

Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur



Les enfants sont nombreux à être victimes de violences, qu'elles soient physiques, psychologiques ou sexuelles. Toutefois, le déni, la loi du silence, la méconnaissance de la gravité de l'impact à long terme de ces violences sur leur santé mentale et physique font qu'ils restent le plus souvent abandonnés, sans protection, ni soins, ni accès à la justice. Ils doivent survivre seuls face aux violences et aux traumatismes qu'elles engendrent.

Nous allons le voir, cette absence de protection et de prise en charge des traumatismes vécus par ces enfants représente une lourde perte de chance en termes de santé mentale et physique, de développement, de vie affective, de scolarité, d'insertion sociale et professionnelle. Elle est un facteur de grande vulnérabilité, d'aggravation des inégalités et fabrique des injustices à répétition, de la précarité, de l'exclusion et de nouvelles violences. Or cette perte de chance est d'autant plus scandaleuse que des soins spécifiques sont efficaces pour traiter les traumatismes liés à ces violences. Ainsi, la plus grande part des conséquences sur la santé et sur la vie de celles et ceux qui en ont été victimes pourrait être évitée, de même que sur la reproduction sans fin des violences.

Des professionnels de santé en première ligne insuffisamment formés et une offre de soin trop rare

Les professionnels de santé sont en première ligne pour lutter contre ces violences et éviter leurs conséquences.

Cependant, rares sont ceux qui sont formés au dépistage systématique des violences et à la protection des victimes, ainsi qu'au repérage et à la prise en charge des traumatismes. L'offre de soins en psychotraumatologie reste de ce fait bien trop rare et peu accessible. Les autres secteurs, comme ceux de la protection de l'enfance et la justice, s'avèrent également incapables de protéger les enfants, faute de moyens, de formation et de volonté politique. Il a fallu attendre 2017 pour qu'un premier Plan de lutte et de mobilisation triennal contre les violences faites aux enfants soit lancé par les pouvoirs publics et se préoccupe de la question du dépistage et de la prise en charge des traumatismes. Il faudra patienter jusqu'en 2019 pour que dix « centres du psychotraumatisme », composés de professionnels formés et proposant une prise en charge pluridisciplinaire et sans frais, ouvrent enfin en France et en outre-mer grâce à notre plaidoyer. C'est un premier pas, mais le chantier reste immense. À l'heure actuelle, les étudiants en médecine et les professionnels du soin sont toujours aussi peu formés.

Un impact catastrophique à long terme sur la santé

Comme le rappelle l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2016 : « La violence à l'égard des enfants est un problème de santé publique, de droits humains et de société, avec des conséquences potentiellement dévastatrices et coûteuses. Ses effets destructeurs nuisent aux enfants de tous les pays, touchant les familles, les communautés et les nations². » Depuis près de vingt ans, de très nombreuses études scientifiques internationales ont démontré que l'exposition précoce à la violence est hautement traumatisante pour les enfants. Dès leur vie fœtale, leur naissance, puis tout au long de leur enfance, leur cerveau est très vulnérable face aux violences et au stress extrême qu'elles engendrent. Publiés dès 1988, les résultats de la grande étude épidémiologique sur les *Adverse Childhood Experience* (ACE) réalisée par Vincent Felitti et Robert Anda au département de médecine préventive de l'établissement du Kaiser Permanente à San Diego (Californie), auprès de 17 421 adultes, ont révélé une puissante relation entre les violences subies dans l'enfance et la santé physique et mentale à l'âge adulte³.

D'après cette étude ACE, avoir subi plusieurs formes de violences dans l'enfance constitue ainsi selon les auteurs la principale cause de mortalité précoce et de morbidité à l'âge adulte. C'est également le déterminant principal de santé 50 ans après les violences et cela peut faire perdre jusqu'à 20 ans d'espérance de vie.

¹ <https://www.memoiretraumatique.org>

² OMS. *INSPIRE : Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants : résumé d'orientation*. Genève, Suisse : OMS.

³ Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-58.

⁴ Felitti, V. J. et Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult health, well-being, social function, and health care. Dans R. Lanius, E. Vermetten et C. Pain (dir.). *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press ; Brown D., et al. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389-396 ; Hillis, S., et al. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, 137(3).

Des mécanismes psychotraumatiques méconnus

Tous les symptômes et les troubles du comportement rencontrés chez les victimes de violences subies dans l'enfance s'expliquent : ils sont des conséquences habituelles et universelles des violences. Ces conséquences psychotraumatiques sont liées à des mécanismes de sauvegarde neurobiologiques exceptionnels, mis en place par le cerveau pour échapper au risque vital que font courir les violences.

La violence a un effet de sidération du psychisme qui paralyse la victime, l'empêche de réagir de façon adaptée. Elle empêche le cortex cérébral de la personne de contrôler l'intensité de la réaction de stress, sa production d'adrénaline et de cortisol. Un stress extrême, véritable tempête émotionnelle, envahit alors l'organisme de la victime et – parce qu'il représente un risque vital (pour le cœur et le cerveau, en raison de l'excès d'adrénaline et de cortisol¹¹) – déclenche des mécanismes neurobiologiques de sauvegarde qui ont pour effet de « faire disjoncter » le circuit émotionnel et d'entraîner une anesthésie émotionnelle et physique, en produisant des drogues dures ayant le même effet qu'un cocktail morphine-kétamine¹².

La disjonction de sauvegarde génère un état dissociatif accompagné d'un sentiment d'étrangeté, de déconnexion et de dépersonnalisation, comme si la victime devenait spectatrice de la situation qu'elle perçoit sans éprouver d'émotion. Mais cette disjonction isole la structure responsable des réponses sensorielles et émotionnelles (l'amygdale cérébrale) de celle qui encode et gère la mémoire et le repérage temporo-spatial (l'hippocampe). L'hippocampe ne peut pas faire son travail d'encodage et de stockage de la mémoire sensorielle et émotionnelle des violences. Celle-ci reste alors piégée dans l'amygdale, sans être traitée ni transformée en mémoire autobiographique. C'est cette mémoire piégée que nous appelons la « mémoire traumatique ». Elle va demeurer hors temps, non consciente, à l'identique, susceptible d'envahir le champ de la conscience si un lien rappelle les violences et de les refaire revivre de façon identique, comme une machine à remonter le temps, avec la même détresse et les mêmes perceptions (ce sont les *flash-back*, les réminiscences, les cauchemars, les attaques de panique¹³...).

« L'anesthésie émotionnelle et physique que produit la dissociation empêche la victime d'organiser sa défense et de prendre la mesure de ce qu'elle subit puisqu'elle paraît tout supporter »

Telle une « boîte noire », la mémoire traumatique contient non seulement le vécu émotionnel, sensoriel et douloureux de la victime, mais également tout ce qui se rapporte aux faits de violences, à leur contexte et à l'agresseur (ses mimiques, ses mises en scène, sa haine, son excitation, ses cris, ses paroles, son odeur, etc.¹⁴). Cette mémoire traumatique des actes violents et de l'agresseur colonise la victime. Elle lui fera confondre ce qui vient d'elle avec ce qui vient des violences et de l'agresseur. La mémoire traumatique des paroles et de la mise en scène de l'agresseur (« Tu ne vaux rien, tout est de ta faute, tu as bien mérité

Plus précisément, l'étude ACE démontre que cette exposition précoce à plusieurs formes de violences constitue le premier facteur de risque de suicide, de conduites addictives (alcool, drogues, tabac), d'obésité, de conduites à risque, de dépression, de grossesse précoce, de précarité, de marginalisation, de situations prostitutionnelles et de subir de nouvelles violences ou d'en commettre à son tour. Des liens très forts ont également été retrouvés avec de nombreux troubles psychiatriques, cardio-vasculaires, endocriniens et gynécologiques, ou avec des maladies pulmonaires, digestives, auto-immunes et neurologiques, des infections sexuellement transmissibles, des cancers, des ostéo-arthrites, des douleurs chroniques, etc.⁴.

Depuis cette première étude, les liens entre les violences subies dans l'enfance et les facteurs de risque prédominants pour la santé, ainsi que les principales maladies mentales et physiques développées à l'âge adulte ont été confirmés par de très nombreuses études scientifiques. Des recherches ont également documenté la neurobiologie de la violence, démontrant que le stress traumatique subi peut nuire à l'architecture du cerveau, au statut immunitaire, aux systèmes métaboliques, aux réponses inflammatoires et peuvent même influencer sur l'altération génétique de l'ADN. Une revue internationale de toutes les recherches menées sur ce sujet, parue dans *Pediatrics* en 2016 pour l'OMS⁵, montre que ce risque, identifié comme majeur pour la santé à long terme, est lié à l'impact psychotraumatique de ces violences et qu'il est gradué en fonction de la gravité des violences et de leur nombre⁶.

Des violences d'une ampleur largement sous-estimée

Fréquentes et répandues dans tous les milieux, les violences que les enfants subissent sont fortement sous-estimées et encore bien trop tolérées pour certains (comme les châtiements corporels). Elles sont le plus souvent intrafamiliales ou institutionnelles et commises par des personnes censées protéger leurs destinataires. Ces violences s'exercent dans le cadre de rapports d'inégalité et de domination. Plus les enfants sont vulnérables, en situation de handicap ou de discrimination, plus ils sont exposés à des violences⁷.

Dans le monde, un enfant sur quatre a subi des violences physiques, une fille sur cinq et un garçon sur treize, des violences sexuelles, un enfant sur trois, des violences psychologiques. En Europe, un enfant sur cinq a subi des violences sexuelles. En France, nous disposons de très peu de chiffres et aucune enquête de victimation directe n'a été réalisée auprès des enfants. Cependant, à partir des études réalisées auprès d'adultes rapportant les violences subies dans leur enfance, nous savons que les enfants sont les principales victimes de violences sexuelles. Nous pouvons estimer que ce sont, chaque année, plus de 130 000 filles et 35 000 garçons qui subissent des viols ou des tentatives de viols, en majorité incestueux, et que 140 000 enfants sont exposés à des violences conjugales⁸. Des enquêtes nord-américaines ont montré que les enfants handicapés subissent trois à quatre fois plus de violences⁹. Pour ces enfants victimes de violences intrafamiliales, le risque de développer des troubles psychotraumatiques est de plus de 60 % et il s'élève à plus de 80 % quand il s'agit de violences sexuelles¹⁰.

5 Hillis, S., et al. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Ibid.*

6 Danese, A. (2012). Adverse childhood experiences, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29-39; Perroud, N. (2011). Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Translational Psychiatry*, 1(1), e59; Hillis, S. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Ibid.*

7 Salmons, M. (2017). Manifeste contre les violences faites aux enfants. <http://manifestestopvie.blogspot.com/2017/02/manifeste-de-lassociation-memoire.html>

8 Inserm, Ined (2006). *Enquête contexte de la sexualité en France (CSF) 2005-2006*; Bajos, N., Bozon, M. et l'équipe CSF. (2008). Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Population & Sociétés*, 445; Insee, ONRDP, SSMIS (2017). *Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » CSV, de 2012 à 2015.*

9 Sullivan, P. M. et Knutson, F. (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257-73.

10 Rodriguez, N. et Ryan, S. W. (1997). Post-traumatic stress disorder in adult female survivors of child sexual abuse: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 53-59.

11 Yehuda, R. et Ledoux, J. (2007). Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*, 56(1), 19-32.

12 Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., et al. (2010). Emotional modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-7.

13 Le Doux, J. E. (1992). Emotion as memory anatomical systems underlying indelible neural traces. Dans S.-Å. Christianson. *The handbook of emotion and memory: research and theory* (p. 289-297). Hillsdale, N. J. : Lawrence Erlbaum Associates ; Shin, L. M., Scott, L., Rauch, S. L., Roger, K. et Pitman, R. K. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 67-79.

14 Van der Hart, O., et al. (2010). *Le Soi hanté*. Paris : De Boeck.

ça, tu aimes ça », etc.) alimentera chez la victime des sentiments de honte, de culpabilité et d'estime de soi catastrophiques. Celle de la haine et de l'excitation perverse de l'agresseur pourront lui faire croire à tort que c'est elle qui les ressent, ce qui constituera une torture supplémentaire. Elle n'éprouvera alors que mépris et haine pour elle-même¹⁵.

Tant que la victime sera exposée à des violences, à la présence de l'agresseur ou de ses complices, elle sera déconnectée de ses émotions, dissociée. La dissociation, système de survie en milieu très hostile, peut alors s'installer de manière permanente, donnant l'impression à la victime de devenir un automate, d'être dévitalisée, confuse, comme un « mort-vivant ». L'anesthésie émotionnelle et physique que produit la dissociation empêche la victime 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. Cela entraîne de fréquentes amnésies dissociatives post-traumatiques, qui peuvent durer des années¹⁶. Cette dissociation isole encore plus la victime, elle explique les phénomènes d'emprise et entraîne un risque important de subir de nouvelles violences. L'absence d'émotion apparente d'une victime dissociée désoriente toutes les personnes qui sont en contact avec elle. En conséquence, le processus d'empathie automatique n'est pas activé par les neurones miroirs de ses interlocuteurs, qui seront d'autant plus rares à se mobiliser pour la personne et à la protéger, alors qu'elle est gravement traumatisée et en danger. Ces troubles dissociatifs traumatiques suscitent fréquemment, chez l'entourage et les professionnels, de l'indifférence, des jugements négatifs, voire un rejet et de la maltraitance.

Mais si la dissociation disparaît – ce qui peut se produire quand la victime est enfin sécurisée –, alors la mémoire traumatique cesse d'être anesthésiée. La victime peut, au moindre lien qui rappelle les violences, être confrontée à un véritable tsunami d'émotions et d'images terrifiantes qui vont déferler en elle, accompagnées d'une grande souffrance et détresse. Cela peut entraîner un état de peur panique, d'agitation, d'angoisse intolérable et un état confusionnel, tel que la victime peut se retrouver hospitalisée en psychiatrie en urgence (avec souvent un diagnostic de bouffée délirante), très souvent accompagné d'un risque suicidaire important.

La vie devient un enfer pour les victimes, avec une sensation d'insécurité, de peur et de guerre permanente. Pour empêcher leur mémoire traumatique de se déclencher, les victimes sont hypervigilantes et développent des conduites d'évitement et de contrôle. Ces stratégies de survie sont épuisantes et sont à l'origine de multiples phobies et de troubles obsessionnels compulsifs. Mais ces conduites d'évitement et de contrôle sont rarement suffisantes, et les victimes découvrent très tôt, grâce à des conduites dissociantes, la possibilité de s'anesthésier émotionnellement pour éteindre à tout prix une mémoire traumatique impossible à éviter. Ces conduites servent à calmer l'état de tension intolérable ou prévenir sa survenue, soit en provoquant un stress très élevé (par des conduites à risques, des mises en danger, des conduites autoagressives ou hétéro-agressives) qui redéclenche

la disjonction du circuit émotionnel et la sécrétion de drogues dissociantes par le cerveau, soit en consommant des drogues dissociantes (alcool, drogues, tabac à haute dose).

Ces conduites dissociantes sont des tentatives désespérées d'autotraitement. Elles sont très préjudiciables pour la santé et la qualité de vie des victimes dont elles aggravent la vulnérabilité, les handicaps, ainsi que le risque de subir de nouvelles violences ou d'en commettre à leur tour. Les professionnels de santé identifient rarement les conduites d'évitement et les conduites à risques comme des conséquences psychotraumatiques, et ne recherchent pas systématiquement les violences qui pourraient en être à l'origine.

Tous les symptômes psychotraumatiques sont souvent banalisés, mis sur le compte de la crise d'adolescence ou de troubles de la personnalité. À l'inverse, parfois, ils sont étiquetés psychotiques et traités comme tels, ou alors attribués à des déficits cognitifs.

Des soins spécifiques nécessaires

Ces conséquences psychotraumatiques sont encore insuffisamment connues alors que leur prise en charge a démontré son efficacité. Celle-ci doit être la plus précoce possible et, avant tout, psychothérapique. En traitant le stress et la mémoire traumatique, c'est à dire en l'intégrant en mémoire autobiographique, elle permet de réparer les atteintes neurologiques et de rendre inutiles les stratégies de survie¹⁷. Pour cela, il faut identifier et revisiter toutes les violences, et faire en sorte qu'il n'y ait plus d'état de sidération.

Cela nécessite de sécuriser l'enfant ou l'adulte qu'il est devenu, de lui expliquer les mécanismes psychotraumatiques, et de faire avec lui des liens, en redonnant du sens et de la cohérence à tout ce qui n'en avait pas. Il faut également que la victime puisse reconstituer son histoire et restaurer sa personnalité et sa dignité, en démontant, avec elle, tout le système agresseur et en la débarrassant de tout ce qui l'avait colonisée et aliénée (mises en scènes, mensonges, déni, mémoire traumatique). La finalité est que la personne qu'elle est fondamentalement puisse à nouveau s'exprimer librement et vivre, tout simplement¹⁸. Or une prise en charge de qualité permet de protéger les victimes, de traiter les troubles psychotraumatiques, de réparer les atteintes neurologiques (neurogenèse et neuroplasticité) et d'éviter ainsi la majeure partie des conséquences des violences sur la santé, ainsi que leurs conséquences sociales¹⁹.

Il est donc essentiel et vital de protéger les enfants des violences et d'intervenir le plus tôt possible pour leur donner des soins spécifiques. Il s'agit de situations d'urgence pour éviter la mise en place de troubles psychotraumatiques sévères et chroniques qui auront de graves conséquences sur leur santé et leur vie future, ainsi que sur le risque de perpétuation des violences. Néanmoins, il n'est jamais trop tard pour prendre en charge ces traumas, même à l'âge adulte, et tout au long de la vie. Pour cela, il est nécessaire de sensibiliser et de former tous les professionnels des secteurs médico-sociaux, associatifs et judiciaires sur les conséquences psychotraumatiques des violences. La prévention des violences passe avant tout par la protection et le soin des victimes. ▶

¹⁵ Salmons, M. (2018). *Le Livre noir des violences sexuelles* (2^e éd.). Paris : Dunod.

¹⁶ Salmons, M. (2018). L'Amnésie traumatique : un mécanisme dissociatif pour survivre. Dans R. Coutanceau et C. Damiani, *Victimologie. Évaluation, traitement, résilience* (p. 71-85). Paris : Dunod.

¹⁷ Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O. et Steele, K. (2004). Trauma-related structural dissociation of the personality. Trauma information Pages website. <http://www.traumapages.com/a/nijenhuis-2004.php>

¹⁸ Shin, L. M., Scott, L., Rauch, S. L., Roger, K. et Pitman, R. K. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 67-79.

¹⁹ Ehling, T., Nijenhuis, E. R. S. et Krikke, A. (2003). Volume of discrete brain structures in florid and recovered DID, DESNOS, and healthy controls. *Proceedings of 20th International Society for the study of dissociation*. Chicago; Hillis, S. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Op. cit.*