soin. Il est très important de leur donner des informations et d'expliquer les mécanismes psychologiques et neurobiologiques psychotraumatiques pour que les victimes comprennent ce qui leur arrive, pour qu'elles puissent se déculpabiliser et avoir une boîte à outils pour mieux se comprendre.

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. La personne est alors considérée comme étant 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 subi des violences ?" jamais posée.

Ces conséquences sont normales et universelles, elles sont liées aux violences, et non à la personnalité de la victime. Elles peuvent être aggravées par des vulnérabilités spécifiques à la victime (tout comme une blessure par arme blanche peut-être aggravée par une hémophilie) : âge, handicap, antécédents de violences, etc. Elles ont beau être bien connues depuis des décennies, prouvées par des études scientifiques internationales, visibles sur des IRM, elles restent méconnues, et ne sont toujours pas enseignées en France, à l'heure actuelle, les médecins et les autres professionnels de la santé ne sont toujours pas formés ni en formation initiale - lors d'une enquête récente auprès des étudiants en médecine plus de 80 % ont déclaré ne pas avoir reçu de formation sur les violences et 95% ont demandé une formation pour mieux prendre en charge les victimes de violences - ni en formation continue, et l'offre de soins adaptés est très rare.

Il y a en France une tradition de sous-estimation des violences faites aux mineurs, de leur gravité et de leur fréquence. Une tradition de banalisation d'une grande partie de celles-ci à laquelle, nous l'avons vu, s'ajoute une méconnaissance de la gravité des conséquences des violences sur la santé. Il y a également une méconnaissance des conséquences sociales des violences sur l'apprentissage, sur les capacités cognitives, sur la socialisation, sur les risques de conduites asociales et de délinquance, sur les risques d'être à nouveau victime de violences ou d'en être auteur. On constate également une stigmatisation des troubles de la conduite et des troubles du comportement des enfants et des adolescents, troubles qui masquent une souffrance non reconnue, ainsi qu'une banalisation de signes de souffrance mis sur le compte de la crise d'adolescence, de la personnalité de la victime, de son sexe, ou à l'inverse une dramatisation de symptômes psychotraumatiques (mémoire traumatique, dissociation traumatique) souvent étiquetés à tort uniquement comme des troubles névrotiques anxieux ou bien dépressifs, des troubles de la personnalité (border-line, sensitive, asociale), et parfois comme des troubles psychotiques (psychose maniaco-dépressive, schizophrénie, paranoïa, etc.) et traités abusivement comme tels, et non comme des conséquences traumatiques qu'il faut traiter. De même les conduites d'évitement et de contrôle sur la pensée

associés aux troubles dissociatifs chez les enfants et les adolescents peuvent être tellement envahissants, et entraîner une telle inhibition du contact et de la parole, qu'ils peuvent être pris pour des déficits intellectuels ou des troubles d'allure autistique, ce qu'ils ne sont pas bien sûr. Tous ces troubles sont régressifs dès qu'une prise en charge de qualité permet de traiter la mémoire traumatique.

La méconnaissance de tous ces mécanismes psychotraumatiques, l'absence de soins, participent à l'abandon où sont laissées les victimes, à la non-reconnaissance de ce qu'elles ont subi, et à leur culpabilisation. Les victimes, condamnées à organiser seules leur protection et leur survie, sont considérées comme responsables de leur propres malheurs.

Des soins essentiels

Les soins sont essentiels, la mémoire traumatique doit être traitée. Il s'agit de faire des liens, de comprendre, de sortir de la sidération en démontant le système agresseur et en remettant le monde à l'endroit, de, petit à petit, désamorcer la mémoire traumatique, de l'intégrer en mémoire autobiographique, et décoloniser ainsi la victime des violences et du système agresseur.

Elle doit être la plus précoce possible. En traitant la mémoire traumatique, c'est-à-dire en l'intégrant en mémoire autobiographique, elle permet de réparer les atteintes neurologiques, et de rendre inutiles les stratégies de survie

Le but de la prise en charge psychothérapique, c'est de ne jamais renoncer à tout comprendre, à redonner du sens. Tout symptôme, tout cauchemar, tout comportement qui n'est pas reconnu comme cohérent avec ce que l'on est fondamentalement, toute pensée, réaction, sensation incongrue doit être disséqué pour le relier à son origine, pour l'éclairer par des liens qui permettent de le mettre en perspective avec les violences subies. Par exemple une odeur qui donne un malaise et une envie de vomir se rapporte à une odeur de l'agresseur, une douleur qui fait paniquer se rapporte à une douleur ressentie lors de l'agression, un bruit qui paraît intolérable et angoissant est un bruit entendu lors des violences comme un bruit de pluie s'il pleuvait, une heure de la journée peut être systématiquement angoissante ou peut entraîner une prise d'alcool, des conduites boulimiques, des raptus suicidaires, des auto-mutilations s'il s'agit de l'heure de l'agression, une sensation d'irritation, de chatouillement ou d'échauffement au niveau des organes génitaux survenant de façon totalement inadaptée dans certaines situations peut se rapporter aux attouchements subis, des "fantasmes sexuels" violents, très dérangeants dont on ne veut pas, mais qui s'imposent dans notre tête ne sont que des réminiscences traumatiques des viols ou des agressions sexuelles subis...

Le travail psychothérapeutique consiste à faire des liens, en réintroduisant des représentations mentales pour chaque manifestation de la mémoire traumatique (perfusion de sens), ce qui va permettre de réparer et de rétablir les connexions neurologiques qui ont subi des atteintes et même d'obtenir une neurogénèse. Il s'agit de « réparer » l'effraction psychique initiale, la sidération psychique liée à l'irreprésentabilité des violences. Effraction responsable d'une panne psychique qui rend le cerveau incapable de contrôler la réponse émotionnelle, ce qui est à l'origine du stress dépassé, du survoltage, de la disjonction, puis de l'installation d'une dissociation et d'une mémoire traumatique. Cela se fait en « revisitant » le vécu des violences, accompagné pas à pas par un « démineur professionnel » avec une sécurité psychique offerte par la psychothérapie et si nécessaire par un traitement médicamenteux, pour que ce vécu 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. Il s'agit de remettre le monde à l'endroit. Il faut démonter tout le système agresseur, et reconstituer avec l'enfant son histoire en restaurant sa personnalité et sa dignité, en les débarrassant de tout ce qui les avait colonisées et aliénées (mises en scènes, mensonges, déni, mémoire traumatique). Pour que la personne qu'il est fondamentalement puisse à nouveau s'exprimer librement et vivre tout simplement. Pour que l'enfant terrorisé ne soit enfin plus jamais seul. "Pour abattre le mur du silence et rejoindre l'enfant qui attend" (Alice Miller, 1985).

Cette analyse poussée permet au cerveau associatif et à l'hippocampe de re-fonctionner et 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. De plus il a été démontré qu'une prise en charge spécialisée permettait de récupérer des atteintes neuronales liées au stress extrême lors du traumatisme, avec une neurogénèse et une amélioration des liaisons dendritiques visibles sur des IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) (Ehling, T., & Nijenhuis, E.R.S., Krikke, A. 2003).

Rapidement, ce travail se fait quasi automatiquement et permet de sécuriser le terrain psychique, car lors de l'allumage de la mémoire traumatique le cortex pourra désormais contrôler la réponse émotionnelle et apaiser la détresse, sans avoir recours à une disjonction spontanée ou provoquée par des conduites dissociantes à risque. Il s'agit pour le patient de devenir expert en « déminage » et de poursuivre le travail seul, les conduites dissociantes ne sont plus nécessaires et la mémoire traumatique se décharge de plus en plus, la sensation de danger permanent s'apaise et petit à petit il devient possible de se décoloniser de la mémoire traumatique et de retrouver sa cohérence, et d'arrêter de survivre pour vivre enfin.

Il est donc essentiel de protéger les enfants des violences et d'intervenir le plus tôt possible pour leur donner des soins spécifiques, il s'agit de situations d'urgence pour éviter la mise en place de troubles psychotraumatiques sévères et chroniques qui auront de graves conséquences sur leur vie future, leur santé, leur scolarisation et socialisation, et sur le risque de perpétuation des violences. Et il est nécessaire de sensibiliser et de former tous les professionnels de l'enfance, des secteurs médico-sociaux, associatifs et judiciaires sur les conséquences psychotraumatique des violences. La prévention des violences passe avant tout par la protection et le soin des victimes. Parce qu'elles ne seront plus condamnées au silence, ni abandonnées sans protection et sans soins, ces enfants victimes pourront sortir de cet enfer où les condamne la mémoire traumatique des violences sexuelles subies.

drmsalmona@gmail.com

www.memoiretraumatique.org

Pour en savoir plus :

site <http://www.memoiretraumatique.org>

mon livre : [Le livre noir des violences sexuelles](#), Dunod, 2013

et mes articles référencés sur :

[Grossesse et violences conjugales : impact sur l'enfant](#), in *Enfants exposés à la violence conjugale*, revue L'observatoire, 59, 2008

[la mémoire traumatique et les conduites dissociantes](#) in *Traumas et résilience*, Dunod, 2012 : <http://www.stopauxviolences.blogspot.fr/2012/03/dernier-article-de-muriel-salmona-avec.html>

[L'impact psychotraumatique de la violence sur les enfants : la mémoire traumatique à l'œuvre](#) in *la protection de l'enfance*, La revue de santé scolaire & universitaire, janvier-février 2013, n°19, pp 21-25

[La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité post-traumatiques : ou comment devient étranger à soi-même ?](#) in *Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie* Dunod, 2013 <http://www.stopauxviolences.blogspot.fr/2013/04/nouvel-article-la-dissociation.html>

[Le viol, crime absolu](#) dans le dossier Le traumatisme du viol, revue Santé Mentale, 176, mars 2013

et avec le Dr Patrice Louville : [Clinique du psychotraumatisme](#) dans le dossier *Le traumatisme du viol*, revue Santé Mentale, 176, mars 2013

les brochures d'information de l'association à destination des jeunes :

Information sur les violences et leurs conséquences sur la santé, à destination des jeunes éditées en 2013 avec l'association Sortir du Silence, texte de la Dre Muriel Salmona, distribuées gratuitement par l'association, à télécharger sur le site [memoiretraumatique.org](http://www.memoiretraumatique.org) : <http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/Documents-pdf/brochure-jeunes-web.pdf>

Information médicale sur les violences, à destination des adolescents réalisées en partenariat avec l'association Le Monde à Travers un Regard, texte de la Dre Muriel Salmona adaptation de Sokhna Fall, distribuées gratuitement par l'association, à télécharger sur le site [memoiretraumatique.org](http://www.memoiretraumatique.org) : <http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/Documents-pdf/plaquette-d-informations-sur-les-violences-mineurs-web.pdf>

Bibliographie :

- Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006 ;256:174-186.
- Astin MC, Ogland-Hand SM, Coleman EM, Foy DS. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1996;6:308-312.
- Bajos N, Bozon M, équipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Population & Sociétés.* 2008 Mai ;445, www.ined.fr/fichier/t_publication/1359/publi_pdf1_pop_soc445.pdf
- 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.
- CVS Insee-ONDRP, enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2010 à 2012.
- 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.
- Felitti VJ, Anda RF. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care. *In* Lanius R, Vermetten E, Pain C (eds.). *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic.* Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- Heim CM, *Decreased Cortical Representation of Genital Somatosensory Field After Ch.* doi:10.1176/appi.ajp.2013.12070950
- McFarlane AC. [The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences.](#) *World Psychiatry.* 2010 Feb;9(1):3-10.
- Perroud N. Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (*NR3C1*) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma *Translational Psychiatry* (2011) **1**, e59; doi:10.1038/tp.2011.60

- Published online 13 December 2011
- 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, www.stopauxviolences.blogspot.fr/2012/03/dernier-article-de-muriel-salmona-avec.html
- 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, <http://www.stopauxviolences.blogspot.fr/2013/04/nouvel-article-la-dissociation.html>
- Salmona M. (2013) *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod
- Shin LM, Scott L, Rauch SL, Roger K, Pitman RK. Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD. *Ann NY Acad Sci*. 2006;1071:67-79.
- Van der Hart O. and co. *Le soi hanté*, Paris, De Boeck, 2010
- Yehuda R, Ledoux J. Response Variation following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD. *Neuron* 56. 2007, Oct 4;19-32
- World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medecine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence Geneva: World Health Organization, 2010.