

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

1 7 <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## **Commission d'enquête sur le traitement judiciaire des violences sexuelles incestueuses parentales commises contre les enfants et la situation des parents protecteurs, notamment des mères protectrices**

- Audition, ouverte à la presse, du Pre Coraline Hingray,  
psychiatre, fondatrice de la Maison de la Résilience ..... 2
- Présences en réunion ..... 24

Jeudi  
9 avril 2026  
Séance de 10 heures 30

Compte rendu n° 17

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de  
*Mme Maud Petit,*  
Présidente de la  
commission**



*La séance est ouverte à dix heures quarante.*

**Mme la présidente Maud Petit.** Notre commission d'enquête a pour objet d'évaluer le traitement judiciaire des viols et agressions sexuelles incestueuses parentales sur mineurs, avec une attention particulière portée à la prise en compte de la parole de l'enfant et à sa protection effective pendant la procédure.

Il nous a paru important d'entendre, sur ce sujet, Coraline Hingray, professeure de psychiatrie et spécialiste des troubles dissociatifs de l'identité. Vous avez fondé la Maison de la résilience de Nancy, premier centre d'expertise diagnostique, thérapeutique et de recherche, spécialisé dans les troubles post-traumatiques liés aux violences sexuelles, notamment pour faire cesser leur invisibilité.

Je vous rappelle que l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes entendues par une commission d'enquête de prêter serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

*(Mme Coraline Hingray prête serment.)*

**Mme la présidente Maud Petit.** Pourriez-vous nous présenter vos activités ainsi que la Maison de la résilience ? Quels enseignements tirez-vous de ses premiers mois de fonctionnement, notamment quant au profil des victimes et à leurs besoins ?

**Mme Coraline Hingray, psychiatre, fondatrice de la Maison de la résilience.** Je suis honorée de pouvoir participer à cette commission d'enquête relative à l'inceste parental et aux parents protecteurs. Je souhaite partager avec vous un angle de lecture sur la question de la dissociation, qui est un véritable angle mort du processus de compréhension des victimes d'inceste, en particulier dans le processus judiciaire mais aussi dans les domaines de la santé et du soin.

La dissociation, qui intervient au moment des faits, est un mécanisme de survie incroyable mais également un symptôme, un trouble, qui perdurera des années après les faits, voire toute la vie de la victime, s'il n'est pas pris en charge. Ces symptômes sont une source de discrédit majeur devant la justice comme dans la société, et représentent une perte de chance massive dans le parcours de santé.

Créée à l'initiative conjointe du centre psychothérapeutique de Nancy et du CHRU (centre hospitalier régional universitaire) de Nancy, la Maison de la résilience se consacre aux victimes de violences sexuelles – enfants, adolescents et, majoritairement, adultes. C'est un centre d'expertise des troubles dissociatifs, de thérapie intensive et de recherche.

Inauguré en mai 2025, cet établissement prend en charge un peu plus de 700 patients. Malheureusement, plus de 250 personnes sont sur liste d'attente. Les patients y suivent un parcours très structuré, conçu autour de la métaphore du processus de résilience, une petite plante qui arrive à survivre malgré le gel. Le parcours débute par la « racine », à savoir l'évaluation diagnostique. Il s'agit de déterminer si l'enfant ou l'adulte qui, le plus souvent, a été victime d'inceste dans l'enfance, souffre d'un trouble de stress post-traumatique. Nous recherchons s'il y a des intrusions – cauchemars, reviviscences –, un comportement d'évitement ou encore une perturbation de la cognition et de l'humeur. Nous évaluons si le patient est en état d'hypervigilance – le fait que son cerveau reste en alerte. Nous établissons

également l'existence de comorbidités – addictions, anxiété, conduites suicidaires, troubles du comportement alimentaire et du sommeil, qui sont extrêmement fréquents. Enfin, nous nous intéressons particulièrement au champ des troubles dissociatifs pour rechercher les dimensions de la dissociation – j'y reviendrai lorsque j'aborderai le processus de lecture dissociative.

À la suite de cette évaluation, nous proposons un « tronc » – pour continuer à filer la métaphore de l'arbre. Ce socle du parcours comprend trois demi-journées en groupe visant à expliquer ce que sont le trauma et les violences sexuelles, leurs effets, notamment la dissociation, ainsi que les principes du traitement. En effet, on peut suivre un traitement, on peut se réparer malgré les horreurs vécues dans l'enfance. Néanmoins, ce traitement n'est pas facile ; la personne doit être prête à le suivre. Or ce n'est pas forcément le cas ; notre rôle n'est pas de la forcer mais de lui donner un niveau d'information suffisant pour éclairer son choix.

À l'issue de ces trois demi-journées, nous proposons un rendez-vous avec l'infirmier référent pour demander au patient s'il est prêt à travailler spécifiquement sur ses traumas maintenant qu'il est éclairé sur eux, sur la dissociation et sur les principes du traitement. Ce traitement est dispensé dans le cadre d'une hospitalisation de jour où le patient rencontrera, en fonction de ses besoins, un psychologue, un infirmier, une psychomotricienne, une juriste, une assistante sociale, un médecin – psychiatre, pédopsychiatre, selon ses besoins. Commencera alors un parcours d'intégration du souvenir traumatique.

Nous demandons que les personnes fassent l'objet d'un suivi à l'extérieur par un professionnel avec lequel nous nous coordonnons. En effet, ce parcours constitue une parenthèse intensive de soins spécifiquement centrée sur les traumas ; nous n'accompagnerons pas la personne pendant plusieurs années pour traiter les problèmes relationnels, professionnels ou relatifs à la régulation des émotions. Ce partenariat avec des professionnels extérieurs vise à éviter tout sentiment de rejet ou d'abandon au terme de cette phase intensive.

Durant cette phase, ils participent à des « bulles », c'est-à-dire des petits groupes au sein desquels les patients travaillent sur un outil d'ancrage émotionnel. Par ailleurs, ils participent à d'autres groupes, appelés « branches ». Ainsi, un groupe réunit des patients souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité ; un autre est consacré au sommeil et à la gestion des cauchemars. Nous travaillons aussi à un groupe dédié à la vie intime et à la sexualité, en vue de proposer la création de nouveaux groupes.

Puis, à la fin de ce parcours, les patients accèdent au « jardin ». Ce rendez-vous final permet de revoir tous les éléments sur lesquels la personne a travaillé et de mesurer l'impact de la prise en charge sur son fonctionnement. Nous ne sommes pas en mesure de tout résoudre, tant le champ du trauma complexe et des troubles dissociatifs est large. Néanmoins, cet accompagnement permet d'améliorer de manière substantielle la qualité de vie et aide la personne à refonctionner. Nous travaillons avec le patient afin qu'il conserve des outils et des traces.

Voilà comment se déroule le parcours proposé au sein de la Maison de la résilience dont peuvent bénéficier des patients dès l'âge de 6 ans. Nous attendons des moyens supplémentaires en pédopsychiatrie afin de prendre en charge des patients plus jeunes.

L'originalité de ce parcours tient au fait que la structure exerce dans le cadre d'une autorisation de soins en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ; elle est donc autofinancée par la T2A (tarification à l'activité). Ce mode de financement, atypique dans le domaine de la

psychiatrie, a permis la création d'une structure d'une superficie de 1 500 mètres carrés, comprenant cinquante bureaux et salles dédiées aux groupes.

Par ailleurs, nous souhaitons placer le corps au cœur de la prise en charge. La psychomotricité y est déjà intégrée ; à cet égard, nous accueillerons bientôt un éducateur spécialisé en activité physique adaptée. En effet, les thérapies psychocorporelles peuvent aider à intégrer le trauma.

Le trauma – qu'il s'agisse d'un événement violent, de violences sexuelles, d'inceste – est un événement du passé qui vient perturber le présent et boucher l'avenir, à travers des symptômes et des troubles précédemment évoqués. Ce trauma s'exprime de manière involontaire : la personne n'en a pas le contrôle, notamment lorsque les souvenirs reviennent. Il s'accompagne très souvent de longues périodes d'amnésie dissociative durant lesquelles le lien entre les symptômes et les événements vécus dans l'enfance n'est pas forcément établi. En tout état de cause, ce trauma vient perturber le présent de manière involontaire.

En l'état actuel de la science, au regard des plus hauts niveaux de preuve, l'EMDR (intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires) ou la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le trauma, ou la TCC d'exposition, consistent à faire revivre les souvenirs traumatiques dans un cadre sécurisé, avec un psychothérapeute formé à ces techniques reconnues comme efficaces.

Pour illustrer ce qu'est un trauma, prenons l'exemple du film d'horreur. Lorsque vous le regardez la première fois, c'est atroce : vous tremblez, vous avez envie de couper l'image. Mais si vous le regardez sept, dix fois, une forme de détachement et de mise à distance finit par se produire. C'est l'un des principes d'intégration qu'on met en œuvre dans le cadre de l'EMDR.

Par ailleurs, les zones limbiques, situées au cœur du cerveau, qui régissent les émotions et la mémoire, sont hyperactivées, en état de vigilance permanent, à l'affût du moindre danger. Toutes les zones supérieures du cerveau, en particulier le cortex préfrontal qui a pour but de rassurer et de calmer le centre de la peur, ne sont plus suffisamment connectées ni activées pour le calmer. Le but d'une thérapie d'intégration est d'apaiser cette zone en reconnectant toutes les parties intellectuelles.

**Mme la présidente Maud Petit.** Vous faites, dites-vous, un travail de répétition pour faire remonter le souvenir à la conscience ? C'est bien cela ?

**Mme Coraline Hingray.** Pas exactement.

**Mme la présidente Maud Petit.** Pourriez-vous apporter des précisions sur cette thérapie afin que nous en comprenions bien le fonctionnement ? J'ai sûrement mal compris mais, en vous écoutant, j'ai fait un parallèle avec ces enfants à qui l'ont fait répéter plusieurs fois ce qui leur est arrivé, ce qui, si j'ai bien compris, peut provoquer un trauma supplémentaire. Néanmoins, j'imagine qu'il ne s'agit pas du même processus.

**Mme Coraline Hingray.** C'est une excellente question. Ce n'est pas du tout la même chose, en effet. Lorsqu'on force la remontée des souvenirs ou qu'on demande de les répéter dans un cadre insécurisant – la police, la justice –, le trauma s'engramme davantage, ce qui a des effets très négatifs.

Notre démarche s'inscrit dans un cadre thérapeutique, où intervient un praticien formé – psychologue, psychothérapeute ou psychiatre. Il ne s'agit pas du tout de décrire et de répéter des souvenirs de manière détaillée dans le cadre d'une enquête. Nous travaillons très souvent à partir d'une image ou d'une émotion associée au trauma afin de favoriser, par des mouvements oculaires, l'intégration. Il s'agit de rétablir les connexions cérébrales pour forcer l'intégration du souvenir. L'EMDR et les TCC d'exposition présentent les niveaux de preuve et d'efficacité les plus élevés. Ces processus sont très différents dans la mesure où nous offrons un cadre sécurisé. Par ailleurs, la personne est volontaire : la thérapie ne débute que lorsqu'elle en a compris l'intérêt.

La thérapie d'exposition peut aussi être associée à une thérapie d'exposition corporelle, qui permet d'intégrer par le corps. Je dis toujours que nous n'avons absolument pas besoin de connaître en détail les faits qui ont été subis – leur fréquence, le contexte. Notre rôle n'est pas de disposer d'éléments factuels mais de déceler la trace sensorielle qui a été laissée au moment des faits et de travailler sur celle-ci.

Pour être tout à fait complète, cela peut paraître étonnant mais le travail sur l'événement est rarement le plus compliqué ; c'est le travail sur les réactions inappropriées des proches qui l'est le plus. C'est très important car le trauma ne résulte pas uniquement de l'horreur d'une agression sexuelle ou d'un inceste, mais de tout ce qu'il y a autour – le fait de ne pas être cru, de ne pas avoir été protégé. Pour nous, thérapeutes, ces éléments sont des cibles majeures de traitement. Un patient peut ainsi avoir réussi à intégrer l'acte d'agression ou de viol tout en éprouvant des difficultés à réparer le traumatisme de la trahison ou du défaut de protection. Nous devons absolument prendre en considération ces éléments dans le processus thérapeutique.

Dans le cadre de troubles dissociatifs sévères, comme le trouble dissociatif de l'identité, l'appréhension du souvenir, de manière globale ou par ses aspects périphériques, favorise son intégration sans qu'une confrontation directe avec ces souvenirs traumatiques soit nécessaire. Je comprends le parallèle que vous avez établi mais ces deux processus n'ont rien à voir l'un avec l'autre.

**Mme la présidente Maud Petit.** En effet, cette précision est importante.

**Mme Coraline Hingray.** J'en viens aux conséquences dissociatives chez les victimes d'inceste. Je vous expliquerai également en quoi la dissociation n'est pas sans lien avec le parent protecteur.

Vous êtes sans doute très au clair sur ce point : les événements à potentiel traumatique ne présentent pas tous le même risque et n'ont pas le même impact. Or, parmi tous ces événements – les catastrophes, les guerres, les agressions –, le pire est le viol incestueux, et je vais essayer de vous expliquer pourquoi.

Tout d'abord, il s'agit d'une violence interpersonnelle : quelqu'un décide de s'en prendre à moi et de me faire du mal. La proximité avec l'agresseur est un élément majeur : la personne qui doit prendre soin de moi – humain petit et dépendant – me fait du mal. Dans le cadre de l'inceste, on parle de trauma de trahison. C'est également un trauma développemental car il survient à une période où le cerveau est en plein développement ; par conséquent, l'impact cérébral sera très important. En outre, la personne qui doit protéger l'enfant ne le fait pas. Enfin, on sait que la gravité d'un traumatisme dépend aussi de la dimension corporelle en jeu. Or le

corps est ici atteint dans son intimité la plus profonde. Pour ces raisons, l'inceste n'est pas un trauma comme les autres.

Au-delà de la violence sexuelle intentionnelle, perpétrée par quelqu'un censé me protéger, s'ajoutent deux éléments majeurs. Le premier est le fait de ne pas être cru. De nombreux enfants auront du mal à parler. Très souvent, il leur est demandé de ne pas parler. Parfois, ils n'ont pas conscience que ce qui se passe ne se passe pas chez le voisin – nous pourrions revenir sur ces raisons. Néanmoins, on sait que si l'enfant essaie d'en parler, et que la personne à qui il essaie d'en parler ne le croit pas ou lui dit de se taire, l'impact dans le tableau post-traumatique n'aura rien à voir. Au bout du compte, nous, thérapeutes, sommes face à ces victimes qui n'ont pas été crues ; nous devons alors travailler sur ce vécu.

Le second niveau concerne la protection et le soutien de la famille, des proches et, bien entendu, des institutions. Serai-je protégé ou, au contraire, surtraumatisé en l'absence de protection de la justice, de la police, de la protection de l'enfance, qui me replacent dans des situations où je me retrouve de nouveau face à mon agresseur ? Tout cela, des gens très brillants vous l'ont déjà expliqué. Il faut vraiment comprendre, en tout cas, que les traumatismes les plus graves sont causés par ceux qui devraient nous protéger.

J'en viens à la notion de dissociation. Imaginez cet enfant qui subit des violences sexuelles qui, malheureusement, sont souvent répétées et s'inscrivent dans la durée. Il se trouve alors confronté à un paradoxe. Il est à la fois dépendant de cet adulte qui lui fournit un toit et de la nourriture, qui l'emmène à l'école ; cette dépendance est factuelle. Il peut aimer cet adulte qui le protège et avec qui, parfois, il partage des moments de joie. Pourtant, une partie de lui doit se méfier : il doit superposer des couches de pyjama, essayer de rendre l'accès à sa chambre plus compliqué, etc. Une autre partie de lui ne doit rien montrer à l'extérieur parce qu'on lui a dit qu'il ne fallait surtout rien montrer. Il sera alors soit le petit enfant parfait, soit, au contraire, l'enfant au comportement agressif, traduisant toute cette violence qu'il ne peut exprimer directement envers ce parent incestueux.

On comprend déjà que, dans le cadre de l'inceste, il n'y a presque pas d'autre choix que de se diviser pour adopter des champs comportementaux différents en fonction des circonstances.

L'inceste est commis à un moment où le cerveau est en développement. Une méta-analyse, une *umbrella review* (revue parapluie), montre à quel point les violences sexuelles impactent. Les victimes incestuelles sont plus sujettes à des comportements psychosociaux négatifs : on dénombre parmi elles davantage de travailleurs du sexe, de situations de précarité et de passages à l'acte agressifs. Par ailleurs, elles présentent beaucoup plus de troubles psychiatriques et physiques majeurs. En effet, le risque de développer des pathologies auto-immunes ou chroniques est plus important.

S'agissant des pathologies psychiatriques et physiques, certaines sont bien connues et lisibles, comme la dépression, l'anxiété, les troubles du comportement alimentaire, les troubles du sommeil, le trouble de stress post-traumatique au sens strict. D'autres, plus polymorphes et plus invisibilisés – on peut parler de troubles caméléons –, s'expriment dans le corps et dans l'esprit. Par exemple, le risque de développer des troubles neurologiques fonctionnels dissociatifs est 3,3 fois plus élevé chez les victimes d'inceste.

De quoi s'agit-il ? Historiquement, ces pathologies étaient désignées sous les termes d'hystérie de conversion, de crises à la Charcot, de troubles hystériques ; heureusement, elles

ont perdu cette dénomination. On parle désormais de troubles dissociatifs à symptomatologie neurologique. C'est la deuxième cause de consultation en neurologie libérale et la troisième en neurologie hospitalière. Cette pathologie se traduit par des crises, des paralysies, des cécités, des troubles de la marche, des tremblements. Si l'IRM ne révèle aucune lésion, aucune tumeur, aucune inflammation ou aucune infection, on n'en a pas moins un dérèglement du cerveau qui provoque ce type de troubles. On sait aussi que le risque de développer une fibromyalgie et des douleurs chroniques dans cette population est beaucoup plus élevé.

S'agissant des troubles de l'esprit, on constate l'existence de troubles dissociatifs, notamment de troubles dissociatifs de l'identité qui revêtent un caractère caméléon. Une étude montre que le risque de développer un tel trouble à l'âge adulte n'est jamais aussi élevé que lorsque les abus ont eu lieu à un âge précoce, qu'ils ont été prolongés et commis par un parent.

J'en viens à la définition de la dissociation, concept ancien élaboré par Pierre Janet, un français. Celle donnée dans la classification internationale des maladies ou dans le DSM (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) est très proche de la définition historique. Il s'agit d'une interruption, d'une perte d'intégration entre des fonctions qui sont normalement associées : nos émotions, nos pensées et nos souvenirs – qui forment notre sentiment d'identité –, mais aussi nos perceptions par nos cinq sens et notre contrôle moteur. Finalement, être dissocié, c'est ne plus être en mesure de former un tout, ne plus être complètement présent dans l'ici et maintenant. Quand on est dissocié, ces fonctions sont déconnectées les unes des autres, détachées, désunies.

Il faut comprendre que ce mécanisme est tout à fait normal et adaptatif ; il se manifeste d'ailleurs au quotidien. Mais il constitue surtout le moyen le plus extraordinaire dont dispose le cerveau humain pour se protéger des violences et des traumatismes ; il est très important de comprendre cela. Face à un danger extrême, le cerveau a cette capacité extraordinaire de déconnecter la partie survie de la partie intellectuelle pour réagir le plus rapidement possible et de la bonne manière.

Les nouveaux modèles font état des « cinq F ». Les deux premiers F correspondent à *fight* et à *flight* : se battre ou fuir. Le corps humain – du reste, c'est aussi le cas dans le monde animal – est capable, face à un danger, d'accélérer la respiration et le corps afin d'amener énormément de sang aux muscles pour courir très vite ou se battre très fort. Voilà la première réaction. Malheureusement, vous me voyez venir : un enfant ne peut pas utiliser ces stratégies face à un parent ; elles n'existent pas.

Ensuite, les troisième et quatrième stratégies sont le *freeze* et le *flop* ; on parle de sidération. Le *freezing* peut être tonique – les muscles étant très contractés – ou atonique ; c'est le *flop*. Quoi qu'il en soit, à ce moment-là, il se passe quelque chose de complètement différent dans le cerveau du point de vue biologique : il n'est plus nécessaire d'irriguer les muscles pour fuir ou se battre. En revanche, il est nécessaire de protéger sa vie, d'une part, en prévenant un risque cardiovasculaire, comme l'infarctus ; d'autre part, en anesthésiant le corps afin de ne plus ressentir la douleur, qu'elle soit physique ou morale, liée à l'agression. Le cerveau est capable de ne pas ressentir la douleur : c'est l'anesthésie.

Par ailleurs, aussi étonnant que cela puisse paraître, c'est réaction s'avère très efficace face à l'agresseur : le fait de se figer et de rester immobile permet, la plupart du temps, de diminuer la durée de l'agression et d'empêcher l'escalade de la violence chez l'autre.

Ce mécanisme a souvent été considéré comme un stress dépassé et inadapté ; je ne partage absolument pas ce point de vue. C'est une réaction purement adaptative et très utile qui protège la vie, qui protège de la douleur, de la réalité et de l'agresseur. Il est essentiel de le comprendre. Même si nous avons le sentiment que cette réaction de sidération est désormais mieux comprise par des magistrats qui sont mieux formés, il y a manifestement encore un peu de travail à accomplir sur cette notion. Récemment, à Nancy, un président de tribunal aurait déclaré : « Vous connaissez l'adage : qui ne dit mot consent. »

Selon moi, le cinquième F est la réaction la plus importante et, de loin, la plus méconnue : *fawn*, qui regroupe la soumission, l'apaisement et le fait d'amadouer l'autre. Prenons l'exemple d'une petite fille victime d'inceste et de violences physiques à la maison. Être la petite fille parfaite, souriante et toute mignonne – apporter une bière à papa, lui masser les épaules pour éviter un déferlement de violence –, c'est une magnifique stratégie adaptative. Amadouer l'autre est une stratégie de survie.

Je me souviendrai toute ma vie de ce qu'une patiente m'a dit : « Ma maman me disait que, de toute façon, c'était de ma faute parce qu'à trois ans, je roulais du cul et je lui faisais les yeux doux. » Le regard est complètement déformé : ces techniques, destinées à amadouer et à calmer l'agresseur, sont interprétées comme de la séduction, comme si l'enfant l'avait bien cherché.

Le prolongement de cette stratégie de survie, très efficace pour se sur-adapter à des violences répétées, donne à voir, des années plus tard, une personne – souvent, une femme –, qui a intégré, ou dont certaines parties d'elles-mêmes ont intégré, le fait d'amadouer. Or, cela sera interprété comme de la manipulation, de la séduction, voire de l'hypersexualité. Cela se traduit par du discrédit, alors que ce n'est ni plus ni moins que le prolongement de stratégies qui étaient efficaces. De la même manière, le fait de chercher à attirer l'attention pour être protégée sera retenu contre la personne. Il est important de le souligner. Toutes ces réactions péritraumatiques sont, je le répète, normales, adaptatives, nécessaires. Toutefois, elles peuvent se muer en troubles chroniques envahissants et handicapants.

Alors que j'étais étudiante en deuxième semestre de psychiatrie, j'ai examiné une personne souffrant de crises fonctionnelles dissociatives – ce qu'on appelait autrefois les grandes attaques hystériques à la Charcot. Ces crises ressemblent à des crises d'épilepsie mais n'en sont pas. Par ailleurs, c'est la troisième cause de malaise avec perte de connaissance en France. À l'époque, avec tout mon bagage de préjugés et mon absence de connaissances, je me suis malheureusement demandé si cette patiente n'était pas un peu histrionique, si elle ne simulait pas. J'ai honte d'avoir eu de telles pensées ; c'est pourtant ce que pensent encore certains de mes collègues, bien qu'ils soient de moins en moins nombreux, évidemment. Cette jeune femme faisait des crises tous les jours. Elle s'était fait plusieurs fractures, avait été plusieurs fois hospitalisée, avait fait plusieurs tentatives de suicide, etc. Elle avait même perdu la garde de ses enfants à cause de cela.

Elle m'a rapporté avoir été victime d'inceste, de manière assez détachée, comme si elle m'énonçait sa liste de courses. Je m'étonnais alors qu'elle puisse évoquer ainsi une telle horreur, sans être effondrée. En réalité, elle faisait preuve d'un détachement émotionnel : ses émotions étaient déconnectées, conformément à la définition de la dissociation. Elle m'a dit : « Voilà, papa, il venait dans le lit ; c'était soit moi, soit ma sœur jumelle. Mais ce n'était pas si grave parce que je n'étais pas là. » « Comment ça, vous n'étiez pas là ? » lui ai-je alors demandé car, en tant que jeune interne, je n'avais jamais entendu parler de dissociation de ma vie. « Non, non », m'a-t-elle répondu, « j'étais à côté d'une rivière, j'entendais le bruit des oiseaux, je

sentais le soleil sur ma peau et j’entendais le bruit de l’eau. » J’ai alors compris que son cerveau de petite fille avait été capable d’anesthésier totalement son corps, de se déconnecter et de s’absorber dans l’imaginaire de cette petite rivière et de ce soleil pendant que ce corps subissait l’horreur. Toutefois, ce mécanisme d’adaptation incroyable s’est transformé, des années plus tard, en troubles neurologiques dissociatifs fonctionnels qui sont extrêmement handicapants, évoluant vers un trouble dissociatif de l’identité que j’ai été bien incapable de diagnostiquer à l’époque. Cet exemple met en évidence les effets du prolongement des stratégies de survie.

Il existe une vraie logique dissociative et les troubles peuvent se prolonger. Je vous ai parlé tout à l’heure de la notion de *freezing*. Elle peut se présenter sous la forme de paralysies qui vont rester, mais on voit aussi des personnes qui, à certains moments, sont dans une sorte d’immobilisme, de passivité. « Elle ne réagit pas, elle reste là, elle ne fait pas ce qu’on lui a demandé, ce n’est quand même pas normal » : on juge là, en fait, ce *freezing*, qui peut perdurer comme réaction de survie. Très souvent, des parties sont porteuses de ces réactions.

Il y a aussi le côté *fight*, l’agressivité, les comportements violents. Je pense, typiquement, aux enfants de l’ASE (aide sociale à l’enfance). On se dit : « C’est un bagarreur, il tape sur tout le monde mais, à d’autres moments, il dit qu’il a peur et il reste figé dans sa chambre, avec une attaque de panique, ce n’est pas possible, ce n’est pas crédible. » Or c’est évidemment très crédible. Des parties en lui ont dû se battre, soit parce qu’à l’école, en plus de ce qu’il vivait à la maison, il commençait à être harcelé, soit parce qu’il fallait protéger les petits frères, maman ou je ne sais qui, et ces parties *fight* sont évidemment décredibilisantes pour l’enfant.

Le *flight*, le fait de fuir et d’éviter, est un peu plus complexe, mais on peut dire que notre cerveau est programmé pour éviter la réalité – on parle alors de déréalisation. Des patients ont l’impression, à certains moments, de se trouver dans un film et de ne pas être complètement acteurs, ou de vivre dans un monde flou et bizarre. Ils peuvent se dire : je ne sais pas si cela m’est vraiment arrivé ou si je l’ai juste rêvé. Ils doutent de la réalité, d’où le terme « déréalisation », et ce qu’on appelle la dépersonnalisation se produit : je suis tellement détaché de mon corps que je ne me reconnais pas en lui, je ne reconnais pas ma réaction, je peux me regarder de l’extérieur. On trouve très souvent cette sortie de corps au moment d’un viol, et cela va perdurer : j’ai l’impression d’être spectateur et non acteur de ma vie ; je peux ne pas me reconnaître dans un miroir ; je ne reconnais pas ce que j’ai dit, ce que j’ai fait et ce que j’ai écrit.

La notion d’évitement du souvenir et des faits va, je pense, vous intéresser particulièrement. Tout être humain est fait pour essayer de mettre à distance, le plus possible, les choses atroces qui lui sont arrivées. Il est tout à fait normal d’essayer de les oublier, de ne pas vouloir y penser ou en parler. Or cela peut venir parler de manière forcée au présent, typiquement sous forme de flashes, de cauchemars. On le comprend bien : « J’essaie surtout de ne pas y penser » mais cela revient de manière brutale. Si le mécanisme fonctionne parfaitement, si la dissociation va jusqu’au bout, vous allez réussir à verrouiller le souvenir – non pas à l’oublier mais à ne plus y avoir accès. La métaphore du coffre-fort est très bonne : tout ou partie du souvenir sera dans un coffre-fort auquel on n’a plus accès. Mais cela peut fuir à un moment, sous la forme de sensations, de choses qui reviennent, de pièces de puzzle qu’on commence à récupérer. On se dit : « Non, non, ce n’est pas possible, cela ne m’est pas arrivé à moi », jusqu’à ce qu’il y ait un accès complet au souvenir. Cette amnésie dissociative peut durer des années et des années. Nous venons de faire, dans mon équipe de recherche, un très gros travail de méta-analyse sur la question.

J'en viens au *fawn*, à la soumission. On se dit : « Elle reste dans une relation qui est toxique, où il y a de la violence, elle est soumise ; ce n'est pas possible, pourquoi ne réagit-elle pas ? », sauf que la personne n'a pas eu d'autre choix, à un moment, que d'apprendre que c'était la bonne stratégie. Idem pour le fait d'amadouer l'autre ou de le séduire : c'était, à un moment, une réaction adaptée. Cela peut concerner une partie assez importante des victimes d'inceste, même si je ne peux pas vous dire quel pourcentage d'entre elles déclenche ce qu'on appelle un trouble dissociatif de l'identité, où certaines parties deviennent complètement indépendantes des autres. Dans ces réactions de survie, des parties portent du trauma et sont bloquées à des âges de l'enfance différents.

Ce que l'on sait, en revanche, c'est que ces troubles sont complètement invisibilisés en France. Les études internationales disent que tous les troubles dissociatifs, au sens de la CIM (classification internationale des maladies), dépersonnalisation, déréalisation, amnésie, troubles dissociatifs de l'identité, troubles dissociatifs à symptomatologie neurologique, concernent entre 10 et 15 % de la population générale, soit 10 millions de Français. J'ai eu accès aux chiffres du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information hospitaliers) en 2023 : 4 918 patients français seulement étaient diagnostiqués. Il y a donc un sacré angle mort ! S'agissant du trouble dissociatif de l'identité – la fragmentation, la dépersonnalisation, les amnésies dans le quotidien –, 189 patients étaient diagnostiqués en France. Une méta-analyse a trouvé que 3,7 % de la population générale était concernée, alors que le chiffre communément admis était de 1,5 %. Vous voyez encore une fois à quel point l'angle mort est massif. Il existe parce que cette symptomatologie est difficile, polymorphe, très caméléon. Le but de ces enfants était de masquer, de ne rien montrer, de se sur-adapter en permanence.

Cette fonction finalement très caméléon l'est aussi aux yeux de la médecine et, je n'en parle même pas, de la justice et de la société : elle discrédite complètement les victimes, en raison soit d'un récit qui arrive tardivement et qui est fragmenté, soit de comportements changeants, avec parfois de la sidération et de la peur vis-à-vis d'un parent et, à d'autres moments, la capacité de jouer avec lui, des moments d'agressivité et d'autres de peur intense. Tout cela est interprété comme : « Ce discours n'est pas crédible, ces comportements sont incohérents. » On retrouve la question de la capacité à parler en étant détaché émotionnellement dans une histoire juridique récente qui concerne une jeune fille victime d'un viol collectif. Il était écrit dans le rapport de médecine légale, je crois, qu'elle semblait détachée émotionnellement, ce qui est un signe de dissociation. Cela a été interprété par les juges comme le signe soit qu'il ne s'était rien passé soit qu'elle était d'accord, puisqu'elle était capable d'en parler en étant détachée émotionnellement, alors que c'est un mécanisme de protection.

Si on essaie de faire un parallèle avec la question du parent protecteur, pour voir en quoi la dissociation pourrait éclairer son comportement, on voit que très souvent, mais pas forcément, les parents protecteurs ont eux-mêmes été victimes d'abus et de violences. Souvent ils ont donc des tendances ou des symptômes dissociatifs. Or qu'est-ce que dénier ? C'est être déconnecté d'une réalité, ne pas la percevoir. Si on s'en réfère à cette définition internationale, cela correspond à une dimension dissociative, à un symptôme dissociatif, et cela peut expliquer le fait qu'on ne voit pas ce qu'on ne peut pas voir, sous un angle dissociatif. Ensuite, une fois que vous avez une prise de connaissance, des parties *fight* vont très souvent essayer de se battre, de toute leur force, sans que la rationalité puisse les calmer, et les personnes peuvent alors paraître complètement « folles », « hystériques » dans ce combat : « Elle a des comportements complètement inadaptés », « Vous voyez bien, elle lui réécrit des textos dans lesquels elle essaie de l'amadouer ou je ne sais quoi ». En fait, on décrédibilise complètement les réactions du parent protecteur, souvent une maman, qui se retrouve dans ses propres mécanismes dissociatifs : il faut comprendre que la révélation d'abus sexuels sur son enfant est un tsunami,

une horreur absolue. L'annoncer, le réaliser peut évidemment réactiver tout ce que je vous ai dit à propos du champ des réactions dissociatives.

Ce que j'essaie d'expliquer, c'est que les symptômes dissociatifs ressemblent exactement à tout ce que le système déteste et interprète mal. Quelque part, plus une victime est traumatisée et dissociée, moins elle est jugée crédible, ce qui est un élément très important. J'aimerais qu'on reconnaisse la dissociation comme un véritable enjeu transversal, en matière sanitaire, judiciaire et de protection de l'enfance. On doit former les professionnels de santé, de la justice et de la protection de l'enfance aux réactions dissociatives péritraumatiques et à tout ce qu'elles produisent dans le comportement de l'enfant et de l'adulte en devenir. Il nous faut une offre beaucoup plus structurée dans ce domaine, autour de centres d'expertise de la dissociation.

Je mène actuellement un projet de recherche visant à objectiver la dissociation. En ce qui me concerne, cela fait à peine quelques années que je me suis rendu compte de l'existence du trouble dissociatif de l'identité. J'avais des patients sous les yeux mais je ne le voyais pas. Je me disais, en effet, que ce serait très visible s'il y avait différentes parties : la personne parlerait avec des voix différentes, elle viendrait habillée différemment, etc. Malheureusement, c'est beaucoup plus complexe, puisque le but est de se cacher, d'être un caméléon. Avant de montrer quoi que ce soit, il faut une véritable confiance et surtout – les victimes le disent très bien –, il faut sentir que c'est entendable par l'autre, qu'il va vous comprendre et ne pas vous traiter de folle, d'hystérique ou de menteuse. Il faut pour cela un cadre spécifique. J'ai mis un temps fou à me rendre compte de l'évidence alors que je publiais depuis dix ans sur la dissociation. En y repensant, cela me paraît juste dingue. Quand une victime arrive, je sens maintenant très rapidement s'il y a de la dissociation et potentiellement un trouble dissociatif de l'identité, et j'ai des questions à poser. La personne – c'est tout un problème – conscientise un peu ses symptômes mais ensuite plus du tout, parce qu'elle se les cache à elle-même. Il est difficile de se souvenir qu'on a oublié : on a plutôt tendance à oublier qu'on a oublié, typiquement, lorsqu'on a ces symptômes.

L'idée de l'étude que je conduis est de filmer les patients pour regarder ce qui est dit dans le discours, la fréquence, les silences, les fluctuations de la voix, les émotions faciales, à partir de 256 points, la position et la dilatation des yeux, la position de la tête et des mains et le rythme cardiaque. Il s'agit de chercher, avec une intelligence artificielle dite multimodale, des marqueurs permettant d'objectiver la dissociation, d'avoir une signature plus objective pour les phénomènes dissociatifs, dans l'ambition de passer d'une situation où les victimes sont discréditées à une autre où, je l'espère, on leur donne au contraire du crédit. Ce qui protège pendant la violence et l'horreur de l'inceste, se figer, se couper de soi et du monde, oublier, se diviser à l'intérieur, dans une stratégie de survie, ne devrait jamais devenir ce qui empêche d'être cru, ni se transformer en une source de sur-traumatisation, de souffrance supplémentaire.

**Mme la présidente Maud Petit.** Merci beaucoup, professeure, pour cette introduction et pour vos travaux, votre évolution, votre humilité lorsque vous reconnaissez qu'à un moment vous ne saviez pas. Nous devrions tous nous en inspirer pour nous dire que, peut-être, nous ne savons pas, mais qu'il est possible de finir par comprendre et avancer. Je le dis en pensant à nous, parlementaires, bien sûr, mais aussi aux experts, aux magistrats, au personnel de la police qui ne saisissent pas encore la complexité de ce qu'est l'inceste.

**M. Christian Baptiste, rapporteur.** Je n'ai presque pas de questions à poser. Votre exposé d'une grande clarté est pour moi un tournant en ce qui concerne l'inceste. Cela fait plus d'un an que je travaille sur ce sujet, et je sais que d'autres collègues l'ont également fait. C'est

une association qui a attiré mon attention, et nous avons fait des colloques, des rencontres, des projections de films et des petits-déjeuners avec des parents victimes et des jeunes, des enfants et des adultes, qui ont apporté leur témoignage. Durant ce travail, j'ai surtout rencontré des victimes et des parents protecteurs. Notre commission d'enquête permet maintenant de voir des professionnels, pour bien comprendre ce phénomène et surtout le dysfonctionnement judiciaire.

Nous avons déjà entendu beaucoup de gens, mais c'est en vous écoutant que je comprends très clairement ce qui se passe dans la tête d'une personne victime d'inceste et dans celle d'un parent. Je comprends beaucoup de témoignages. J'ai bien saisi – vous l'avez dit en toute modestie, comme l'a souligné la présidente de notre commission – que vous aviez toujours vu dans votre parcours professionnel des troubles dissociatifs de l'identité (TDI), mais que vous vous en étiez rendu compte il n'y a pas si longtemps. Par ailleurs, le TDI peut rapidement jeter le discrédit sur la personne. Il faudrait que tout le monde arrive à bien interpréter son sens.

Je vais vous raconter une anecdote. J'ai échangé, à l'occasion d'un autre projet, avec une amie qui préside une association. Elle m'a parlé, au début d'un repas, de sa situation incestueuse en me disant qu'elle avait toujours vu son père violer sa grande sœur, depuis qu'elle était toute petite, et qu'elle aussi en avait été victime. Elle s'était promis de porter plainte lorsqu'elle en aurait les moyens, à l'adolescence. Elle voulait, pour cela, convaincre sa sœur, sa maman et un frère qui n'avait pas été victime d'inceste, et elle a finalement réussi à faire condamner son père. Elle a témoigné lors d'une rencontre sur l'inceste que j'ai organisée en Guadeloupe dans la foulée de la création, à l'unanimité, de cette commission d'enquête, avec des sociologues et une avocate. Je n'ai pas pu avoir la pédopsychiatre, parce que chez nous, c'est aussi le silence, mais il y avait la présidente d'une association Femmes et police, qui a pris naissance en Guadeloupe, mais qui existe aussi en Martinique et en Guyane et qui travaille surtout sur les violences intrafamiliales. Il y a eu des témoignages dont nous aurons peut-être l'occasion de parler, mais je ne voudrais pas être trop long. Cette amie m'a dit que sa problématique était la reconstruction des victimes, même si elle ne se voyait pas comme telle, parce qu'elle n'avait rien demandé, et elle voulait savoir ce que nous ferions. Vous contribuez à la reconstruction : la Maison de la résilience est évidemment importante. Comment faire pour qu'il en existe une dans chaque département ? Par ailleurs, comment interprétez-vous le fait que cette personne dise qu'elle ne se sent pas victime parce qu'elle n'a rien demandé ?

**Mme Coraline Hingray.** Tout un tas de personnes exposées à l'inceste ont beaucoup de difficulté avec le terme « victime ». Pour certaines d'entre elles, il est très important – elles ont besoin d'être reconnues comme victimes –, tandis que pour d'autres c'est quelque chose dont il faut se détacher. Elles ont été concernées, mais elles ont le sentiment que le terme les réduit à cela, ce qui n'est pas supportable. Je dis toujours que le meilleur terme est celui qui est propre à la personne et qu'il faut s'y adapter, c'est très important.

S'agissant de la nécessité de se reconstruire, je vous ai exposé différentes techniques. Il est éminemment important de comprendre, par ailleurs, que les thérapies d'exposition ne peuvent être proposées qu'au moment où la victime se sent prête, où elle accepte. Si elle ne le souhaite pas, il ne faut jamais forcer ce type d'exposition, c'est vraiment capital.

En ce qui concerne la réparation, il y a tous les discours de victimes d'incestes horribles que j'entends dans mon centre et qui revendiquent une guérison parce qu'elles refontionnent et que l'inceste ne dicte plus leur vie : elles ont l'impression d'être fortes. Le mot « guérison » est en revanche inaudible et insupportable pour d'autres personnes, ce qui est tout aussi respectable, parce qu'elles se disent que guérir est absolument impossible. Là non

plus, il n'y a pas une vérité. On ne peut pas dire qu'on ne se reconstruit jamais, ni que tout le monde pourra se reconstruire, cela n'aurait absolument aucun sens. Les vulnérabilités individuelles et les types de trauma ont un impact, et surtout, au-delà des faits et de leur horreur, c'est d'avoir été cru et protégé, ou non, donc d'être sur-victimisé, qui change la trajectoire selon mon expérience clinique. Vous ne pouvez pas imaginer la différence de chance que cela implique.

Je suis toujours très prudente. Je propose des choses qui permettent vraiment de se reconstruire et, très souvent, de comprendre que, dans le cadre du TDI, de sa scission, on n'est pas fou. On fait parfois ceci ou cela et on ne s'en souvient pas, mais il y a une logique. Il est absolument majeur de regagner du contrôle, et on peut refonctionner. Par ailleurs, je pense très honnêtement que si les chiffres sont exacts – entre 1,5 et 3,7 % de la population aurait un trouble dissociatif de l'identité –, tout un tas de personnes se sont tellement adaptées qu'elles arrivent à fonctionner de cette manière. Il faut les respecter : on n'est pas là pour forcer les choses.

De même, quand des personnes disent qu'elles ont un souvenir ou certaines sensations – les levées d'amnésie dissociative se font très souvent selon une modalité sensorielle, qui peut commencer par une sensation aux mains, au niveau génital ou un flash, avant que l'ensemble des pièces soient là ou qu'un doute s'installe –, elles aimeraient parfois être aidées à retrouver leurs souvenirs. Nous ne le faisons jamais, il faut être clair, parce que si les choses restent verrouillées, il y a une raison. Le cerveau n'est alors pas en mesure d'intégrer ce qu'il y a à ce niveau, et je dis toujours à ces personnes que l'on peut travailler avec ce que l'on a. Il n'est pas nécessaire d'avoir tous les éléments, et très souvent d'autres choses apparaissent durant le traitement. C'est facile à dire, de ma place de médecin, qui n'est pas celle d'un expert et d'un juge, mais c'est un point important.

La Maison de la résilience est le seul centre de ce type en France. On s'est appuyé, lors de sa création, sur une antenne d'un centre régional du psychotrauma. Il en existe quinze, qui sont absolument débordés : un rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes avait ainsi pour titre « Les centres régionaux du psychotraumatisme : des besoins considérables [...], des moyens dérisoires ». Lorsque j'ai créé la Maison de la résilience, j'avais 50 000 euros pour tout le trauma – enfants, ados et adultes – en Lorraine sud, ce qui était compliqué. Le tissu est insuffisant, mais il existe. Il faudrait le renforcer en déclinant dans l'ensemble des départements l'offre de soins post-traumatiques. Par ailleurs, vous avez compris que j'insiste énormément sur l'expertise des troubles dissociatifs, qui, même si c'est de moins en moins vrai, ne sont pas encore totalement sortis de l'ombre, y compris dans le champ du psychotrauma spécialisé. Il est vraiment nécessaire de travailler sur l'expertise, le diagnostic et la thérapeutique.

**Mme Béatrice Roullaud (RN).** La nomenclature Dintilhac est généralement appliquée en justice pour évaluer un dommage, actuel ou futur, suivant une liste très précise – perte de jouissance de la vie, souffrance endurée, etc. Pensez-vous qu'il faudrait modifier cette nomenclature en prévoyant des cas spécifiques pour les dommages traumatiques, y compris futurs ?

Comme la plupart d'entre nous ne sont pas médecins, nous ne connaissons pas bien la technique qui consiste à bouger les yeux pour enfouir – mais je ne sais pas si c'est le terme à employer – un traumatisme. Pourriez-vous nous en parler ?

Vous avez dit que le traumatisme le plus important est lié à l'inceste. Je comprends mal cette idée, car les actes de torture me paraissent aussi graves.

Vous avez également dit – vous me corrigerez si j’ai mal entendu – qu’on pouvait aimer son agresseur. Peut-on aimer quelqu’un qui vous a agressé ou ce mot est-il mal utilisé ? C’est très important car cela pourrait avoir l’air de justifier qu’on laisse à un tel parent la garde de l’enfant, alors qu’il va l’abîmer.

**Mme Coraline Hingray.** S’agissant des grilles de préjudice, on sait qu’il n’est absolument pas facile de coter les troubles psychiatriques. Une majorité de mes collègues experts expliquent à quel point c’est une horreur de devoir essayer de noter les préjudices parce que les outils ne prennent pas en considération les dimensions psychiatriques au sens général, en particulier les conséquences post-traumatiques et dissociatives. La question de savoir s’il faudrait une évolution de ces outils pour permettre une meilleure reconnaissance appelle donc un grand oui de ma part.

En quoi consiste la technique de l’EMDR ? Il existe dans le cerveau des zones responsables des émotions, l’amygdale et l’hippocampe, et des zones intellectuelles. Dans le trauma, vous avez une hyperactivation de l’amygdale, qui reste en mode danger absolu, nécessité de sécurité, et que les zones de l’intellect n’arrivent pas à calmer. Ce que l’on fait avec des stimulations bilatérales, d’une manière auditive ou par du *tapping* (tapotement), c’est de forcer, en quelque sorte, une réactivation des zones qui devraient calmer les parties émotionnelles et de désactiver un peu ces dernières, en recréant des connexions entre les zones cérébrales. Par ailleurs, l’idée n’est pas d’enfouir les souvenirs, mais de les intégrer. Je vous ai dit tout à l’heure que le trauma est du passé qui parle au présent et bouche l’avenir. Là, on le fait venir dans le présent non plus involontairement mais volontairement. On le remet en mémoire, comme un événement atroce, horrible qui m’est arrivé, qui fait partie de mon histoire, mais qui ne perturbe plus le présent : je suis capable d’y repenser avec une plus grande distance émotionnelle. C’est le principe du traitement.

Le trouble dissociatif de l’identité a fait l’objet, ces dernières années, de nombreuses études neurobiologiques et en imagerie, qui ont constaté sa réalité, même si une autre étude, que j’ai réalisée en 2024 sur 500 psychiatres français, montre que moins de 20 % d’entre eux étaient totalement persuadés de l’existence du TDI. Il est vrai que j’aurais répondu au questionnaire de la même façon qu’eux cinq ans auparavant. Il a été prouvé, néanmoins, qu’il y a une cohabitation de deux modes d’activation cérébrale dans le cerveau d’une personne dissociée, ayant un TDI. C’est important, bien que ce soit peut-être un peu compliqué. Dans le premier mode, les parties émotionnelles restent en mode hypervigilance absolue, et on se méfie de tous. L’intellect n’arrive pas à dire : « calme-toi, tu es sécurisé » ; « tu es un adulte, tout va bien ». Le second mode repose sur les parties qui gèrent le quotidien et qui sont très éloignées des traumas. Toute la zone émotionnelle est éteinte, non activée, alors que toutes les zones préfrontales sont hyperactivées. Des tests en imagerie ont montré que si vous faites lire par la victime le scénario de ses traumatismes, elle est alors complètement détachée sur le plan émotionnel, parce que neurobiologiquement la zone qui gère les émotions est éteinte par le cortex. Il est prouvé que ces deux étapes peuvent cohabiter dans un même cerveau et switcher.

Certains vous diront que l’EMDR n’est pas efficace chez les personnes dissociées parce qu’elles ne sont pas activées émotionnellement : elles seraient trop déconnectées. Il existe pourtant des manières d’appliquer aussi ce type de protocole en pareil cas, mais c’est assez technique.

J’ai effectivement dit que l’inceste est le pire des traumatismes. Ce n’est en réalité pas exact pour deux raisons. La première est qu’il n’y a pas d’échelle de la gravité dans l’horreur. La torture en fait partie, mais je peux vous assurer que je connais un certain nombre de victimes

d'inceste qui ont malheureusement été victimes de tortures associées. Ce que je veux dire, c'est que le corps est touché lors d'une torture non sexuelle et que, en cas d'inceste, il l'est dans la plus profonde intimité.

Mais, très souvent, on va retrouver l'importance de ne pas avoir été cru, entendu et protégé. Et parfois – je ne sais pas à quel type de torture vous pensez – porter des traces et être reconnu va permettre la mise en place d'une protection, ce qui n'est pas le cas pour quelque chose d'invisible. C'est en ça que l'impact est potentiellement très important. Voilà en tout cas ce que je voulais préciser.

Votre dernière question sur l'interprétation de l'expression « aimer son agresseur » est excellente. Si vous vous souvenez bien, je parlais du paradoxe de l'enfant qui est dépendant de l'adulte qui lui fait du mal, qui doit masquer à l'extérieur, qui doit protéger à l'extérieur. Ce qu'il y a d'extraordinaire dans cette scission du soi, c'est que vous pouvez avoir des parties qui restent très attachées à l'agresseur – voire très aimantes, je suis désolée de le dire –, alors que d'autres parties le haïssent du plus profond de leur âme. La scission et la dissociation permettent ce type de cohabitation.

J'ai en tête une patiente TDI que je soigne actuellement et dont des parties sont d'une loyauté incroyable à son père, alors que d'autres sont extrêmement terrifiées. Une partie est capable de dire : « Mon papa c'est le meilleur, c'est le plus extraordinaire des papas », avec une partie enfant qui dit : « Il ne faut pas parler. Il ne faut pas parler. Il a dit qu'il ne fallait pas parler. Et que si on parle il pourrait tuer. » Et puis une partie qui est en capacité de raconter telle et telle chose qui se passait avec les sexes. Vous voyez que, au sein même de cette adulte, on a ces parties qui coexistent. Je sais que c'est compliqué à comprendre, mais la dissociation peut permettre qu'il y ait une petite partie qui reste attachée et aimante.

Là où je vous rejoins sans le moindre doute, c'est sur le fait que ça ne doit jamais justifier qu'elle se retrouve à proximité de l'agresseur. Ce n'est absolument pas une raison. Combien d'agresseurs ont utilisé des arguments comme « Elle m'a séduit, elle m'a amadoué, elle aimait ça » ?

Si vous le permettez, je souhaite aborder une notion difficile mais absolument majeure et taboue en matière de violences incestuelles et d'abus sexuels dans l'enfance – je ne sais pas si elle a pu l'être au sein de votre commission d'enquête. Je vais la préciser avec toutes les précautions possibles.

Ces agressions sexuelles, multiples, vont solliciter le système nerveux génital. Et, pour peu qu'elle ne se fasse pas de façon très violente et avec de la douleur physique extrême, on peut imaginer que cette stimulation légère sur un clitoris puisse amener des sensations physiologiques agréables, voire de plaisir – mon Dieu ! je déteste ce terme –, qui vont être chez les victimes la source d'une culpabilité qu'elles vont porter pendant des années après les faits, en se disant « j'ai ressenti des choses, donc si ça se trouve, j'aimais ça. » Je peux vous assurer que des victimes disent ce genre de choses.

Et là, il faut être très clair et expliquer que, physiologiquement, lors de la stimulation d'un clitoris, d'un pénis ou d'un gland, des boucles nerveuses font ressentir des choses qui n'ont rien à voir avec une notion de plaisir ou de consentement. Un mot que j'aime beaucoup a été inventé pour ça : l'orgaste, qui permet faire la différence avec l'orgasme.

On peut en effet parler d'orgasme, même si c'est rarement pendant l'enfance, ou en tout cas de quelque chose qui est uniquement physiologique et mécanique et qui n'a rien à voir avec les émotions, le consentement ou que sais-je encore. Je me permets de le préciser parce que j'ai connu beaucoup de victimes pour lesquelles cette question est tellement honteuse et tellement atroce qu'elles ne l'abordent pas forcément en thérapie si nous ne le faisons pas. Vous ne pouvez pas imaginer le soulagement qu'on lit dans leur regard quand elles se disent qu'elles n'étaient pas déviantes, pas anormales, pas en train d'apprécier ce qu'il leur faisait et qu'elles comprennent que c'étaient seulement leurs nerfs qui réagissaient à une stimulation – ce qui est quand même très différent pour les victimes.

Cette notion est importante parce que des viols n'ont pas conduit à des condamnations car des sécrétions vaginales avaient été retrouvées dans les culottes, alors qu'on sait très bien que le palier d'excitation sexuelle qui se traduit par ce type de sécrétion peut n'avoir absolument rien à voir avec l'acceptation cognitive ou émotionnelle de ce qui est en train de se passer. C'est un sujet parfois un peu tabou et il me semblait important de pouvoir l'aborder.

**Mme la présidente Maud Petit.** Merci pour vos réponses. Ce que vous venez de nous dire est très important et il est absolument nécessaire de le souligner. Comment peut-on faire prendre conscience de ça aux magistrats et aux experts ? Peut-on le leur faire comprendre par des formations ? Sont-elles d'ailleurs suffisantes ? C'est un point primordial de nos travaux, afin qu'ils puissent réagir en toute connaissance de cause. Ils ne sont ni des médecins spécialistes, comme vous, ni des chercheurs. Ces informations-là leur manquent forcément. Mais ils doivent les connaître avant de prendre une décision et de juger. Comment peut-on leur faire passer le message ?

Nous parlons sans cesse de formation depuis le début des auditions. C'est bien beau de dire que tout le monde devrait être formé mais, lorsque nous nous sommes rendus dans une brigade de protection des mineurs il y a une semaine, on nous a bien expliqué que trouver du temps pour la formation impliquait d'en consacrer moins aux investigations.

Que faire concrètement face à ça ? Quelles sont les premières solutions que vous pourriez nous suggérer pour que nous puissions commencer à faire changer les choses ?

**Mme Coraline Hingray.** Merci pour cette question. Je ne pensais pas en parler, mais un projet me tient particulièrement à cœur. Depuis que je travaille sur ces questions, le mot « formation » revient toujours. Je suis professeure des universités, j'adore la pédagogie et les modalités de pédagogie innovante – j'ai par exemple un programme de formation innovant sur l'apprentissage de la psychiatrie par le jeu. Je ne suis donc pas en train de dire que la formation d'humain à humain, ensemble dans une pièce, n'est pas ce qu'il y a de mieux.

Mais je suis très pragmatique. Au vu des millions de Français au contact de victimes dans la justice, dans l'éducation ainsi que dans le secteur sanitaire et dans celui de la protection de l'enfance, et au vu des enjeux sur la question des violences sexuelles dans ce pays, il est probablement temps de réfléchir à une solution un peu « méta ». Mon idée consiste donc à mettre en place une plateforme qui aurait deux versants.

Le premier serait destiné à l'information du grand public sur les violences sexuelles et les réactions péritraumatiques, telles que la dissociation et les troubles que j'ai décrits. La plateforme offrirait aussi des possibilités d'auto-évaluation et de *screening* d'un certain nombre de choses, avec notamment des contenus pédagogiques et d'explication. Cette partie serait absolument gratuite, bien entendu. En parallèle, cette même plateforme servirait à la formation

des professionnels, avec des sous-catégories – sanitaire, éducation, protection de l'enfance, justice.

Je crois que le savoir descendant marche peu et que, dans le domaine dont nous parlons, le premier enjeu est d'aller combattre les idées reçues, les fausses croyances, ce dont on est toujours sûr. Je parle aussi pour moi. Je me demandais si des crises non épileptiques étaient vraies. La personne ne simule-t-elle pas un peu ? Ne recherche-t-elle pas un peu l'attention, ou que sais-je ? J'étais persuadée que, si je voyais un TDI, je le saurais. J'étais persuadée qu'il ne pouvait pas y avoir de sensation agréable au moment d'une agression sexuelle. Et j'en passe. J'avais mon lot de fausses croyances, que j'ai déconstruit. Soyons honnêtes, j'en ai peut-être d'autres qui persistent et que je déconstruirai au fur et à mesure de ma carrière et du niveau de connaissance.

Stratégiquement, je pense donc que, dans tout type de formation, il faut que l'on passe en revue ces fausses croyances, en fonction de la profession de la personne. Il faut élaborer un questionnaire habile qui permette de détecter toutes les fausses croyances de cette personne et toutes ses habitudes – « qui ne dit mot consent », et j'en passe – pour pouvoir les évaluer subtilement. L'intelligence artificielle nous permet désormais de traiter ces données, alors que nous n'en étions pas capables jusqu'à présent, et de profiler finement l'apprenant pour savoir où il en est vraiment vis-à-vis de ces fausses croyances, en lien avec son rôle auprès des victimes. C'est le premier volet.

Je pense aussi qu'il faut *screeener* le niveau de ses attentes de changement dans sa profession et, ensuite, pousser des contenus spécifiques et personnalisés en fonction de ses fausses croyances, pour les démonter de manière ciblée. Après cela, il faut pouvoir assurer régulièrement une évaluation des changements dans sa pratique. Dans l'idéal, si vous me permettez de rêver, ce type de formation et de réactualisation devrait être rendu obligatoire. J'ai du mal à voir une autre solution si on me demande comment faire pour changer massivement les regards.

**Mme la présidente Maud Petit.** Merci beaucoup pour cette réponse.

Ça m'a évoqué beaucoup de choses, et notamment des discussions avec ma fille, qui voulait créer un jeu vidéo permettant de détecter les situations d'inceste. Il pourrait par exemple être destiné à la police.

D'ailleurs, un jeu vidéo intitulé *Wednesdays* est sorti et a récemment été primé aux Pégases. Je ne sais pas si vous le connaissez. Il est titré *Les Mercredis* en français parce qu'il vous met dans la situation d'un enfant qui avait l'habitude d'aller tous les mercredis chez un grand-parent et qui était malheureusement violé ces jours-là. Le jeu permet de détecter des situations incestueuses et de violences sexuelles. Je sais que ça a déjà permis à certaines personnes de prendre conscience de situations qu'elles avaient vécues. On commence donc à ce niveau-là.

Je valide à 100 % ce que vous venez de proposer, c'est-à-dire des plateformes à destination du grand public et des professionnels qui sont d'une manière ou d'une autre en lien avec la protection de l'enfance. Ils peuvent intervenir au sein de l'aide sociale à l'enfance mais il peut aussi s'agir de magistrats ou d'experts.

La difficulté est de savoir qui va aller chercher l'information sur la plateforme ? Je suis tout à fait d'accord avec le fait de rendre obligatoire la formation. Mais à quel stade ? Celui de la formation initiale ou celui de la formation continue ? Il faut bien commencer par quelque chose. Nous prenons note de ce sujet.

**Mme Coraline Hingray.** Je pense que l'idéal est évidemment de former à ces deux stades.

Tout d'abord la formation initiale. On sait que, quand on arrive, on va très rapidement récupérer les biais de pensée de nos collègues et les attribuer. Il faut donc des choses solides en formation initiale, pour dire : « Attention, drapeau rouge ! Tout ça relève de fausses croyances et ce sont des choses qui perdurent dans des commissariats, des tribunaux et des services d'urgence, de psychiatrie et de médecine. » Car il y a aussi des responsabilités du côté sanitaire.

Une réévaluation progressive des choses est également indispensable.

Je porte une autre mesure importante, vous l'avez bien compris, à travers le programme de recherche qui vise à objectiver les processus dissociatifs et pour lequel j'essaie de trouver des moyens. Il pourrait aider très fortement en matière d'expertises. Je souhaite également que soit adoptée une mesure pragmatique qui consiste, lorsqu'un magistrat sollicite une expertise, à demander à l'expert, psychologue ou psychiatre, d'analyser un certain nombre de points – je rappelle qu'on ne doit pas l'interroger sur la crédibilité – dont la dissociation au moment des faits et les troubles dissociatifs. Cela obligerait les experts à examiner cela et, le cas échéant, à se former.

Parmi toutes les mesures nécessaires, celle-ci est à la main du législateur, me semble-t-il, et elle serait assez pragmatique.

**Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP).** Merci beaucoup, professeure : votre exposé liminaire était un cours magistral, que je recommande à tous les professionnels qui sont en contact avec des victimes à un moment ou à un autre de suivre. C'est suffisamment court et synthétique pour comprendre beaucoup de choses sur le psychotrauma.

Ma première question concerne les professionnels qui travaillent avec vous au sein de la Maison de la résilience. Quel est l'accompagnement qui leur est accordé ou qui serait nécessaire ? Nous avons échangé entre collègues de cette commission d'enquête et nous nous sommes rendu compte à quel point nous pouvions être affectés par ce que nous entendons. Qu'est-ce qui est mis en place pour les professionnels ? Avez-vous connaissance de structures d'accompagnement au sein d'autres institutions pour les professionnels qui accompagnent les victimes, comme la police ?

Deuxième question : êtes-vous sollicitée, personnellement ou au sein de la Maison de la résilience, comme experte judiciaire ? Y a-t-il des choses qui vous choquent dans ce qui peut encore être demandé par les tribunaux ?

Je souhaiterais que vous décriviez par écrit ce qui a été nécessaire pour mettre en place la Maison de la résilience, sur les plans humain, matériel et financier. Vous avez évoqué la T2A, mais quel est le coût supporté par la victime et/ou par la société lorsqu'elle fait appel à la Maison de la résilience lors de son parcours de soins ? Cette information nous permettra de chiffrer les moyens nécessaires pour permettre aux victimes d'avancer au mieux dans leur parcours de santé psychique.

**Mme Coraline Hingray.** Votre première question est très importante, puisque vous avez évoqué la notion de traumatisme vicariant. C'est ainsi que s'appelle le fait d'être au contact de victimes dans un cadre professionnel, et donc d'être régulièrement dépositaire d'horreurs, avec un impact sur sa propre santé psychique.

Ces phénomènes sont bien décrits et compris. Ils nécessitent en effet de mettre en place des supervisions, des interventions. Cela suppose de limiter le nombre de patients reçus par jour. Typiquement, nos personnels voient entre cinq et six patients par jour, alors que certains psychiatres sont capables d'en voir vingt. Il faut prévoir des temps de discussion entre collègues et des temps de réunion clinique, mais aussi avoir des moments pour souffler en étant complètement déconnecté – pour cela, un baby-foot et une table de ping-pong sont installés dans notre service.

Énormément de traumas vicariants ont été décrits chez les policiers. Je sais qu'un accompagnement psychologique spécifique est organisé à Interpol pour ceux qui interviennent contre les réseaux de pédocriminalité. Je connais des personnes qui s'en occupent. Je ne sais pas exactement ce qu'il en est ailleurs et je ne suis pas sûre qu'il y ait quelque chose d'assez institutionnalisé et systématisé. Serait-ce nécessaire ? Oui, sans aucun doute.

Cela m'amène à une notion importante, que je n'ai pas détaillée. Qu'est-ce qui fait que des professionnels de la psychologie et de la psychiatrie ne s'effondrent pas complètement alors qu'ils entendent des horreurs toute la journée ? Le sentiment d'être actif plutôt qu'impuissant est l'une des dimensions très importantes dans la notion de trauma. Quand vous êtes victime, vous avez la plupart du temps très peu de prise. Typiquement, l'enfant n'a pas le pouvoir d'agir, de s'échapper ou de se battre. En revanche, les policiers qui regardent de manière passive des images atroces vont être protégés parce qu'ils vont avoir le sentiment que leur travail permet la justice ou la réparation.

Je ne dis pas qu'on est complètement protégé du traumatisme vicariant quand on a des outils de thérapie, quand on monte des structures, quand on fait des choses qui ont du sens et que l'on voit que ça apporte du soulagement aux victimes, mais c'est quand même un facteur de limitation de sa portée. Ce qu'il faut retenir, c'est que l'action limite l'impact traumatique.

Lors de la mission sur la soumission chimique, les rapporteurs et les membres recevaient les discours sans avoir un sentiment d'action, ce qui est très impactant. Mais ce que vous faites pour la République dans ce type de commission, c'est d'essayer d'agir pour faire avancer les choses, ce qui est un petit facteur protecteur par rapport à la notion de traumatisme vicariant.

**Mme la présidente Maud Petit.** Avant que vous ne répondiez à la deuxième question, je rebondis sur le sujet du traumatisme vicariant. Comment expliquez-vous que les magistrats qui sont saisis de dossiers traumatisants et qui pourraient être dans l'action pour protéger l'enfant finissent par décider de classer sans suite parce qu'ils considèrent que les poursuites sont inutiles ?

Après avoir entendu toutes ces horreurs, comment peut-on en arriver à se dire satisfait de sa journée après avoir prononcé un classement sans suite ? J'avoue que je n'arrive pas à comprendre – à moins qu'il y ait encore une autre dimension. Apparemment ces personnes ne sont pas touchées par un traumatisme vicariant. C'est autre chose. Je ne crois pas que ce soit du je-m'en-foutisme, mais comment peut-on expliquer ça ?

**Mme Coraline Hingray.** C'est une excellente question, mais je vais avoir beaucoup de mal à y répondre parce que je me pose sincèrement la même. Ce constat m'effraie tout autant que vous. Je préfère donc ne pas m'avancer parce qu'il est également très difficile pour moi. Très probablement, des aspects de la loi et un formatage sur la question de la preuve, de même qu'un lot de fausses croyances, conduisent à des constructions de pensée qui, je suppose, favorisent ce que vous décrivez. Mais je parle de tout cela absolument au conditionnel, n'étant pas experte dans ce domaine.

Ce qui m'amène justement à répondre à la question de Mme Amiot : je ne suis pas experte auprès des tribunaux pour une raison, purement pragmatique, de disponibilité. Si j'acceptais, je ne pourrais plus faire que ça, en y consacrant deux temps pleins. Par ailleurs, je suis responsable de l'option psychiatrie légale à la faculté de Nancy et je cherche à développer une expertise victimologique, en lien avec la coordination nationale.

Le manque d'experts psychiatres en France est un problème absolument majeur. Je suis parfois sapiteur dans certains dossiers, ce qui me permet d'aiguiller un certain nombre de collègues sur ce genre de choses, mais je ne suis pas experte. C'est la raison pour laquelle je pense qu'il est important que vous en auditionniez.

Je pourrais vous répondre par écrit sur le détail du modèle de la Maison de la résilience. Je crois d'ailleurs qu'il figure dans le rapport sur la soumission chimique, car des membres de la mission étaient venus nous rendre visite.

Être patient dans notre service ne coûte rien. J'y insiste. J'ai réussi à obtenir de l'hôpital qu'on n'envoie jamais une facture aux personnes qui consultent dans mon service, y compris lorsque les papiers ou la mutuelle ne sont pas à jour.

**Mme Florence Herouin-Léautey (SOC).** Je ne sais pas très bien ce que je pourrais ajouter ou quelle question poser, tellement je nous trouve collectivement loin du but.

Je lisais encore récemment des témoignages faisant état de juges qui disaient à une victime, à une femme ou à un petit enfant : « Je vous crois mais je ne peux pas condamner l'agresseur. » Toute la question est de savoir comment on arrive à traduire vos travaux et la démonstration que vous avez faite tout à l'heure en outil de preuve ? En effet, dans notre système judiciaire, il faut des preuves. Mais dix, vingt ou trente ans après, il n'y a ni images ni traces physiques.

En revanche, ce que vous avez décrit doit pouvoir être utilisé, d'une manière ou d'une autre – mais peut-être est-ce à inventer ou peut-être des choses sont-elles déjà en cours.

J'ai lu que vous travaillez sur un outil de diagnostic des troubles dissociatifs basé sur l'intelligence artificielle. Est-ce une piste qui permettrait d'aller jusqu'à accorder une valeur probatoire à une expertise psychiatrique ?

**M. Christian Baptiste, rapporteur.** Je me pose précisément la même question. Comment faire en sorte que ce que vous avez décrit avec limpidité puisse devenir un véritable outil pour le traitement judiciaire de l'inceste parental ?

**Mme la présidente Maud Petit.** Savez-vous si les troubles que vous avez évoqués sont mieux diagnostiqués dans d'autres pays et y sont pris en compte par les institutions judiciaires ?

**Mme Coraline Hingray.** Mme Herouin-Léautey, même si les propos que vous rapportez sont absolument insatisfaisants et que je vous assure que cela me débecte que l'on ne puisse pas condamner, le fait qu'il y ait malgré tout un « je vous crois » a une importance capitale pour les victimes. Une avancée a eu lieu dans certains territoires, car la lettre de la justice informant le plaignant du classement sans suite indique que cela ne signifie pas pour autant qu'il n'a pas été victime.

Je puis vous assurer que cette simple phrase est devenue de l'or en barre pour travailler avec les victimes dans un grand nombre de suivis psychothérapeutiques. Ce que vous décrivez n'est pas satisfaisant, mais si au moins tous ceux qui ne condamnent pas pouvaient dire de manière sincère et habitée qu'ils croient la victime, tout en expliquant qu'ils ne peuvent pas poursuivre pour telle ou telle raison liée à notre système probatoire, ce serait déjà une vraie avancée pour les victimes.

Ça ne répond pas à votre question, mais je tenais à le préciser parce que c'est quelque chose de très pragmatique qui ne coûte pas grand-chose au système et qui pourrait changer de façon importante les trajectoires de victimes.

La question de la preuve est au cœur de mon travail sur le programme de recherche sur l'objectivation de la dissociation par le discours, les émotions et le comportement global, afin d'essayer de trouver des marqueurs comportementaux objectivables qui viendraient signer la présence de troubles dissociatifs. Quelques études dans le monde ont permis de grandes avancées pour les diagnostics de dépression, mais en aucun cas sur la question de la dissociation. Malheureusement, la recherche est quelque chose de très difficile en France. La question de moyens et celle du cadre réglementaire sont difficiles à régler et prennent du temps. Même si je travaille avec un ingénieur extraordinaire sur ce projet, nous n'avons pas encore les autorisations de recherche ni l'ensemble des moyens nécessaires.

Je suis donc absolument incapable de vous dire quels seront les résultats auxquels nous aboutirons et quand nous y parviendrons. J'adorerais vous dire être sûre que cela contribuera de manière majeure aux expertises en permettant d'objectiver quelque chose, mais je ne le suis pas. J'en ai l'intuition profonde, mais ce n'est pas une preuve scientifique.

En outre, je ne serais pas honnête intellectuellement si je ne vous faisais pas part de ce que m'ont dit des magistrats. On m'a dit : « OK, vous prouvez qu'il a été gravement traumatisé, ce qui a développé ses troubles. Mais vous ne prouvez pas qui est l'auteur de ces troubles. Et donc nous n'aurons pas de preuve. » Quelles que soient les avancées, je pense qu'il a une question propre à notre système judiciaire.

Les troubles dissociatifs sont-ils mieux diagnostiqués dans d'autres pays ? Oui. Ces troubles sont un petit peu moins un angle mort au Canada, aux Pays-Bas, en Allemagne et aux États-Unis – mais pas de manière massive.

Il faut se rendre compte que les troubles sortent de l'invisibilisation à la faveur de problèmes sociétaux. Cela a été le cas du trouble de stress post-traumatique, auquel on s'est intéressé à la suite de la guerre du Vietnam car les soldats mouraient plus en se suicidant que sur les champs de bataille. Les enjeux sociétaux permettent parfois de faire avancer les choses.

Le domaine de la dissociation a été marqué par la fameuse *Memory War* aux États-Unis. On y avait compris ce qu'était l'amnésie dissociative et l'on croyait à la parole des enfants. Puis des parents accusés d'inceste ont commencé à créer la théorie des faux souvenirs.

Je ne vais pas détailler les aspects scientifiques, car il me faudrait une petite demi-heure. Il faut savoir que la plupart des personnes qui avaient été poursuivies ont été par la suite condamnées pour d'autres faits d'agression sexuelle. Autant vous dire que, malgré les preuves neurobiologiques irréfutables dont on dispose, leurs intérêts ont été servis par le discrédit de la parole des enfants offert par cette théorie, qui a bénéficié d'un lobbying politique.

Vous allez vous dire que je n'étais pas très douée mais, il y a encore une dizaine d'années, je comprenais mal l'amnésie dissociative et j'avais du mal à me représenter qu'une personne puisse vraiment ne plus avoir aucun accès à des souvenirs. Je peux pourtant vous assurer que c'est le cas. C'est un phénomène plus complexe qu'il n'y paraît. Parfois la victime se souvient, puis elle oublie de nouveau, se souvient en partie, puis oublie encore. Il peut y avoir une dynamique dans l'amnésie dissociative.

Une patiente qui a un TDI – Mailé Onfray, qui est également pair-aidante – disait de façon très juste : « À chaque fois que j'ai oublié, c'est parce que je n'ai pas été crue, ou parce qu'à chaque fois que j'ai parlé, ça a été pire. » Vous pouvez retrouver sa vidéo sur internet.

Bref, je me suis un peu éloignée de la question des avancées dans les autres pays. Après avoir reçu votre questionnaire, j'ai fait quelques recherches. En Espagne, au Canada et en Australie, lors de la formation sur les traumatismes, on évoque aussi davantage les troubles dissociatifs. Je crois que le TDI a été pris en compte dans certaines décisions de justice en Australie. Il y a donc quelques avancées, mais l'angle mort reste encore assez massif.

**Mme la présidente Maud Petit.** Nous n'avons pas pu aborder la question du syndrome d'aliénation parentale. Il aurait été intéressant de vous entendre à ce sujet, par exemple pour savoir quels garde-fous nous pourrions proposer pour éviter que cette notion soit utilisée encore et encore contre les parents protecteurs – en sachant bien que les personnes qui y ont recours pour en tirer parti font bien attention à ne pas utiliser le terme. Que pouvez-vous nous dire sur ce point ?

**Mme Coraline Hingray.** Ce concept d'aliénation parentale est insupportable à mes oreilles, de même que le détournement du syndrome de Münchhausen par procuration. Le syndrome de Münchhausen concernait des violences physiques, des mutilations et des maladies physiques. Il s'agit désormais d'inventer et de mettre dans la tête de l'enfant ce genre de choses. Cela me dépasse au plus haut point que des collègues psychologues puissent encore défendre ou rethéoriser ces aspects-là.

Je le répète : le fait d'imposer un examen des troubles dissociatifs dans les expertises serait un garde-fou.

Il serait en outre important que les tribunaux disposent d'experts formés aux techniques et thérapies reconnues scientifiquement. Ce serait un début assez extraordinaire.

**Mme Béatrice Roullaud (RN).** Je voudrais vous faire répéter deux phrases que je n'ai pas eu le temps de noter.

Vous avez dit le juge devrait demander aux experts d'examiner deux notions. Pourriez-vous les répéter ?

**Mme Coraline Hingray.** Il faut demander à l'expert d'analyser les réactions dissociatives au moment des faits. Y a-t-il eu du *freezing*, de la sidération, une sortie de corps ou une anesthésie physique ? Ce sont ces éléments qui doivent être analysés et qui doivent

figurer dans les rapports d'expertise. Il faut aussi s'attacher au péritraumatique. Comment la petite fille ou le petit garçon se comportaient-ils pour limiter les violences dans le quotidien ?

Ensuite, il faut examiner ce que j'appelle les symptômes et les troubles dissociatifs. Y a-t-il de la dissociation somatoforme, qui s'inscrit dans le corps ? Ce sont les fameux troubles dissociatifs à symptomatologie neurologique, les troubles neurologiques fonctionnels. Constate-t-on des éléments de dépersonnalisation, de déréalisation, d'amnésie dans le quotidien ou d'événements du passé ? Y a-t-il des éléments de scission du soi ? Il faut essayer de caractériser les choses et de rechercher ce qu'on appelle les symptômes associés aux troubles de stress post-traumatique complexes – les aspects relationnels, la dysrégulation des émotions, des troubles du comportement alimentaire ou du sommeil, qui constituent un faisceau d'indices.

**Mme Béatrice Roullaud (RN).** Pour être sûre d'avoir bien compris : vous évoquez les réactions dissociatives au moment des faits, mais aussi après ?

**Mme Coraline Hingray.** Oui. Il faut demander d'examiner les deux axes : des réactions dissociatives au moment des faits et les conséquences dissociatives et post-traumatiques.

**Mme la présidente Maud Petit.** Je vous remercie infiniment pour votre disponibilité et pour tous les éléments que vous avez pu nous apporter. Merci de nous avoir autant éclairés, vos propos et votre expertise sont précieux.

Si vous en avez le temps et que vous considérez que des sujets mériteraient un complément, je vous invite à nous adresser une contribution écrite par l'intermédiaire du secrétariat de la commission. Cela peut être intéressant.

Le temps nous manque, mais peut-être aurons-nous l'occasion en dehors de cette commission d'enquête de vous rendre visite au sein de la maison de la résilience, où je crois que nous avons encore beaucoup de choses à apprendre.

*La séance s'achève à douze heures trente.*

**Membres présents ou excusés**

*Présents.* – Mme Ségolène Amiot, M. Christian Baptiste, Mme Mathilde Feld, Mme Florence Herouin-Léautey, Mme Maud Petit, Mme Béatrice Roullaud