



Le psychotraumatisme, ses mécaniques et ses conséquences

En quoi connaître le psychotraumatisme est indispensable

Comme vous allez le voir dans ce module, connaître les conséquences psychotraumatiques des violences et leurs mécanismes permet de mieux comprendre les victimes et de mieux répondre à leurs besoins de protection, d'accompagnement, d'aide et d'orientation pour recevoir les soins nécessaires et faire valoir leurs droits à obtenir justice et réparations. Cette connaissance est très utile également pour prévenir les violences et lutter contre le déni, les fausses représentations et la culpabilisation des victimes.

Dans le cadre des soins, la méconnaissance de l'origine traumatique des symptômes que présentent les victimes entraîne des pertes de chance pour leur santé avec des soins inadaptés. Et lors des procédures judiciaires, les traumatismes, du fait de cette méconnaissance, au lieu d'être une preuve médico-légale des violences et des souffrances endurées, sont souvent retournés contre les victimes pour mettre en cause leurs réactions, leurs comportements, leurs témoignages.

Qu'est-ce que le psychotraumatisme ?

Le psychotraumatisme est l'ensemble des troubles neuro-psychologiques survenant lors de situations traumatiques comme des violences, des attentats, des situations de guerre et de conflits armés, des accidents ou des catastrophes naturelles que les victimes directes, les témoins mais également les proches, les secouristes et les soignants peuvent développer. Parmi ces situations traumatiques, les violences sont les plus à risque de provoquer des psychotraumatismes, les violences sexuelles étant avec les tortures, les plus traumatisantes.

Le risque de développer des psychotraumatismes après des traumatismes en général est de 30 %. En cas de violences intra-familiales ou conjugales, il est de 60 %. En cas de violences sexuelles, il dépasse 70 %. Si les victimes sont des enfants ou des personnes en situation de vulnérabilité, il atteint près de 100 %.

Le cerveau est particulièrement vulnérable aux violences, d'autant plus si les victimes sont des enfants, des personnes âgées ou des personnes présentant des troubles neuro-développementaux, des troubles neuro-dégénératifs, des troubles cognitifs sévères et des déficiences intellectuelles.

Les violences provoquent des atteintes du cortex cérébral, certaines structures corticales pouvant perdre jusqu'à 30% de leur volume, une diminution importante des connexions dendritiques neuronales et des dysfonctionnements importants des circuits émotionnels et de la mémoire. Ces dysfonctionnements sont directement responsables des troubles psychotraumatiques.

Ces atteintes sont visibles sur des IRM fonctionnelles du cerveau et nous en connaissons depuis plusieurs années les mécanismes neuro-biologiques.

Les soins spécialisés du psychotraumatisme permettent une réparation de ces atteintes neurologiques, grâce à une neurogénèse et une neuroplasticité du cerveau, comme le montrent les images du bas.

Les violences sexuelles sont également à l'origine de modifications épigénétiques des gènes de régulation du stress qui deviennent dysfonctionnels.

Les psychotraumatismes : des conséquences universelles des violences

Les psychotraumatismes sont des conséquences normales et universelles des violences qui s'installent à long terme et s'expliquent par la mise en place de mécanismes neuro-biologiques et psychiques de survie à l'origine d'une mémoire traumatique et d'une dissociation traumatique.

Toutes les victimes et les témoins de toutes les formes de violences, quel que soit leur âge, dès la naissance, peuvent les développer. Elles ne sont pas liées à la victime mais avant tout à la gravité de l'agression, 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 qui peut être liée à l'âge, au handicap, à la maladie et au fait d'avoir déjà subi des violences, est un facteur aggravant de ces psychotraumatismes.

Les psychotraumatismes sont d'autant plus sévères et chroniques que les violences sexuelles sont répétées et qu'elles s'inscrivent dans la durée. On parle alors de psychotraumatismes complexes.

L'incapacité intellectuelle ou cognitive de comprendre un événement violent ou de le mémoriser n'empêche pas de développer des troubles psychotraumatiques, bien au contraire, les conséquences seront encore bien plus graves : un bébé, des personnes polyhandicapées ou ayant des troubles neurodéveloppementaux avec de graves déficits intellectuels et cognitifs, seront d'autant plus gravement traumatisés par les violences sexuelles. Elles présenteront d'importants troubles neurodéveloppementaux qui se surajouteront à ceux déjà présents.

Ces troubles psychotraumatiques sont spécifiques des violences. Le symptôme principal, la mémoire traumatique, qui fait revivre à l'identique les violences comme si elles se reproduisaient, lors de réminiscences, de flashbacks et de cauchemars, est pathognomonique. C'est à dire que ce symptôme est non seulement caractéristique de violences traumatisantes mais aussi qu'il peut établir la preuve diagnostique d'un traumatisme.

C'est ce symptôme qui va être à l'origine de la plupart des lourdes conséquences sur la santé mentale et physique des victimes. Les autres symptômes spécifiques sont les conduites d'évitement, une hyperactivité neuro-végétative avec des sursauts ou de l'hypervigilance, ainsi que des troubles dissociatifs, tels que la dissociation traumatique et les conduites dissociantes, qui sont à l'origine d'une anesthésie émotionnelle.

Ces troubles psychotraumatiques sont méconnus, sous-estimés, rarement dépistés et diagnostiqués par les professionnels de la santé qui pour la plupart n'ont pas été formés pendant leurs études médicales à la psychotraumatologie et à la victimologie.

La prise en charge des troubles psychotraumatiques et de leurs conséquences est essentielle. Elle doit être la plus précoce possible pour être d'autant plus efficace. Cela permet d'éviter des vies fracassées, et d'arrêter des violences subies ou agies qui se produisent de générations en générations. Il s'agit d'une urgence médicale et psychologique.

Les conséquences psychotraumatiques des violences

Les violences aboutissent à une dissociation traumatique et à la constitution d'une mémoire traumatique de l'événement sous la forme de réminiscences, de flashbacks et de cauchemars).

Symptôme central du psychotraumatisme, la mémoire traumatique est différente de la mémoire autobiographique normale. Il s'agit d'une mémoire non intégrée et piégée dans une structure archaïque et non consciente du cerveau. Les mécanismes à l'origine de cette mémoire traumatique sont assimilables à des mécanismes exceptionnels de sauvegarde qui sont déclenchés par le cerveau pour échapper au risque vital que fait courir une réponse émotionnelle extrême face à un trauma.

Cette mémoire traumatique est une véritable machine à remonter le temps qui se déclenche dès qu'un lien rappelle les violences ou leur contexte. Elle fait revivre à l'identique, avec les mêmes émotions, sensations et douleurs, les pires moments des violences : c'est une torture, la victime vit dans une peur, une douleur et une détresse permanentes. Sans soins, pour y survivre, les victimes devront mettre en place des stratégies de survie pour éviter qu'elle se déclenche ou pour l'anesthésier et ne pas la ressentir.

Visionnez cette vidéo de la MIPROF sur le site gouvernemental "Arrêtons les violences" dans laquelle Muriel Salmona détaille les conséquences psychotraumatiques des violences.

Les conséquences des troubles psychotraumatiques, en l'absence de prise en charge

Ces troubles psychotraumatiques, qui peuvent s'installer durant des mois, des années voire toute une vie en l'absence de prise en charge, entraînent de graves conséquences sur la santé mentale et physique des victimes ainsi que sur leur vie.

L'importance des soins spécialisés

Une prise en charge spécialisée globale (médico-psychologique, sociale et judiciaire) en urgence des victimes de violences sexuelles permet de diminuer par deux le risque de troubles psychotraumatiques six mois après les violences (NICE; 2018).

Les psychotraumatismes nécessitent le plus tôt possible des soins spécialisés à la fois somatiques et psychologiques : c'est une urgence médico-psychologique. Ces soins, associés à la mise en place d'une protection, sont efficaces pour traiter la mémoire traumatique et le stress. Ils permettent d'éviter la majeure partie des conséquences des violences sur la santé et la vie des personnes qui en sont victimes.

Il est à noter que, si la meilleure prise en charge est d'apporter des soins spécialisés le plus tôt possible après les violences (dont des soins d'urgence), il est toujours temps et très utile et efficace de traiter cette mémoire traumatique, même de nombreuses années après. Ne pas bénéficier de ces soins spécialisés est une grave perte de chance pour les victimes.

Le corps médical lui-même est encore trop peu formé aux psychotraumatismes et encore trop souvent colonisé par des représentations sexistes. Le lien est rarement fait entre des symptômes pourtant pathognomoniques de traumatismes que présentent des patients et les violences qu'ils ont subies. Quelques chiffres parlants issus d'enquêtes (IVSEA, 2015 et MTV/Ipsos 2019, VRS – SSMSI, 2022) : 79% des professionnels de la santé ne font pas le lien entre les violences subies dans l'enfance de leurs patients et leur état de santé. Seules 5% des victimes de violences sexuelles bénéficient d'une prise en charge médico-psychologique en urgence. 23% des victimes de viol bénéficient d'une prise en charge médico-psychologique spécialisée. Cette prise en charge

intervient en moyenne au bout de 10 ans.

Les soins spécialisés sont centrés sur le traitement psychothérapeutique de la mémoire traumatique des violences, associé à une mise en sécurité et une protection, ainsi qu'une réduction médicale du stress et une psycho-éducation de la victime et de son entourage afin de leur donner toutes les informations sur les psychotraumatismes et leurs mécanismes.

Le soin centré sur la mémoire traumatique permet de l'identifier précisément, de la relier aux violences, de la décrypter et de l'intégrer en mémoire autobiographique. Il permet également de séparer ce qui provient de la mémoire traumatique de la victime (sa terreur, sa détresse, ses douleurs, son dégoût...), et celle qui provient de l'agresseur (sa haine, ses injures et ses phrases dénigrantes, son mépris, sa culpabilisation, son excitation perverse), et de l'intégrer en mémoire autobiographique. Une fois la mémoire traumatique intégrée en mémoire autobiographique, les victimes ne revivent plus à l'identique les violences comme si elles se reproduisaient et elles ne sont plus colonisées par l'agresseur. Il est ainsi possible d'éviter la très grande majorité des conséquences des violences, les stratégies de survie disparaissent et la victime retrouve une estime de soi. Ces soins permettent également de réparer les atteintes neurologiques en s'appuyant sur la neurogénèse et la plasticité cérébrale.

Des atteintes corticales visibles sur les IRM du cerveau

Les atteintes corticales liées au psychotraumatisme sont visibles avec une diminution très significative de l'épaisseur de zones au niveau du cortex. Les effets les plus importants sont observés dans le cortex somato-sensoriel des zones génitales et buccales (BA3), au niveau du cortex cingulaire antérieur (CCA), au niveau de l'hippocampe et du gyrus para-hippocampique (PHG) et dans une moindre mesure au niveau du précuneus (PRC). L'échelle de couleur correspond à un pourcentage de diminution d'épaisseur ou de taille allant d'un score de 8 (violet) à 20 (rouge) en sachant qu'à partir de 4,7 la diminution est considérée comme significative.

L'efficacité des soins spécialisés visible sur des IRM fonctionnelles

Ces IRM sont celles de deux jeunes femmes, victimes de violences sexuelles dans l'enfance. Celle de gauche n'a pas bénéficié de soins spécialisés de son psychotraumatisme (PTSD en anglais) avec une mémoire traumatique importante. Celle de droite a bénéficié de soins spécialisés et ne présente plus de troubles psychotraumatiques. Les deux jeunes femmes sont dans des IRM, à un instant T donné, on leur fait entendre un récit de violences sexuelles. Les deux jeunes femmes vont avoir un allumage de l'activité de leur amygdale cérébrale (c'est l'amygdale gauche qui gère les réponses émotionnelles.)

Les IRM fonctionnelles permettent de voir les zones du cerveau qui s'activent : plus l'activité est intense, plus les zones apparaissent dans une graduation qui va du blanc au jaune.

Image de gauche : Ici, l'amygdale cérébrale est très colorée et volumineuse, elle a une activité très intense car elle contient des souvenirs traumatiques non intégrés et piégés qui se réactivent avec une très forte charge émotionnelle. Cette mémoire traumatique, qui s'allume, va envahir le psychisme de la jeune femme avec des réminiscences lui faisant revivre le traumatisme comme s'il se reproduisait à l'instant, avec la même détresse, les mêmes émotions et sensations. L'hippocampe n'est pas visible, car il est déconnecté, comme lors du trauma. Il ne peut pas jouer son rôle de modulation, de contrôle et d'extinction du souvenir intrusif et des émotions, ni celui de contextualisation temporo-spatial pour restituer l'évènement traumatique dans le passé. Pendant cet IRM, la jeune femme est envahie par des flash-backs et des émotions qu'elle ne peut pas contrôler, qui peuvent lui faire vivre une attaque de panique si on n'intervient pas pour jouer le rôle de son cortex frontal, pour la rassurer, et de son hippocampe défaillant, pour conceptualiser ce qu'elle ressent et le situer dans le passé.

Image de droite : Ici, l'amygdale cérébrale de la jeune femme ayant bénéficié de soins spécialisés est de taille normale et son allumage est bien moins intense. La lecture concernant des violences sexuelles, entendue dans l'IRM, l'allume émotionnellement mais de façon modérée car l'amygdale n'est pas chargée de souvenirs traumatiques, ces derniers ayant été intégrés par l'hippocampe : il n'y a plus de mémoire traumatique. L'hippocampe, qui est très actif (très coloré et volumineux), rappelle les souvenirs de l'événement traumatique en les contextualisant dans le temps et dans l'espace et en contrôlant aisément des émotions que le temps a émoussées. L'activité de l'amygdale cérébrale est modulée à la fois par l'hippocampe et le cortex.

Quand elle entend une histoire qui lui rappelle les violences sexuelles qu'elle a subies dans son enfance, cette jeune femme a une réaction émotionnelle qu'elle peut contrôler et contextualiser. Elle n'est pas envahie par des flashbacks et des réminiscences émotionnelles ingérables : elle peut situer ces souvenirs dans le passé, se rassurer sur sa sécurité actuelle et contrôler les émotions qui s'y rapportent. Le circuit émotionnel fonctionne normalement.

Les événements traumatiques ne sont pas oubliés, ils restent des événements très graves qui ont fait basculer la vie de l'enfant qu'elle était mais ils ne sont plus envahissants et incontrôlables. La jeune femme ne risque plus de revivre les pires moments comme s'ils se reproduisaient à l'identique, comme une torture sans fin.

Une quintuple peine pour les personnes en situation de handicap face aux violences sexuelles

Face aux violences sexuelles, les personnes en situation de handicap ont une quintuple peine.

Elles sont beaucoup plus à risque de subir des violences sexuelles.

En raison d'un déni important, de fausses représentations sur les violences sexuelles, de stéréotypes sexistes et discriminatoires ainsi que de difficultés communicationnelles, elles sont très rarement identifiées comme victimes, les violences sexuelles sont moins dépistées et leurs témoignages sont moins pris en compte. De ce fait, ces personnes sont moins protégées et leurs droits moins respectés.

En raison d'une vulnérabilité plus importante de leur cerveau au stress et de la présence de troubles de l'intégration de la mémoire et de la régulation des émotions, les personnes en situation de polyhandicaps, de handicap neuro-développemental, neuro-dégénératif ont bien plus de risques de développer des psychotraumatismes lors de violences sexuelles, et que ceux-ci soient plus sévères avec de plus graves conséquences psychotraumatiques comme cela a été démontré par Rumball en 2021.

Les troubles psychotraumatiques et les stratégies de survie sont fréquemment mis sur le compte de leur handicap avec des diagnostics erronés et des prises en charge non adaptées. De ce fait, les troubles psychotraumatiques ne sont que très rarement dépistés et traités. Quinton, dans une étude de 2024, a montré que c'est particulièrement vrai dans le cadre de l'autisme qui partage avec les psychotraumatismes des symptômes, comme des troubles de la régulation des émotions ainsi qu'une hypersensibilité sensorielle et neuro-végétative. Dans les handicaps s'accompagnant de déficiences intellectuelles et de troubles neuro-dégénératifs, les expressions de la mémoire traumatique sont identifiées comme des symptômes délirants ou des troubles du comportements liés aux handicaps. C'est le cas avec les symptômes d'intrusions qui font revivre les violences et les comportements hyper-sexualisés.

Les psychotraumatismes non pris en charge aggravent leur handicap et augmentent leur vulnérabilité, avec un risque élevé de subir de nouvelles violences. Le stress et les douleurs chroniques générés par les troubles psychotraumatiques aggravent les handicaps physiques, sensoriels et mentaux. La mémoire traumatique des violences sexuelles rend certains soins corporels difficiles voire impossibles. Les troubles cognitifs dus aux psychotraumatismes se

surajoutent aux handicaps cognitifs neuro-développementaux. La peur, l'hypervigilance, les conduites d'évitement et les troubles dissociatifs aggravent les troubles émotionnels, les difficultés de communication et d'interactions sociales. Les troubles dissociatifs traumatiques, en augmentant le seuil de tolérance à la douleur et en rendant indifférent aux alertes somatiques ou psychiques lors de situations dangereuses pour la santé mentale ou physique, empêchent les victimes de se protéger, augmentent les risques de maltraitances, retardent les soins indispensables et démotivent par rapport aux soins de rééducation nécessaires.

Protéger les victimes et soigner leurs traumatismes : une priorité

Pour ces personnes en situation de handicap victimes de violences sexuelles, l'absence de protection et de prise en charge est une lourde perte de chance en termes de santé, de développement, de vie affective, de scolarité, d'insertion sociale et professionnelle qui aggrave leur vulnérabilité et le risque de subir à nouveau des violences.

Cette perte de chance est d'autant plus scandaleuse que les soins sont efficaces et permettent d'éviter la répétition des violences et la plupart des conséquences à long terme.