



PRÉVENTION DES VIOLENCES SEXUELLES ENVERS LES ENFANTS

PARTIE 2

COMPRENDRE, SOUTENIR ET ACCOMPAGNER L'ENFANT VICTIME

Dre Muriel Salmona

Présidente de l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie

Avril 2015

1/COMMENT SOUTENIR ET ACCOMPAGNER L'ENFANT VICTIME ?

Pour toute victime, bénéficier du soutien, de la reconnaissance, de la solidarité, de la compréhension et de l'aide de son entourage est excessivement important, et représente un atout énorme pour la possibilité d'obtenir justice et pour sa reconstruction (des études scientifiques l'ont même démontré). Pour les enfants c'est encore plus vrai. Toutes les étapes de la prise en charge, particulièrement judiciaire, vont être très difficiles pour l'enfant victime, être soutenu et accompagné change tout !

Pour cela il est essentiel que les personnes de bonne volonté de l'entourage qui veulent aider la victime, soient informées de la réalité des violences (comme nous l'avons vu plus haut) et de leurs impacts psychotraumatiques, ainsi que des mécanismes neuro-biologiques à l'œuvre (comme nous allons le voir).

De même, connaître la loi (savoir la définition d'un viol, d'une agression sexuelle, etc.), les procédures judiciaires (comment porter plainte, comment signaler, trouver un avocat, quels sont les droits de l'enfant victime) et toutes les ressources disponibles, est indispensable : voir la page que faire lors de violences : [ICI](#)

Les associations d'aide aux victimes sont à la disposition de l'entourage qui peut les appeler pour leur demander conseil, être soutenu et prendre rendez-vous. voir la page ressources : [ICI](#)

Le rôle de l'entourage est de croire l'enfant victime, et de ne pas minimiser les violences qu'il a subi. Toute victime a besoin avant tout de reconnaissance de ce qu'elle a vécu, et que sa souffrance soit considérée comme légitime. Il faut prendre garde à ne pas mettre en cause l'enfant, en critiquant son « imprudence », en ciblant son comportement : « pourquoi n'a-t-il pas crié, ne s'est-t-il pas défendu ? », en demandant : « pourquoi il parle, ou porte plainte si longtemps après, comment est-ce possible de ne se souvenir que maintenant, comment a-t-il pu oublier et si c'était un mensonge, une invention ?... et si on l'avait influencé ?..., est-ce qu'il n'a pas mal interprété des gestes anodins ?...».

Il s'agit de prendre fait et cause pour la victime, l'agresseur n'avait pas le droit de lui faire subir des violences, rien ne peut les justifier. C'est très important que l'entourage rassure l'enfant victime qui fréquemment se sent coupable ou responsable pour partie de ce qui s'est passé en raison de la stratégie de l'agresseur et de ses mises en scène pour assurer son impunité. Et pour cela il faut prendre soin de ne pas l'assaillir de questions : « mais pourquoi tu as fait..., mais pourquoi tu n'as pas fait... »

Rien ne justifie un viol ou des violences sexuelles. Il s'agit de crime et de délits graves. Ce n'est pas à l'entourage d'être juge et d'instruire une enquête pour savoir si la victime dit la vérité. Les enquêtes et les jugements, c'est à la police et à la justice de les faire. Il ne faut pas exposer l'enfant victime à son agresseur en organisant des confrontations sous prétexte de rechercher la vérité qui ne pourraient qu'être très angoissantes et traumatisantes pour la victime, et s'avérer des entraves pour l'enquête.

Aussi incroyables qu'elles puissent paraître les violences qui sont rapportées par les victimes ne sont souvent qu'une petite partie de ce qu'elles ont subi. Les chiffres des violences sexuelles sont impressionnants ont l'a vu, particulièrement pour les enfants. Vous avez forcément des victimes de viol dans votre entourage. **Ne participez pas au déni ! Prenez en compte ce que vous disent les victimes, et ne minimisez pas ce qu'elles ont subi.**

Les violences ne sont pas un différent entre deux personnes, il ne s'agit pas de dire qu'on ne veut pas prendre parti, et qu'on ne veut pas se mêler d'affaires de famille, de couple, d'institution, de service, etc. Il est nécessaire de s'engager pour l'enfant victime et de la protéger, c'est un devoir citoyen. Il faut tout faire pour que la victime ne soit plus exposée à ou aux agresseur-s.

La responsabilité du viol en aucun cas n'incombe à la victime (qui se serait exposée, qui aurait été imprudente, « provocante », etc...). C'est toujours le violeur qui décide du viol et met en place toute une stratégie souvent bien en amont pour piéger sa victime,

l'isoler, l'empêcher de se défendre, de fuir et la contraindre à céder à ce qu'il impose. Les violences sexuelles sont intentionnelles. Personne ne doit dire à une victime : « moi à ta place je n'aurais pas fait comme ça..., je me serai défendue..., etc. ». Car justement l'agresseur a anticipé toutes les réactions possibles de la victime et a tout fait pour les annihiler par la manipulation, la contrainte et la terreur. L'agresseur a une grande longueur d'avance sur sa victime, il l'a faite tomber dans un piège qu'il a parfois tissé depuis longtemps, il fonctionne le plus souvent comme un prédateur. Et c'est bien pour cela que la victime n'a rien pu faire. Tout était joué d'avance.

C'est la victime qui doit être secourue, entourée, aidée et défendue, et non pas l'agresseur. C'est elle qui a un besoin vital de solidarité. C'est elle qui a de la valeur et qu'il faut protéger. Elle a besoin qu'on lui renvoie qu'elle a des droits, qu'elle a une dignité et une valeur. Lors les violences, l'agresseur lui a déniés ses droits et sa dignité en le lui faisant croire grâce à sa mise en scène mensongère qu'elle ne méritait que mépris et haine, et en la réduisant à un objet dans son scénario. Tout est plaqué et joué du côté de l'agresseur, tout est imposé par contrainte du côté de la victime et rien ne la concerne.

Il faut, avec elle, remettre le monde à l'endroit, dénoncer et démonter tout ce que l'agresseur a essayé de mettre en place pour la détruire, la réduire au silence et à la haine de soi, et il est essentiel d'identifier la stratégie que l'agresseur a mis en place. L'agresseur va recruter des alliés, surtout s'il est une personne en vue, il faut donc d'autant plus que la victime bénéficie d'un soutien sans faille. Il faut traquer avec elle toutes les incohérences, tous les mensonges. Et ne pas oublier de dénoncer tous les stéréotypes qui colonisent la société, et alimentent déni, culture du viol et sont responsable de l'impunité des agresseurs.

2/COMMENT COMPRENDRE, RASSURER ET DÉCULPABILISER L'ENFANT VICTIME ?

Il faut pouvoir dire et expliquer à l'enfant victime que toutes ses réactions de terreur, de sidération, de paralysie, de sensation de mort imminente de déconnexion, de confusion, de dissociation, de souffrance extrême puis d'anesthésie émotionnelle, ainsi que toutes les réminiscences, tous les flashbacks et les cauchemars sont dus au choc psychotraumatique et à ses conséquences et que ces réactions sont normales. C'est l'agresseur qui les a provoquées en cherchant à traumatiser la victime le plus possible pour commettre les violences sexuelles en toute sécurité et en toute impunité. Ces réactions sont une conséquence du trauma, le trauma n'est pas qu'une blessure psychique, il s'accompagne d'atteintes neurologiques des circuits émotionnels et de la mémoire dans le cerveau (visibles sur des IRM), et ces atteintes tout comme des fractures sous les coups se réparent, elles nécessitent des soins spécifiques. Ces soins permettent d'éviter la mise en place de troubles psychotraumatiques durables, dont une mémoire

traumatique qui fait revivre les violences à l'identique comme une machine à remonter le temps aussitôt qu'un lien rappelle les violences, la victime est alors colonisée par les violences et l'agresseur. Cette mémoire traumatique entraîne une très grande souffrance, elle peut torturer une victime pendant des années, voire des dizaines d'années. Ce phénomène de reviviscence du trauma permet de comprendre qu'il est impossible pour les victimes — comme on le leur demande trop souvent — de prendre sur elles, d'oublier, de passer à autre chose, de tourner la page... Cette mémoire traumatique se traite et, grâce au traitement, elle est transformée en une mémoire autobiographique avec laquelle il est bien plus aisé de composer.

Il est important pour l'entourage de savoir que les victimes peuvent présenter parfois pendant une longue période des symptômes dissociatifs (d'autant plus si elles sont toujours en contact avec leur agresseur, comme c'est souvent le cas pour les enfants victimes), ces symptômes dissociatifs font que l'entourage peut avoir du mal à comprendre et même reconnaître les victimes, elles semblent avoir changé de personnalité (elles peuvent paraître étranges, discordantes), mais ne paraissent pas traumatisées comme on imagine qu'elles le soient. Ces symptômes dissociatifs sont dus à des mécanismes de sauvegardes déclenchés par le cerveau au moment des violences (pour échapper à un risque vital le circuit émotionnel disjoncte) et à des stratégies de survie, ils se caractérisent par une déconnexion et une anesthésie émotionnelle qui donnent l'impression étrange aux interlocuteurs des victimes qu'elles sont absentes, indifférentes à leur sort, pas concernées par ce qui leur arrive. Et comme ce sont des neurones miroirs qui permettent de ressentir les émotions d'autrui (c'est le processus de l'empathie qui est inné chez toute personne et présent dès la naissance), quand la victime est dissociée, cela signifie qu'elle est anesthésiée émotionnellement et que les neurones miroirs de l'interlocuteurs ne reflètent rien, et ne transmettent aucune émotion, l'interlocuteur ne ressent rien émotionnellement face à la victime.. Cela explique également le peu de bienveillance dont bénéficient habituellement les victimes. Fréquemment cette absence de ressenti émotionnel face aux victimes fait que les personnes qui les prennent en charge se sentent indifférentes, ne sont pas touchées par ce que les victimes ont subi, n'ont pas peur et risquent même de ne pas les croire. Connaître ce processus permet de l'identifier et de lutter contre cette anesthésie émotionnelle et cette indifférence, de reconstruire intellectuellement ce qu'il faut ressentir et de comprendre que lorsqu'on ne ressent pas d'émotions face à une victime, cela signifie qu'il faut s'inquiéter pour elle, puisque cet état de dissociation est proportionnel à l'intensité du traumatisme qu'elles ont subi, et au danger qu'elles courent.

Cette dissociation est aussi à l'œuvre dans les processus d'emprise des agresseurs sur leurs victimes et dans les syndromes de Stockholm, à ce sujet **voir l'article** « [Traumatismes sexuels et conduites paradoxales de dépendance à l'agresseur](#) » :

Devant un enfant dissocié il est important de le mettre en sécurité et de lui tenir un discours très cohérent, très rassurant. Il a besoin qu'on comprenne son anesthésie

émotionnelle, de qu'on lui dise que c'est un phénomène normal, dû aux conséquences psychotraumatiques des violences. Dans ce climat de sécurité et de cohérence les victimes pourront alors petit à petit sortir de cette dissociation. En revanche, leur renvoyer qu'elles ne réagissent pas normalement, les mettre en cause, les secouer parce qu'elles paraissent indifférentes, se moquer d'elles, leur dire qu'elles ont tout faux, qu'elles ne sont pas capables de réagir correctement, est catastrophique et cruel, cela va aggraver leurs sensations d'insécurité et d'angoisse et accentuer leur dissociation. Elles seront alors encore plus confuses, déconnectées et vulnérables face aux agresseurs.

Mais quand la personne sort de son état dissocié (parce qu'elle est en sécurité, protégée de son agresseur), c'est à ce moment là que sa mémoire traumatique (qui n'est plus anesthésiée par la dissociation) risque d'exploser, et l'enfant victime risque d'avoir des réactions émotionnelles exacerbées, il va revivre des moments des violences avec des terreurs, des attaques de paniques, des douleurs importantes, des sensations de mort imminente, parfois il ré-entend des cris, revoit des scènes et paraît halluciné, il peut avoir des comportements de défense), il peut rejouer la scène en mimant les scènes de séduction (comportements et propos sexuels inadaptés), les agressions et les viols qu'il a subi, et qu'il reproduit sur lui-même (masturbation compulsive, introduction d'objets dans le vagin ou l'anus, exhibition) ou sur des poupées, mais également sur d'autres enfants ou des animaux. C'est important pour l'entourage de comprendre que, là aussi, il s'agit d'un processus psychotraumatique normal, que la victime ne devient pas folle, qu'elle ne fait pas du cinéma : elle est piégée dans une sorte de machine à remonter le temps qui lui fait revivre des scènes des violences qu'elle a subi à l'identique. Ces épisodes de mémoire traumatique se déclenchent lors de lien qui rappellent les violences, il faut aider l'enfant victime à les rechercher pour les identifier et pour qu'il puisse ainsi mieux contrôler sa mémoire traumatique. Ce qui est important, c'est de ne pas paniquer, de parler à la victime pour la faire revenir dans le monde actuel, en la rassurant et en lui décrivant ce qui se passe, en l'appelant par son prénom et en lui demandant qu'elle vous regarde, ce qui permet de l'aider à la sortir du passé pour la ramener dans le présent. Plus l'enfant et son entourage comprennent ce qui se passe, plus la mémoire traumatique peut être contrôlée et désamorcée (c'est le principe du traitement). Ces épisodes peuvent également survenir la nuit lors de cauchemars traumatiques.

Cette mémoire traumatique est une véritable torture, et sans aide et sans soin spécifique, toutes les victimes sont obligées de mettre en place des stratégies de survie coûteuses, souvent handicapantes et parfois dangereuses. Sans avoir d'outils de compréhension les stratégies de survie des victimes paraissent le plus souvent incompréhensibles et paradoxales. Ces stratégies de survie sont des conduites d'évitements, elles expliquent des phobies envahissantes, l'enfant a peur de tout ce qui rappelle les violences : certains lieux, la nuit, l'enfant ne supporte ni le noir, ni de s'endormir si les violences ont eu lieu la nuit, parfois il se barricade dans son lit sous sa couette et derrière un rempart de peluches, et vérifie continuellement la fermeture des portes, l'enfant qui a subi des violences sexuelles orales ne supporte plus certains

aliments, ou certaines odeurs, il ne veut plus se laver les dents et hurle en cas de soins dentaires, l'enfant peut avoir peur d'aller aux toilettes, de se laver, d'être touché, embrassé, il peut se laver sans cesse, etc.). L'enfant se retrouve à tout contrôler, il ne supporte aucun changement ce qui explique qu'il passe son temps à ranger, qu'il est en retrait et ne veut plus sortir, ni aller à l'école, voir qu'il présente des comportements régressifs et des angoisses d'abandon massives (l'enfant ne veut pas s'éloigner d'une personne qui le protège, souvent sa mère). L'enfant peut même éviter toute situation de stress, parfois même de toute pensée avec une raréfaction des échanges et des contacts, ou le développement de tout un monde imaginaire parallèle, qui peuvent faire croire que l'enfant est limité intellectuellement ou qu'il est autiste). L'enfant développe également des conduites de contrôle et d'hypervigilance pour éviter d'allumer cette mémoire traumatique, et des conduites dissociantes et anesthésiantes pour ne plus ressentir la mémoire traumatique si elle s'allume, ce sont des conduites addictives (alcool, drogues et tabac) des conduites à risque avec parfois une véritable addiction au stress extrême (jeux dangereux, sports extrêmes, achats compulsifs, troubles alimentaires, mise en danger, fréquentations dangereuses, exposition à des situations sexuelles à risque, auto-mutilations et scarifications, délinquance, violences envers autrui, et parfois des situations prostitutionnelles). Ces conduites dissociantes peuvent être à l'origine d'accidents graves et des mises en danger, elles s'expliquent par une recherche compulsive de situations ou de produits qui permettent de faire disparaître momentanément la mémoire traumatique en la déconnectant et en l'anesthésiant, cette recherche peut aller jusqu'à des passages à l'acte suicidaires.

Devant tous ces comportements qui peuvent être très déstabilisants, déconcertants et angoissants pour l'entourage, l'entourage ne doit pas paniquer, ni s'en prendre à l'enfant. Il est tout à fait contre productif de faire la morale à la victime, de le punir et de le contraindre. Il s'agit avant tout de comprendre, de poser des questions, qui t'a fait ça, qui t'a dit ça, où as-tu vu ça, à quoi cela te fait penser ?) et de rechercher ce qui provoque l'exacerbation des stratégies de survie, de faire des liens pour désamorcer la mémoire traumatique. De bien comprendre aussi que ce n'est pas une question de mauvaise volonté, d'irresponsabilité, de pathologie psychiatrique du côté de la victime. Il ne faut pas la culpabiliser. Ce dont elle a besoin c'est de compréhension, de faire des liens entre les violences et ses symptômes, et d'être prise en charge et de bénéficier de soins psychothérapeutiques spécialisés comme nous le verrons plus loin.

Pour la victime, comprendre ses réactions, comprendre ce qui s'est passé, est essentiel pour qu'elle puisse sortir d'interrogations sans fin, de doutes et de sentiments de culpabilité destructeurs.

L'entourage doit être solidaire, bienveillant avec la victime, la soutenir, l'accompagner, l'aider à trouver les professionnels ressources qui lui seront le plus utiles.

Il doit respecter le temps de l'enfant, ne rien lui imposer, lui proposer. Il faut souvent beaucoup de temps à la victime pour arriver dénoncer les violences et l'agresseur, beaucoup de soutien aussi, il faut qu'elle soit aidée par un avocat, et par des associations, il faut qu'elle soit bien prise en charge sur le plan médical, car il lui faudra surmonter de nombreuses peurs, des doutes, la loi du silence imposées par l'agresseur, ses menaces et le brouillage qu'il a mis en place. L'entourage peut aider la victime à se remémorer les faits, à mieux les identifier, et à construire un récit plus précis de ce qui s'est passé, ce qui lui sera très utile par rapport à une éventuelle procédure, et pour le travail thérapeutique.

Ne pas juger ses comportements (il n'y a qu'à... Il faudrait que...), ne pas considérer qu'elle n'a rien compris, ni qu'il faut lui apprendre à bien réagir, comme si elle n'était pas capable de savoir. Mais considérer qu'elle en est empêchée par un agresseur qui la colonise avec ses mises en scène et son extrême violence qu'il faut identifier et désamorcer. Considérer que tous ses symptômes, ses troubles du comportement sont liés aux violences et à la stratégies de l'agresseur et les analyser à la lumière de ce qui s'est passé, et non en en attribuant la cause à la victime elle-même.

Faut-il le rappeler une victime n'est pas «fascinée par le trauma», «vautrée dans la victimisation», elle n'est pas l'artisanne de son propre malheur, elle a été attaquée par un agresseur qui l'a torturée et qui par l'intermédiaire de la mémoire traumatique de la victime a encore le pouvoir de continuer à la torturer sans fin si elle reste abandonnée sans aide, ni soin efficaces.

3/ SE FAIRE CONSEILLER ET AIDER

Être témoin de violences ou être un proche d'une victime, parents, conjoint, ami, collègue peut être déstabilisant, douloureux, voire traumatisant et générer des troubles psychotraumatiques, particulièrement si l'on a été confronté à des violences effroyables, si on s'est senti dans l'incapacité d'agir, impuissant à protéger, à aider, à trouver les bons comportements.

Surtout faites-vous aider, ne restez pas seul-e. Il a été démontré que le fait de recevoir en consultation les proches de victimes pour les entendre, les informer, les soutenir, les conseiller, voire de leur prodiguer des soins si c'est nécessaire, a un impact très positif sur eux mais aussi sur la prise en charge de la victime.

4/ POUR EN SAVOIR PLUS, QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES PSYCHOTRAUMATIQUES ?

Pour un enfant, être confronté à l'excitation perverse d'un adulte, à des gestes qui n'ont aucun sens, à une éjaculation, à une pénétration, est terrorisant. C'est assimilable à de la torture et cela explique la gravité des conséquences psychotraumatiques, et l'impact sur leur vie, sur leur santé physique, mentale, affective et sexuelle, avec des risques suicidaires très importants dont témoignent les victimes de l'école en bateau, des risques de dépressions à répétition, de troubles anxieux, d'addiction, de troubles alimentaire, de conduites à risques, etc.

Toutes les études internationales, ont montré qu'avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance est un des déterminants principal de la santé même 50 ans après si aucune prise en charge est mise en place. Les conséquences sur la santé sont à l'aune des violences subies. Plus les violences ont été graves et répétées, plus les conséquences 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.

Les viols pourront être à l'origine de maladies sexuellement transmissibles, et chez les adolescentes, de grossesse, avec le plus souvent le recours à des interruptions volontaires de grossesse, mais également avec des grossesses menées à terme et les risques psychologiques et physiques énormes que cela comporte pour la jeune mère et l'enfant. Avec presque toujours un déni de l'entourage et des professionnels qui entourent l'adolescente, qui ne chercheront pas à savoir si elle a été violée, et qui fréquemment pourront lui faire la morale, et la considérer comme irresponsable...

Les violences sexuelles sont celles qui entraînent le plus de conséquences psychotraumatiques (dans plus de 80% des cas pour les enfants). Ces psychotraumas sont des réactions normales, universelles à des violences qui génèrent non seulement des blessures psychiques mais également neurologiques avec des dysfonctionnements importants des circuits émotionnels et de la mémoire, et des atteintes de certaines structures corticales (visibles sur des IRM, et qui sont heureusement réversibles grâce à la neuroplasticité du cerveau si la victime bénéficie de soins appropriés et d'un contexte bienveillant et sécurisant).

Que se passe-t-il ?

Lors de ces violences inconcevables, des mécanismes de survie neuro-biologiques se déclenchent chez la victime pour échapper au risque psychologique, cardiologique et neurologique provoqué par une terreur et un stress extrême impossible à contrôler par le cerveau du fait d'un état de sidération et de paralysie psychique de celui-ci. Cet état de sidération qui empêche la victime de crier, de réagir et de se débattre, est provoqué par le caractère insensé, inconcevable et terrorisant des violences.

Ces mécanismes de survie pour échapper au stress extrême sont assimilables à une disjonction (avec production par le cerveau de drogues dures endogènes proches d'un cocktail morphine-kétamine) du circuit émotionnel et de la mémoire qui «éteignent» le stress et entraînent un état dissociatif avec une anesthésie émotionnelle. Cet état dissociatif donne la sensation d'être absent, déconnecté et spectateur de la situation, comme indifférent. La disjonction est également à l'origine des troubles de la mémoire par interruption des circuits d'intégration de la mémoire : avec des amnésies partielles ou complètes et surtout une mémoire traumatique. Cette mémoire traumatique est une mémoire émotionnelle des violences contenue dans l'amygdale cérébrale (structure cérébrale sous-corticale à l'origine de la réponse émotionnelle) qui n'a pas pu être intégrée par l'hippocampe (logiciel de la mémoire et du repérage temporo-spatial) en mémoire autobiographique, celui-ci étant déconnecté. Elle contient non seulement les violences, leur contexte, les émotions, les douleurs et les sensations ressenties par la victime, mais également l'agresseur, sa mise en scène, ses paroles, sa haine, son mépris, son excitation. 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 est celle 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.

Cette mémoire traumatique est une véritable torture, elle fait revivre à l'identique, lors de réminiscences, flash-backs et cauchemars qui envahissent le psychisme, les scènes de violences et la mise en scène de l'agresseur, avec les mêmes émotions (terreur, détresse, douleurs, sentiment de n'avoir aucune valeur, d'être nié, de n'avoir aucun droit, d'avoir mérité ces violences, etc.) comme une machine infernale à remonter le temps.

Sans soin spécifique, avec la mémoire traumatique, les violences sexuelles et l'agresseur continuent à coloniser et à hanter le psychisme de la victime, à la torturer et à la piéger dans une peur et une insécurité permanente. Comme une bombe à retardement elle risque d'exploser pendant des années, voire des dizaines d'années après, au moindre lien qui rappelle les violences. Dans le documentaire les victimes de l'École en bateau en

témoigne, une situation anodine comme mettre un baudrier d'escalade à un enfant, ou l'assoir sur ses genoux et des images et des sensations atroces et insupportables surgissent et viennent envahir tout le champ psychique et font que ces gestes deviennent impossibles.

Avec cette mémoire traumatique, les victimes se retrouvent à revivre sans cesse contre leur gré 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 écrasé, de suffoquer, de perdre connaissance, de mourir, d'avoir la tête ou le corps qui explose, d'être envahi par 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.

Les victimes sont obligées de se construire avec ces émotions et ces sensations de terreur, avec ces actes 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 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, 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-même qu'elles finissent par se faire peur en le confondant avec elles-mêmes). Elles peuvent être envahies 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'elles sont elles-mêmes excités par une sexualité violente alors qu'il n'en est rien. L'excitation perverse déclenchée par le stress peut être confondue avec du désir, et la disjonction liée au stress extrême avec libération du cocktail morphine-kétamine peut être pris pour une jouissance orgasmique, la sexualité se retrouve colonisée par la violence de l'agresseur de son enfance.

Cette colonisation par l'agresseur génère chez les victimes une atteinte grave de l'estime de soi, et la sensation d'être étrangère à elles-mêmes. Elles 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'elles 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.

L'agresseur met également en scène une souillure et une humiliation de la victime. Il lui fait croire, avec une société qui est trop souvent complice, qu'elle a irrémédiablement perdu sa dignité, son « honneur » et celui de sa famille, qu'elle est salie définitivement au plus profond d'elle-même et qu'elle n'a plus aucune valeur. Il lui impose d'avoir honte et de se cacher. Rien n'est plus faux bien sûr, la dignité d'une personne est une valeur absolue qui ne peut pas lui être retirée, et personne n'a le pouvoir de décider de l'humanité de quelqu'un : il s'agit d'une mystification, d'une imposture dont le but est de torturer encore plus la victime. Un agresseur peut toujours recouvrir de détritrus un bébé et dire qu'il est un déchet, le bébé n'en reste pas moins un bébé, un petit être humain précieux. Il suffit de sortir les victimes des détritrus amoncelés par l'agresseur et tous ses complices, de dénoncer leurs mensonges, et de briser les miroirs déformants qu'ils tendent continuellement aux victimes, pour remettre le monde à l'endroit.

Des stratégies de survie épuisantes et handicapantes

Les victimes traumatisées quant elles sont abandonnées sans protection, ni solidarité, ni soutien, ni soin 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, 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'hyper-adaptent 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 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.

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-censure 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 pour s'anesthésier 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-auteur 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 violence 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.

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

- une impossibilité ou une très grande difficulté d'avoir une vie sexuelle avec une personne qu'il 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 un 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 retrouve les victimes leur donne la douloureuse impression pour les victime 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 risque vitaux, avec un risque décuplé de mourir précocement d'accidents (avec les mises en danger) ou de suicides. Dans l'enquête d'AIVI (l'Association internationale des victimes d'inceste) et dans celle 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 vaux 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 (cf. [Lutter contre les violences passe par la protection et le soin des victimes](#)). 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 subi 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 auraient libéré de la torture que représentent des violences et des agresseurs continuellement présents en soi.

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.

Des soins essentiels

Quel est donc ce monde, à ce point si peu solidaire des victimes et si complice des criminels, qu'il ne voie la victime qu'à travers le miroir déformant et mystificateur que ces derniers lui tendent avec complaisance ?

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 de désamorcer la mémoire traumatique, de l'intégrer en mémoire autobiographique, et décoloniser ainsi la victime des violences et du système agresseur.

Le but de la prise en charge psychothérapique, c'est de ne jamais renoncer à tout comprendre, ni 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 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 subies...

Le travail psychothérapeutique consiste à faire des liens et 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 neurogenèse. 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.

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 neurogenèse et une amélioration des liaisons dendritiques visibles sur des IRM (Imagerie par résonance magnétique).

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.

Dre Muriel Salmona
Présidente de l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie
drmsalmona@gmail.com
www.memoiretraumatique.org

Avril 2015

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES VIOLENCES SEXUELLES ET LES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS :

Le site <http://www.memoiretraumatique.org> et les blogs <http://stopaudeni.com/> et <http://stopauxviolences.blogspot.fr/> de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie.

Mon livre : [Le livre noir des violences sexuelles](#), Dunod, 2013 et son blog avec de nombreux articles, dossiers et témoignages : <http://lelivrenoirdesviolencessexuelles.wordpress.com>.

Le rapport d'enquête et sa synthèse 2015 [Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte](#) publié à l'occasion de la Campagne STOP AU DÉNI 2015 avec le soutien de l'UNICEF France dans le cadre de l'initiative #ENDViolence.

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant : <http://www.unicef.fr/userfiles/50154.pdf>.

Et mes articles référencés sur :

[Violences faites aux enfants : Un silence assourdissant et un scandale sanitaire, social et humain](#). publié sur le blog Mediapart, Muriel Salmona le 14/07/2013.

[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.

[Il est urgent de sortir du déni face à la pédocriminalité sexuelle](#) publié sur le blog Médiapart Muriel Salmona le 25/04/2014.

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/assets/files/Documents-pdf/brochure-jeunes-web.pdf) : <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/assets/files/Documents-pdf/plaquette-d-informations-sur-les-violences-mineurs-web.pdf) : <http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/Documents-pdf/plaquette-d-informations-sur-les-violences-mineurs-web.pdf>.

Le livret [Signaux d'alerte et phrases assassines, les violences sexuelles sur les mineurs](#)

Ce livret a été élaboré par l'association [Le monde à travers un regard](#) présidée par Sandrine Apers, avec la participation et une préface de Muriel Salmona, et les illustrations de cAro.

Le DVD de formation «[Longtemps après](#)» sur les conséquences de l'inceste de Brigitte Lemaine avec 11 témoignages de victimes et 3 interviews de professionnels (dont le mien).

La campagne de prévention du Conseil de l'Europe : Apprenez à vos enfants la règle : « on ne touche pas ici » : http://www.underwearrule.org/default_FR.asp.

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.
- Bilheran A, Lafargue A, (2013). *Psychopathologie de la pédophilie: Identifier, prévenir, prendre en charge*, Armand Colin. Préface de Muriel Salmona.

- 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.
- 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.
- Foa, E.B., & Keane, T.M., Friedman, M.J., (2000) editors. *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, Guilford Press.
- Lopez Gérard (2013). *Enfants violés et violentés, le scandale ignoré*. Paris, Dunod.
- Maurel O. (2012). *La violence éducative : un trou noir dans les sciences humaines*. Edition l'Instant Présent.
- McFarlane AC. [The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological conséquences](#). World Psychiatry. 2010 Feb;9(1):3-10.
- Miller A. (1985). *C'est pour ton bien*. Paris, Aubier.
- Miller A. *Abattre le mur du silence*. Paris, Aubier, 1991.
- Nisse M. & Sabourin P. (2004) *Quand la famille marche sur la tête*. Paris, Seuil.
- Romano H. (2013). *L'enfant face au traumatisme*. Paris, Dunod.
- Sadlier K. (2010). *L'enfant face à la violence dans le couple*. Paris, Dunod.
- 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.). *Traumatis 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.
- Tursz A. (2010) *Les oublis : enfants maltraités en France et par la France*. Paris, Seuil.

- Yehuda R, Ledoux J. Response Variation following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD. *Neuron* 56. 2007, Oct 4;19-32.
- Van der Kolk, B.A., & Van der Hart, O. (1991) *The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma*. *American Imago* : 48, 425-454.
- World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Geneva, World Health Organization, 2010.