

**ASSOCIATION MVR**

*Mémoire · Vérité · Reconnaissance*

## **Comprendre l'impact psychologique**

*Trauma, amnésie traumatique, dissociation — mécanismes et traitements*

*Document de travail — Avril 2026 — Association MVR*

# Introduction

---

Les violences subies dans les établissements lasalliens ne se limitaient pas à des actes isolés. Beaucoup de victimes décrivent un continuum de violences physiques, psychologiques et sexuelles, souvent répétées sur plusieurs années, dans un cadre institutionnel total — internat, surveillance permanente, isolement des familles, emprise religieuse — qui rendait toute résistance ou fuite impossible.

Ce type de traumatisme — répété, précoce, infligé par des figures d'autorité dans un cadre fermé — est ce que la psychiatrie contemporaine appelle un traumatisme complexe (ou TSPT-C, Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe). Ses effets sont différents, et souvent plus profonds, que ceux d'un traumatisme unique survenu à l'âge adulte.

Cette note explique, dans un langage accessible mais précis, ce que les violences répétées font au cerveau et à la psyché, pourquoi elles peuvent laisser des séquelles durables même quand elles datent de plusieurs décennies, et comment ces séquelles se soignent aujourd'hui.

## 1. Le traumatisme psychique : ce qui se passe dans le cerveau

---

### 1.1 Qu'est-ce qu'un traumatisme ?

Un traumatisme psychique, au sens clinique, n'est pas simplement un événement pénible ou douloureux. C'est un événement qui dépasse les capacités de traitement ordinaires du cerveau : l'information ne peut pas être intégrée normalement, elle reste en suspens, comme un fichier corrompu qui ne peut pas être archivé.

L'exposition prolongée à des violences graves — coups, humiliations publiques, actes sexuels forcés, tortures, actes de barbarie — active des mécanismes de survie neurobiologiques qui mobilisent l'intégralité des ressources du système nerveux. En situation de danger extrême et inévitable, le cerveau cesse de « penser » au sens ordinaire pour passer en mode survie réflexe : fuite (impossible en internat), combat (interdit sous peine de représailles encore plus sévères), ou figement.

Le figement — l'immobilisation totale, l'état de sidération, le sentiment de sortir de son corps — est la réponse la plus fréquente chez les enfants victimes de violences institutionnelles. Ce n'est pas une lâcheté, ni un consentement. C'est une réponse neurologique automatique face à une menace inévitable.

### 1.2 Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Quand le traumatisme n'est pas traité, il laisse des traces durables dans le fonctionnement cérébral. Ces traces constituent ce qu'on appelle le trouble de stress post-traumatique (TSPT), reconnu par tous les systèmes de classification psychiatrique internationaux (DSM-5, CIM-11).

Le TSPT se manifeste par quatre types de symptômes :

- **Les reviviscences** : souvenirs intrusifs et involontaires, flashbacks (reviviscences sensorielles aussi intenses que si l'événement se reproduisait), cauchemars récurrents. Ces phénomènes surviennent souvent sans prévenir, déclenchés par un stimulus anodin qui rappelle inconsciemment le traumatisme (une odeur, un son, une posture).
- **L'évitement** : tout ce qui rappelle le traumatisme est évité — lieux, personnes, conversations, pensées. Cet évitement peut envahir progressivement la vie entière.
- **L'hypervigilance** : état d'alerte permanent, sursauts exagérés, difficultés à dormir, irritabilité, sensation constante de danger. Le système nerveux reste bloqué en mode alarme.
- **Les altérations cognitives et émotionnelles** : culpabilité, honte, sentiment d'être irrémédiablement abîmé, émoussement émotionnel, détachement des autres, perte d'intérêt pour les activités.

Ces symptômes peuvent apparaître immédiatement après le traumatisme, mais aussi avec un retard de plusieurs mois, plusieurs années — parfois plusieurs décennies. C'est ce qu'on appelle le TSPT à révélation tardive ou différée, fréquent chez les victimes de violences infantiles.

### 1.3 Le traumatisme complexe (TSPT-C)

Lorsque les traumatismes ont été répétés, précoces, et infligés par des personnes en position d'autorité dans un cadre fermé — comme c'est le cas pour les victimes de violences dans les internats lasalliens —, les conséquences dépassent le TSPT simple. On parle alors de traumatisme complexe, ou TSPT-C (reconnu par la CIM-11 depuis 2019).

Le TSPT-C se distingue par des perturbations supplémentaires qui touchent à l'identité même de la personne :

- **Difficultés de régulation émotionnelle** : alternance entre engourdissement émotionnel et débordements intenses, explosions de colère ou de larmes sans raison apparente.
- **Altérations du rapport à soi** : sentiment d'être fondamentalement différent des autres, honte profonde et chronique, sentiment d'être irréparable ou « cassé ».
- **Difficultés relationnelles** : méfiance chronique, difficultés à faire confiance, tendance à fuir ou à surinvestir les relations, reviviscence des dynamiques d'emprise dans les liens affectifs.

Ces traits sont directement produits par l'exposition prolongée à des violences dans un contexte d'impuissance totale — exactement celui des victimes des établissements lasalliens.

## 2. L'amnésie traumatique

---

### 2.1 Ce que c'est

L'amnésie traumatique désigne l'impossibilité partielle ou totale de se souvenir d'un ou plusieurs événements traumatiques. Elle n'est pas un oubli ordinaire lié au temps : c'est un mécanisme de défense neurobiologique actif, qui protège la personne d'une souffrance insupportable en rendant certains souvenirs inaccessibles à la conscience ordinaire.

Ce mécanisme est documenté depuis le XIXe siècle par les travaux de Pierre Janet. Il est aujourd'hui parfaitement reconnu en psychiatrie et en neurologie. Les études d'imagerie cérébrale montrent que le cerveau des personnes souffrant d'amnésie traumatique traite différemment les informations liées au trauma : elles sont encodées dans une mémoire implicite (corporelle, émotionnelle, sensorielle) sans être intégrées dans la mémoire autobiographique consciente.

Concrètement, cela signifie que la personne peut ressentir les effets du traumatisme — anxiété, réactions de sursaut, blocages, douleurs physiques inexplicables — sans avoir accès aux souvenirs qui les causent. Elle souffre sans savoir pourquoi.

### 2.2 La levée d'amnésie

Les souvenirs dissociés peuvent rester enfouis pendant des années, voire des décennies. Leur retour — la « levée d'amnésie » — peut être déclenché par un événement apparemment anodin : lire un article de presse sur des faits similaires, entendre un témoignage, voir une image, traverser une période de vulnérabilité (deuil, maladie, retraite). La levée d'amnésie peut aussi survenir spontanément, sans déclencheur identifiable.

Ce retour peut prendre différentes formes : émergence progressive de fragments de souvenirs, flashbacks intenses, rêves récurrents, ou levée soudaine et massive de la totalité des souvenirs. Dans tous les cas, il s'accompagne souvent d'un choc émotionnel considérable — un effondrement, une incapacité temporaire à fonctionner, une sensation de « tout comprendre soudainement ».

Ce choc n'est pas de la fragilité : c'est le cerveau qui, pour la première fois depuis des décennies, tente d'intégrer ce qu'il avait mis de côté pour survivre. C'est le début — difficile — d'un processus qui peut mener à la guérison.

### 2.3 Implications juridiques et civiles

L'amnésie traumatique a des implications directes sur les délais de prescription. En droit civil français, la prescription des actions en responsabilité commence à courir à partir du moment où la victime est « en mesure d'agir » — c'est-à-dire, pour une victime d'amnésie traumatique, à partir de la levée de l'amnésie, et non à partir des faits eux-mêmes.

La jurisprudence française reconnaît progressivement ce principe, et plusieurs décisions civiles récentes ont admis la recevabilité d'actions intentées des décennies après les faits, sur la base d'une amnésie documentée. C'est l'un des arguments juridiques centraux de la stratégie de l'Association MVR. La note « Pour aller plus loin avec l'Association MVR » (onglets « Vos recours »s ou « être reconnu » sur le site de l'Association MRV) détaille ces mécanismes.

## 3. La dissociation

---

### 3.1 Définition

La dissociation est une rupture dans les processus psychiques normaux d'intégration de la conscience, de la mémoire, de l'identité et de la perception. Elle désigne un ensemble de phénomènes par lesquels certaines expériences ou certains états mentaux se trouvent coupés du reste du fonctionnement psychique.

Elle constitue une réponse adaptative à l'intolérable : quand un traumatisme est trop intense pour être intégré, la psyché le « met entre parenthèses ». À court terme, c'est un mécanisme de survie efficace. À long terme, lorsqu'il persiste de manière chronique, il désorganise le fonctionnement global de la personne.

### 3.2 Les différentes formes de dissociation

La dissociation se manifeste sur un spectre allant de formes légères et banales à des formes sévères :

- **La distanciation (ou dépersonnalisation)** : sentiment de se regarder de l'extérieur, de ne pas être vraiment présent dans son propre corps, de se sentir comme un acteur qui joue un rôle. Fréquente pendant les violences elles-mêmes (« je regardais la scène d'en haut »), elle peut persister et s'installer dans la vie quotidienne.
- **La déréalisation** : sentiment que le monde environnant est irréel, lointain, comme derrière une vitre. Impression que ce qui se passe n'est pas réel, n'est pas là.
- **L'amnésie dissociative** : impossibilité de se rappeler des informations autobiographiques importantes, au-delà de l'oubli ordinaire. Peut concerner des épisodes entiers de l'enfance.
- **Les états dissociatifs** : changements soudains d'état mental, perte temporaire de contact avec le présent, comportements automatiques dont la personne n'a pas souvenir.
- **Le trouble dissociatif de l'identité (anciennement personnalité multiple)** : forme la plus sévère, rare, associée à des traumatismes infantiles extrêmes et prolongés. La personne présente des états identitaires distincts, avec des mémoires, des comportements et des affects différents.

### 3.3 La dissociation chez les victimes de violences lasalliennes

Les témoignages de victimes des établissements lasalliens mentionnent très fréquemment des phénomènes dissociatifs pendant les violences elles-mêmes : sentiment de quitter son corps, de regarder la scène de l'extérieur, de se réfugier dans un espace mental distant. Ce sont des réponses de survie face à l'intolérable.

Ces mécanismes, s'ils ont permis de « tenir » pendant les années de violence, peuvent persister à l'âge adulte et rendre difficile l'accès à certains souvenirs, la pleine présence dans les relations affectives, ou la gestion des émotions. Ils font partie intégrante de ce que la psychiatrie nomme le traumatisme complexe.

## 4. La décompensation

---

### 4.1 Qu'est-ce que c'est ?

La décompensation désigne le moment où les mécanismes de défense qui permettaient jusqu'alors de « tenir » — le déni, la dissociation, l'évitement, l'hyperactivité défensive — s'effondrent sous le poids d'un événement déclencheur. Ce peut être une confrontation aux souvenirs (lire un article sur les lasalliens, entendre un témoignage similaire), mais aussi un événement de vie apparemment sans rapport : un deuil, une maladie, la retraite, une rupture, la naissance d'un enfant ou d'un petit-enfant du même âge que soi lors des violences.

La décompensation se manifeste souvent par une crise — dépression soudaine et sévère, effondrement fonctionnel, incapacité à travailler, crises d'angoisse, pensées suicidaires. Elle est déstabilisante, mais elle est aussi, paradoxalement, un signe que le travail psychique est prêt à commencer.

### 4.2 Comment la traverser

La décompensation nécessite une prise en charge urgente et adaptée. Le premier geste est de consulter un médecin traitant ou d'appeler le 116 006 (France Victimes). Si la détresse est intense, le service d'urgences psychiatriques de l'hôpital de secteur peut être sollicité.

Une fois la phase de crise stabilisée, une psychothérapie spécialisée dans le trauma complexe peut permettre de travailler en profondeur sur les causes de la décompensation. C'est souvent à ce moment que commence un vrai travail de reconstruction.

## 5. Comment ces troubles se traitent

---

### 5.1 Les principes de base

La prise en charge du traumatisme complexe repose sur un principe fondamental : on ne commence pas par « plonger » dans les souvenirs traumatiques. L'expérience clinique montre que raviver les souvenirs sans préparation suffisante peut être contre-productif, voire rétraumatisant.

La plupart des protocoles thérapeutiques reconnus suivent un modèle en trois phases :

- **Phase 1 — Stabilisation** : apprendre à réguler les émotions, construire un sentiment de sécurité intérieure, développer des ressources pour gérer les moments de détresse sans être submergé. Cette phase peut durer plusieurs mois.
- **Phase 2 — Traitement du trauma** : travailler directement sur les souvenirs traumatiques avec des techniques spécialisées, dans un cadre sécurisé. C'est ici qu'interviennent les thérapies décrites ci-dessous.
- **Phase 3 — Intégration et reconstruction** : donner un sens à ce qui s'est passé, reconstruire une identité qui intègre l'expérience traumatique sans en être défini, se réorienter vers la vie.

### 5.2 L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

L'EMDR est aujourd'hui l'une des thérapies les mieux validées scientifiquement pour le traitement du TSPT. Recommandée par l'OMS, la HAS (Haute Autorité de Santé) et tous les grands organismes de santé mentale, elle est pratiquée par plus de 1 800 thérapeutes accrédités en France.

Le principe : en état de relaxation, le patient se concentre brièvement sur un souvenir traumatique tout en suivant des stimulations bilatérales alternées (mouvements oculaires suivant les doigts du thérapeute, tapotements alternés, sons dans les deux oreilles). Ces stimulations activent un processus naturel de retraitement de l'information qui permet au cerveau de « digérer » les souvenirs figés.

Concrètement, les séances d'EMDR permettent progressivement de penser aux souvenirs traumatiques sans être submergé par les émotions ou les sensations physiques qui y sont associées. Le souvenir ne disparaît pas, mais il cesse de « saigner ».

L'EMDR est particulièrement efficace pour le TSPT simple. Pour le traumatisme complexe, elle est utilisée après une phase de stabilisation suffisante, avec des protocoles adaptés (EMDR pour trauma complexe, protocoles d'installation de ressources, etc.).

*Pour trouver un thérapeute EMDR accrédité près de chez vous :  
Site : [www.emdr-france.org](http://www.emdr-france.org) (rubrique « Trouver un thérapeute »)  
Tous les praticiens listés ont suivi la formation certifiée EMDR Europe.*

### 5.3 Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) centrées sur le trauma

Les TCC centrées sur le trauma — notamment le protocole CPT (Cognitive Processing Therapy) et la thérapie d'exposition prolongée (PE) — sont également recommandées par la HAS pour le traitement du TSPT. Elles aident à identifier et modifier les pensées et croyances issues du traumatisme (honte, culpabilité, sentiment d'être fondamentalement abîmé) tout en réduisant progressivement l'évitement.

### 5.4 L'hypnose clinique

L'hypnose clinique thérapeutique — à ne pas confondre avec l'hypnose de spectacle — est une technique reconnue qui permet d'accéder à des états de conscience modifiés favorisant le travail sur les souvenirs traumatiques et la régulation émotionnelle. Elle est proposée dans plusieurs CRP et par des thérapeutes formés.

### 5.5 Les approches corporelles

Le traumatisme est aussi corporel. Il se loge dans le corps sous forme de tensions chroniques, de douleurs inexplicables, de réactions de sursaut, d'un tonus musculaire permanent. Des approches thérapeutiques centrées sur le corps — Somatic Experiencing, thérapie sensorimotrice, yoga thérapeutique — peuvent être complémentaires des approches cognitives.

Ces approches partent du principe, bien documenté neurobiologiquement (Peter Levine, Bessel van der Kolk), que le corps garde en mémoire les traumatismes même quand la mémoire consciente les a effacés. Travailler

avec les sensations corporelles permet parfois d'accéder à des états traumatiques que les mots n'atteignent pas.

## 5.6 Le traitement médicamenteux

Il n'existe pas de médicament qui traite le TSPT en lui-même. En revanche, certains traitements peuvent faciliter le travail thérapeutique en réduisant les symptômes qui l'entravent. Les antidépresseurs de la classe des ISRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) sont parfois prescrits pour réduire l'anxiété et les humeurs dépressives. Des somnifères ou anxiolytiques peuvent aider ponctuellement en cas de crise.

Ces prescriptions relèvent d'un psychiatre. Elles ne remplacent pas la psychothérapie : elles créent les conditions qui la rendent possible.

## 5.7 Combien de temps ça prend ?

La durée d'un traitement dépend de nombreux facteurs : ancienneté et sévérité du traumatisme, présence ou non de troubles associés (dépression, addictions, troubles de la personnalité), ressources internes de la personne, qualité de l'alliance thérapeutique.

Pour un TSPT simple, une thérapie EMDR ou TCC centrée sur le trauma dure typiquement entre 12 et 20 séances sur quelques mois. Pour un traumatisme complexe — comme c'est le cas pour la plupart des victimes des établissements lasalliens — le processus est plus long, souvent de l'ordre de un à trois ans, avec plusieurs phases.

Mais même un traitement partiel peut apporter un soulagement significatif. La guérison n'est pas un état binaire. Elle est un processus, dont chaque étape a de la valeur.

## 6. Prendre soin de soi pendant le processus

---

Entreprendre un travail thérapeutique sur un traumatisme ancien est exigeant. Voici quelques points d'attention qui peuvent aider à traverser cette période de manière plus sécurisée.

- **Ne pas rester seul** : partager ce que vous traversez avec une ou deux personnes de confiance réduit le risque de se sentir submergé entre les séances.
- **Aller à votre rythme** : un bon thérapeute ne vous poussera jamais à aller plus vite que vous ne le pouvez. Si vous sentez que la cadence est trop intense, dites-le.
- **Prendre soin de votre corps** : sommeil, alimentation, activité physique modérée — ces éléments de base font partie du traitement. Un corps en état de manque est plus vulnérable aux reviviscences.
- **Avoir un plan pour les crises** : identifiez à l'avance ce que vous ferez si un souvenir ou une émotion intense vous submerge en dehors des séances. Un contact de confiance, un numéro à appeler (116 006), une technique de régulation apprise en thérapie.
- **Ne pas vous juger sur votre « vitesse » de guérison** : le traumatisme complexe a mis des décennies à se construire. Plusieurs mois de travail sont normaux et attendus.

— fin du document —