

L'IMPACT PSYCHOTRAUMATIQUE DES VIOLENCES SUR LES ENFANTS

La mémoire traumatique à l'œuvre

**Colloque médical du SNAMSPEN
Paris, le 16 novembre 2017**

Dre Muriel SALMONA
Psychiatre-psychothérapeute

Présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie

site : memoiretraumatique.org

Les violences faites aux enfants

- **Les violences subies par les mineurs sont graves, fréquentes, spécifiques et intentionnelles**, elles touchent tous les âges et toutes les couches de la société et sont commises le plus souvent par des proches et des personnes connues de l'enfant
- **Les violences faites aux enfants sont une atteinte à l'intégrité physique et mentale et une atteinte au droit fondamental des enfants à vivre en sécurité**
- **elles restent sous-estimées et peu identifiées et dénoncées : déni, loi du silence**
- **en l'absence de prise en charge spécialisée elles ont un impact psychotraumatique majeur avec de graves conséquences sur la santé mentale et physique à long terme des enfants qui les subissent, mais aussi sur leur vie scolaire, sociale, relationnelle et affective**

Les violences envers les enfants une réalité sous-estimée et méconnue,

- **Tradition de sous-estimation des violences faites aux mineurs, de leur gravité, de leur fréquence, tradition de banalisation d'une grande partie de celles-ci, voire de justification**
- **Méconnaissance de la gravité des conséquences sur la santé des violences, particulièrement sur la santé psychique, et sur les mécanismes en cause les violences sont « des situations anormales entraînant des conséquences psychotraumatiques normales » fréquentes, graves et durables liées à la mise en place de mécanismes neurobiologiques de sauvegarde.**
- **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.**

Les violences envers les enfants une réalité sous-estimée et méconnue,

- **Stigmatisation des troubles de la conduite et des troubles du comportement des enfants et des adolescents qui masquent une souffrance non reconnue et qui sont directement liés à des troubles psychotraumatiques (mémoire traumatique et dissociation).**
- **Banalisation de signes de souffrance mis sur le compte de l'âge, du milieu, de la crise d'adolescence**
- **Dramatisation à l'inverse de symptômes psychotraumatiques (dissociatifs et intrusifs) étiquetés psychotiques et traités abusivement comme tels.**

Les violences envers les enfants

Grave problème de société et enjeu majeur de santé publique

- **Elles sont très peu dépistées et leurs conséquences sont rarement diagnostiquées par les professionnels de la santé qui n'ont pas été formés pendant leurs études et qui ne le sont d'ailleurs toujours pas.**
- **Or la prise en charge des conséquences des violences est essentielle et doit être la plus précoce possible ce qui la rend d'autant plus efficace et permet d'éviter des vies fracassées, et permet d'arrêter des violences subies ou agies qui se produisent de générations en générations.**
- **La prévention des violences faites aux enfants est un devoir pour tout professionnel prenant en charge des enfants ou des parents: importance d'en connaître la fréquence, les conséquences et les mécanismes, de les dépister, de les faire cesser, d'orienter les enfants vers des prises en charge spécialisées.**

Les violences faites aux enfants

- **Les violences, sont pour les enfants qu'ils en soient témoins ou victimes directes, à l'origine d'importants traumatismes psychiques et de conséquences graves et durables sur leur santé psychique et physique, qui sont particulièrement fréquents chez les enfants exposés aux violences: 60% / 24 % chez l'ensemble des victimes de traumatismes, quand des violences sexuelles sont présentes >80 %/ 24% - (Breslau et al., 1991)**
- **Ces conséquences sont liées à l'installation de troubles psychotraumatiques sévères qui sont particulièrement fréquents chez les enfants victimes de violences**
- **Ces troubles psychotraumatiques sont méconnus des professionnels de la santé et très peu identifiés et diagnostiqués et encore moins traités**
- **Les victimes traumatisées restent pour la plupart abandonnées, sans secours ni protection, sans soins spécifiques à devoir survivre seules en s'auto-traitant**
- **il est essentiel pour tout professionnel confronté à des victimes de violences de connaître ces conséquences psychotraumatiques**

Les psychotraumatismes

- **Définition du traumatisme :**

- phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes lié à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'une personne qui y est exposée comme victime, comme témoin ou comme acteur (L. Crocq)

- **Définition du psychotraumatisme :**

- Personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s) (DSM IV)

- **On distingue deux types de psychotraumatismes :**

- **Psychotraumatisme de type I** quand l'évènement est unique
- **Psychotraumatisme de type II** quand l'évènement est répété ou durable

LES TROUBLES PSYCHIQUES SPÉCIFIQUES

- **L'état de stress aigu** (jusqu'à 1 mois après le traumatisme) avec ou sans dissociation péritraumatique et avec ou sans troubles psychotiques brefs;
- **L'état de stress post traumatique** (> 1 mois), chronique (> 6 mois), différé ; avec la triade de symptômes de l'état de stress post-traumatique soit :
 - **1) syndrome de reviviscence = mémoire traumatique** : pensées récurrentes sur les violences, ruminations, souvenirs intrusifs de tout ou partie de l'évènement (sensations douleurs, bruits, paroles), agissements soudains comme si l'évènement allait se reproduire, flash-back, illusions, rêves répétitifs, cauchemars; vécus intensément avec une forte angoisse et une détresse, l'accouchement peut être une situation de réactivation des réminiscences;
 - **2) syndrome d'évitement** (évitement phobique de toutes situations se rapportant au traumatisme ou pouvant rappeler l'évènement, évitement de la pensée, développement d'un monde imaginaire); évitement de toute situation douloureuse ou stressante, émoussement des affects, désinvestissement des relations interpersonnelles, perte de l'anticipation positive de l'avenir;
 - **3) syndrome d'hypéractivité neuro végétative** (hypervigilance, état d'alerte, sursaut, insomnie, réveils nocturnes, hypersensibilité, irritabilité, colères explosives, troubles de la concentration et de l'attention);
 - **Et des symptômes dissociatifs importants** (troubles de la mémoire, amnésie, absences, perte de connaissance, épisode de confusion, sentiment d'étrangeté, sentiment d'être spectateur de sa vie, activité automatique dépersonnalisation, déréalisation, distorsion du temps et de l'espace, anesthésie affective, indifférence à la douleur, déconnexion, vie imaginaire envahissante (compagnon imaginaire)).

Les psychotraumatismes

- **Les psychotraumatismes sont liés à des mécanismes psychologiques et neurobiologiques de sauvegardes exceptionnels (découverts depuis seulement quelques années) mis en place par le cerveau pour échapper à un risque vital intrinsèque cardiovasculaire et neurologique induit par une réponse émotionnelle dépassée et non contrôlée (stress extrême) par un psychisme en état de sidération**
- **Ces mécanismes neurobiologiques de sauvegardes exceptionnels s'apparentent à une disjonction du circuit émotionnel lors d'un survoltage par stress extrême et sont à l'origine d'une mémoire traumatique, de troubles dissociatifs et d'une anesthésie psychique et physique qui vont être responsables des symptômes les plus graves des psychotraumatismes et d'une grande souffrance, et qui peuvent s'installer durablement pendant des années, voir des dizaines d'années.**

les troubles psychotraumatiques

- **Ces troubles psychotraumatiques sont méconnus, sous-estimés, rarement dépistés et diagnostiqués par les professionnels de la santé** qui n'ont pas été formés pendant leurs études médicales à la psychotraumatologie et à la victimologie, et qui ne le sont toujours pas
- **Ces troubles psychotraumatiques sont spécifiques et le symptôme principal : la mémoire traumatique** (les réminiscences des violences) **est pathognomonique** c'est à dire non seulement caractéristique des violences traumatisantes mais aussi pouvant établir la preuve diagnostique d'un traumatisme
-
- **Or la prise en charge des troubles psychotraumatiques et de leurs conséquences est essentielle et doit être la plus précoce possible** ce qui la rend d'autant plus efficace et ce qui permet d'éviter des vies fracassées, et d'arrêter des violences subies ou agies qui se produisent de générations en générations.

les troubles psychotraumatiques

- **Mémoire traumatique et dissociation sont responsables de toutes les conséquences médicales (somatiques et psychologiques) les plus sévères les plus chroniques et les plus handicapantes,**
- **Ce sont des conséquences normales et universelles des violences,** elles ne sont pas dues à des caractéristiques intrinsèques de la victime, toutes les victimes de violences peuvent développer ces troubles
- **Ils ne sont pas liés à la victime mais avant tout à la gravité de l'agression, au caractère insensé des violences, à l'impossibilité d'y échapper, ainsi qu'à la mise en scène terrorisante et à l'intentionnalité destructrice de l'agresseur.** La vulnérabilité de la victime (liée au handicap, à la maladie, à l'âge et au fait d'avoir déjà subi des violences) est un facteur aggravant de ces psychotraumatismes.
- **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 (OMS, 2010, Fulu, 2017).**

Les psychotraumatismes

- **Les traumatismes qui ont les plus forts impacts psychotraumatiques sont les violences, et plus particulièrement les violences intra-familiales, conjugales et surtout sexuelles, qui touchent majoritairement les enfants et les femmes**
- **Les impacts psychotraumatiques de ces violences sont particulièrement graves, durables et fréquents :**
 - **violences conjugales et intra-familiales** (58 % d'état de stress-post-traumatique/ 24% chez l'ensemble des victimes de traumatismes – Astin, 1995) avec des chiffres encore plus importants quand les violences sont répétées et habituelles pendant des années, et quand ce sont **des violences sexuelles** (jusqu'à 80 %, Breslau, 1991).
- **L'impact psychotraumatique dévastateur à court, moyen et long termes des violences sur la vie et la santé des victimes est un problème de santé publique majeur.** Pourtant, il reste encore trop peu connu et pris en compte dans le cadre des prises en charge, qu'elles soient médico-psychologiques, sociales ou judiciaires.
- **Or, connaître les conséquences psychotraumatiques des violences est absolument nécessaire pour mieux protéger, accompagner et soigner les personnes qui en sont victimes.** Sans cette connaissance, beaucoup de symptômes et de comportement de victimes sont perçus comme paradoxaux par l'entourage et les professionnels qui les prennent en charge, et sont mal-interprétés, alors que ce sont des réactions normales à des situations traumatiques.¹²

Les psychotraumatismes

- **La méconnaissance des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes est à l'origine d'une profonde incompréhension et d'un manque de reconnaissance de ce que vivent les victimes, de leurs souffrances, du danger qu'elle courent et de l'emprise qu'elles subissent.** Elle participe à l'abandon où sont laissées la grande majorité des victimes qui doivent survivre aux violences et à leurs conséquences psychotraumatiques sans protection, ni soin. De plus, elle alimente le déni des violences, les idées fausses, la mise en cause et la culpabilisation des victimes.
- **Cette méconnaissance porte donc préjudice aux victimes et représente une grave perte de chance pour elles,** d'autant plus, qu'une prise en charge médico-psychologique de qualité est efficace et permet, en traitant les troubles psychotraumatiques, d'éviter la majeure partie des conséquences des violences sur la santé des victimes, sur leur vie affective, sociale, scolaire ou professionnelle,

Les psychotraumatismes

- **Alors que nous disposons depuis plus de 15 ans de toutes les connaissances nationales et internationales sur l'ampleur des violences intra-familiales, conjugales et sexuelles, et sur la gravité de leur impact sur la santé des victimes, ces violences conjugales et leurs conséquences sont encore largement sous-estimées.**
- **De même, les troubles psychotraumatiques et leur traitement ont beau être très bien décrits (MacFarlane, 2010 ; Blake, 2011) :**
 - ces connaissances sont toujours trop peu diffusées auprès des professionnels et du grand public.
 - les victimes ne sont pas identifiées, leur trauma n'est pas repéré et face aux nombreuses plaintes psychologiques et somatiques de ces femmes et enfants victimes,
 - aucun lien n'est fait avec les violences et des diagnostics₄ sont portés à tort avec des traitements essentiellement

Absence de protection des victimes de violences

- **La grande majorité des victimes de violences sexuelles ne sont pas protégés (AMTV, 2015),**
 - 83% des ne sont pas protégées,
 - 70% vont subir de nouvelles violences tout au long de leur vie
- **Plus les enfants victimes sont vulnérables, handicapés, plus ils subissent de violences**
 - 4x plus de violences sexuelles chez les filles ayant un handicap
 - moins ils seront protégés
- **Il y a une très forte corrélation entre violences subies et violences agies (Felitti, 2010 ; Fulu, 2017)**

La formation des professionnels de santé

- **À l'heure actuelle, les médecins et les autres professionnels de la santé ne sont toujours pas formés ni en formation initiale, ni en formation continue.** Lors d'une enquête récente auprès des étudiants en médecine en 2013 (13) 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 ; et l'offre de soins adaptés est très rare, et n'est pas répartie sur tout le territoire et les DROM-COM.
- **Le dépistage systématique et universel par les professionnels de santé, seul garant pour un réel dépistage des victimes de violences, et une véritable prévention primaire, et recommandé par les études internationales,** est encore très loin d'être mis en place. En France malgré le rapport Lebas seuls quelques professionnels de santé et quelques services d'obstétrique le font à l'heure actuelle.

Les psychotraumatismes

- **Les études internationales ont démontré qu'avoir subi des violences a un impact considérable :**
 - **sur la santé mentale** : état de stress post-traumatique, troubles anxieux, dépressions, tentatives de suicide, addictions, troubles alimentaires, insomnies, phobies, troubles cognitifs (de la mémoire, de l'attention et de la concentration), etc. ;
 - **et sur la santé physique** ; douleurs et fatigue chroniques, troubles cardiovasculaires, gynéco-obstétricaux, gastroentérologiques, endocriniens, rhumatismaux, neurologiques, dermatologiques, maladies auto-immunes, cancers, etc. (Garcia-Moreno, 2006 ; Felitti et Anda, 2010 ; Blake, 2011).
 - La méconnaissance de l'origine traumatique de ces troubles entraîne de nombreux examens complémentaires inutiles, des errances médicales et des diagnostics erronés (particulièrement psychiatriques et neurologiques : troubles psychotiques, démentiels) accompagnés de lourds traitements inappropriés.

Un problème majeur de santé publique

- **"Il s'agit d'un problème mondial de santé publique, d'ampleur épidémique, qui appelle une action urgente"**, nous dit la Dre Margaret Chan, directeur général de l'OMS dans le rapport établi en 2013 avec des données recueillies pour 81 pays
- **Avoir subi des violences pendant l'enfance, est un déterminant majeur de la santé des adultes (OMS 2016), même cinquante ans après (étude de Felitti et Adda, 2010) si il n'y a pas de prise en charge spécifique, et cela peut faire perdre jusqu'à 20 ans d'espérance de vie (Brown, 2009), avec une corrélation très importante avec la survenue d'accidents cardio-vasculaires, **c'est la première cause de morts précoces, de suicides, de dépressions, d'addictions**, d'obésité, de troubles psychiatriques, de conduites addictives, de marginalisation, de délinquance,**
- **Le rapport de l'OMS de 2013 (2) montre que la violence accroît fortement la vulnérabilité des femmes face à toute une série de problèmes de santé à court et à long terme ; il souligne que le secteur de la santé doit prendre plus sérieusement en considération la violence à l'encontre des femmes», a déclaré la Dre Claudia Garcia-Moreno de l'OMS.**
- **Avoir subi des violences est le déterminant principal pour subir des violences ou en commettre ... (OMS, 2010, Fulu, 2017)**

Les violences faites aux femmes et enfants dans le monde

- chiffres de l'[OMS 2013](#) pour les femmes :
 - **1 femme sur 3 a subi des violences physiques ou sexuelles par un partenaire intime (violences les plus fréquentes)**
- chiffres de l'[OMS 2014](#) pour les enfants (enquête de victimation dans 133 pays):
 - 22,4% des adultes ont subi des violences physiques dans l'enfance
 - 36,3% des violences psychologiques, 16,3% des négligences graves
 - **18% des filles ont subi des violences sexuelles, et 7,6% des garçons**
- Derniers chiffres de l'[OMS 2016](#) pour les enfants (enquête Hillis janvier 2016)
 - un enfant sur quatre a subi des violences physiques
 - **une fille sur cinq a subi des violences sexuelles au moins une fois dans sa vie**

Les violences sexuelles faites aux enfants en France

- 59% des 16% de femmes victimes pendant leur vie de viols et de tentatives de viols, les ont subi mineures, et 67% des 5% d'hommes (France, INSERM INED CSF, 2008)
- Si les études de victimation font état par an de 84 000 viols et de tentatives de viols de femmes majeures et 16 000 viols et de tentatives de viols d'hommes majeurs (CVS-ONDRP 2013) :
 - on estime qu'il y aurait **124000 viols et de tentatives de viols de mineures et 30000 de mineurs par an**
- **81% des premières violences sexuelles ont lieu avant 18 ans, 51% avant 11 ans, 21% avant 6 ans** (Enquête 2015 MTV)
- **94% par des proches ; 50% par un membre de la famille** (Enquête 2015 MTV)

Les violences faites aux filles aux femmes et à leurs enfants

- **201 000 femmes subissent des violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint (dont 54 000 de violences sexuelles) par an, ces violences étant souvent répétées.** 16% des femmes victimes de violences conjugales physiques et/ou sexuelles portent plainte, 27% ont vu un médecin, 20% un psychiatre ou un psychologue, 8% ont appelé un numéro vert d'aide aux victimes, 10% a rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes et 17% a parlé de sa situation aux services sociaux
- **Enfants victimes des violences conjugales en cas de violences conjugales, les études que cite le Rapport Mondial sur la violence et la santé de l'OMS en 2002 montrent que les enfants sont témoins directs des violences dans 40 à 60% des cas et que 40% de cas de maltraitance sur enfants sont liés à la violence conjugale (27), l'enquête ENVEFF (5) a rapporté que 2/3 des enfants vivant dans des foyers avec violences conjugales en avaient été témoins. Dans le cadre des appels au 119 : 80% des enfants victimes de mauvais traitements ont été témoins de violences conjugales ; pour les parents, les enfants ont été perçus comme cause des violences conjugales dans 19 % des cas ; les violences conjugales augmentent le risque de mauvais traitement aux enfants (6 à 15 fois plus de risque)**

Les violences envers les femmes

Grave problème de société et enjeu majeur de santé publique

- **Un 5ème plan triennal interministérielle de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes (2017-2019)**
 - **formation des professionnels** (médecins, policier.e.s, gendarmes et nouveau : sapeur-pompier.e.s) qui sera systématisée,
 - **la protection des femmes victimes, de leurs enfants** (ordonnance de protection, tel. grand danger)
 - **leur prise en charge sociale et médico-psychologique**, médecins référents dans tous les hôpitaux, protocole d'hospitalisation des enfants exposés à un homicide intra-familial)
 - **et la prise en compte des jeunes femmes** particulièrement exposées aux violences, dans le couple et sur internet, Les femmes vivant en milieu rural, des femmes handicapées victimes de violences, des femmes résidant dans les territoires d'outre-mer et des femmes étrangères
 - **La protection des mères et des enfants doit être assurée pendant la séparation**
- **Développer une prise en charge psychologique adaptée en direction des femmes victimes de violences,**
 - première étape incontournable du processus de reconstruction, est un enjeu majeur de santé publique. Les femmes victimes de violences doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge : s'effectuant par un.e professionnel.le formé.e à la spécificité de ce type de psychotraumatisme, privilégiant l'unité de lieu avec la prise en charge somatique.

Les violences envers les enfants

Grave problème de société et enjeu majeur de santé publique

- **Un premier plan interministérielle de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019 vient d'être lancé le 2 mars 2017)**
- **Il comprend 4 axes**
 - **Axe 1 : améliorer la connaissance et comprendre les mécanismes des violences** (recensement annuel des statistiques du nombre d'enfants morts par violences intra-familiales, systématisation des examens post-mortem en cas de mort inattendue du nourrisson, travail d'analyse systématique en cas de mort d'enfant, améliorer les connaissances sur l'inceste)
 - **Axe 2 : sensibiliser et prévenir** (promouvoir une éducation sans violence, prévention exposition à la pornographie, campagnes d'infos, outils sur les violences sexuelles, sensibilisation au syndrome du bébé secoué)
 - **Axe 3 : former pour mieux repérer** (médecins référents dans tous les hôpitaux, formation à la détection, à l'impact des violences conjugales sur les enfants, renforcer les liens entre 119 et 39-19)
 - **Axe 4 : accompagner le enfants victimes de violences** (formation au recueil de la parole de l'enfant, soins pris en charge à 100%, soins spécifiques des psychotraumas, prise en charge immédiate des homicide intra-familiaux)

Les troubles psychotraumatiques

- **Nous savons très bien décrire cliniquement ces troubles psychotraumatiques, les diagnostiquer, et nous savons les traiter efficacement** (avec une récupération des atteintes neurologiques grâce à la neuroplasticité du cerveau), nous savons aussi qu'avoir subi des violences particulièrement dans l'enfance est un des déterminants principal voire le déterminant principal (quand les violences ont eu lieu dans l'enfance) de l'état de santé des personnes même 50 ans après (Felitti et Anda, 2010) (11).
- **Et nous savons enfin que laisser des victimes de violences traumatisées sans soin est un facteur de risque de reproduction de violences de proche en proche et de générations en générations**, les victimes présentant un risque important de subir à nouveau des violences, et aussi d'en commettre pour un petit nombre d'entre elles (ce qui suffit à alimenter sans fin un cycle des violences) (Salmona, 2008 ; Fulu, 2017)

Des troubles neuro-biologiques

- L'impact des violences chez les victimes est non seulement psychologique avec des troubles psychotraumatiques très fréquents, mais également **neuro-biologique**, (avec des atteintes de circuits neurologiques et des perturbations endocriniennes des réponses au stress).
- Une étude récente menée par une équipe de chercheurs internationaux (allemands, américains et canadiens), et publiée début juin 2013 dans l'"**American Journal of Psychiatry**", 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. 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 du corps ayant été touchées lors des violences
- **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.**

méconnaissance des troubles psychotraumatiques

- **Tradition de sous-estimation des violences faites aux enfants**, de leur gravité, de leur fréquence, tradition de banalisation d'une grande partie de celles-ci, voire de justification (violence éducative : châtements corporels)
- **Méconnaissance de la gravité des conséquences sur la santé des violences, particulièrement sur la santé psychique**, les violences sont « **des situations anormales entraînant des conséquences psychotraumatiques normales** » fréquentes, graves et durables liées à la mise en place de mécanismes psychologiques et neurobiologiques de sauvegarde.
- **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.

méconnaissance des troubles psychotraumatiques

- **Stigmatisation des troubles de la conduite et des troubles du comportement des adolescents** qui masquent **une souffrance non reconnue** et qui sont directement liés à des troubles psychotraumatiques (mémoire traumatique et dissociation).
- **Banalisation de signes de souffrance** mis sur le compte de l'âge de l'enfant, de la crise d'adolescence
- **Dramatisation à l'inverse de symptômes psychotraumatiques** (dissociatifs et intrusifs) étiquetés psychotiques et traités abusivement comme tels.

les troubles psychotraumatiques

- **Ces troubles psychotraumatiques sont à l'origine :**
 - **d'une dissociation entraînant une anesthésie émotionnelle** accompagnée de troubles de la conscience (sentiment d'irréalité, d'être spectateur de la scène violente, de dépersonnalisation, absences) qui vont rendre vulnérable la victime et participer aux phénomènes d'emprise
 - **d'une mémoire traumatique**, véritable bombe à retardement, avec des réminiscences intrusives faisant revivre à l'identique et sans fin les violences avec la même souffrance et la même détresse
 - **d'une hypervigilance, de conduites de contrôle et d'évitements et conduites à risques** qui sont des stratégies efficaces mais très handicapantes pour échapper à la mémoire traumatique
- **Ils sont aussi à l'origine de troubles cognitifs, de troubles du comportement et de la personnalité**
- **ce sont des conséquences normales et spécifiques de de violences traumatiques**

Les troubles psychotraumatiques

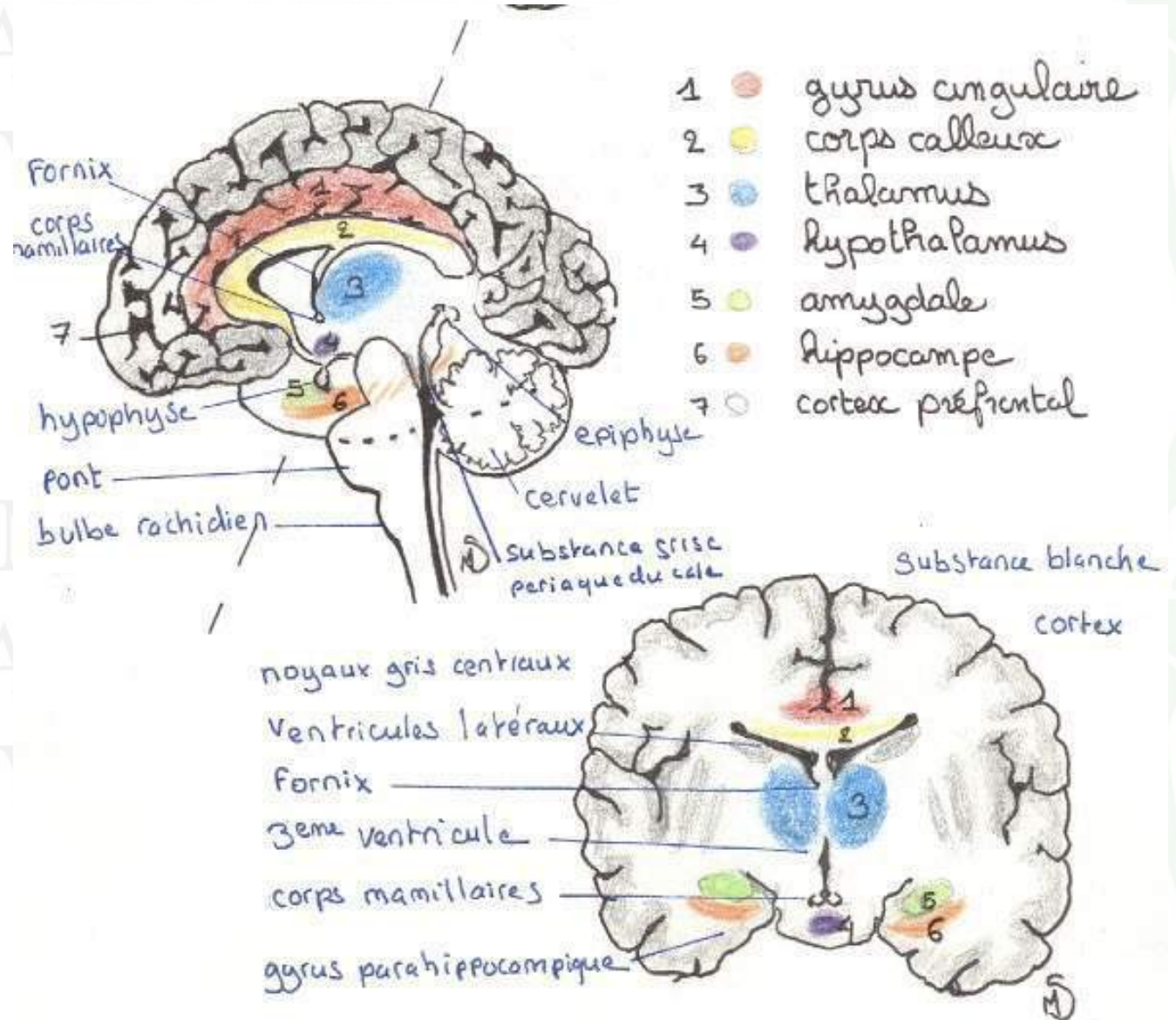
- **Connaître ces conséquences psychotraumatiques** permet :
 - de mieux comprendre les victimes et leurs comportements,
 - de mieux les accueillir et conduire un entretien,
 - de mieux évaluer les risques et les conséquences des violences,
 - de mieux les protéger, les accompagner, les aider et les orienter et les traiter.
- **Connaître les mécanismes psychotraumatiques** permet
 - de mieux comprendre aussi les mécanismes de la violence et les stratégies des agresseurs
 - et de bien mieux évaluer la dangerosité de certaines situations de violences,

La réponse émotionnelle normale

- lors d'un danger une structure sous-corticale s'active de façon immédiate incontrôlée et non consciente une structure corticale s'active : **l'amygale cérébrale**
- cette structure commande **une réponse émotionnelle** par l'activation du système nerveux autonome et de l'axe hypothalamo-hypophysaire et la sécrétion d'hormones de stress par les surrénales : **l'adrénaline et le cortisol**
- ces hormones permettent de mobiliser **une grande réserve énergétique** en augmentant le flux sanguin, l'apport d'oxygène et de glucose à tous les organes

Le système limbique

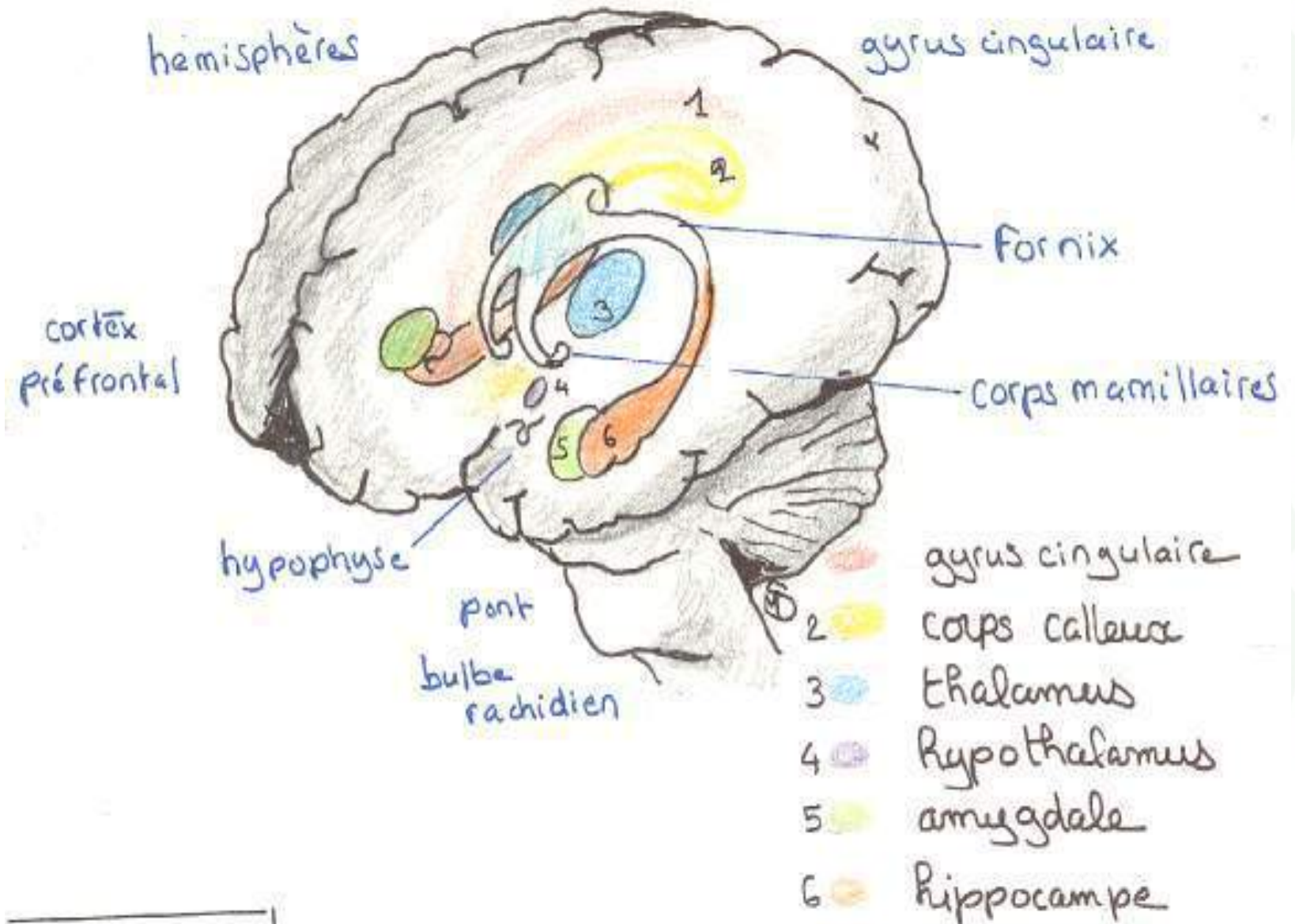
- coupe frontale
- et sagittale



MEMOIRE

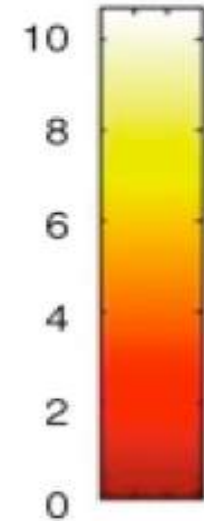
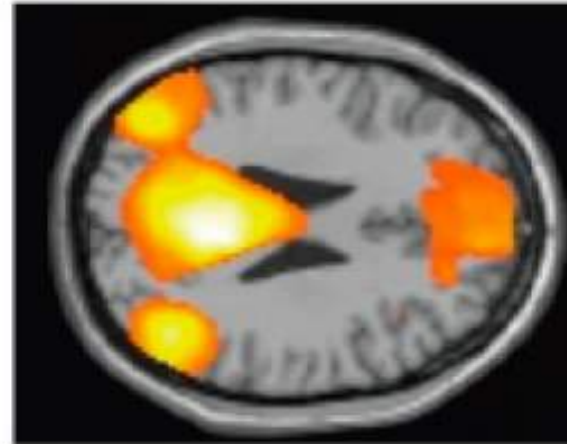
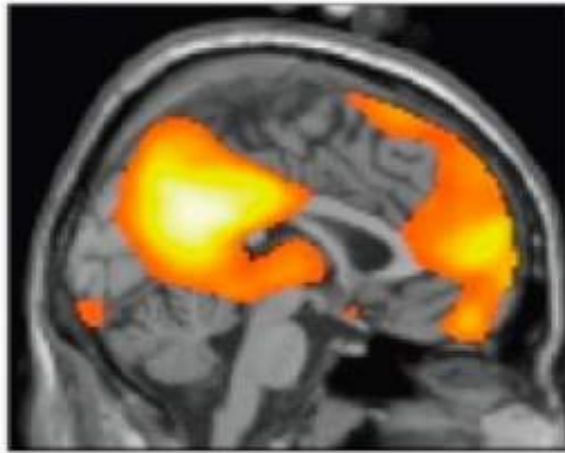
Le système limbique

- en 3 D

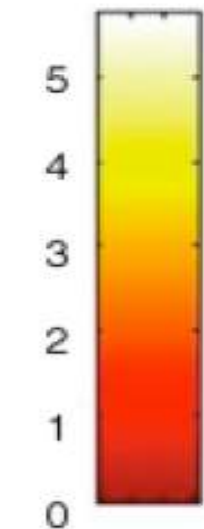
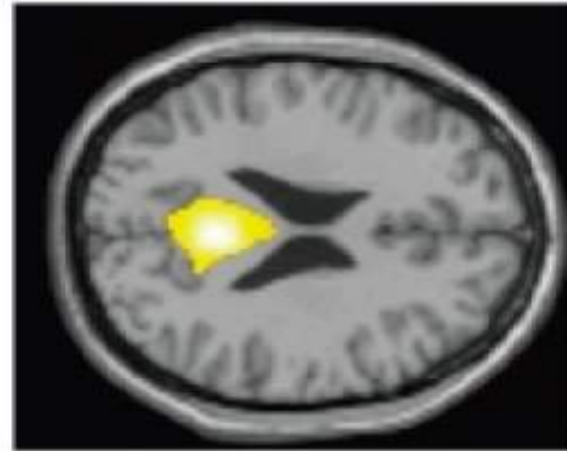
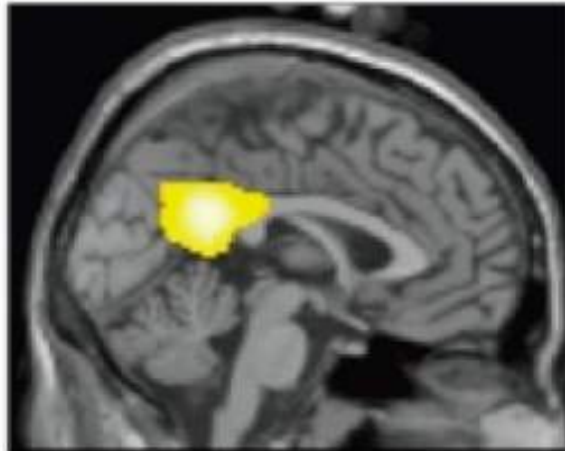


images IRM fonctionnelles mettant en évidence le processus de sidération chez des vétérans de la guerre du Vietnam

Controls: positive correlation 0, -56, 20



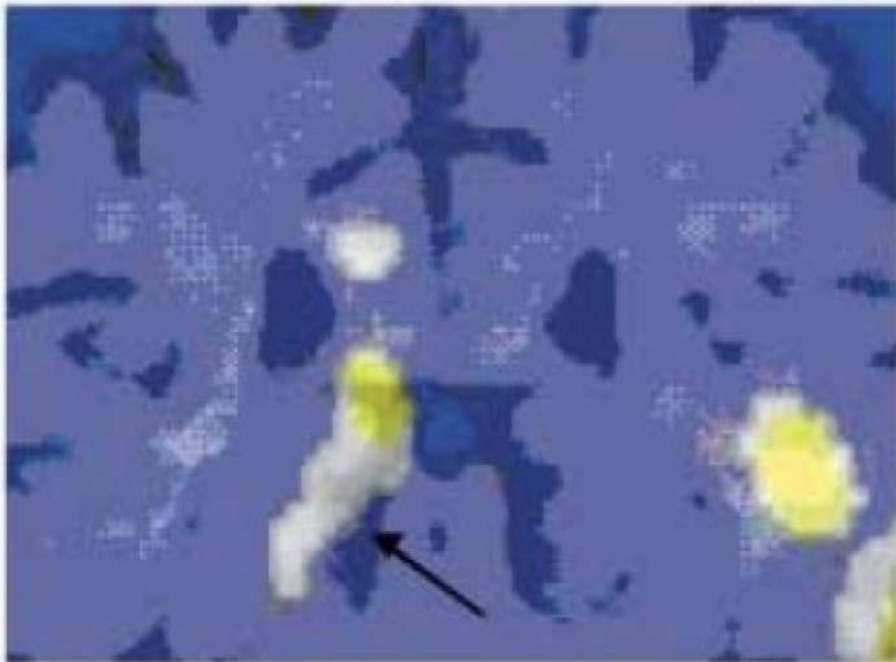
PTSD: positive correlation 0, -56, 20



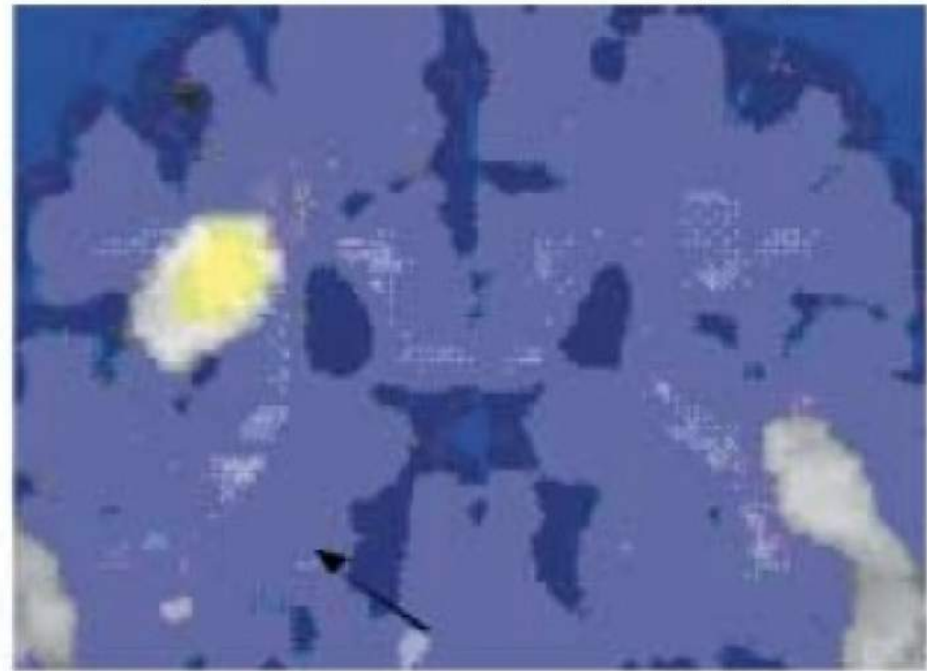
Images IRM fonctionnelles

- réponse de l'amygdale cérébrale et de l'hippocampe à un stimuli rappelant un traumatisme chez des victimes de violences sexuelles suivant la présence ou non de troubles psychotraumatiques

Subjects With Abuse and Without PTSD (N=12)



Subjects With Both Abuse and PTSD (N=10)



La réponse émotionnelle normale

- lors d'un danger une structure sous-corticale s'active de façon immédiate incontrôlée et non consciente une structure corticale s'active : **l'amygale cérébrale**
- cette structure commande **une réponse émotionnelle** par l'activation du système nerveux autonome et de l'axe hypothalamo-hypophysaire et la sécrétion d'hormones de stress : **l'adrénaline et le cortisol**
- ces hormones permettent de mobiliser **une grande réserve énergétique** en augmentant le flux sanguin, l'apport d'oxygène et de glucose à tous les organes

La réponse émotionnelle normale

- **Au total la situation stressante a généré une réponse émotionnelle** (entraînant un stress physiologique et un stress psychologique) avec une première réaction comportementale et une préparation de l'organisme pour une éventuelle réponse psycho-motrice (a) après analyse corticale de la situation (avec l'aide de l'hippocampe)
- **L'analyse cortico-hippocampique et la réponse psycho-motrice permettent de moduler la réponse amygdalienne voire de l'éteindre** quand la situation stressante est résolue avec un retour au calme
- **La mémoire émotionnelle de l'évènement est intégrée par l'hippocampe**, transformée en **mémoire explicite autobiographique et en expérience** elle peut créer de nouveaux apprentissages

La réponse émotionnelle normale

- l'augmentation du rythme cardiaque, de la fréquence respiratoire, la mobilisation de glucose en grande quantité permettent de faire face au danger ou de le fuir
- **l'amygdale fonctionne comme une alarme** elle ne va s'éteindre que si le danger est écarté
- l'activité corticale avec ses fonctions supérieures va permettre par l'analyse des informations sensorielles et émotionnelles, la mobilisation de représentations, de connaissances et d'apprentissage et la prise de décision
- **c'est l'activité corticale qui va moduler ou éteindre l'amygdale et la réponse émotionnelle**

La réponse émotionnelle traumatique

- Lors de violences, l'effroi, l'impuissance, l'incompréhension, le caractère insensé des actes vont entraîner **une sidération et une paralysie psychique**,
- **l'activité corticale est en panne et ne peut pas moduler ou éteindre la réponse émotionnelle**
- **la réponse émotionnelle devient extrême** (stress dépassé) avec une sécrétion trop importante d'hormones de stress (adrénaline et cortisol)
- **il y a survoltage et risque vital cardiovasculaire et neurologique**

La réponse émotionnelle traumatique

- Pour protéger les organes et éviter le risque vital le cerveau **va faire disjoncter la réponse émotionnelle** (comme lors un court circuit) **et isoler l'amygdale cérébrale**
- Avec principalement **des neurotransmetteurs assimilables à des drogues dures morphine-like et kétamine-like**
- **l'amygdale reste activée mais elle ne peut plus commander de réponse émotionnelle**
- il y a alors arrêt du risque vital et l'installation **d'une anesthésie émotionnelle et physique**

La réponse émotionnelle traumatique

- **Le Risque vital lié au SURVOLTAGE de l'amygdale va entraîner la mise en place d'une voie de secours exceptionnelle**
- Tout se passe comme dans un circuit électrique, un **survoltage** risque d'endommager gravement les appareils du circuit, pour les protéger, **le circuit disjuncte, les appareils sont déconnectés** et donc protégés mais ils arrêtent de fonctionner
- C'est ce qui se passe pour le circuit limbique du stress qui va disjoncter grâce à **la production de neuro-médiateurs : des Endorphines** (avec **effet morphine-like**, morphines endogènes secrétées au niveau de l'hypophyse et de la substance grise périacqueducule) et **des antagonistes des récepteurs NMDA** (N-Méthyl-D-Aspartate) du système glutamatergique (avec un **effet Kétamine-like**),
- **le circuit DISJONCTE et DÉCONNECTE l'amygdale**

La réponse émotionnelle traumatique

- il s'agit d'une **disjonction de sauvegarde exceptionnelle** qui évite le risque vital et soulage une souffrance émotionnelle et physique intolérable
- L'amygdale est donc **déconnectée du circuit émotionnel** et la réponse émotionnelle s'éteint, malgré le traumatisme qui se poursuit l'état de stress s'apaise **le Système nerveux sympathique et l'axe HHS ne sont plus stimulés**, il n'y a plus de souffrance psychique = **Anesthésie émotionnelle**, les endorphines provoquent une **Anesthésie physique**, il n'y a plus de souffrance physique;
- **mais cette disjonction déconnecte aussi l'amygdale du cortex et de l'hippocampe**

La réponse émotionnelle traumatique

- **L'amygdale est déconnecté du cortex associatif** qui ne va plus recevoir d'information émotionnelle, les stimuli traumatiques vont continuer d'arriver via le thalamus au cortex sensoriel, ils vont être traités par le cortex associatif **mais sans connotation émotionnelle, sans souffrance psychologique, sans souffrance physique, ce qui va donner une impression d'étrangeté, d'irréalité, d'être spectateur de ce qui arrive, de voir un film, de confusion, de dépersonnalisation = c'est la Dissociation**

La dissociation traumatique

- **Tant que la victime reste en contact avec son agresseur, le danger et la sidération persistent ainsi que le stress extrême, et le mécanisme de sauvegarde continue d'être enclenché produisant chez la victime un état de dissociation traumatique chronique.**
- **Cet état déconnecte la victime de ses émotions**, elle se sent spectatrice des événements, comme détachée et privée de ses émotions et de ses ressentis, avec un sentiment d'irréalité. L'anesthésie émotionnelle et physique que produit la dissociation l'empêche d'organiser sa défense et de prendre la mesure de ce qu'elle subit puisqu'elle paraît tout supporter. Les faits les plus graves, vécus sans affect, ni douleur exprimée, semblent si irréels qu'ils en perdent toute consistance et paraissent n'avoir jamais existé (**amnésie dissociative post-traumatique**).
- **L'entourage et la plupart des professionnels, face à la dissociation de la victime et son apparent détachement, ne vont pas ressentir sa détresse, ni prendre conscience du danger** (Salmona, 2013). La victime se sentira d'autant plus isolée, et sera d'autant moins reconnue et protégée.
- **De plus, la dissociation est une véritable hémorragie psychique qui vide la victime et qui annihile ses désirs et sa volonté. Elle se sent perdue et ne se reconnaît plus, elle est comme un pantin.** De ce fait, il lui est très difficile de s'opposer, de se projeter dans un autre espace, une autre vie, elle s'en sent incapable. Cet état facilite grandement **l'emprise par l'agresseur** qui en profite pour coloniser le psychisme de la victime et la réduire en esclavage.

La réponse émotionnelle traumatique

- **L'amygdale est déconnectée de l'hippocampe** qui ne va plus recevoir le contenu de la mémoire implicite émotionnelle et sensorielle celle-ci ne pourra pas, soit totalement, soit partiellement être transformée en mémoire déclarative autobiographique et affective = la mémoire émotionnelle piégée est à l'origine **d'un circuit de peur conditionnée permanent** dont l'extinction ne peut pas se faire, **le cortex associatif et l'hippocampe ne pouvant jouer leur rôles modulateurs** = c'est la **mémoire traumatique**

La réponse émotionnelle traumatique

- **La mémoire traumatique** implicite, inconsciente, émotionnelle des violences est piégée dans l'amygdale, elle va être à l'origine d'un circuit de peur conditionnée, véritable « bombe à retardement » prête à exploser à l'occasion de tout stimulus sensoriel, cénesthésique, algique, contextuel en lien avec les traumatismes et qui va « allumer » une amygdale hypersensible, puisque le cortex et l'hippocampe ne peuvent rien moduler (pas d'information, ni souvenir précis disponible).
- Elle y est hors temps, hors de toute possibilité d'analyse et de tri. Elle est indifférenciée comme un magma qui contient à la fois tout ce qu'a ressenti la victime, les violences, et les mises en scène, les paroles, la haine et le mépris de l'agresseur.

La mémoire traumatique

- **L'amygdale hypersensible :**
 - va alors transmettre **des informations « fantômes »** au cortex des **réminiscences= flash-back, images**, qui peuvent donner l'impression de revivre les violences, mais aussi des sensations, des pensées, des émotions, des douleurs toujours liées aux violences mais sans repères de temps, d'espace et donc incompréhensible
 - et **activer les réponses émotionnelles de stress** (axes HHS et SNA) avec **une grande souffrance psychique et une sensation de danger imminent** redéclenchant la même détresse, les mêmes terreurs que lors des violences = **angoisses, détresse, attaques de panique.**
 - **La vie devient un terrain miné : avec un sentiment d'insécurité permanent.**
- **Mais si la victime reste en contact avec l'agresseur ou le contexte des violence, le mécanisme de sauvegarde reste enclenchée et elle est alors dissociée la mémoire traumatique la colonise, mais elle n'en ressent pas les émotions qui y sont attachées.**

Mémoire et dissociation traumatiques

- **Mais, aussitôt que la victime n'est momentanément plus en état de dissociation** (par exemple si l'agresseur est absent, si elle est protégée, ou si une violence encore plus extrême dépasse les capacités de disjonction), elle ressent alors lors des flashbacks la même terreur et les mêmes douleurs que celles provoquées par les violences, avec une acuité intolérable sous la forme d'attaques de panique avec des sensations de mort imminente, la dissociation n'étant plus là pour les atténuer.
- Il y a alors un grand risque qu'elle retourne avec son agresseur qui, en ayant le pouvoir de la dissocier aussitôt, va l'anesthésier ; elle pourra croire qu'elle l'a dans la peau et qu'elle est dépendante de lui et qu'elle ne peut pas s'en passer de lui
- **Ce comportement, en apparence paradoxal, est un processus psychotraumatique habituel qui aurait pu être traité, ou tout au moins expliqué, ce qui aurait permis à la victime d'anticiper et de désamorcer ces émotions traumatiques trompeuses qui l'empêchent de se libérer de l'agresseur**, la condamnant à des allers et retours qui vont encore plus la priver de soutien, les proches et les professionnels ne comprenant et ne supportant pas ces comportements qu'ils jugent incohérents (Salmona, 2015).

La réponse émotionnelle traumatique : conséquences

- Pour éviter que cette mémoire traumatique ne se déclenche les victimes mettent en place **des conduites d'évitement, des conduites de contrôle et une hypervigilance** :
- des conduites d'évitement et de contrôles **pour éviter toutes les situations, toutes les sensations, toutes les émotions susceptibles de rappeler les violences et de déclencher la mémoire traumatique**
- Elles sont à l'origine d'un retrait social et affectif, de phobies, d'obsessions, de peur de tout changement, d'intolérance au stress, de troubles du sommeil et de troubles cognitifs

La réponse émotionnelle traumatique : conséquences

- et quand malgré les conduites de contrôles et d'évitement la mémoire traumatique se déclenche et envahit le psychisme de la victime elle ré-entraîne **la même sidération, la même détresse, le même état de stress dépassé, le même risque vital**
- **soit la disjonction se fait spontanément et une dissociation et une anesthésie émotionnelle et physique s'installe**
- **soit la disjonction spontanée ne peut pas se faire** en raison de phénomènes de tolérance et d'accoutumance aux drogues du cerveau **et un auto-traitement se met alors en place pour obtenir une disjonction provoquée**

La réponse émotionnelle traumatique : conséquences

- **La disjonction provoquée s'obtient de deux façons :**
 - **soit par augmentation de sécrétion des drogues dissociantes endogènes** (les neuro-transmetteurs morphine-like et kétamine-like) par le cerveau **en augmentant le niveau de stress ou de douleur par des conduites à risque, des mises en danger, des violences**
 - **soit par adjonction de drogues dissociantes externes : alcool, drogues**, Les psychotraumatismes sont à l'origine de consommation d'alcool chez 52 % des hommes et 28 % des femmes et de consommation d'autres substances psychoactives chez 35 % des hommes et 27 % des femmes

La réponse émotionnelle traumatique : conséquences

- **Ils s'agit de recréer l'état de dissociation et d'anesthésie vécu lors du traumatisme, solution transitoire efficace mais qui à moyen terme va s'avérer catastrophique** (car ces solutions vont faire perdurer et augmenter tous les symptômes liés à la déconnexion : troubles de la mémoire, mémoire traumatique, troubles de la personnalité, vulnérabilité au stress, image de soi très négative....)
- **Deux manières de le recréer :**
 - **Par le survoltage** : il faut augmenter le niveau de stress soit par **des conduites dangereuses qui reproduisent le traumatisme initial**, soit par **des conduites auto-agressives** (se faire mal : automutilations, se mettre en danger), soit par **des conduites hétéro-agressives** (système agresseur)
 - **Par un effet “déconnexion-like”**: grâce à des **drogues ayant un effet dissociant : alcool, cannabis et hallucinogènes** (effet antagonistes de la NMDA), **héroïne** (effet sur les récepteurs opiacés endogènes) ou **psychostimulants** (effet stress extrême par augmentation des cathécolamines, l'anorexie produit le même effet)

Conduites à risque dissociantes

- **Ce sont des conduites d'auto-traitement** qui par le stress émotionnel important supplémentaire qu'elles génèrent (par la mise en danger) reproduisent un survoltage et re-déclenche la disjonction du circuit émotionnel
- **Cette disjonction provoquée entraîne comme lors des violences une dissociation avec anesthésie physique et psychique et va calmer momentanément les angoisses**
- **Il s'agit donc ou de produire du stress extrême** soit en se mettant directement en danger, soit en créant des situations violentes, soit en utilisant des drogues stress-like (amphétamines), **ou de produire directement la dissociation** avec des drogues disjonction-like (alcool, cannabis, héroïne...)

Conduites à risque dissociantes

- **Ces conduites qui paraissent paradoxales surtout quand elles reproduisent au plus près les violences subies sont donc des stratégies efficaces pour échapper à une souffrance intolérable mais au prix :**
 - **d'une aggravation de la mémoire traumatique** (qui se recharge et qui va générer de nouvelles angoisses) et donc entraîner des conduites à risques de plus en plus dangereuses et de plus en plus compulsives et addictives (phénomène de tolérance et de dépendance)
 - **de symptômes dissociatifs** (sentiment d'étrangeté, de coupure) lui donnant l'impression de n'être pas comme les autres, d'être fou,
 - **de conséquences catastrophiques sur la vie du couple et la vie familiale** (risque vital, risque sur la santé de tous, sur l'intégrité physique et psychique des victimes)

Les conduites à risques

- **Les conduites à risques sont des mises en danger délibérées** qui auraient normalement pu être prévenues ou évitées, avec même 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 danger est recherché pour son pouvoir dissociant**, pour sa capacité, par le stress extrême qu'il entraîne, à mettre en place un mécanisme de sauvegarde neuro-biologique exceptionnel qui va déconnecter les réponses émotionnelles et donc créer une anesthésie émotionnelle et un état dissociatif;
- **Le but est d'échapper à une souffrance psychique intolérable incompréhensible et incontrôlable;**
- **Cette souffrance étant liée à une mémoire traumatique** produite le plus souvent par des violences subies : maltraitances, violences sexuelles pouvant remonter à la petite enfance ou pouvant être plus récentes;

La violence comme conduite dissociante

- **Femmes victimes et hommes violents ont très fréquemment subi des violences dans leur enfance ou ont été témoins de violences conjugales.**
- Une étude de Fulu très récente publiée en 2017 dans une grande revue scientifique internationale montre que « pour les hommes, toutes les formes de traumatismes chez l'enfant étaient associées à toutes les formes de perpétration de violence conjugale. Pour les femmes, toutes les formes de traumatismes chez les enfants ont été associées à la violence conjugale physique et à la violence conjugale sexuelle » (Fulu, 2017).
- **Les troubles psychotraumatiques qui en sont la conséquence vont être à l'origine d'une mémoire traumatique, de troubles dissociatifs et de stratégies de survie.**
- **Si on n'est pas responsable des violences qu'on a subi, ni de leurs conséquences traumatiques, en revanche on a le choix des ses stratégies de survie** (conduite d'évitement et conduites dissociantes anesthésiantes). La violence exercée sur autrui en est une, elle fait partie des conduites dissociantes qui permettent de s'anesthésier, comme une drogue.
- **Une société inégalitaire où les hommes peuvent facilement choisir de mettre en scène une prétendue supériorité au dépens des femmes, facilite le choix de s'autoriser à être violent, en s'identifiant à l'agresseur de son enfance, pour «traiter» une mémoire traumatique**

LES TROUBLES PSYCHIQUES SPÉCIFIQUES

- **L'état de stress aigu** (jusqu'à 1 mois après le traumatisme) avec ou sans dissociation péritraumatique et avec ou sans troubles psychotiques brefs;
- **L'état de stress post traumatique** (> 1 mois), chronique (> 6 mois), différé ; avec la triade de symptômes de l'état de stress post-traumatique soit :
 - **1) syndrome de reviviscence = mémoire traumatique** : pensées récurrentes sur les violences, ruminations, souvenirs intrusifs de tout ou partie de l'évènement (sensations douleurs, bruits, paroles), agissements soudains comme si l'évènement allait se reproduire, flash-back, illusions, rêves répétitifs, cauchemars; vécus intensément avec une forte angoisse et une détresse, l'accouchement peut être une situation de réactivation des réminiscences;
 - **2) syndrome d'évitement** (évitement phobique de toutes situations se rapportant au traumatisme ou pouvant rappeler l'évènement, évitement de la pensée, développement d'un monde imaginaire); évitement de toute situation douloureuse ou stressante, émoussement des affects, désinvestissement des relations interpersonnelles, perte de l'anticipation positive de l'avenir;
 - **3) syndrome d'hypéreactivité neuro végétative** (hypervigilance, état d'alerte, sursaut, insomnie, réveils nocturnes, hypersensibilité, irritabilité, colères explosives, troubles de la concentration et de l'attention);
 - **Et des symptômes dissociatifs importants** (troubles de la mémoire, amnésie, absences, perte de connaissance, épisode de confusion, sentiment d'étrangeté, sentiment d'être spectateur de sa vie, activité automatique dépersonnalisation, déréalisation, distorsion du temps et de l'espace, anesthésie affective, indifférence à la douleur, déconnexion, vie imaginaire envahissante, compagnon imaginaire);

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

- **Le traitement est essentiellement psychothérapeutique** mais il s'agit en urgence d'éviter le risque suicidaire, d'éviter que les violences se poursuivent, d'éviter l' "allumage de la mémoire traumatique" et la très grande souffrance qu'elle entraîne et ainsi de limiter les conduites à risques
-
- **1- de mettre en sécurité**
 - **++ d'évaluer l'urgence, le risque direct que font courir les violences et le risque suicidaire**, d'en parler ++, d'hospitaliser si nécessaire, signalement si nécessaire pour les mineurs ou les personnes vulnérables (procureur de la République), centre d'hébergement
 - **De sécuriser l'espace de vie du patient, en favorisant dans un premier temps les conduites et les stratégies d'évitement, en favorisant toutes les conduites et situations apaisantes qui ont fait leurs preuves** (++ de questionner le patient sur ce qui l'apaise), **en favorisant tous les liens avec les personnes de confiance et en informant celles-ci, en leur donnant tous les outils pour mieux comprendre les conséquences psychotraumatiques des violences** pour qu'elles soient à même de sécuriser et d'apaiser le patient, en les faisant prendre en charge si c'est nécessaire
 - **D'évaluer la sécurité des enfants, de s'assurer qu'ils bénéficient des soins nécessaires**
: mesures de protection

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

- **2- En donnant un traitement efficace pour soulager la souffrance psychique :**
- **3- En donnant un traitement efficace pour soulager la souffrance physique :** ++ traitement antalgique efficace associé, ++ kiné, ++ relaxation,
- **4- En donnant un traitement efficace pour éviter des montées de stress (adrénaline) trop importantes** (qui vont réveiller la mémoire traumatique) : traitement préventif par bêta-bloquant non cardio-sélectifs (avlocardyl)
- **5- En expliquant les mécanismes neuro-biologiques et en donnant toutes les informations nécessaires sur les psychotraumatismes +++++**

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

- **Le traitement est essentiellement psychothérapique, psychothérapie dynamique, thérapies comportementales et cognitives avec comme principes de base (suite)**
 - **3 Il s'agit de réunir et en replacer toutes les pièces isolées qui vont permettre de reconstruire l'événement traumatique en évitant la sidération, avec cette fois-ci un accompagnement, une chronologie retrouvée et une élaboration de grilles de lecture, de représentations, d'interprétation et d'intégration qui vont être efficaces pour moduler et éteindre les réponses émotionnelles sans le recours à la disjonction et rendre ainsi inutiles les conduites d'évitement et les conduites dissociantes. La mémoire traumatique "démunie", "désamorcée" va pouvoir être réintégrée dans une mémoire explicite narrative et autobiographique libérant l'espace psychique, l'arrêt des conduites dissociantes va permettre une récupération neurologique (neurogénèse) et la récupération d'un sentiment de cohérence et d'unité, de "retrouvaille avec soi-même". Dans les études récentes quand les patients vont mieux on voit sur les IRM et les SCANNER une augmentation du volume de l'hippocampe qui signe une repousse neuronale, les atteintes neuronales ne sont pas définitives +++**

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

- **4 Il est essentiel d'aider le patient à se « re-narcissiser », à retrouver une estime de soi , à reprendre confiance dans ses compétences cognitives et professionnelles, dans ses capacités d'analyses, à se recréer un univers sécurisé et à faire des projets, à restaurer des liens affectifs et sociaux, à redévelopper des activités personnelles (créatives, sportives, associatives)**
- **5 Il est essentiel d'expliquer les mécanismes à l'oeuvre chez l'agresseur** pour permettre une meilleure compréhension de son comportement (de sa mémoire traumatique), de la position perverse d'emprise de l'agresseur (et de mieux se défendre), de nommer les agressions de faire référence à la loi et de ne plus banaliser les violences, de ne plus être fataliste face à la violence subie, de savoir que l'agresseur peut renoncer à la violence et se faire traiter
 - **Le système agresseur se construit à la fois :**
 - **sur un terrain d'inégalité et de discrimination** qui permet le recours à des stratégies d'emprise et de domination, le dominé étant au service du dominant, soumis à ses désirs, instrumentalisé pour offrir au dominant plus de confort matériel, physique, psychologique et sexuel, le domaine familial étant le lieu privilégié où cette domination peut s'exercer (sur les femmes par les hommes, sur les enfants par les adultes) avec la complicité de la société qui ferme trop les yeux sur cette violence.
 - **et sur un terrain traumatique de l'enfance,** l'agresseur va pouvoir traiter ses angoisses (que l'univers familial, en réactivant une mémoire traumatique, réveille chez lui) aux dépens des plus faibles (ceux qui sont désignés comme « inférieurs », femmes, enfants) en rejouant des scènes traumatiques de son passé mais cette fois-ci en s'identifiant à son ancien agresseur, il se permet grâce à son sentiment de supériorité et d'impunité (offert par une société inégalitaire) d'utiliser le court-circuitage de l'amygdale, que génère le survoltage créé par la crise de violence, pour se soulager grâce à la dissociation et à l'anesthésie procurées. Il n'a pas à gérer lui-même sa souffrance psychique, un ou des « esclaves » sont là pour la gérer à sa place soit en dépensant toute leur énergie pour éviter toutes les situations susceptibles de déclencher chez l'agresseur des crises, soit en cas d' « échec » en subissant la violence qui servira à le soulager.

LE TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMATISMES

- **Les agresseurs peuvent et doivent se faire traiter**, il s'agit de les « désintoxiquer » de leur recours à la violence comme conduites dissociantes, de les sortir de leur anesthésie affectives (attention souvent quand les agresseurs renoncent à leur conduites violentes et ne sont plus dissociés et anesthésiés ils y a un grand risque qu'ils se dépriment +++ en prenant consciences de la gravité des violences qu'ils ont commises, risque suicidaire +++), il faut un accompagnement +++ et un traitement efficace de leur souffrance psychique
- **L'accompagnement social, associatif et juridique est essentiel**
 - +++ de travailler en réseau, avec les médecins généralistes, spécialistes, avec des assistantes sociales les professionnels de l'éducation nationale, les travailleurs sociaux, l'ASE, les missions locales, la justice, la PJJ et les associations des juristes, de connaître les associations utiles
 - +++ d'avoir une connaissance minimale du droit pénal et civil (lois, parcours judiciaire), du droit du travail (recours : médecin du travail, inspection du travail, médecin inspecteur du travail, CH-CT, droit de retrait, accident du travail, maladie professionnelle), du droit de la sécurité sociale (ALD : troubles graves de la personnalité, article L. 322-3 15 (soins gratuits pour les victimes d'agressions sexuels sur mineurs))
 - +++ pour les plus jeunes de connaître les possibilité d'aides en cas d'handicap lié à la santé (médecine scolaire, cliniques études, unité psycho pédagogique, aménagement de la scolarité PAI, 1/3 temps, contrat d'intégration, CNED, DAEU) de la réinsertion professionnelle (missions locales) de la réinsertion sociale), d'orientation (DAEU)

En conclusion

- **Les violences sont un problème lié à une société inégalitaire et qui ne protège pas assez les plus vulnérables, les plus faibles, les femmes, les enfants**
- **La mère, les enfants se retrouvent en situation d'esclaves instrumentalisés** pour mettre en place à la place du père des conduites d'évitement et quand ces conduites échouent servir de « médicaments anesthésiants » en subissant une violence qui est une conduite dissociante
- **Les hommes violents peuvent s'autoriser à exercer des violences sur leur femme, les enfants,** le plus souvent en toute impunité, sans se poser de question sur leur comportement incohérent
- **Ces violences des agresseurs sur les femmes et les enfants sont des conduites dissociantes, anesthésiantes, d'auto-traitement** qui permettent à l'agresseur d'échapper à une souffrance psychique liée à une mémoire traumatique produite le plus souvent par des violences subies dans l'enfance. Par exemple les pleurs d'un enfant réveille la mémoire traumatique de l'adulte (les pleurs rappellent des violences subies) et génère une souffrance et une angoisse importante, l'enfant est considéré comme responsable « tu vas me faire devenir fou » et une compulsion à la violence va permettre à l'adulte de disjoncter et de s'anesthésier. À l'enfant sont imposées des conduites d'évitement pour ne pas allumer la mémoire traumatique de l'adulte.
- **Il est essentiel de faire prendre conscience aux adultes violents des mécanismes de disjonction, de la gravité de leur conduite et de les aider à calmer leur mémoire traumatique**
- **Il est essentiel de protéger les victimes et leurs enfants, et de leur proposer des soins adaptés**
- **les agresseurs doivent être pris en charge et doivent répondre de leurs actes face à la justice**

Le site memoiretraumatique.org

Site d'information de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie

www.memoiretraumatique.org

pour les professionnels et le grand public qui comprend des articles, des informations, la plaquette en téléchargement, des conduites à tenir en cas de violences, un annuaire de ressources, une bibliographie, etc.

Un blog [stopauxviolences](http://stopauxviolences.blogspot.com) où sont publié de nombreux articles et informations :

- le site <http://memoiretraumatique.org/>
- le blog <http://stopauxviolences.blogspot.com/>