



**HAL**  
open science

# Dissociation traumatique, attachement et agression sexuelle : étude de corrélation au cours des violences subies et agies au sein d'une population d'hommes agresseurs sexuels

Édith Duret

► **To cite this version:**

Édith Duret. Dissociation traumatique, attachement et agression sexuelle : étude de corrélation au cours des violences subies et agies au sein d'une population d'hommes agresseurs sexuels. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02873450

**HAL Id: dumas-02873450**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02873450>**

Submitted on 18 Jun 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

## **THÈSE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par Edith DURET

Le 23 septembre 2019

**DISSOCIATION TRAUMATIQUE, ATTACHEMENT ET  
AGRESSION SEXUELLE :  
ÉTUDE DE CORRÉLATION AU COURS DES VIOLENCES  
SUBIES ET AGIES AU SEIN D'UNE POPULATION D'HOMMES  
AGRESSEURS SEXUELS.**

Directeur de Thèse : M. le Docteur Mathieu LACAMBRE

### **JURY**

Président : M. le Professeur Philippe COURTET  
Assesseurs : M. le Professeur Sébastien GUILLAUME  
Mme le Docteur Emilie OLIE  
M. le Docteur Mathieu Lacambre

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER  
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

## **THÈSE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par Edith DURET

Le 23 septembre 2019

**DISSOCIATION TRAUMATIQUE, ATTACHEMENT ET  
AGRESSION SEXUELLE :  
ÉTUDE DE CORRÉLATION AU COURS DES VIOLENCES  
SUBIES ET AGIES AU SEIN D'UNE POPULATION D'HOMMES  
AGRESSEURS SEXUELS.**

Directeur de Thèse : M. le Docteur Mathieu LACAMBRE

### **JURY**

Président : M. le Professeur Philippe COURTET  
Assesseurs : M. le Professeur Sébastien GUILLAUME  
Mme le Docteur Emilie OLIE  
M. le Docteur Mathieu Lacambre

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
DUMAS Robert	MION Charles
DUMAZER Romain	MION Henri
ECHENNE Bernard	MIRO Luis
FABRE Serge	NAVARRO Maurice
FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
GRASSET Daniel	PEGURET Claude
GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
HERTAULT Jean	PUJOL Henri
HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
JANBON Charles	RAMUZ Michel
JANBON François	RIEU Daniel
JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE
LALLEMANT Jean Gabriel	LAVIT Jean Pierre
LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
LESBROS Daniel	SANY Jacques
LOPEZ François Michel	SENAC Jean-Paul
LORIOT Jean	SERRE Arlette
LOUBATIERES Marie Madeleine	SIMON Lucien
MAGNAN DE BORNIER Bernard	SOLASSOL Claude
MARY Henri	THEVENET André
MATHIEU-DAUDE Pierre	VIDAL Jacques
	VISIÉ Jean Pierre

#### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MILLAT Bertrand
BLANC François	MARES Pierre
BOULENGER Jean-Philippe	MONNIER Louis

BOURREL Gérard  
BRINGER Jacques  
CLAUSTRES Mireille  
DAURES Jean-Pierre  
DAUZAT Michel  
DEDET Jean-Pierre  
ELEDJAM Jean-Jacques  
GUERRIER Bernard  
JOURDAN Jacques  
MAURY Michèle

PRAT Dominique  
PRATLONG Francine  
PREFAUT Christian  
PUJOL Rémy  
ROSSI Michel  
SULTAN Charles  
TOUCHON Jacques  
VOISIN Michel  
ZANCA Michel

### **Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **PU-PH de classe exceptionnelle**

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé  
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie  
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale  
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
COUBES Philippe - Neurochirurgie  
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie  
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire  
DAVY Jean Marc - Cardiologie  
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation  
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
ELIAOU Jean François - Immunologie  
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale  
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie  
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire  
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation  
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick - Cardiologie  
MOURAD Georges-Néphrologie  
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition  
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie  
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale  
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive  
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie  
CAMU William-Neurologie  
CANOVAS François-Anatomie  
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion  
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation  
CORBEAU Pierre-Immunologie  
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale  
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation  
DAUVILLIERS Yves-Physiologie  
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale  
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie  
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie  
DROUPY Stéphane -Urologie  
DUCROS Anne-Neurologie -  
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence  
KOENIG Michel-Génétique moléculaire  
LABAUGE Pierre- Neurologie  
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie  
LECLERCQ Florence-Cardiologie  
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan -Physiologie  
MEUNIER Laurent-Dermato-vénérologie  
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie  
MORIN Denis-Pédiatrie  
NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
TOUITOU Isabelle-Génétique  
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

**PU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie  
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
CAPTIER Guillaume-Anatomie  
CAYLA Guillaume-Cardiologie  
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation  
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
DAIEN Vincent-Ophtalmologie  
DE VOS John-Cytologie et histologie  
DORANDEU Anne-Médecine légale -  
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie  
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
GENEVIEVE David-Génétique  
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie  
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
HAYOT Maurice-Physiologie  
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie  
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence  
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile  
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie  
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie  
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
LUKAS Cédric-Rhumatologie  
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale  
MORANNE Olivier-Néphrologie  
MOREL Jacques -Rhumatologie  
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
NOCCA David-Chirurgie digestive  
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale  
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie  
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie  
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
PRUDHOMME Michel-Anatomie  
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
RIVIER François-Pédiatrie  
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François-Cardiologie  
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie  
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
SULTAN Ariane-Nutrition  
THOUVENOT Éric-Neurologie  
THURET Rodolphe-Urologie  
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
VILLAIN Max-Ophtalmologie  
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
VINCENT Thierry-Immunologie  
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

#### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

#### 2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ Laurent - Sociologie, démographie

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

## **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

## **PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine**

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

## **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

### **MCU-PH Hors classe**

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie  
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie  
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie  
**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**  
BERTRAND Martin-Anatomie  
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie  
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire  
GOUZI Farès-Physiologie  
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie  
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire  
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail  
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

COSTA David  
FOLCO-LOGNOS Béatrice

#### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard  
GARCIA Marc  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SEGURET Pierre

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

##### **Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

##### **Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine - Neurosciences  
BERNEX Florence - Physiologie  
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé  
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire  
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire  
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques  
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé  
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé  
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques  
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé  
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques  
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences  
MOUTOT Gilles - Philosophie  
PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie  
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

### **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie  
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
FAILLIE Jean-Luc-  
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique  
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie  
HERRERO Astrid-Chirurgie générale  
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie  
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

# Remerciements

**A mon jury,**

**A Monsieur le Professeur Philippe COURTET,**

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de m'avoir accompagnée tout au long de mon internat et de me faire une place au sein de votre équipe.

**A Monsieur le Docteur Mathieu LACAMBRE,**

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Ton expertise clinique et théorique m'a été précieuse dans l'élaboration de cette recherche. Merci également pour ta disponibilité, tes encouragements et tes conseils tout au long de ce travail.

**A Madame le Docteur Emilie OLIE,**

Merci pour ta présence et ton intérêt. Pour ta disponibilité tout au long de mon internat, aussi bien dans tes enseignements que dans ton investissement dans la formation des internes.

**A Monsieur le Professeur Sébastien GUILLAUME,**

Merci pour ta présence et ton intérêt. Pour ton accompagnement, tes enseignements et ton soutien au cours de mon internat et lors de mon passage au Centre Expert TCA.

**A toutes celles et ceux qui ont participé à ma formation :**

Maryline et toute l'équipe de géro-psycho-geriatrie de l'hôpital de Nîmes.

Radu, Mary, Nadia, Alix, Céline B, Céline F, Fanny, Laure des urgences psy de Lapeyronie et des urgences en général.

L'équipe de l'UTTAD, Pascale, Caroline et Michèle.

Rose Marie, Julie, Alexandre, Elodie et toute les équipes du MPEA de Peyre Plantade.

L'équipe du CRIAVS et de l'UCSA de Villeneuve Les Maguelone, Cyril, Henry, Fadi, Aurélie, Erika, Magali, Pauline, Eric, Coco, les infirmières, psycho et secrétaires.

L'équipe du CHUM de Martinique et plus particulièrement l'équipe de l'UAD, Jean Marc, Eliane, Fred, Agnès, Raphaëlle, Franck, Edith, Elodie, et tous les autres !

L'équipe TCA, Maude, Kathlyne, Nico, Gaelle, Nadège, Jean Marc et toute l'équipe d'hospit complète.

### **A ma famille,**

Mes parents avant tout, pour leur soutien et leur amour depuis toujours. Pour votre curiosité à ce que je fais et vos multiples questions. Pour toute la fierté que je vois dans vos yeux.

Mes frères adorés, que j'aime par-dessus tout, et mes belles sœurs, Marie et Dea.

Ma marraine Faby et mon tonton Thierry nescot, qui êtes là depuis le début, pour toutes les chorba et séances de réflexo, vous avez largement contribué à cet accomplissement.

Mon parrain Emmanuel et ma tante Nadège, qui m'ont montré le chemin vers la psychiatrie.

Toute la famille Perret, Mamijo, mes tantes et oncle, mes cousines.

Toute la famille Duret, les oncles et tantes, les cousins, et ma grand-mère Véronique, cheffe de ce clan. A mon grand-père Marcel qui me manque et à qui je pense fort en ce jour si spécial.

Mireille, Claude, Simon et toute ma belle-famille.

## **A mes amis,**

Pierre, Masseur et Coco, mes 3 amis de cœur, que j'admire et aime tant.

Camillou, amie d'enfance retrouvée sur les bancs de la première année, ma coloc pendant une bonne partie de ce cursus, mon pilier pendant ces longues années d'études.

Anne, mon petit ananas, soutien sans faille depuis notre rencontre un soir d'été sur Albert 1<sup>er</sup>.

Mes supers copines Gomar, Sab, et Toutoune, et tout le reste de la communauté.

Mes petites meufiasses, Laura, Tofi et Laeti

Les Montpelliérains : Alexia, Guillaume, Jean, Astrid, Laure, Boog, ma Juju, Raph, Max, Nat, Seda, Leslie, Emilie, Thomas, ma Lulu, mon Lulu, Gui, Ninou, Charlotte, Allegra, Adèle, JC et tous les autres !!!!

Les parisiens : Bertrand, Swanou, Aloise, Mathieu, Jérôme, Marion.

**A toute la psychiatrie Montpelliéraine**, ceux qui ont été là pendant ces 4 années, à l'hôpital, à l'internat et ailleurs, pour le travail mais pas que, et avec qui j'espère continuer à travailler dans l'avenir.

Audrey et Brubru, mes 2 petits chouchous, mes amis.

Mes collègues de thèse, Manu, Charlotte, Prunelle, Yann, Lolo, Maelane, Deborah et Clémentine et Aurore.

Les copains co internes ou chefs, Lulu et Jacques, Carole et Julien, Ali, Estelle, Clémentine, Mary, Céline, Lucile, Chloé, Mathieu, Olivier, Dimitri, Emmanuelle, Nico, Olivia, Charly, Sylvain, Estelle, Thibault, Magali, Margaux, Charles, Marine, Yoann, Daniel, Victor, Manon, et tous ceux que j'aurai oublié de citer.

Les copains de Martinique, Leslie, Dimitri, Vincent, Maelys.

**A Pierre**, mon mari, pour tout ce qui est passé et tout ce qui est à venir, rien n'est mieux que t'avoir à mes côtés.

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Psychotraumatisme</b>	<b>18</b>
1.1	<i>Le stress</i>	18
1.2	<i>Le trauma</i>	19
1.3	<i>Les troubles psychotraumatiques</i>	21
1.3.1	Historique	21
1.3.2	Diagnostic de l'ESPT selon le DSM-5	22
1.3.3	Epidémiologie	23
1.3.4	Approche transnosographique: les troubles liés au trauma	23
1.3.5	Comorbidités	24
1.3.6	Des facteurs protecteurs et des facteurs de risque de développement des troubles psychotraumatiques	24
1.3.7	Particularités du trauma chez l'enfant	25
<b>2</b>	<b>Dissociation et trauma</b>	<b>26</b>
2.1	<i>La dissociation : concepts et considérations actuelles</i>	26
2.2	<i>La dissociation péri-traumatique</i>	28
2.2.1	Définition et clinique	28
2.2.2	Neurobiologie	28
2.2.3	La mémoire traumatique, conséquences à long terme	29
2.3	<i>Les symptômes dissociatifs dans les troubles liés au trauma</i>	30
2.4	<i>Le modèle « 4-D » : un nouveau cadre structurel pour la compréhension des symptômes liés au trauma</i>	31
2.5	<i>La reviviscence traumatique à l'origine d'un état dissociatif</i>	33
<b>3</b>	<b>Attachement et trauma</b>	<b>35</b>
3.1	<i>La théorie de l'attachement, concepts principaux</i>	35
3.2	<i>Construction du lien d'attachement, de l'enfance à l'âge adulte</i>	35
3.3	<i>Les styles d'attachement chez l'adulte</i>	37
3.4	<i>De l'attachement insecure aux troubles psychotraumatiques</i>	38
3.5	<i>Attachement désorganisé et dissociation</i>	39
3.6	<i>Évaluation de l'attachement</i>	40
<b>4</b>	<b>Les violences sexuelles</b>	<b>41</b>
4.1	<i>Définition</i>	41
4.2	<i>Concernant les mineurs</i>	42
4.3	<i>Epidémiologie</i>	43
4.4	<i>Conséquences des violences sexuelles dans l'enfance ou l'adolescence</i>	45
4.5	<i>Violences sexuelles et attachement</i>	46
4.5.1	Pour les victimes	46
4.5.2	Pour les auteurs	47
4.6	<i>Violences sexuelles et dissociation</i>	48
4.6.1	Pour les victimes	48
4.6.2	Pour les auteurs	48
4.7	<i>Mécanismes impliqués dans le passage à l'acte sexuel hétéro agressif</i>	49
4.8	<i>La dissociation participant au cycle victime-agresseur</i>	52
<b>5</b>	<b>Etude</b>	<b>54</b>
5.1	<i>Modèle théorique sous-jacent</i>	54

5.2	<i>Design &amp; objectifs</i> .....	55
5.3	<i>Participants</i> .....	55
5.3.1	Critères d'inclusion .....	55
5.3.2	Critères de non-inclusion .....	56
	Les critères de non-inclusion étaient les suivants: .....	56
5.4	<i>Déroulement</i> .....	56
5.4.1	Lieux et durée de recrutement .....	56
5.4.2	Passation .....	56
5.5	<i>Mesures</i> .....	57
5.6	<i>Critères de jugement principal et secondaires</i> .....	58
5.6.1	Critère de jugement principal .....	58
5.6.2	Critères de jugement secondaires .....	59
5.7	<i>Procédures statistiques</i> .....	59
5.8	<i>Résultats</i> .....	60
5.8.1	Présentation de la population.....	60
5.8.2	Caractéristiques socio-démographiques .....	60
5.8.3	Caractéristiques psychopathologiques.....	60
5.8.4	Caractéristiques pénales du premier épisode de violence sexuelle agie.....	61
5.8.5	Critère de jugement principal .....	62
5.8.6	Critères de jugement secondaires .....	63
5.9	<i>Discussion</i> .....	64
5.9.1	Dissociation et passage à l'acte .....	65
5.9.2	Dissociation et attachement .....	67
5.9.3	Limites de l'étude .....	68
<b>6</b>	<b>Conclusion et perspectives</b> .....	<b>70</b>
<b>7</b>	<b>Bibliographie</b> .....	<b>72</b>
<b>8</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>78</b>
8.1	<i>Questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique</i> .....	78
8.2	<i>Questionnaire des échelles de relation RSQ (Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew)</i> .....	79

# ABREVIATIONS

**AVS** : Auteur de Violence Sexuelle

**CAPS** : Clinician-Administered PTSD Scale

**CRIAVS** : Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

**CSA** : Child Sexual Abuse (Abus sexuel dans l'enfance)

**DSM 5** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie).

**ESPT** : Etat de Stress Post Traumatique

**FA** : Figure d'Attachement

**MIO** : Modèle Interne Opérant

**MINI** : Mini International Neuropsychiatric Interview

**NWC** : Normal Waking Consciousness (Etat Normal de Conscience)

**PTSD** : Post Traumatic Stress Disorder (Etat de Stress Post Traumatique)

**SA** : Système d'Attachement

**TRASC** : Trauma Related Altered State of Consciousness (Etat de Conscience Altéré Lié au Trauma)

**UCSA** : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

# INTRODUCTION

Longtemps tu ou minimisé, le sujet des violences sexuelles est aujourd'hui source de multiples campagnes d'informations, enquêtes, publications, émissions, documentaire etc. Elles constituent une problématique de santé publique, mais soulèvent également des débats sociétaux, déclenchent dans l'entourage et dans l'opinion publique des réactions émotionnelles intenses, généralement marquées par la colère et l'incompréhension.

Une idée communément admise en population générale affirme qu'une personne ayant vécu un ou des abus sexuels au cours de son enfance, et plus particulièrement dans un cadre intra familial, soit plus à risque, voire condamnée, à reproduire ces mêmes violences plus tard au cours de sa vie. La littérature scientifique elle-même réfère abondamment sur ce sujet : le cycle de la violence, ou cycle abuseur-abusé («abused to abuser theory »).

Si l'abus sexuel dans l'enfance est en effet associé à un risque accru de passage à l'acte sexuel ultérieur, ses déterminants et leurs poids relatifs impliquent plusieurs composantes et processus pour expliquer ce phénomène complexe.

Certains sujets auparavant victimisés deviendront auteurs de violences sexuelles, et d'autres non.

Dans notre étude, nous nous proposons d'explorer la question du psychotraumatisme avec l'hypothèse que l'il soit l'un des facteurs explicatifs de cette transition de victime à auteur de violences sexuelles. Plus précisément nous souhaitons mettre en évidence le lien entre les symptômes dissociatifs déclenchés par l'évènement traumatique initial et ceux revécus par la suite lors du passage à l'acte, la dissociation faisant donc le lien entre les violences subies et agies.

Dans une première partie, nous définirons le psychotraumatisme et ses modes d'expression, puis nous évoquerons plus spécifiquement la dissociation et son lien intime avec le trauma. En troisième partie, nous expliquerons les implications de l'attachement en tant que facteur de vulnérabilité prédisposant au psychotraumatisme et à la dissociation. Puis, nous appliquerons ces éléments aux situations de violences sexuelles, afin d'introduire notre recherche portant sur les corrélats dissociatifs au cours des violences subies et agies au sein d'une population d'hommes agresseurs sexuels.

# 1 Psychotraumatisme

## 1.1 Le stress

Lorsqu'un individu est exposé à une situation de menace pour son intégrité physique ou psychique, des processus neurobiologiques et psychologiques vont, de façon automatique et inconsciente, être activés, afin de lui permettre de réagir efficacement à cette situation (1).

Au niveau biologique, des cascades neuro hormonales se déclenchent lors de la perception d'un stresser, ou facteur de stress. Il y a activation immédiate de l'axe catécholaminergique (avec sécrétion d'adrénaline et noradrénaline), puis dans un second temps de l'axe hypothalamo-hypophysaire (entraînant une sécrétion de cortisol par les surrénales), ce qui permet à l'organisme de se mobiliser face à cette menace : accélération de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle pour une meilleure oxygénation des organes, augmentation de la glycolyse puis de la glycogénogénèse pour fournir de l'énergie (du glucose), etc. Par ailleurs, la sécrétion d'opioïdes endogènes permet une gestion de la douleur, la vasopressine de prévenir une déshydratation (2). En 1940, Selye parle du stress comme un « syndrome général d'adaptation ».

Les dimensions cognitives du stress sont décrites dans la suite des considérations biologiques. Sur le plan psychologique, la réaction de stress permet au sujet de focaliser son attention, solliciter ses capacités cognitives (évaluation du danger, rappel des moyens de défense, raisonnement déductif, etc), et va l'inciter à prendre une décision et à agir. L'objectif est la protection et la préservation de l'individu (1).

En bref, le stress correspond à une réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'organisme, qui va permettre, face à une agression ou une situation inopinée, quelle qu'en soit la nature, une prise de décision et un comportement adapté.

La réaction de stress va être variable en fonction de l'impact du facteur de stress chez un individu donné, en lien avec des composantes innées (susceptibilité génétique, tempérament) et acquises (histoire personnelle, antécédents médicaux ou psychiatriques etc).

Dans certains cas, l'évènement stressant va, de par sa violence, sa brutalité et sa soudaineté, dépasser les capacités d'adaptation du sujet et être source d'un traumatisme psychologique (par exemple, lors d'une catastrophe naturelle, d'une agression, un attentat, une prise d'otage, etc).

## 1.2 Le trauma

Le terme traumatisme, du grec ancien *traumatismos*, action de blesser, emprunte à la terminologie chirurgicale. Appliqué au psyché, le traumatisme psychologique signifie la transmission d'un choc violent par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques, transitoires ou durables (1) (3) (4).

Pierre Janet (1859-1947), philosophe, psychologue et psychiatre français à la Salpêtrière, conçoit l'activité psychologique comme une activité d'association, de synthèse. En 1889, dans L'automatisme psychologique, il explique que la conséquence du traumatisme psychique est une « dissociation de la conscience ». En effet, l'expérience traumatique, qui pénètre le psychique par effraction, va s'y loger sous la forme d'une souvenance (construite d'éprouvés et de ressentis bruts, en dehors de tout langage), tandis que le reste de la conscience, faite d'images et de pensées élaborées, va continuer à fonctionner normalement. Le « corps étranger », agissant tel un parasite, sera à l'origine ultérieurement de symptômes incontrôlés et inadaptes (des hallucinations, des cauchemars, des sursauts, etc.). Freud reprendra plus tard les mêmes hypothèses mais utilisera le terme de « réminiscence » pour désigner ce que Janet appelait la souvenance traumatique (1) (3) (4).

En 1921, Freud développe dans son essai Au-delà des principes du plaisir, sa théorie sur les aspects dynamiques du trauma. Le psychisme est décrit comme une vésicule vivante, en remaniement constant, qui assure la protection de l'appareil psychique des excitations nuisibles (les stressors) par une couche externe appelée « pare excitation ». Le sujet confronté à un facteur de stress va mobiliser ses ressources énergétiques afin de se défendre et renforcer cette membrane protectrice : la vésicule sera partiellement écrasée, déformée, par le choc mécanique externe, mais restera intacte lorsque la pression diminuera, l'appareil psychique reprenant sa forme initiale et son fonctionnement normal. Lorsque l'excitation est trop intense, elle va faire effraction dans la vésicule, pénétrer dans le « pare excitation » : on parlera alors de traumatisme. L'appareil psychique se retrouvera marqué définitivement par le traumatisme (1) (3) (4). En fonction des ressources du sujet et de sa capacité à les mobiliser à un instant t, l'évènement potentiellement traumatisant fera effraction (fera trauma) ou non.

Par la suite, d'autres psychanalystes cliniciens se sont intéressés à un autre aspect du traumatisme psychique, celui de l'«absence de signification». Autrement dit, certains événements font trauma parce qu'ils confrontent, brusquement et de façon inattendue, le sujet au réel de la mort.

L'individu vit au quotidien une réalité déformée, construite autour de représentations mentales, de soi, de l'autre, du monde, en lien avec notre histoire personnelle, notre culture, notre langage. L'évènement traumatique violent va brusquement confronter le sujet à une réalité inconnue, sans représentation préalable, car jamais présentée auparavant, jamais vécue, jamais élaborée : la mort. Face à cette agression sur laquelle il ne peut ni mettre de sens, ni exercer un contrôle, l'individu est brutalement et dramatiquement confronté à l'éventualité de sa propre disparition ou de ceux qui l'entourent. Cette rencontre avec réel de la mort lui fait vivre une expérience d'effroi, un pressentiment de destruction totale, de néantisation. Il s'agira d'une perception, une sensation, jamais un discours (1) (3) (4).

Ainsi, si le stress est une réaction adaptative invariable de l'organisme, de mobilisation de ressources internes dans un but de protection et défense de l'individu, le trauma lui, rend compte d'un dépassement de ces ressources (on parlera de stress dépassé), avec une effraction brutale et sidérante du psychisme, à l'origine d'une blessure, dont les séquelles pas nécessairement visibles, pourront entraîner des pathologies psychotraumatiques.

## 1.3 Les troubles psychotraumatiques

Caractérisés par des désordres comportementaux, cognitifs et émotionnels, les troubles psychotraumatiques peuvent se déclarer dans les heures, les jours, les semaines voire les années suivant l'évènement.

### 1.3.1 Historique

On en retrouve des descriptions cliniques variées depuis l'Antiquité, notamment dans les écrits d'Hérodote, au Vème siècle avant JC.

Au XIXème siècle, le lien entre traumatisme et troubles psychiques ainsi que leurs descriptions cliniques deviennent plus spécifiques et Oppenheim propose en 1889 le terme de « névrose traumatique ».

L'intérêt est croissant suite à la 2<sup>nd</sup>e guerre mondiale et la guerre du Vietnam, avec une multiplication d'études chez les survivants du front et des camps : la psychiatrie militaire va développer une analyse sémiologique des troubles rencontrés, des troubles aigus (*shell shock*) jusqu'aux séquelles au long cours (névrose de guerre). Les résultats de ces recherches seront par la suite étendus à la prise en charge des victimes de différents traumatismes (agressions, attentats, etc).

En 1980 a lieu un changement nosographique, s'éloignant du terme à consonance freudienne et approchant une dimension neurobiologique du trouble. L'état de stress post traumatique, ou post traumatic stress disorder en anglais, entre dans le DSM V, comme la manifestation de perturbations mentales, d'origine biologique, suite à une expérience de traumatisme psychique (1) (3).

### 1.3.2 Diagnostic de l'ESPT selon le DSM-5

L'état de stress post traumatique (ESPT) est le trouble le plus souvent évoqué dans le psychotraumatisme et, comme décrit dans le DSM 5, est affirmé par la réunion de plusieurs critères (5).

Tout d'abord, il est consécutif à l'exposition pour le sujet à la mort effective ou une menace de mort, à une blessure grave ou une agression sexuelle, selon une (ou plusieurs) des façons suivantes : exposition directe au traumatisme, y assister comme témoin, apprendre qu'un tel événement est arrivé à un proche (critère A).

Quatre types de symptômes sont présents.

Le syndrome intrusif ou de reviviscence, est caractérisé par la survenue récurrente, incontrôlée et envahissante de souvenirs et/ou de rêves en lien avec l'évènement, à l'origine d'une souffrance émotionnelle majeure et d'un vécu d'impuissance. Il peut également exister des réactions dissociatives « comme si » l'évènement se reproduisait, ainsi qu'un sentiment de détresse psychique lors de l'exposition à des indices liés à l'évènement ou pouvant l'évoquer, associé à des réactions physiologiques intenses (critère B).

Le patient demeure dans un état d'hypervigilance et d'hyperréactivité, c'est-à-dire en alerte permanente, comme si la menace était toujours présente (sentiment de menace entretenue notamment par le syndrome de reviviscence), avec pour conséquence une tension interne intense, des réactions de peur et de sursaut démesurées, une irritabilité voire une agressivité, des troubles du sommeil, pouvant aboutir à un épuisement physico psychique (critère E).

Va se mettre en place un évitement persistant de stimuli internes (souvenirs, pensées) et externes (personnes, lieux, activités, conversations) pouvant réveiller le traumatisme et déclencher un sentiment de détresse (critère C).

Enfin, on retrouve des altérations négatives persistantes au plan cognitif et de l'humeur, telles que l'incapacité à se souvenir de certains éléments de l'évènement, une tristesse de l'humeur, des croyances négatives fausses concernant soi et le monde (une détérioration de l'estime de soi, un sentiment de culpabilité, un pessimisme persistant), un sentiment de détachement, d'étrangeté à autrui, pouvant conduire au repli et à l'isolement (critère D).

On distingue l'état de stress aigu, forme clinique apparaissant du 3e au 30e jour de l'évènement (phase post-immédiate), et le trouble de stress post-traumatique (PTSD en anglais) proprement dit, à partir du 30e jour de l'évènement (5).

### 1.3.3 Epidémiologie

La prévalence d'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s) est variable d'un pays à l'autre ; en Europe et en Amérique du Nord, la prévalence de sujet exposés à au moins un événement traumatique au cours de leur vie varie entre 50 et 75% selon les études (6) (7). Cette prévalence est également fluctuante selon les critères d'évaluation et les méthodes de recueil.

L'évènement le plus fréquemment vécu est la mort subite d'un ami ou d'un membre de sa famille pour 30 à 60 % des sujets interrogés, tandis que les moins fréquents (moins de 15 % de la population) correspondent au combat militaire, à l'abus sexuel, la négligence parentale et l'abus physique ou sexuel durant l'enfance (8).

La prévalence de l'ESPT en population générale varie de 2 à 8% selon les études (9) (10).

Les événements traumatiques le plus fortement associé au développement d'un trouble de stress post traumatique sont le viol (OR 8,9) et le kidnapping (OR 9,8) (9).

### 1.3.4 Approche transnosographique: les troubles liés au trauma

Dans le DSM 5, la catégorie des troubles liés au traumatisme et à des facteurs de stress comprend également d'autres entités cliniques : le trouble réactionnel de l'attachement et la désinhibition du contact social liés à des troubles précoces et sévères de l'attachement, le trouble de l'adaptation, et les autres troubles spécifiés liés à un traumatisme ou autre facteur de stress (troubles ressemblant à un trouble de l'adaptation avec début retardé des symptômes survenant plus de 3 mois après le facteur de stress, ou syndromes d'ordre culturel, ou deuil persistant) (5).

Également, les troubles dissociatifs, catégorie à part dans le DSM 5 sont associés aux antécédents traumatiques. Ils ont pour caractéristiques communes la dépersonnalisation, la déréalisation, l'amnésie, la confusion et l'altération durable de l'identité (11) (12) (13). La prévalence des troubles dissociatifs est de 9% à 18% en population générale selon les études, et le plus grave d'entre eux, le trouble dissociatif de l'identité correspond à 1% de ces troubles (13).

La personnalité borderline, appartenant aux troubles de l'axe 2, et correspondant à un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, est souvent associée à des antécédents traumatiques, si bien que la maltraitance infantile (notamment sexuelle) est considérée comme l'un des agents étiologiques du trouble (14) (13). Le risque de développer ce trouble de personnalité est multiplié par 6 chez une personne avec un antécédent d'abus sexuel dans l'enfance (15).

Certains sujets traumatisés vont exprimer des difficultés psychiques et symptômes ne pouvant remplir les critères d'un trouble tel que décrit dans les classifications psychiatriques actuelles internationales.

Par exemple, certains sujets exposés à un événement traumatique ne développeront pas d'ESPT complet mais présenteront néanmoins une symptomatologie post traumatique invalidante : une revue de la littérature de 2008 retrouve une forte association entre l'expérience de dissociation péri traumatique vécu par des patients et la survenue ultérieure de symptômes d'intrusion et d'évitement, en dehors des diagnostics d'ESPT complets (16)

Parmi ces sujets présentant des symptômes post traumatiques, les thématiques des répétitions peuvent être très différentes, témoignant de la singularité de l'évènement vécu pour chacun d'entre eux (17).

### **1.3.5 Comorbidités**

Les comorbidités sont fréquentes puisqu'elles concernent près de 60% des sujets diagnostiqués avec un ESPT dans l'année suivant l'évènement traumatique (8). Les troubles psychiques comorbides les plus fréquents sont l'épisode dépressif majeur (OR 20,7), le trouble panique (OR 17,6), trouble anxieux généralisé (OR 17,6) et l'agoraphobie (OR 12,5) (9).

Par ailleurs ces pathologies peuvent également apparaître dans les suites d'un traumatisme en dehors de tout diagnostic de trouble lié au traumatisme comme décrit dans le DSM 5.

### **1.3.6 Des facteurs protecteurs et des facteurs de risque de développement des troubles psychotraumatiques**

Certains éléments favorisent la survenue d'un trouble psychotraumatique : gravité de l'évènement, avec notion d'une intentionnalité de la violence (c'est-à-dire les événements qui impliquent une malveillance interpersonnelle), des antécédents personnels ou familiaux de psychopathologie ou d'adversité dans l'enfance, l'absence de soutien social, des facteurs cognitifs (tels qu'un QI faible), des traits de personnalité évitante, etc (18).

Des agressions répétées, chroniques, par un proche ou une connaissance, ont de plus graves conséquences à long terme, avec notamment un risque augmenté de PTSD, qu'un évènement isolé, perpétré par un inconnu (19).

Plus que la nature de l'évènement en lui-même, il semble que ce soit le vécu subjectif de l'individu exposé qui détermine la réaction pathologique-post traumatique. Parmi les sujets confrontés à une même situation stressante, seuls quelques-uns souffriront d'un ESPT. En effet,

un évènement n'a pas la même charge traumatique pour tous. La survenue d'un trouble psychotraumatique est en lien avec la manière dont l'individu a investi l'évènement. Ainsi, l'un des facteurs des plus déterminants dans la réaction pathologique post-traumatique est l'intensité de la réaction immédiate, de la détresse péri-traumatique. La survenue d'un état de dissociation péri traumatique est particulièrement associé à la survenue d'un trouble de stress post traumatique (20).

### **1.3.7 Particularités du trauma chez l'enfant**

Les réactions traumatiques sont variées. Les plus petits (cinq ans et moins) vont présenter des réactions fréquentes de pleurs, d'angoisse de séparation, parfois aussi des comportements régressifs (peur du noir, sucer son pouce, énurésie secondaire). Ces réactions sont très dépendantes du comportement des figures parentales (21) (5).

Chez les enfants entre six et douze ans, on peut observer un retrait social ou une agitation, des troubles attentionnels, des troubles du sommeil, des peurs irrationnelles, de l'agressivité ou de l'irritabilité, des symptômes somatoformes. Parfois l'enfant va présenter une baisse des performances scolaires voire un refus d'aller à l'école (21) (5).

Chez les adolescents, la clinique va être plus proche de celle observée chez les adultes : cauchemars fréquents, insensibilité émotionnelle, anesthésie affective ou détachement, évitement conscient de tout ce qui pourrait rappeler l'évènement traumatique, mais aussi fréquemment des dépressions, des abus de substances, des comportements antisociaux, un retrait social, des plaintes somatiques, des idées suicidaires, des troubles du sommeil (21) (5).

On sait que certains facteurs vont agir sur la gravité et l'intensité des réactions : des facteurs pré-traumatiques, c'est-à-dire liés à l'enfant/l'adolescent ou à son environnement et son histoire (antécédent d'abus ou d'autre trauma, antécédent personnel ou familial de trouble mental), des facteurs liés à l'exposition à l'évènement traumatique et à sa nature, des facteurs post traumatiques, notamment la qualité de l'environnement familial et du soutien (21) (5).

Certaines périodes sont plus à risque dans le développement des troubles post traumatiques : la petite enfance où l'enfant possède de moindres ressources cognitivo affectives lui permettant de faire face à l'évènement, l'adolescence ou pré adolescence où les compétences d'auto régulation se développent brutalement entraînant une modification de la qualité des liens avec les personnes ressources ou Figures d'Attachements (FA).

## 2 Dissociation et trauma

### 2.1 La dissociation : concepts et considérations actuelles

L'état de conscience ordinaire se caractérise par la mobilité de l'attention, par sa capacité à se porter d'une information à l'autre, à recueillir et lire ces données, les synthétiser pour évaluer et s'adapter à la situation. Le travail cérébral consiste en une transmission constante de l'information entre différentes zones cérébrales et correspond entre autres à une activité associative implicite et permanente, entre les souvenirs, les pensées, les affects, les sensations corporelles, etc. De cette cohérence émerge le soi, base de notre identité individuelle et de notre sentiment de continuité au cours du temps (22).

La dissociation psychique est une rupture de l'unité psychique et de ces capacités, avec en conséquence une désorganisation de l'activité mentale. Le DSM-5 la définit comme : « Une perturbation et / ou discontinuité de l'intégration normale de la conscience, la mémoire, l'identité, la perception, la représentation corporelle, le contrôle moteur et le comportement, en précisant que les symptômes dissociatifs peuvent potentiellement perturber chaque aire du fonctionnement psychologique » (5).

Cardena and Carlson (2011) définissent l'expérience dissociative comme incluant :

- une perte de continuité dans l'expérience subjective accompagnée d'intrusions involontaires et non désirées dans la conscience et le comportement (dissociation dite positive); et/ou
- une incapacité à accéder à certaines informations ou au contrôle de certaines fonctions mentales normalement accessibles ou contrôlables, ce qui se manifeste par des interruptions dans la conscience, la mémoire, l'identification du soi (dissociation dite négative); et/ou
- un sentiment de déconnexion ou détachement qui inclurait des distorsions perceptuelles à propos de soi et de l'environnement (23).

Elle survient donc quand divers éléments (par exemple un traumatisme psychique) perturbent la capacité d'association et synthèse des différents phénomènes psychologiques de la conscience, provoquant une scission psychique, dans laquelle les pensées, les émotions et les comportements peuvent fonctionner de manière automatique (24).

Dans une méta analyse de 2012 de plus de 1500 études, Dalenberg et al. (25) mettent en évidence un fort soutien empirique pour le modèle du trauma qui existe de longue date (TM), qui pose que le traumatisme précoce joue un rôle clé dans la genèse de la dissociation ; et réfutent le modèle du fantasme (FM), qui suggérait que la propension au fantasme, la suggestibilité, les échecs cognitifs et d'autres variables favoriseraient la dissociation. La dissociation est liée à l'histoire du traumatisme (23).

Dans la littérature internationale, la coexistence de trois définitions de la dissociation maintient une certaine confusion terminologique et conceptuelle (24) (23). Il peut tout d'abord s'agir d'un syndrome rendant compte d'une modification de l'état de conscience, temporaire ou chronique, se manifestant sur un continuum allant du « normal » au pathologique. Les expériences dissociatives dites « normales » sont des expériences banales, apparaissant en dehors de toute pathologie mentale, et qui sont vécues de façon transitoire : il s'agit par exemple des rêves éveillés, des états d'absorption dans l'imaginaire, ou encore des expériences induites, telles que les trances hypnotiques. Dans ces situations, il n'y a pas d'altération durable de l'organisation psychique. La dissociation pathologique comprend les troubles dissociatifs, tels que définis et décrits dans le DSM-5, ou encore la dissociation péri-traumatique.

Le terme peut également désigner une compartimentalisation durable des processus psychiques dont certains ne sont plus accessibles à la conscience et à la volonté ; il s'agit d'une fragmentation de la personnalité, observée en particulier chez les adultes victimes de traumatismes répétés dans l'enfance (maltraitance, inceste. . .). Dans ce cas, elle permet à certains sujets de vivre des années en occultant des souvenirs de traumatismes graves.

Enfin, le terme de dissociation peut également renvoyer à processus de coping ou un mécanisme de défense : l'état dissociatif serait alors un système neurobiologique adaptatif activé en cas de situation traumatiques importante alors que les autres systèmes de sauvegarde (tel que se battre ou fuir, « fight or flight ») sont dépassés ou inefficaces (26).

Ces trois acceptions ne se contredisent pas, la dernière, à laquelle nous allons nous intéresser, permettant de donner une fonction aux deux premières. Nous allons nous intéresser plus précisément à la dissociation péri-traumatique, altération de l'état de conscience provoquée par l'exposition à un événement traumatique, et ayant pour fonction de protéger le sujet.

## 2.2 La dissociation péri-traumatique

### 2.2.1 Définition et clinique

La dissociation péritraumatique correspond à l'ensemble des symptômes dissociatifs pouvant survenir au moment ou dans les heures suivant l'exposition à un évènement traumatique. Elle correspond à une forme de réaction anxieuse très sévère (appartenant à l'état de stress aigu), rendant compte pour l'individu de l'expérience du trauma.

Les différentes réactions dissociatives péri traumatiques identifiées sont : l'amnésie dissociative, la stupeur dissociative, les troubles somatoformes dissociatifs, le trouble de dépersonnalisation, la déréalisation, les actions automatiques et la distorsion temporelle (27).

La clinique est variable : on peut retrouver un trouble du contact, un état d'absorption, de détachement voire d'hébétude et de sidération, ou au contraire une activité motrice automatique et désorganisée, hors de contrôle (l'automatisme). Les réponses émotionnelles peuvent être atténuées voire absentes. Le sujet est désorienté au niveau temporel et/ou spatial. Il peut également exister des troubles du cours et du contenu de la pensée, ou encore des troubles de mémoire.

Sur le plan psychopathologique, cet état de sidération, dans lequel les sensations physiques et les émotions sont mises à distance, a pour but de protéger la psyché de l'individu. Il s'agit d'un échec du travail de synthèse et d'appropriation des évènements actuels gravement menaçants pour l'individu, qui peut ainsi s'abstraire de la situation traumatisante.

Néanmoins, la dissociation péri traumatique entrave considérablement la capacité du sujet à faire face de façon adéquate à la situation (27).

### 2.2.2 Neurobiologie

Un évènement traumatique extrême va déclencher une hyperactivation des mécanismes neurobiologiques adaptatifs du stress, avec une forte sécrétion d'adrénaline et cortisol, liée à une hyperactivité de l'amygdale cérébrale (structure qui contrôle les réponses et la mémoire émotionnelles). L'invasion de l'organisme par ces molécules en trop forte concentration altère le fonctionnement du cortex qui ne peut plus jouer son rôle modérateur sur l'amygdale, ce qui entraîne un risque cardio vasculaire et neurologique majeur pour le sujet. Un système neurobiologique de sauvegarde intervient alors, avec sécrétion de substances endogènes morphine-like et kétamine-like.

Celles-ci vont provoquer un « court-circuit cérébral » qui isole l'amygdale et déclenche une anesthésie émotionnelle et physique, à l'origine de l'état clinique de dissociation : le sujet est détaché, déconnecté, indifférent, il présente un comportement inadapté face à la situation de violence qu'il subit, en devient spectateur (28)(29)(18).

### 2.2.3 La mémoire traumatique, conséquences à long terme

Si la dissociation péri-traumatique a une fonction immédiate adaptative, à savoir protéger l'individu d'un ressenti trop intense en termes de sensations et émotions, les conséquences à long terme sont pathologiques, avec une potentialisation du risque de psychotraumatisme, par échappement, au moins partiel, au processus intégratif physiologique (24).

En effet, la disjonction cérébrale dont nous avons parlé plus haut, ayant pour but de protéger l'organisme du sujet, va isoler l'amygdale de l'hippocampe (structure responsable de la mémoire contextuelle, permettant le rappel des souvenirs, leur stockage et leur mémorisation). Ainsi, lors de l'évènement traumatique, l'attention se restreint et se focalise sur la source principale du danger, si bien que les éléments sensoriels, émotionnels et contextuels de la situation sont enregistrés par la mémoire perceptive sensorielle sans être analysés, associés entre eux et donc intégrés de façon cohérente par l'hippocampe ; il s'en suit une surconsolidation de la composante émotionnelle du souvenir avec un encodage déficitaire, fragmenté des éléments contextuels (30) (21).

En bref, l'état dissociatif est associé à des altérations des capacités d'encodage mnésique, de consolidation, de stockage et de rappel de l'expérience traumatiques, amenant à une fragmentation et une compartimentalisation du souvenir traumatique.

Salmona (2013) parle de cette mémoire sensorielle piégée, qui « *va rester hors temps, non-consciente, à l'identique, susceptible d'envahir le champ de la conscience et de refaire revivre la scène violente de façon hallucinatoire, comme une machine à remonter le temps, avec les mêmes sensations, les mêmes douleurs, les mêmes phrases entendues, les mêmes odeurs, les mêmes sentiments de détresse et de terreur* ». Il s'agit de la mémoire traumatique. Cette mémoire peut envahir « *tout l'espace psychique de façon incontrôlable* », même lors de situations banales et sans danger, lorsque le sujet va se retrouver confronté à un évènement ou un élément rappelant les scénarii traumatiques vécus (un lieu, une situation, une conversation, une odeur, un souvenir, etc.) (29).

Pierre Janet, l'un des premiers traumatologues, écrivait à l'époque comment les souvenirs traumatiques étaient séparés (« dissociés ») de la conscience normale, et responsables d'incontrôlables reviviscences de l'évènement (30).

C'est donc cette mémoire traumatique qui va être à l'origine de la plupart des symptômes des troubles de stress post traumatiques, et notamment des symptômes d'intrusion (réminiscences, flash-backs, cauchemars). La mémoire traumatique peut également provoquer, parce qu'elle fait revivre les violences subies à l'identique (en termes sensoriels et émotionnels), le même état de stress extrême, et donc à nouveau une disjonction cérébrale, un état dissociatif (28).

## 2.3 Les symptômes dissociatifs dans les troubles liés au trauma

C'est ainsi que, par le biais de la mémoire traumatique, une symptomatologie dissociative pourrait survenir en réaction à un trauma initial ou en réponse à un stimulus rattaché à ce trauma (31), que ce soit dans l'état de stress aigu, l'état de stress post traumatique, les troubles dissociatifs par définition ou encore le trouble de personnalité borderline (24) (23).

Selon une étude réalisée sur un échantillon de plus de 25 000 sujets diagnostiqués ESPT, 14,4% présenteraient des symptômes de type dépersonnalisation/déréalisation (32), ce qui classe ces sujets dans le sous type ESPT avec symptômes dissociatifs, apparu dans le DSM 5.

Néanmoins, bien d'autres symptômes retrouvés dans les troubles post traumatiques peuvent être reliés à une manifestation dissociative du trauma. Dans la définition même de l'ESPT du DSM 5 (5), on retrouve la description de symptômes dissociatifs : l'individu peut en effet éprouver « des impressions ou agissements soudains « comme si » l'évènement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'évènement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-backs) ». Le sentiment d'anesthésie émotionnelle, c'est-à-dire le critère C5, « le sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres », est de nature dissociative (33), et de même, les symptômes d'évitement et « l'incapacité à se souvenir de parties importantes du trauma » pourraient être liés à l'amnésie dissociative. Dans le sous-groupe ESPT avec symptomatologie dissociative (soit des symptômes de dépersonnalisation et déréalisation, mesurés par la CAPS), des études ont retrouvé chez ces mêmes patients une augmentation significative d'autres symptômes de l'ESPT, à savoir les flash-backs et l'amnésie psychogène (34).

Dans le trouble de personnalité borderline, les situations de stress peuvent amener à la survenue transitoire de symptômes dissociatifs graves (35). Les critères diagnostiques comprennent également des « perturbations de l'identité » et une « instabilité de l'image de soi », phénomène qui pourrait impliquer des processus dissociatifs (23).

Plus largement, en dehors de tout diagnostic, les antécédents traumatiques sont associés à de plus hauts niveaux de symptômes dissociatifs en comparaison à des populations non traumatisées (26)(25).

## **2.4 Le modèle « 4-D » : un nouveau cadre structurel pour la compréhension des symptômes liés au trauma**

Pour mieux comprendre les symptômes de dissociation, expérimentés non seulement dans l'ESPT, mais également, par voie transdiagnostique, dans toute la diversité des troubles post traumatiques, Frewen et Lanius ont récemment proposé (2015) un nouveau cadre structurel en 4 dimensions (« the 4-D model ») qui permet de différencier et classer les symptômes liés au trauma entre les expressions de détresse psychique associées à des états de consciences normaux (Normal Waking Consciousness, ou NWC) et les symptômes liés à des états altérés de conscience liés au trauma (Trauma-Related Altered States of Consciousness, les TRASC) (36).

Les expériences de NWC et TRASC peuvent être donc classées dans 4 grandes dimensions de la conscience :

- Le temps : flash-back dissociatifs (TRASC) versus intrusions de souvenirs et rappels d'éléments stressants, qui n'impliquent pas des expériences de reviviscence (NWC),
- Les pensées : hallucinations auditives (TRASC) versus cognitions et pensées négatives sur soi et le monde (NWC),
- Le corps : dépersonnalisation et déréalisation (TRASC) versus hypervigilance, hyperréactivité physiologique (NWC),
- Les émotions : émoussement affectif, anesthésie émotionnelle (TRASC) versus fléchissement thymique et affects négatifs (NWC)

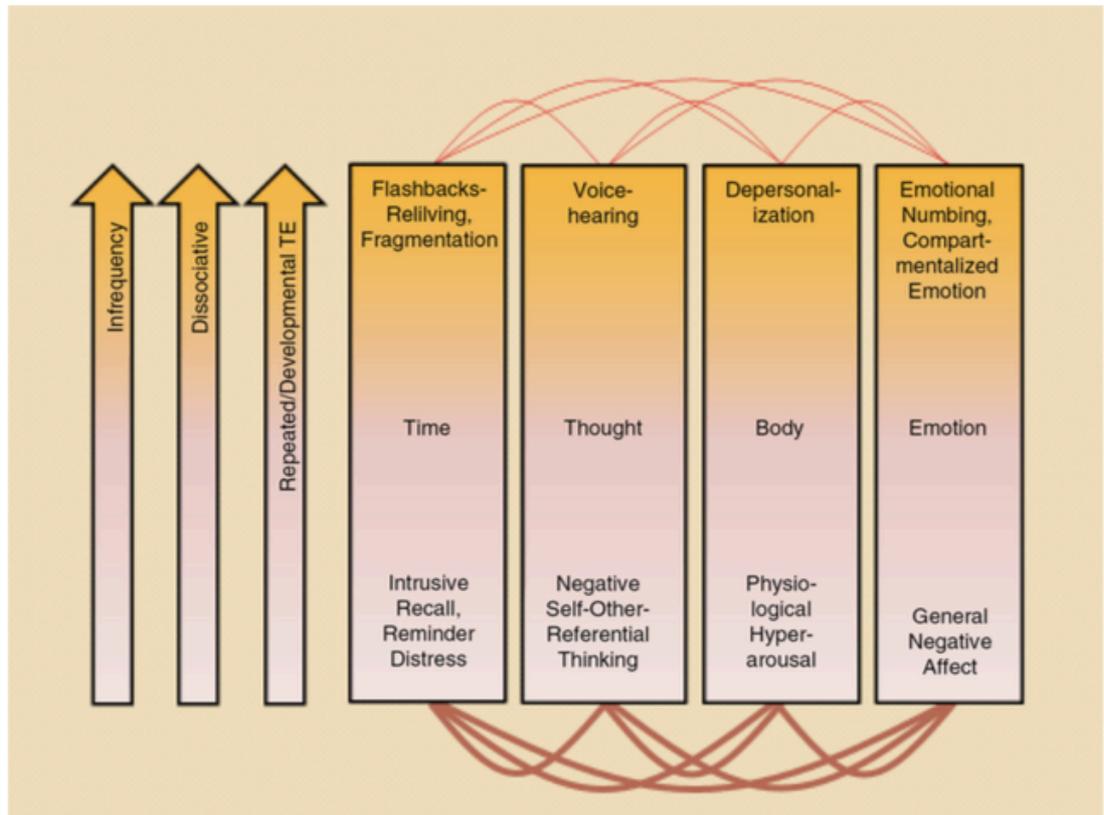


Fig. 1 : Résumé du 4-D model. La partie inférieure rose des 4 rectangles indique les processus non dissociatifs (NWC) tandis que la partie orange supérieure les processus dissociatifs. La première flèche (infrequency) indique que les expériences de TRASC sont supposées être moins fréquentes que les présentations en état normaux de conscience (étant par définition, les états phénoménologiques les plus communs de l'expérience humaine). A noter également, les 4 dimensions ne sont pas mutuellement exclusives mais pourraient référer au même phénomène, selon différentes perspectives (36).

Il s'agit d'un modèle théorique élaboré récemment et plusieurs études ont été réalisées et sont en cours pour déterminer la validité de ce modèle parmi différentes populations (12) (23)(37)(38)(39)(40). A travers ces études, plusieurs formulations théoriques ont été testées, et confirmées, notamment le fait que, parmi des sujets présentant des symptômes liés au trauma, les symptômes de NWC sont expérimentés plus fréquemment que ceux de TRASC (en effet, l'état normal de conscience est, par définition, l'état psychologique le plus fréquent, même en situation de stress). Également ces symptômes de TRASC sont plus fortement retrouvés chez des sujets présentant des hauts scores sur d'autres mesures de dissociation pathologique.

## 2.5 La reviviscence traumatique à l'origine d'un état dissociatif

Le critère B de l'ESPT du DSM-5 comprend l'ensemble des symptômes appartenant au syndrome de reviviscence : intrusions de souvenirs liés à l'évènement, cauchemars ou rêves répétitifs, flash-backs dissociatifs (« comme si » l'évènement se reproduisait), ou encore un sentiment de détresse psychique et/ou une hyperréactivité physiologique (tachycardie, sueurs, tremblements, etc) déclenchés par l'exposition à des indices en lien avec l'évènement (5).

Ces symptômes sont liés à la formation de la mémoire traumatique (28), issue du débordement des capacités de synthèse et de transformation du cerveau lors de l'expérience traumatisante : les souvenirs sont encodés dans des conditions de stress et menaces extrêmes et ne sont pas reliés à des facteurs et représentations contextuelles (41)(30).

Les reviviscences correspondent à des phénomènes de rappel mnésique différents des souvenirs normaux, tant les souvenirs traumatiques sont de nature qualitative différente (liées notamment au contexte particulier d'encodage, mais également à l'intensité de leur composante sensorielle), sollicitant des mécanismes neuronaux différents de ceux utilisés dans le stockage des souvenirs classiques (21).

L'exposition à des stimuli externes (lieu, conversation, situation, personne, mais aussi une couleur, une odeur ou encore un son) ou internes (souvenir, pensée, émotion, sensation), n'ayant parfois aucun lien sémantique avec le trauma, mais évoquant l'évènement (amorce mnésique) est susceptible de provoquer automatiquement la survenue d'une reviviscence (rappel d'un souvenir ou d'une image, ou bien un flash-back dissociatif, ou uniquement déclenchement d'un vécu de détresse psychique et/ou physique) et en conséquence un stress significatif pour l'individu, susceptible de dépasser à nouveau ses capacités psychiques de régulation.

Dans une étude française publiée en 2007 où l'on retrouve une prévalence de 30% d'exposition vie entière à un évènement potentiellement traumatique, si 5% des sujets exposés développent un trouble psychotraumatique au sens large (PTSD complets et subsyndromiques), jusqu'à 10% d'entre eux connaîtront par la suite des phénomènes de reviviscence (intrusions de souvenirs, flash backs dissociatifs etc) (42).

A l'inverse des autres symptômes de reviviscences, présents dans nombres de troubles liés au trauma, il apparaît que les flash-back dissociatifs sont caractéristiques de l'ESPT (41) (30).

La définition des flash backs dissociatifs a été longtemps assez floue, certains rapportant une reviviscence totale de l'évènement tandis que d'autres la décrivent partielle ou momentanée, ou encore concernant uniquement un aspect de l'expérience initiale (30). Finalement, le DSM-5 et les critères proposés pour le PTSD dans la CIM-11 ont maintenant opté pour la définition plus inclusive dans laquelle les flash-backs sont considérés comme existant sur un continuum entre ces deux extrêmes. Cette définition est en accord avec le modèle proposé par Frewen et Lanius sur les symptômes des troubles liés au trauma (36).

Pour les premières, il s'agit d'intrusions de souvenirs déclaratifs de l'évènement. Les flash-backs dissociatifs dépendent d'une mémoire perceptive involontaire distincte de la mémoire épisodique normale. Lors d'un évènement traumatique, l'attention est restreinte et focalisée sur la source principale du danger, si bien que les éléments sensoriels et contextuels de la situation sont enregistrés par la mémoire perceptuelle sans être analysés, associés entre eux et donc encodés de façon cohérente ; il en résulte des souvenirs fragmentés et peu contextualisés, difficiles à contrôler.

Ces reviviscences sont caractérisées par leur nature involontaire et incontrôlable, la force des ressentis sensoriels (visuels, auditifs, olfactifs, tactiles) et du sentiment de « présence » ou autrement dit, le sujet est « immergé » dans son souvenir, comme si celui-ci était en train de se produire (30).

Lors de l'expérience d'un flash-back, les patients décrivent notamment des distorsions temporelles et des réactions motrices involontaires ; les récits décrivant ces reviviscences contiennent des mentions de mort et d'émotions telles que la peur, l'impuissance, l'horreur (30). Il est également possible de revivre des souvenirs de douleur physique sur un mode somatoforme du flash-back, c'est-à-dire une reviviscence caractérisée par une expérience actuelle de douleur (43).

Les autres symptômes de reviviscence parce qu'ils vont faire revivre les violences, parfois jusqu'à revivre le même état de stress extrême, sont susceptibles de déclencher à nouveau une disjonction cérébrale et un état dissociatif (28).

## 3 Attachement et trauma

### 3.1 La théorie de l'attachement, concepts principaux

Décrite et formalisée initialement par Bowlby (1969/1982), la théorie de l'attachement soutient que les êtres humains, comme tous mammifères, naissent avec une forte disposition naturelle à rechercher le soutien et le réconfort auprès d'autres membres du groupe social, lorsqu'ils sont confrontés à un danger ou à une situation de détresse physique ou émotionnelle (44).

Elle présuppose chez l'individu des besoins affectifs fondamentaux pour son développement et son fonctionnement. Le système d'attachement, bien que plus actif pendant l'enfance, opère tout au long de la vie, s'activant dès que le sujet vivra une expérience de peur, de détresse ou de stress.

Dans une perspective évolutionniste, on considérera ce lien, impliqué dans la régulation du stress, comme indispensable à la préservation de l'individu, et donc à la survie de l'espèce.

### 3.2 Construction du lien d'attachement, de l'enfance à l'âge adulte

Dès la prime enfance, le bébé va être à plusieurs reprises exposé à des stress divers qui vont activer son système d'attachement, et donc l'amener spontanément à solliciter ses parents pour obtenir du soutien et du réconfort, l'objectif étant de retrouver un sentiment de sécurité intérieure. Les expériences issues de ces interactions répétées (que l'on peut appeler expériences d'attachement précoces), vont être progressivement intériorisées par l'enfant et organisées sous formes de représentations mentales. Celles-ci conditionneront les attentes et comportements de l'enfant vis à vis de sa figure d'attachement en situation de stress.

L'enfant qui a pu exprimer ses besoins d'attachement de façon libre et spontanée, et à qui le parent (caregiver) a répondu de façon sensible, chaleureuse, adaptée, va développer un attachement secure. En revanche, si le bébé grandit dans un environnement défavorable, c'est à dire qui ne répond pas de manière adéquate à ces demandes de soin et de proximité, il va devoir adapter ses comportements et attentes afin d'obtenir le plus de sécurité intérieure. On parlera d'attachement insecure.

Pour résumer, les expériences précoces d'interaction avec les aidants naturels (père et mère le plus souvent), vont procurer un contexte relationnel à l'enfant, au travers duquel il va pouvoir développer des premières conceptions de soi (comme digne d'être aimé et soutenu), de l'Autre (plus ou moins attentif et sensible à mes besoins), et plus globalement de soi en interaction avec le monde, c'est-à-dire un modèle de la relation à l'autre.

Dans un dernier cas, l'enfant ne va pas parvenir à intégrer et se construire un modèle logique et reproductible de l'autre, car les réponses du caregiver auront été multiples et contradictoires, parfois même effrayantes. Cet environnement affectif inadapté voire dangereux ou en tout cas imprévisible, va faire vivre à l'enfant des expériences de peur sans solution : la même figure est source d'alarme et de détresse et/ou de sécurité, ce qui est générateur de confusion et d'un conflit cognitif insoluble pour l'enfant. Face à un facteur de stress, l'enfant va ainsi se trouver désorganisé et désorienté, incapable d'élaborer une stratégie comportementale cohérente lui permettant de trouver une solution à sa détresse. Cette situation l'amène à recourir à des processus dissociatifs, de compartimentalisation, afin de pouvoir se protéger psychiquement. Ainsi, les interactions négatives l'obligent à développer des représentations internes multiples de soi et de la FA au lieu d'un modèle unitaire et cohérent (45). Il s'agit de l'attachement désorganisé.

Un environnement source de maltraitances physiques, psychiques, sexuelles, ou de négligences peut être à l'origine de la désorganisation de l'attachement ; mais également un environnement source d'interactions inadaptées pour l'enfant, même dépourvues de violence ou d'abus, s'apparentant alors à un événement traumatisant : expériences de rejet, négligences des besoins affectifs, humiliations, distance émotionnelle etc (46) (47).

### 3.3 Les styles d'attachement chez l'adulte

Ces représentations de soi et de l'Autre, issues des interactions d'attachement, seront à la base de la construction des modèles internes opérants (MIO) chez l'adulte.

Les MIO sont des structures cognitives qui jouent un rôle de filtre, automatique et inconscient, par lequel sont interprétés les événements de vie, influant sur les pensées, émotions, comportements de l'individu.

Les MIO sécurisés amènent une évaluation positive par le sujet de ses propres besoins d'attachement, tout en ayant des attentes positives par rapport à la disponibilité et l'efficacité du soutien social. À l'inverse, les MIO insécures amènent à une appréciation négative de ces émotions liées à l'attachement, avec l'attente que l'autre n'y répondra pas ou d'une façon intrusive ou imprévisible. Les MIO désorganisés amènent à des évaluations et des attentes multiples et incompatibles (48).

Bien que susceptibles d'être modifiés par de nouvelles expériences d'attachement dites « correctrices », les modèles internes opérants restent relativement stables dans le temps. Il existe des périodes « à risque », notamment la pré-adolescence et l'entrée dans l'adolescence.

Ainsi, les différents profils d'attachement vont correspondre à différents profils de réactions et de réponses face à un événement stressant ; chez l'adulte, on parlera de styles d'attachement : sécurisé, insécure préoccupé, insécure évitant et craintif (qui correspond à l'attachement désorganisé). L'attachement chez l'adulte affecte la façon d'envisager les relations proches, les capacités d'ajustement psychologique et notamment de gestion du stress et de régulation de la détresse (49).

Les différents styles d'attachement correspondent à différents fonctionnements internes (perceptions, pensées, sentiments), liés à une image de soi et des attentes vis-à-vis de l'autre, et différentes stratégies de régulation émotionnelles, issus de l'expérience précoce. De ce fait, l'attachement va constituer un modèle de vulnérabilité ou de résilience vis-à-vis des différents troubles mentaux : l'attachement sécurisé est un facteur de protection, l'attachement insécure ou désorganisé, un facteur de vulnérabilité (50).

### 3.4 De l'attachement insécure aux troubles psychotraumatiques

De l'enfance à l'âge adulte, les êtres humains confrontés à un événement stressant, vont voir leur système d'attachement s'activer.

Face à un événement traumatique, un aidant naturel capable d'apporter du soutien de façon bienveillante et adaptée offre à l'enfant un environnement favorable dans lequel il est possible de récupérer de cette expérience.

A l'inverse, une relation dyadique insécure engendre un environnement de vulnérabilité qui favoriserait le développement de troubles psychotraumatiques. En effet, lorsque le système d'attachement est dirigé par modèles internes opérants insécures, les réactions émotionnelles face à des expériences stressantes peuvent être encore plus intenses, du fait d'une analyse interne automatique selon laquelle les demandes de soutien et de réconfort sont illégitimes, ou bien que ces demandes vont être à l'origine d'interactions douloureuses avec les figures d'attachement.

Sur le plan théorique, l'anxiété d'abandon est associée à la rumination de pensées et d'affects négatifs et de souvenirs d'événements stressants ; les sujets présentant une forte anxiété dans la relation auraient ainsi tendance à réagir avec une hypersensibilité face aux problèmes, source d'hypervigilance et de reviviscence. A l'inverse les traits évitants amènent à des mécanismes de désactivation de l'attachement, à l'origine de processus de distanciation, de négation des vécus douloureux, d'auto-suffisance compulsive (liée également à une moindre perception de la réceptivité et disponibilité d'autrui) (51).

La littérature retrouve un lien entre des attachements insécures et désorganisés et le développement de troubles psychotraumatiques, avec notamment une plus forte association entre des styles d'attachement craintif ou insécure préoccupé et l'apparition de symptômes d'ESPT dans les suites de l'événement (méta analyse de Woodhouse et al, 2015 (52).

Par rapport à des traumas survenant à l'âge adulte, des événements traumatiques précoces (petite enfance, adolescence) sont plus susceptibles de perturber la formation d'un attachement sécurisé, ce qui va altérer le développement de stratégies de régulation du stress et des affects négatifs, et donc augmenter la vulnérabilité du sujet à l'ESPT (53).

## 3.5 Attachement désorganisé et dissociation

L'attachement désorganisé implique la construction précoce dans l'esprit de l'enfant de plusieurs représentations, discordantes et disloquées de certains aspects de la réalité (soi et la figure d'attachement notamment), qui seraient autrement représentés, de façon organisée, unique et cohérente, chez les bébés présentant des schémas d'attachement organisés, sécure ou insécure. Ces modèles multiples incompatibles chez l'enfant ont été théorisés par Liotti à travers le triangle dramatique, qui expose que l'enfant désorganisé construit des interactions d'attachement comme des représentations changeantes à la fois de sa FA et de son soi, comme l'un et l'autre persécuteur, victime et sauveteur (46).

Si ce processus de dissociation des MIO permet à l'enfant de se protéger psychiquement d'expériences relationnelles délétères, il va en même temps altérer le développement d'autres stratégies plus adaptées et matures de régulation des affects (45).

Par la suite, en grandissant, un des modèles (préoccupé ou évitant) devient dominant dans la régulation interpersonnelle des émotions et perceptions, tandis que les autres demeurent, exclus de l'expérience consciente dominante. Ces MIO ségrévés vont refaire surface lors de situations de stress et vont perturber les fonctions intégratives de la conscience, favorisant ainsi les réactions dissociatives face au stress et amenant le sujet à des réactions émotionnelles et comportements inhabituels, étrangers au soi (46).

Dans une étude américaine de 2010 sur 200 patients explorant le rôle de l'attachement comme facteur de modération ou de médiation entre victimisation l'enfance, ESPT et dissociation, on retrouve l'attachement désorganisé comme seul facteur prédicteur indépendant de dissociation (54).

Une méta analyse de 2018 retrouve une association importante entre des expériences d'abus émotionnel et la survenue de symptômes dissociatifs plus tard au cours de la vie, la négligence émotionnelle étant une forme de maltraitance interpersonnelle incluant une indisponibilité émotionnelle, une insensibilité aux signaux émis par l'enfant et des interactions inappropriées avec celui-ci, par des expériences de rejet, de distance émotionnelle (26). Il apparaît d'ailleurs que ces symptômes de dissociation sont plus liés à la qualité des interactions entre l'enfant et son caregiver, qu'à un antécédent d'abus dans l'enfance (44).

L'attachement désorganisé joue un rôle important dans les troubles liés au trauma : la vulnérabilité aux événements traumatiques, et notamment la propension à des réactions dissociation péri traumatique, est liée à une désorganisation précoce de l'attachement et à ses séquelles développementales (46) (23). Ainsi les symptômes dissociatifs n'émergent pas uniquement en réaction à une expérience traumatique, mais également par le biais des MIO désorganisés qui s'activent lorsqu'une détresse psychique active le SA (46).

### 3.6 Évaluation de l'attachement

En pratique clinique, l'attachement chez l'adulte se mesure de 2 façons : sur une modalité catégorielle (définissant un type d'attachement à une personne) et sur une modalité dimensionnelle.

Concernant l'analyse dimensionnelle, il a été reconnu que le style d'attachement d'un adulte est étroitement lié à ses expériences intimes avec son partenaire (55), d'où l'évaluation de deux dimensions que sont l'anxiété (ou peur de l'abandon du partenaire) et l'évitement (ou évitement de la proximité avec le partenaire). Ainsi, il est démontré qu'un haut niveau d'évitement est corrélé à un modèle négatif de l'autre et qu'un haut niveau d'anxiété est corrélé à un modèle de soi négatif.

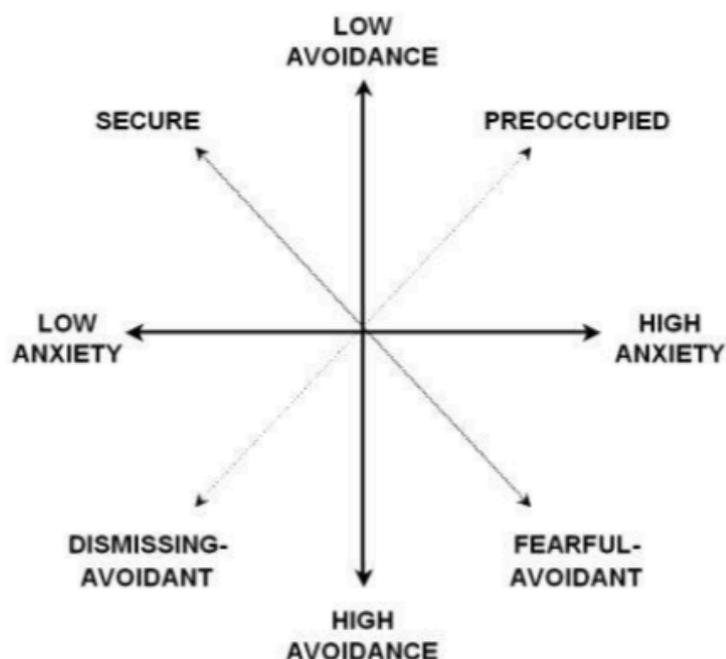


Fig. 1 : Le modèle en 2 dimensions des différences individuelles dans l'attachement chez l'adulte (55). L'attachement désorganisé correspond à un niveau élevé d'anxiété dans la relation et d'évitement

# 4 Les violences sexuelles

## 4.1 Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé définit en 2002 les violences sexuelles comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne, utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec sa victime, dans tout contexte, y compris, mais s'en s'y limiter, le foyer et le travail » (56).

Dans le code pénal français, elles sont désignées sous le terme d'« infractions à caractère sexuel » et impliquent une contrainte physique ou morale qui entraîne la soumission de la victime à l'agresseur. Le consentement de la victime est forcé, absent ou nié, ou non valable en raison de son âge et de la qualité de l'auteur (ascendant ou personne ayant autorité sur un mineur) (57).

On distingue plusieurs types d'infractions sexuelles :

- les agressions sexuelles, qui représentent les attouchements sexuels non consentis et le harcèlement sexuel,
- les viols, dont la définition a changé depuis 1980, et correspondent à tout acte de pénétration en général,
- les atteintes sexuelles sur mineurs de moins de quinze ans,
- l'exhibitionnisme,
- la détention et/ou la diffusion d'images pédopornographiques,
- la corruption de mineur.

## 4.2 Concernant les mineurs

La Haute Autorité de Santé définit la maltraitance sexuelle envers un mineur « par le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle » (58). Un mineur est défini selon la loi française comme une personne âgée de moins de 18 ans.

Les violences sexuelles sur mineur comprennent notamment : le viol (qui suppose un acte de pénétration sexuelle commis par violence, contrainte, menace ou surprise), l'agression sexuelle qui vise des actes de nature sexuelle, mais sans pénétration (attouchements), les simples propositions sexuelles, quelle qu'en soit la teneur, faites par un majeur à un mineur de moins de 15 ans, via internet (sur un chat, un réseau social...), la corruption de mineur, par exemple si un majeur tient des propos particulièrement choquants face à un mineur, même de plus de 15 ans, lors d'échanges sur internet, un délit plus grave que la simple proposition sexuelle, et le recours à un(e) prostitué(e) mineur(e).

Le droit prévoit une incrimination spéciale lorsque ces infractions sont commises sur des mineurs et d'autre part, il prévoit des délais de prescription spécifiques afin de laisser une marge suffisante à l'adolescent pour organiser son action, même après sa majorité. Le délai de prescription passe de 10 ans en matière correctionnelle à 20 ans pour les agressions sexuelles et jusqu'à 30 ans en matière de crimes à caractère sexuel, à compter de la majorité de la victime (depuis la Loi 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes). Ainsi, un mineur victime d'attouchements peut porter plainte jusqu'à l'âge de 38 ans et une victime de viol, jusqu'à 48 ans.

La loi protège également les mineurs par un encadrement de l'âge légal permettant une sexualité. « La majorité sexuelle » est donc fixée à 15 ans par la loi.

Ainsi, pour un majeur, toute relation sexuelle avec un mineur de 15 ans est interdite. La loi considère que jusqu'à 15 ans, une personne n'est pas suffisamment mature pour consentir librement à un acte sexuel. Pour le mineur de 15 à 18 ans, il est libre d'entretenir des relations sexuelles à condition d'être consentant et que ce ne soit pas avec une personne ayant autorité sur lui, telle que les ascendants légitimes, naturels ou adoptifs (père, mère) ou toute autre personne ayant autorité sur la victime

## 4.3 Epidémiologie

En France en 2017, 42 000 victimes mineures et majeures de violences sexuelles ont été enregistrées par les services de police et de gendarmerie (plaintes, signalements, constatations transmis à l'autorité judiciaires). Parmi ces victimes, 86 % violences sexuelles sont des femmes. Plus de la moitié des victimes de violences sexuelles connues des forces de sécurité sont mineures. Parmi elles, 8 sur 10 sont des filles (59).

Tableau 1 : Les victimes de violences sexuelles enregistrées par les forces de sécurité en France en 2017

	VICTIMES FEMMES	VICTIMES HOMMES	TOTAL	% de femmes parmi les victimes
<b>VIOLS</b>	<b>14 930</b>	<b>2 180</b>	<b>17 110</b>	<b>87 %</b>
Victimes de - 15 ans	4 760	1490	6 250	76 %
Victimes 15 - 17 ans	2 400	190	2 590	93 %
Victimes majeures	7 770	500	8 270	94 %
<b>AGRESSIONS SEXUELLES</b>	<b>19 710</b>	<b>3 770</b>	<b>23 480</b>	<b>84 %</b>
Victimes de - 15 ans	8 610	2 720	11 330	76%
Victimes 15 - 17 ans	2 730	380	3 110	88 %
Victimes majeures	8 370	670	9 040	93 %
<b>HARCELEMENT SEXUEL</b>	<b>1 520</b>	<b>140</b>	<b>1 660</b>	<b>92 %</b>
Victimes de - 15 ans	170	30	200	85 %
Victimes 15 - 17 ans	160	20	180	89 %
Victimes majeures	1 190	90	1 280	93 %
<b>TOTAL</b>	<b>36 160</b>	<b>6 090</b>	<b>42 250</b>	<b>86 %</b>

## VIOLENCES SEXUELLES SUR MINEUR.E.S, QUELQUES CARACTERISTIQUES

**56 %** des victimes enregistrées par les forces de sécurité sont **MINEURES** :



**80 %** sont des filles



**3 sur 4** ont moins de 15 ans



**1** agression sur **3** a lieu dans le cercle familial

(Ministère de l'Intérieur - SSMSI - Base des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie - extraction janvier 2018).

En France, en 2006, 4300 signalements ont été fait auprès de la protection de l'enfance pour suspicion de violences sexuelles, qui représenteraient 23% des maltraitances (58).

La prévalence globale des abus sexuels sur mineurs est estimée à environ 12% (60). Elle est significativement plus importante chez les filles que les garçons : 15 à 30 % des filles et 5 à 15 % des garçons subiraient des violences sexuelles (de tous types) au cours de leur vie (60)(61)(62).

La prévalence varie en fonction du type d'abus : une méta analyse suisse récente (61), ayant collecté les données issues de plus de 50 études dans plus de 20 pays dans le monde, estime une prévalence d'abus sexuels sans contact à 17% chez les hommes et 31% chez les femmes avant 18 ans, d'abus sexuels avec contact sans pénétration respectivement à 6% et 13%. Les taux de rapports sexuels forcés seraient eux de 3% chez les hommes et 9% chez les femmes.

Ces chiffres sont potentiellement bien en deça de la réalité, tant de nombreuses agressions sexuelles ne sont pas révélées par les victimes (63).

Une revue de la littérature sur la maltraitance infantile dans les pays occidentaux (64), parue en 2009 dans le Lancet, rapporte que dans 26% des cas, l'agresseur sexuel est un parent, et dans 29% des cas, il s'agit d'un proche ou une connaissance.

## 4.4 Conséquences des violences sexuelles dans l'enfance ou l'adolescence

Ces actes constituent pour la victime « une atteinte à son intégrité physique et psychique », et même dans les cas d'abus sans violence physique, la loi estime que « le mineur n'a pas la maturité et le développement suffisants pour en comprendre le sens et/ou les conséquences » (58).

De nombreuses recherches ont été menées pour évaluer l'impact à long terme sur les victimes. Les études et revues de la littérature ont ainsi mis en évidence qu'un antécédent d'abus sexuel dans l'enfance est associé à de nombreux troubles, d'ordres psychologique, médical, sexuel, social (64)(65)(66)(67)(68).

Les trajectoires des troubles post traumatiques varient en fonction de plusieurs paramètres, liés à l'évènement (sa violence notamment), à la réaction péri traumatique initiale (intensité de la détresse péri traumatique) et au milieu dans lequel évolue l'enfant (69). En effet, un antécédent d'abus sexuel dans l'enfance est souvent associé à de nombreux autres facteurs d'adversité impliqués dans la genèse de ces troubles psychiques (par exemple, la maltraitance physique ou psychologique, la précarité socio-économique, une histoire parentale d'abus d'alcool ou de substance, de criminalité, la violence intra-familiale etc) (70) (69)(68). Néanmoins, l'abus sexuel dans l'enfance est associé à un risque augmenté de psychopathologie, même lorsqu'il survient dans une famille « saine », c'est à dire en dehors d'autre facteur d'adversité familiale (19).

Un antécédent d'abus sexuel, notamment intra familial, peut altérer la qualité des relations interpersonnelles précoces et favoriser le développement d'un attachement insecure (71).

Sur le plan psychiatrique, les violences sexuelles sont associées à un risque augmenté de dépression et symptômes dépressifs, de troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire, troubles de stress post-traumatiques, troubles du sommeil, d'abus d'alcool, tentatives de suicide et comportements auto-agressifs (72)(68)(19).

## 4.5 Violences sexuelles et attachement

### 4.5.1 Pour les victimes

L'attachement, dans l'enfance et plus tard, peut influencer la manière de faire face aux événements importants de la vie, y compris les expériences traumatiques (52).

L'attachement secure intervient comme un facteur protecteur face à l'adversité, avec une protection notamment face aux conséquences des abus sexuels dans l'enfance et l'adolescence, diminuant les symptômes liés au trauma (73). Les attachements insecure de type préoccupé et craintif sont quant à eux associés positivement à l'ESPT dans les suites d'une agression sexuelle subie dans l'enfance (Child Sexual Abuse ou CSA), et l'attachement craintif est directement et indépendamment associé à la dissociation (en accord avec la théorie de Liotti, décrivant la dissociation comme un processus de désorganisation lié à la peur (46)).

L'abus sexuel est une expérience traumatisante susceptible de modifier l'organisation de l'attachement du sujet. Néanmoins, les enfants ayant été victimes d'abus sexuel, indépendamment d'autre type d'abus, sont plus susceptibles de développer un attachement insécure voire désorganisé, si ces abus surviennent alors que l'enfant est exposé à un environnement familial et plus spécifiquement parental inadapté (avec ou sans abus) (74). Plus grand sera l'impact de l'évènement traumatique, plus sévère sera le retentissement sur l'attachement et sur les capacités de résilience (75). De plus, un abus intra familial, parce qu'il va toucher aux croyances fondamentales de confiance et sécurité dans les relations importantes, sera plus délétère sur la sécurité de l'attachement, qu'un abus perpétré en dehors du cadre familial (76).

Chez l'adulte, le style d'attachement (c'est-à-dire le modèle de soi et modèle de l'autre) est l'un des mécanismes par lequel le CSA agit sur le fonctionnement et les capacités psychologiques d'adaptation (76). Des études rétrospectives conduites chez des adultes retrouvent une association entre abus sexuel dans l'enfance, insécurité de l'attachement et psychopathologie à l'âge adulte (73)(76).

## 4.5.2 Pour les auteurs

Globalement, plus de recherche est encore nécessaire concernant l'attachement parmi les populations délinquantes et criminelles. L'attachement insécure est surreprésenté en populations d'AVS, par rapport à la population générale, environ le double (47). Les auteurs de violences sexuelles ont typiquement des relations négatives avec leurs parents, s'identifient à eux moins que les autres agresseurs, expérimentent de plus hauts niveaux d'abus physique et sexuel, sont plus susceptibles de perdre leurs personnes ressources (décès, séparation, divorce), ont moins de relations stables et constantes avec leurs caregivers, et communiquent moins avec leurs parents (71). Les styles d'attachement chez ces sujets reflètent le cumul de ces expériences relationnelles et amènent à des attentes, objectifs et stratégies interpersonnels problématiques. Parmi les AVS, on retrouve jusqu'à 60% de prévalence d'attachement désorganisé (47).

L'insécurité de l'attachement pourrait jouer un rôle à la fois de de prédisposition et précipitant dans l'abus sexuel (77). Parce qu'il affecte les capacités d'analyse et de régulation émotionnelles, de mentalisation, la théorie de l'esprit, l'estime de soi, les compétences interpersonnelles et l'accès à l'intimité, l'attachement insécure est un facteur important dans la compréhension du passage à l'acte hétéro agressif sexuel ; il s'agit là de facteurs de prédisposition, liés au développement cognitif social (78).

Des vulnérabilités précoces liées à l'attachement (MIO désorganisés) pourraient ré émerger ultérieurement dans des contextes de stress (par exemple liés à des difficultés conjugales ou autres), et favoriser la survenue d'un état dissociatif. A l'âge adulte, l'activation du système d'attachement est liée à celle des systèmes d'attachement et de caregiving ; ainsi la désorganisation de l'attachement peut également amener à une activation dysfonctionnelle et inappropriée du système comportemental sexuel (79).

## 4.6 Violences sexuelles et dissociation

### 4.6.1 Pour les victimes

Les victimes de violences sexuelles dans l'enfance sont également plus susceptibles de présenter des symptômes dissociatifs tout au long de leur vie (25)(22)(26)(80). Selon une méta-analyse de 2018 explorant le lien entre maltraitance interpersonnelle dans l'enfance et manifestations dissociatives à l'âge adulte, l'association de violences physiques et sexuelles dans l'enfance, en raison d'une atteinte à l'intégrité du corps, est à l'origine d'une symptomatologie encore plus intense. Dans des populations de patients diagnostiqués PTSD, on retrouve une association significative entre abus sexuel dans l'enfance et symptômes de TRASC (12). Les mécanismes sous-tendant cette symptomatologie ne sont pas tout à fait connus. La dissociation pourrait être intégrée précocément comme un mécanisme de défense face aux situations de stress (26), la mémoire traumatique se réactivant à la moindre situation de menace ou d'indices évoquant l'évènement passé (28).

### 4.6.2 Pour les auteurs

De l'autre côté, les auteurs de violences (dont sexuelles) présentent des niveaux de dissociation pathologique (mesurés par le Dissociation Experience Scale) allant, selon les études, de 9,5 à 49%, ce qui est nettement plus élevé que pour la population générale. En effet, les études montrent une association entre symptômes dissociatifs et comportements violents parmi des populations diverses, dont des auteurs de violences sexuelles. Ces épisodes n'impliquent pas nécessairement la présence d'une pathologie dissociative sous-jacente (33).

Certains sujets décrivant leur vécu subjectif de cet état de dissociation vont rapporter notamment parfois « une perte du contrôle volontaire de leurs actes » pouvant entraîner « des actes violents imprévus et incontrôlables » (81). Il s'agit de l'automatisme, correspondant à une perte du contrôle moteur volontaire. L'automatisme n'est pas nécessairement associé à une perte de conscience (partielle ou totale), ainsi l'individu n'est pas privé de sa capacité de comprendre ou apprécier la situation mais plutôt entravé dans sa capacité à réguler ses comportements (82).

Également, la dépersonnalisation ou déréalisation, ainsi que l'anesthésie émotionnelle, permettant de déshumaniser un tiers et de réduire l'autre à l'état d'objet, peuvent être un facteur favorisant le passage à l'acte hétéro agressif (83).

Plus spécifiquement, Vandervoorde explique que les états dissociatifs peuvent faciliter le passage à l'acte, via des mécanismes tels que : « la hausse d'un sentiment d'irréalité, l'accroissement d'un sentiment narcissique, une immersion oniroïde, une mise à distance du sujet

et de ses actes par l'amnésie, une modification des signaux sensoriels, une altération de l'activité préfrontale et de la régulation des fonctions exécutives, un phénomène de confusion émotionnelle, une baisse de la peur et des freins moraux, l'utilisation d'un mode moteur automatique, une perte du sens de l'agentivité » (84).

Parmi de nombreux autres facteurs impliqués dans le processus criminogène, une altération de l'état de conscience d'un individu peut favoriser des passages à l'acte auto ou hétéro agressifs (32).

## **4.7 Mécanismes impliqués dans le passage à l'acte sexuel hétéro agressif**

Concernant les agressions sexuelles, les recherches, qu'elles soient d'ordre psychologique, criminologique, sociologique ou autres, suggèrent que les facteurs impliqués dans le processus du passage à l'acte sont multiples.

Ces différents facteurs interagissent entre eux, à différents niveaux, dans des mécanismes complexes aboutissant au passage à l'acte. Plusieurs modèles explicatifs rendent compte de ces processus dynamiques complexes (71)(78).

Le modèle de Cale décrit une théorie intégrative de la genèse de l'agression sexuelle et prend en compte la contribution de multiples facteurs : individuels (biologiques et développementaux), écologiques (liés à l'environnement familial, aux pairs, au voisinage, à l'organisation et la structure de cet environnement, à un contexte socio culturel) et situationnels (voir figure 1).

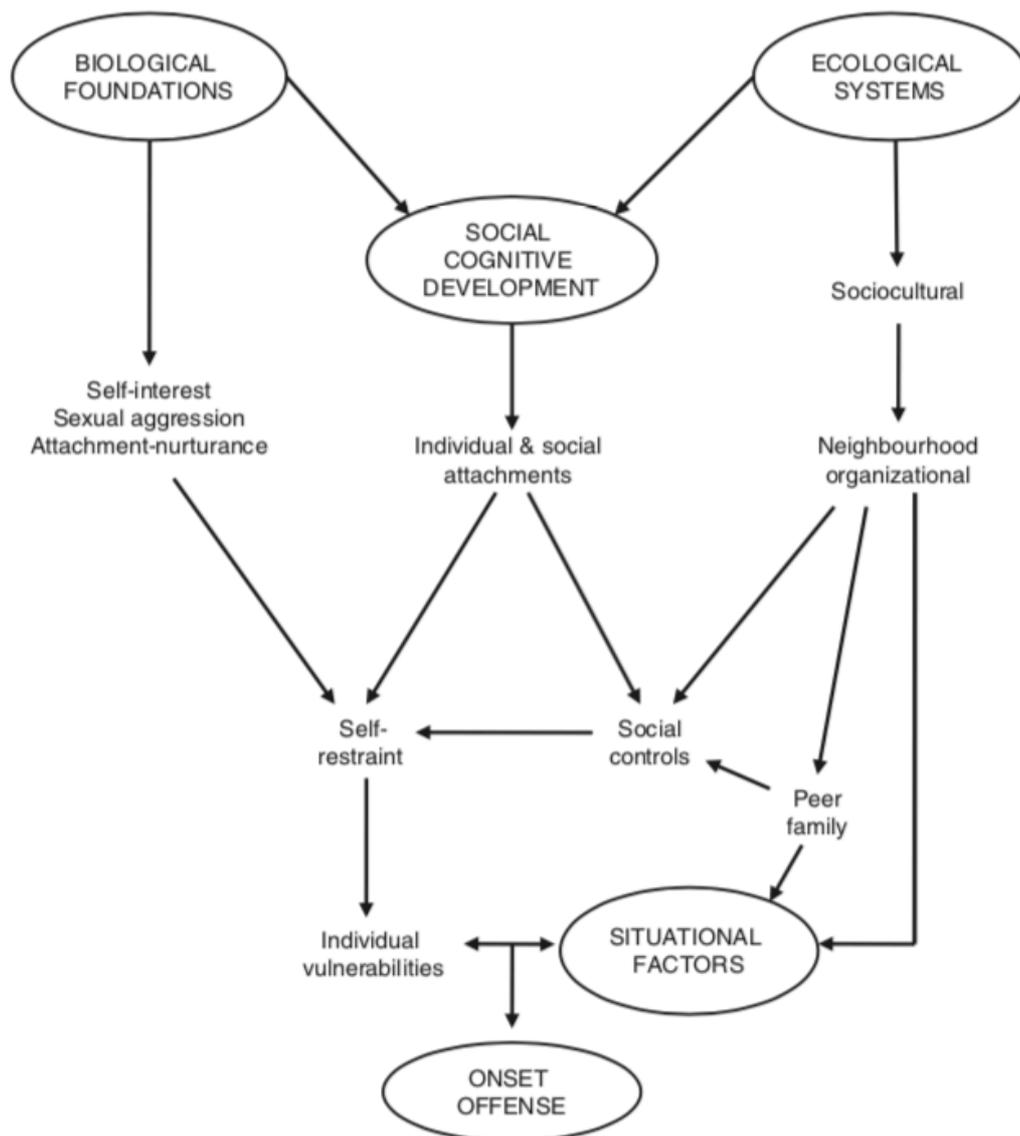


Figure 1 : théorie intégrative de l'agression sexuelle (76).

Considérant l'évolution humaine, on observe un potentiel universel humain pour des comportements prosociaux et antisociaux. Ces comportements, variables et flexibles, ont pour objectif biologique la reproduction et la survie de l'espèce.

La socialisation positive contient, sans l'éliminer, un potentiel biologique humain inné pour des motivations et comportements antisociaux (dont les violences sexuelles et abus). Les êtres humains sont biologiquement préparés à l'utilisation de la violence dans des objectifs sexuels. Ils sont également biologiquement conditionnés à élever et protéger leurs semblables vulnérables, notamment les enfants.

Cette socialisation positive est nécessaire pour modérer ce potentiel hétéro agressif sexuel, mais permet également au sujet de s'engager dans une intimité physique et émotionnelle.

Le socle développemental de la socialisation humaine dépend notamment des liens d'attachement, et de son substrat neuro cognitif, les modèles internes opérants. Un attachement secure fournit un socle cognitif et affectif idéal pour le développement de liens relationnels de qualité aux pairs, et plus globalement un fonctionnement social adapté, avec un contrôle des comportements antisociaux (notamment les agressions sexuelles). L'attachement secure rend également possible l'intimité émotionnelle.

Le développement cognitif social est également impacté par des déterminants biologiques que sont des facteurs génétiques ou des variations des conditions environnementales auxquelles les fœtus peuvent être exposés pendant la grossesse (stress maternels, nutrition, exposition à des toxiques, conditions hormonales etc).

Le terme « niche écologique » désigne un ensemble de systèmes dans lequel évolue l'individu, et comprenant des circonstances personnelles et des environnements physiques (famille, pairs, voisinage, organisation systémique, événements de vie), des circonstances sociales et culturelles (normes sociales, lois, religion), potentiellement favorables ou défavorables, auxquels chaque personne est confrontée au cours de son développement puis tout au long de sa vie. Les facteurs augmenteront ou diminueront le risque de passage à l'acte. Ils interviennent à différents niveaux : les facteurs proximaux (famille et pair par exemple) sont plus forts que les distaux (par exemple le voisinage ou les normes socioculturelles). Cette dimension est importante dans l'étiologie du passage à l'acte tant elle peut rendre disponible au sujet une victime potentielle ou bien crée des circonstances spécifiques qui vont déclencher des mécanismes psychologiques défailants.

Les facteurs situationnels offrent des occasions permettant de concrétiser des motivations, et contiennent également des propriétés dynamiques qui précipitent ces motivations liées à l'infraction qui, autrement, ne se produirait pas (ou ne surviendrait pas à ce moment-là).

Cette théorie décrit donc des vulnérabilités individuelles essentiellement en termes de capacités à exercer un contrôle général et sexuel (via l'empathie, les compétences de régulation émotionnelle, de raisonnement moral) et à s'engager sexuellement (par des compétences interpersonnelles, la confiance en soi).

L'agression sexuelle est envisagée comme issue de l'interaction proximale entre des vulnérabilités individuelles (par exemple une vulnérabilité dissociative, provoquée par un psychotraumatisme ancien, et en lien avec un attachement insecure ou désorganisé) et des facteurs situationnels (contexte amenant à une reviviscence du trauma passé). Les facteurs

développementaux et situationnels sont des facteurs de risque ou de protection dans la survenue de l'agression sexuelle, et proviennent de systèmes écologiques dans lesquels victime et auteur sont socialement intégrés.

La dissociation ne peut expliquer ou rendre compte à elle seule de la complexité du passage à l'acte, mais c'est un symptôme souvent retrouvé dans la genèse du comportement hétéro agressif, et notamment sexuel.

## **4.8 La dissociation participant au cycle victime-agresseur**

Certains sujets victimes de violences sexuelles vont, plus tard au cours de leurs vies, devenir à leurs tours agresseurs. De nombreuses études ont alimenté la littérature à ce sujet, questionnant une potentielle transmission intergénérationnelle de la violence, autrement appelée « sexually-abused to sexually-abuser hypothesis », notamment au travers d'études rétrospectives dont les résultats ont été variables selon les méthodologies et critères utilisés (85).

Les études prospectives montrent qu'en réalité une minorité est concernée par cette transition de victime à auteur de violences sexuelles (86). Une étude prospective australienne récente, analysant les liens entre abus sexuels dans l'enfance et criminalité ultérieure, sur plus de 40 ans de suivi, rapporte que les sujets ayant subi des violences sexuelles, sont plus à risque d'être incriminés pour des délits ou des crimes que la population générale au cours de leur vie. Néanmoins, 77% n'auront aucun casier criminel et 95% ne seront jamais inculpés pour violence sexuelle. Avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance multiplie cependant le risque d'être ultérieurement inculpé pour agression sexuelle par 8 (15)(87).

Par ailleurs, un antécédent d'abus sexuel dans l'enfance est plus souvent retrouvé chez les agresseurs sexuels que les autres criminels (88).

Si les AVS constituent une population plus hautement traumatisée, une histoire d'abus sexuel n'est ni nécessaire, ni suffisante, pour devenir soi-même AVS (86). Les facteurs retrouvés dans la littérature, augmentant ce risque de transition de victime à auteur, sont entre autres le sexe masculin, l'âge au moment de l'agression de 12 ans ou plus, une agression par une femme, l'exposition à d'autres facteurs d'adversité tels que la violence intra-familiale (15)(87).

Un modèle simpliste de la transmission inter générationnelle de la violence n'est pas valide et d'autres mécanismes intercurrents sont nécessaires pour comprendre pourquoi certaines personnes deviendront agresseurs et d'autres non.

La revue de la littérature de Moskowitz de 2004 recense ainsi les résultats de plusieurs études mettant en avant le rôle de la dissociation comme l'un des mécanismes sous-jacents à la transmission intergénérationnelle de la violence (32).

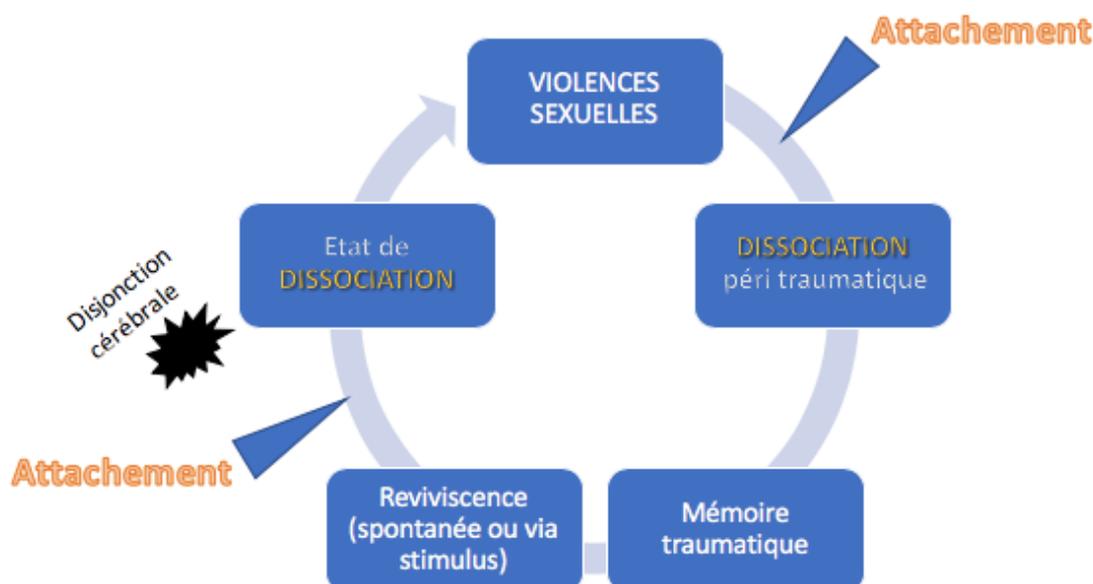
La littérature nous a montré que les sujets ayant été abusés et ayant développé des symptômes dissociatifs sont plus à risque de devenir abuseurs que ceux qui, bien qu'ayant été victimisés eux aussi, n'ont pas développé de symptômes dissociatifs (80).

Des symptômes de reviviscence post traumatique peuvent conduire un individu à un comportement violent : des intrusions de souvenirs traumatiques amenant à une disjonction cérébrale et donc un état dissociatif (27) ou encore des flash-backs dissociatifs parce qu'ils vont amener l'individu à revivre l'évènement et donc potentiellement à croire qu'il se trouve à nouveau en situation de danger (32).

# 5 Etude

## 5.1 Modèle théorique sous-jacent

L'état de dissociation péri traumatique rend donc compte de l'effraction du psychique par l'expérience traumatisante. Encodée sous une forme sensorielle et émotionnelle, elle demeure alors tel un corps étranger, ne pouvant être intégrée et assimilée par l'appareil psychique. Elle est susceptible d'être réveillée et revécue à tout instant, spontanément ou lors de l'exposition à des éléments externes et internes, évoquant l'évènement. C'est cette mémoire traumatique qui est à l'origine des symptômes psycho traumatiques et notamment de reviviscence. La détresse extrême déclenchée par la reviviscence peut provoquer un court-circuit cérébral similaire à celui vécu lors de l'expérience initiale, et ainsi un nouvel état de dissociation. Dans ces états de dissociation, le sujet est déconnecté, et peut présenter des comportements inadaptés, incontrôlés, étrangers au soi, parfois violents. La qualité de l'attachement, déterminant fondamental dans notre capacité à l'auto régulation interne en cas de détresse, intervient comme un facteur de vulnérabilité face au stress, que ce soit dans le cas de l'évènement traumatique initial, mais aussi ultérieurement lors des reviviscences de cette expérience.



## 5.2 Design & objectifs

Notre étude est une étude pilote, qui explore un sujet d'intérêt dans la compréhension des mécanismes impliqués dans la transition de victime à auteur de violences sexuelles.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la corrélation entre l'état de dissociation péri traumatique lors de violences subies et la présence d'un état dissociatif lors de violences agies. L'hypothèse est que les sujets les plus dissociés lors de violences subies le seront également lors des violences agies, l'état dissociatif étant provoqués par des reviviscences de leurs propres agressions.

Le deuxième objectif est d'évaluer les profils d'attachement des sujets auteurs de violences sexuelles, avec l'hypothèse que ceux présentant une plus grande désorganisation de l'attachement seront les plus dissociés, lors des violences subies et agies.

Il s'agit d'une étude observationnelle analytique rétrospective, réalisée au sein du CHU de Montpellier, référencée n°2018\_IRB-MTP\_10-10 par le comité local d'éthique (Institutionnal Review Board) du CHU.

## 5.3 Participants

Les sujets ont été recrutés, au sein des files actives de consultations de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone et du centre de consultation du CRIAVS à Montpellier. Ils s'agissaient de patients suivis en post sentenciel pour une infraction à caractère sexuel (téléchargement d'images pédo pornographiques, exhibition, agression sexuelle, viol).

### 5.3.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Sujet de sexe masculin,
- Age supérieur ou égal à 18 ans, et inférieur ou égal à 65 ans,
- Sujet condamné, ayant commis une infraction à caractère sexuel et reconnaissant les faits,
- Sujet acceptant de coopérer aux évaluations cliniques,
- Consentement éclairé écrit après une période de réflexion,

- Sujet capable de comprendre la nature, le but et la méthodologie de l'étude.

### **5.3.2 Critères de non-inclusion**

Les critères de non-inclusion étaient les suivants:

- Episode Dépressif Caractérisé actuel (selon critères DSM 5 du MINI),
- Prise récente d'une substance psychoactive (<24h),
- Schizophrénie ou autre trouble psychotique, actuel ou passé (selon critères DSM 5 du MINI),
- Pathologie psychiatrique décompensée, sauf ESPT
- Pathologie démentielle,
- Histoire de trouble neurologique cérébral ou de traumatisme crânien avec perte de connaissance,
- Pathologie somatique grave évolutive,
- Majeur protégé par la loi (tutelle ou curatelle).

## **5.4 Déroulement**

### **5.4.1 Lieux et durée de recrutement**

Le recrutement a eu lieu au sein de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone et du centre de consultation du CRIAVS à Montpellier. Lors d'une consultation de suivi habituel avec le psychiatre, il était proposé aux patients de participer à l'étude. En cas de réponse favorable, une consultation était programmée par la suite pour l'inclusion. Le recrutement a eu lieu de juin 2018 à juin 2019.

### **5.4.2 Passation**

L'inclusion avait lieu sur une seule consultation d'une durée d'une heure et demie environ. Après une information claire, loyale et appropriée sur le protocole de recherche, ses objectifs et le déroulé de la consultation, un formulaire de consentement était complété et signé par le patient. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient vérifiés. Il était précisé au patient que son consentement pouvait être retiré à tout moment, en prenant contact avec son psychiatre traitant. L'évaluation clinique était réalisée par un clinicien formé.

## 5.5 Mesures

- Données générales démographiques : âge du patient, niveau d'éducation, modalité de suivi (obligation de soins, injonction de soin, suivi à l'UCSA au cours d'une incarcération, suivi libre), antécédents judiciaires.
- **le M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview 7.0**, permettant de porter des diagnostics vie entière des troubles mentaux des axes I et II, et notamment d'éliminer une pathologie psychotique vie entière ou un autre trouble psychique actuellement décompensé.
- **LEC-5 : Life Events Checklist for DSM 5**. Auto-questionnaire de 17 items, qui évalue l'exposition vie entière du sujet à des événements à potentiel traumatique. 16 événements susceptibles de provoquer un trouble de stress post traumatique sont explorés. Il était demandé aux patients d'identifier le ou les événements les plus traumatiques auxquels ils avaient été exposés au cours de leur vie.
- **PCL-5 : PTSD CheckList for DSM 5**. Questionnaire de 20 items, correspondant aux critères du DSM 5 pour le diagnostic d'état de stress post traumatique, évaluant l'intensité des symptômes sur le mois écoulé. Chaque item doit être coté selon une échelle de Likert de 0 à 4. Le PCL-5 est le questionnaire de référence dans l'auto évaluation des symptômes d'ESPT. Il permet dans cette recherche de mettre en évidence un état de stress post traumatique actuel.
- **PDEQ : Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire** ou **Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique**. Développé par Marmar en 1994, il s'agit est un auto-questionnaire évaluant la présence et l'intensité de la dissociation péritraumatique. Les 10 items sont cotés sur une échelle de Likert en 5 points. Un score total supérieur ou égal à 15 indique la présence d'une dissociation péritraumatique significative pour un événement donné. L'intensité de cet état dissociatif est d'autant plus élevée que le score est haut. Ce questionnaire a été validé en français (Birmes et al., 2004). Il s'agit du questionnaire le plus largement utilisé pour évaluer la dissociation péritraumatique.

Dans le cadre de cette recherche, le questionnaire était réalisé à plusieurs reprises pour évaluer les symptômes de dissociation expérimentés au cours de différents événements : pour l'évènement le plus traumatique identifié par le LEC-5, pour le premier passage à l'acte de violences agies pour tous les sujets, pour le pire épisode de violence sexuelle subie

pour ceux ayant été victimes. Il était demandé au sujet de se concentrer sur les symptômes ressentis juste avant et pendant l'évènement.

- **RSQ : Relationship Style Questionnaire.** Sur une échelle de 5 points, les sujets déterminent dans quelle mesure les propositions décrivent au mieux leurs caractéristiques (attentes, pensées, comportements) dans les relations proches. Cinq énoncés concernent les profils d'attachement secure et évitant, et quatre contribuent à l'évaluation des profils anxieux/préoccupé et désorganisé/craintif. Les propriétés psychométriques de ce test ont été évaluées et validées (Kurdek, 2002). Nous avons suivi les recommandations de Simpson (1999), à savoir la méthode de référence pour déterminer pour chaque patient deux scores : score d'évitement (comme modèle de l'autre) et d'anxiété (comme modèle de soi), rendant compte du profil d'attachement du sujet. Afin d'évaluer le niveau de désorganisation de l'attachement nous avons réalisé la moyenne de ces deux variables : ainsi plus le score était élevé, plus le sujet présentait un attachement désorganisé.

## 5.6 Critères de jugement principal et secondaires

### 5.6.1 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principale comprenait la comparaison du niveau de dissociation selon le score PDEQ lors des violences agies pour les sujets ayant été victimes avec ceux ne l'ayant pas été.

Pour les auteurs auparavant victimisés, on réalisait une étude de corrélation entre l'intensité de la dissociation péri traumatique lors du pire épisode de violences subies dans l'enfance et lors du premier passage à l'acte de violences sexuelles agies.

## 5.6.2 Critères de jugement secondaires

Nous avons étudié la corrélation entre niveau de dissociation (score PDEQ) lors du passage à l'acte agi et le niveau de violences des agressions sexuelles agies, en faisant l'hypothèse que les sujets les plus dissociés seraient les auteurs les plus violents.

Nous nous sommes également intéressés au profil d'attachement des sujets inclus et avons réalisé une comparaison du niveau de désorganisation de l'attachement puis une recherche de corrélation entre la désorganisation de l'attachement et l'intensité de dissociation lors des violences subies et agies, avec l'hypothèse que les sujets désorganisés seraient plus dissociés.

## 5.7 Procédures statistiques

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel R. Les modèles sont des régressions linéaires univariées et les p-valeurs sont issues d'un test F. Une significativité d'au moins  $p < 0,05$  a été retenue pour considérer les significativités statistiques.

## 5.8 Résultats

### 5.8.1 Présentation de la population

Au total, 40 patients ayant accepté de participer à l'étude ont été adressés à la consultation d'inclusion. Parmi eux, 30 ont été inclus dans l'étude. Les autres ont été exclus de la recherche en raison d'antécédents de traumatisme crânien ou d'un autre critère de non-inclusion. Aucun sujet n'a été retiré de l'étude en raison d'un état de stress post traumatique décompensé.

Parmi ces 30 sujets, 11 (37%) avaient un antécédent de victimisation sexuelle avant l'âge de 15 ans. Dans l'autre groupe, aucun n'avait été victimisé sexuellement au cours de sa vie.

12 étaient incarcérés (39%), et 19 suivis en ambulatoire au CRIAVS (61%): 1 en injonctions de soins et 18 en obligation de soins.

### 5.8.2 Caractéristiques socio-démographiques

Au temps de l'inclusion, l'âge des patients variait entre 30 à 64 ans, avec une moyenne à 47,16 ans.

Concernant le niveau d'éducation, 30% des sujets avaient poursuivis des études supérieures, 20% avait un niveau bac, 27% un niveau BEPC et 23% avaient abandonné l'école en cours de 1er cycle de l'enseignement secondaire (6ème à 3ème).

Les 2 groupes (victimes/non victimes) étaient comparables par rapport à l'âge et au niveau d'éducation.

### 5.8.3 Caractéristiques psychopathologiques

- Parmi les sujets de l'étude, on retrouvait les antécédents psychiatriques suivants :
- 50% d'épisode dépressif majeur (72% dans le groupe victime et 37% dans le groupe non victime) ;
  - 10% d'état de stress post traumatique (18,2% dans le groupe victime, 5,3% dans l'autre) ;
  - 1 diagnostic de trouble bipolaire (3%), patient appartenant au groupe non victime ;
  - 6,6% de trouble de l'usage d'alcool passé, à savoir 2 patients issus du groupe non victime ;
  - 13,3% de TUS d'une substance autre passé (18,2% du groupe victime et 10,6% de l'autre) ;
  - 20 % de trouble anxieux (9% des sujets du groupe victime, 26,3% de l'autre groupe).

Aucun ne présentait de trouble psychiatrique décompensé actuel.

55% des sujets du groupe victime rapportait au moins une autre exposition à un évènement traumatique au cours de leur vie (c'est-à-dire 6 patients), et 52% des sujets du groupe non victime (10 patients).

13% rapportait une exposition traumatique autre que sexuelle avant 15 ans.

#### 5.8.4 Caractéristiques pénales du premier épisode de violence sexuelle agie

Les infractions commises étaient les suivantes :

- violence sexuelle sans contact (téléchargement d'images à caractère pédo pornographique et exhibition), dans 23% des cas (18% du groupe victime, 26% du groupe non victime) ;
- agression sexuelle, dans 40% des cas (27% des sujets du groupe victime, 47% du groupe non victime) ;
- viol, dans 37% des cas (55% des sujets du groupe victime, 26% du groupe non victime)

Sous-groupes	Tous les sujets	AVS V+	AVS V-
	100% (N=30)	36,7% (N=11)	63,3% (N=19)
<b>ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES</b>			
EDC	50% (N=15)	72% (N=7)	37% (N=8)
ESPT	10% (N=3)	18,2% (N=2)	5,3% (N=1)
TB	3,3% (N=1)		0 5,3% (N=1)
TUS Alcool	6,6% (N=2)		0 10,6% (N=2)
TUS autre	13,3% (N=4)	18,2% (N=2)	10,6% (N=2)
Trouble anxieux	20% (N=6)	9% (N=1)	26,3% (N=5)
<b>EXPOSITION TRAUMATIQUE</b>			
Vie entière (dont sexuelle)	63,3% (N=19)	81,8% (N=9)	52% (N=10)
Autre que sexuelle >/=1	53,3% (N=16)	55% (N=6)	52% (N=10)
Violences physiques <15 ans	27% (N=8)	55% (N=6)	10,6% (N=2)
<b>CARACTÉRISTIQUES PÉNALES DU 1ER EPISODE DE VIOLENCES AGIES</b>			
Sans contact	23,3% (N=7)	18,2% (N=2)	26,3% (N=5)
Aggression sexuelle	40% (N=12)	27% (N=3)	47% (N=9)
Viol	37% (N=11)	55% (N=6)	26,3% (N=5)

Tableau 1 : récapitulatif des antécédents psychiatriques et traumatiques et des caractéristiques pénales du 1<sup>er</sup> épisode de violences agies pour la population de l'étude.

### 5.8.5 Critère de jugement principal

Les comparaisons de score de dissociation montraient une augmentation substantielle mais non significative du score PDEQ lors du premier épisode de violences agies pour le groupe d’auteurs auparavant victimisés : 27,45 (IC 21,06 ;33,85) versus 20,58 (15,72 ; 25,44) avec un  $p < 0,09$ .

Une étude de puissance basée sur la tendance de ces résultats a été effectuée, et a permis de déterminer le nombre de sujets nécessaire pour mettre en évidence une augmentation statistiquement significative, à savoir un total de 72 patients (36 dans chaque groupe).

Pour les sujets victimes, on retrouvait un coefficient de corrélation de 0,82 ( $p < 0,002$ ), entre l’intensité de la dissociation péri traumatique lors du pire épisode de violences subies dans l’enfance et lors du premier passage à l’acte de violences sexuelles agies.

Ainsi, nous pouvons affirmer qu’il-existe une corrélation positive significative entre le niveau de dissociation lors de des violences sexuelles subies et agies.

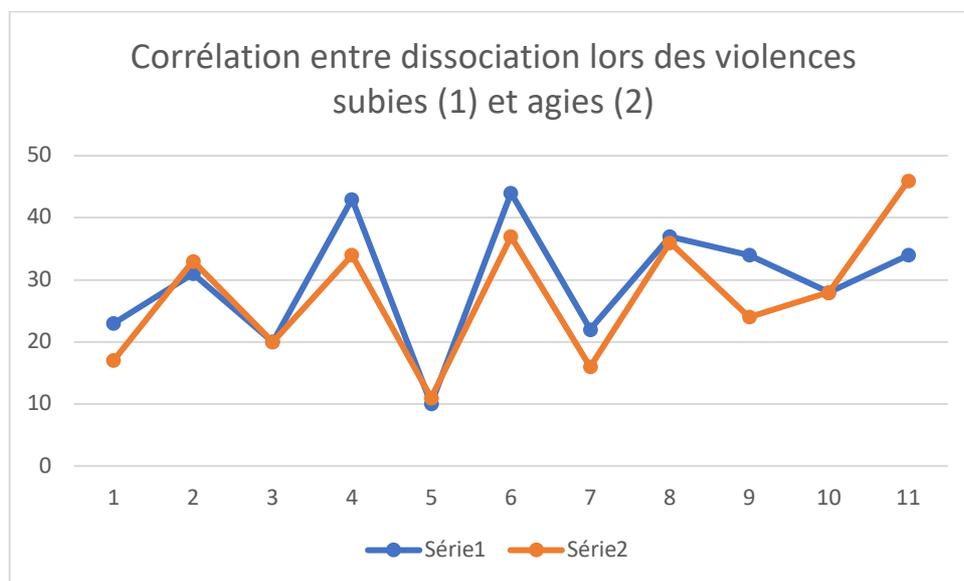


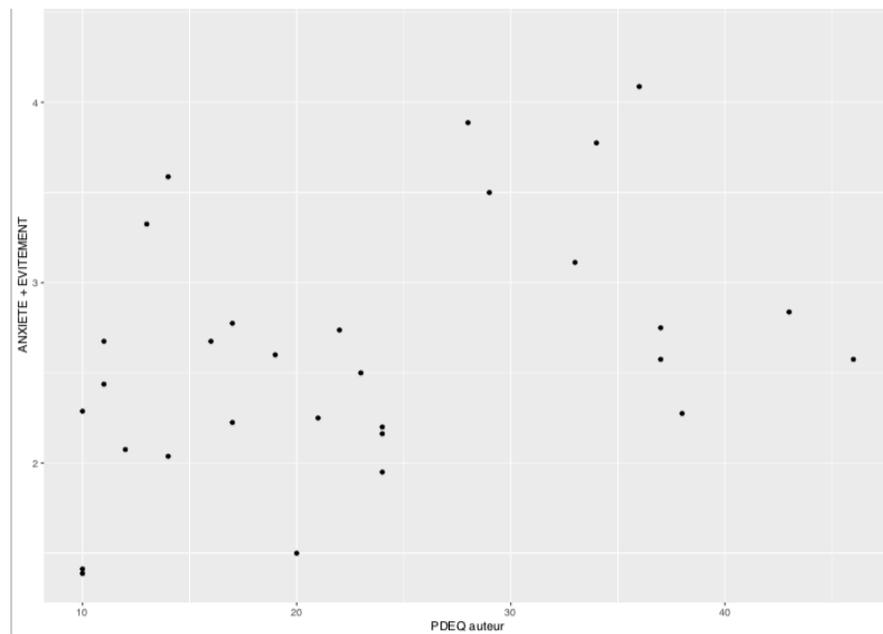
Fig 1 : Représentations de la corrélation pour les AVS victimisés entre état de dissociation lors des violences subies et agies.

## 5.8.6 Critères de jugement secondaires

Concernant la corrélation entre niveau de dissociation (score PDEQ) lors du passage à l'acte agi et le niveau de violences des agressions sexuelles agies, l'analyse n'a pas montré de résultat statistiquement significatif.

Concernant le profil d'attachement des sujets, nous n'avons pas retrouvé de résultat statistiquement significatif dans la comparaison des niveaux de désorganisation entre les 2 groupes.

En revanche, pour tous les sujets, le modèle de régression linéaire entre la désorganisation de l'attachement et l'intensité de dissociation lors des violences agies a permis de mettre en évidence un coefficient de corrélation de 6,06 (IC [0,55 ; 11,56] avec  $p < 0,03$ ).



Linear regression			
	Coefficients	95%CI	p-value
(Intercept)	7.32	[-7.51;22.15]	0.32
RSQ_E_A	6.06	[0.55;11.56]	0.03

Ainsi, nous pouvons affirmer qu'une désorganisation de l'attachement est significativement associée à une plus forte symptomatologie dissociative lors des violences agies.

Cette corrélation n'a pas été mise en évidence concernant les violences subies pour le sous-groupe de sujets victimisés.

## 5.9 Discussion

Les auteurs de violences sexuelles sont une population hautement traumatisée sur le plan psychique (32) (89). Sur notre échantillon, 70% des sujets avaient été exposés au cours de leur vie à un évènement traumatisant, ce qui correspond aux moyennes hautes retrouvées dans les études de prévalence en population générale (6)(7)(8). 47% des patients avaient vécu au moins un évènement à potentiel traumatique avant l'âge de 15 ans (violences sexuelles comprises). 27% avaient vécu au moins un épisode de violence physique avant l'âge de 15 ans ; ce qui concernait donc 55% des sujets ayant été victimes de violences sexuelles, en accord avec les chiffres retrouvés dans la littérature (87)(83).

Dans notre échantillon d'Auteurs de Violences Sexuelles (AVS), 37% des sujets recrutés avaient subi au moins un épisode de violences sexuelles au cours de leur enfance ou adolescence (agression, atteinte ou viol). Aucun d'entre eux ne remplissaient les critères DSM 5 de l'ESPT actuel. Presque 40% d'entre eux rapportaient néanmoins des reviviscences de cet évènement.

Dans la littérature, les chiffres varient selon les études et méthodes mais nous avons vu précédemment, qu'une minorité de sujets victimisés deviennent par la suite auteurs de violences sexuelles.

90% des patients ayant été victimes de violences sexuelles ont rapporté un score de dissociation pathologique au moment de l'agression subie (score moyen 29,6 avec ET=10,31).

Au moment de l'agression agie, 63% des sujets du groupe non victimes présentaient un état de dissociation pathologique (M=20,58 ; ET=12,20) contre 90% du groupe victime (M=27,45 ; ET=12,97).

## 5.9.1 Dissociation et passage à l'acte

Bien qu'assez peu étudiée, la dissociation est une question pertinente dans la compréhension des comportements violents. En effet, les états dissociatifs créeraient « un environnement dans lequel les actes impulsifs et violents sont plus susceptibles » de se produire (Porteus et Taintor, repris dans la revue de la littérature de Moskowitz de 2004(32)). La déconnexion de son propre corps (dépersonnalisation), voire de son environnement (déréalisation), la perte du contrôle moteur volontaire (l'automatisme), la désorientation temporelle et/ou spatiale, sont tout autant de symptômes susceptibles de précipiter un passage à l'acte. Selon Vandevorde, l'état dissociatif est un élément qui pourrait permettre de comprendre le déclenchement de la motricité agressive (84). La dissociation est d'ailleurs associée à de forts taux de suicide (23).

Les symptômes dissociatifs pourraient être des séquelles psychotraumatiques d'évènements vécus. Putnam (1996) explique « plus le traumatisme sera sévère [...] plus grande sera la probabilité pour un individu d'être conduit dans un état altéré de conscience » (90). Dès 1986, Wilson et Zigelbaum suggéraient qu'un acte criminel pourrait se produire alors que l'auteur agit dans un état provoqué par des expériences traumatiques antérieures (91).

Ainsi, plusieurs études ont décrit des cas d'agressions sexuelles survenues lors d'état de dissociation provoqué par des reviviscences d'un souvenir traumatique sexuel antérieur (92) (93).

Dans ce contexte, notre étude avait plusieurs objectifs. Tout d'abord, comparer les scores de dissociation lors des violences agies entre AVS victimes et non victimes, et surtout étudier la corrélation entre les niveaux de dissociation lors des violences subies et agies pour les auteurs de violences sexuelles ayant été auparavant victimes de violences sexuelles pendant l'enfance.

Concernant le premier objectif, nous nous attendions à trouver une dissociation significativement supérieure pour les AVS ayant été victimes, ainsi que pour ces derniers, une forte corrélation entre les 2 scores au PDEQ, attestant d'une association entre l'état dissociatif vécu lors de l'exposition à des violences sexuelles et celui vécu lors du passage à l'acte. L'hypothèse sous-jacente était que cet état modifié de conscience lors des violences agies aurait été provoqué par une reviviscence du traumatisme antérieur.

La comparaison des scores de PDEQ lors des violences agies n'a pas montré de résultat statistiquement significatif mais une tendance, en faveur de notre hypothèse, que les auteurs ayant été victimes seraient plus dissociés que les autres au moment des violences agies.

Plus intéressant, nous avons mis en évidence pour les AVS victimisés une forte corrélation entre les 2 scores au PDEQ ( $r=0,82$  avec  $p<0.02$ ), ce qui suggère un réel lien entre l'état psychique présenté lors des 2 situations : violences subies et agies.

Ces résultats sont en accord avec un étude de 2007 (83) retrouvant, chez 12 auteurs de violences sexuelles, une forte corrélation entre dissociation lors de l'exposition à des violences physiques et/ou sexuelles dans l'enfance et symptômes dissociatifs lors du passage à l'acte sexuel ultérieur sur un enfant ou un adulte ( $r=0.81$  et  $p<0.001$ ).

Les résultats ne permettent pas de valider l'hypothèse d'une reviviscence d'une agression antérieure précipitant le passage à l'acte, mais sont un pas dans l'élaboration de recherches dans ce sens. A ce jour, il s'agit d'une théorie intéressante mais seules des études de cas ont documenté une telle hypothèse.

La dissociation péri-traumatique est typiquement un *état de dissociation*, qui dure de quelques heures à quelques semaines après l'évènement. Pour certains individus, la dissociation peut devenir un symptôme chronique expérimenté longtemps après le traumatisme, ou *dissociation trait* (22). Une remarque importante concernant notre résultat est qu'on ne peut évaluer l'impact d'une éventuelle dissociation trait sur les scores PDEQ (reflétant l'état de dissociation).

Or, l'exposition traumatique dans l'enfance est associée à la dissociation péritraumatique comme à la dissociation trait (22)

Dans la littérature, plusieurs études retrouvent une association entre état de dissociation, évalué par le PDEQ, et propension à la dissociation ou dissociation trait, évalué par le DES (94) (81). Néanmoins ces études incluait les sujets intoxiqués au moment du passage à l'acte (alcool, cannabis ou autre) et les sujets ayant un trouble de l'usage de substance, deux paramètres susceptibles d'influencer les scores sus-cités (probables dissociations induites par un produit). De plus il s'agissait d'études rétrospectives et il est possible que la disposition à la dissociation influence la déclaration de symptômes dissociatifs.

La dissociation trait pourrait augmenter le risque de développer un état de dissociation péri traumatique lors d'évènements stressants. A l'inverse, le fait d'avoir vécu un état de dissociation péri traumatique pourrait augmenter la disposition ultérieure à se dissocier et notamment en situation de stress.

Une autre question importante est celle de l'éventualité d'un trauma de l'agresseur : certains sujets pourraient être traumatisés par leurs propres actes et ainsi présenter un état de dissociation péri traumatique pathologique lors des violences agies. En effet, certains criminels

sont traumatisés par leurs crimes eux-mêmes (95) (31). Nos résultats ne permettent pas de dire quel traumatisme (l'agression subie dans l'enfance, ou celle commise) est responsable de la symptomatologie dissociative au moment du passage à l'acte, bien qu'aucun sujet n'ait déclaré l'agression index comme évènement le plus traumatisant expérimenté.

Un autre objectif de l'étude était d'évaluer la corrélation entre dissociation (score PDEQ) lors du passage à l'acte et le niveau de violence de celui-ci. Nous n'avons pas trouvé de résultat statistiquement significatif. Parmi différentes populations (notamment, parmi des auteurs de violences sexuelles), des scores importants de dissociation sont associés à des niveaux augmentés de violence (93)(32).

Selon le modèle de Frewen et Lanius, les manifestations dissociatives dans les troubles liés au trauma arriveraient sur un continuum avec celles expérimentées dans un état normal de conscience, si bien que le sujet pourrait vivre des symptômes allant de l'un à l'autre. Dans notre hypothèse, un état de détresse trop intense provoqué par les reviviscences, survenant dans un état normal de conscience (NWC) favoriserait la précipitation vers l'autre état (TRASC). Il s'agit d'un modèle théorique élaboré récemment et plusieurs études ont été réalisées et sont en cours pour explorer sa validité parmi différentes populations (37)(38)(12)(39)(40)(23).

Il semblerait que la forte association retrouvée dans les études entre dissociation et potentiel abusif n'explique que partiellement le cycle de transmission de la violence (ou la transition de victime à auteur de violences sexuelles), et certaines études suggèrent que la qualité de l'environnement affectif (cohésion, cohérence, conflits etc) pourrait modérer les effets des violences subies sur le risque dissociatif ultérieur (96).

## **5.9.2 Dissociation et attachement**

Notre démarche dans cette étude était d'étudier la corrélation entre désorganisation de l'attachement (matérialisé par des scores d'évitement et d'anxiété hauts) et dissociation (score PDEQ) lors des violences subies et agies. En effet, l'attachement désorganisé favoriserait les réactions dissociatives faces au stress (46).

En situation de stress (par exemple, lors d'une reviviscence d'une expérience traumatique antérieure, ou de l'exposition à un élément externe rappelant ce trauma), les MIO ségrévés referaient surface et amèneraient à un effondrement des fonctions intégratives psychiques du sujet. Selon notre hypothèse, les sujets présentant les profils d'attachement les plus désorganisés seraient ceux qui présenteraient le plus haut niveau de dissociation lors des violences subies et agies.

Notre recherche a mis en évidence des résultats en ce sens, montrant une corrélation entre désorganisation de l'attachement et symptomatologie dissociative lors des violences agies.

Cette corrélation n'a pas été mise en évidence concernant les violences subies pour les sujets victimisés.

L'attachement désorganisé joue un rôle important dans les troubles liés au trauma : la vulnérabilité aux évènements traumatiques, et notamment la propension à des réactions dissociation péri traumatique, est liée à une désorganisation précoce de l'attachement et à ses séquelles développementales (44) (22). Davantage de recherche est nécessaire pour préciser les mécanismes sous-jacents expliquant la survenue ou l'aggravation d'un état dissociatif péri traumatique selon le profil d'attachement du sujet.

Parce que l'attachement influence les capacités du sujet à gérer une situation de stress, il est intimement lié à la vulnérabilité dissociative.

### **5.9.3 Limites de l'étude**

Notre étude présente plusieurs limites. Tout d'abord un design utilisant un recueil rétrospectif des données, entraînant notamment de possibles biais de mémorisation. Ce biais est d'autant plus important que l'exposition à des évènements stressants et le psycho traumatisme peuvent altérer les capacités d'encodage mnésique (22) (27). La pertinence de l'évaluation de symptômes dissociatifs d'un évènement survenue il y a plusieurs années voire dizaines d'années est discutable. Un recueil prospectif des données serait idéal, avec un suivi sur le long terme des sujets ayant présenté un état de dissociation péri-traumatique.

D'autre part, notre échantillon était de trop petite taille pour généraliser les résultats, même s'il donne des pistes de recherche intéressantes, jusqu'ici peu explorées.

Dans le cadre de cette étude pilote, nous avons décidé de ne pas inclure les patients ayant consommé une substance psychoactive dans les 24h précédant le passage à l'acte afin de ne pas interférer avec les symptômes provoqués par l'évènement traumatique en tant que tel. Également pour les mêmes raisons, nous avons exclu tout patient présentant un trouble de l'usage de substance (TUS) actuel, ce qui est un choix discutable tant les patients souffrant d'ESPT, et notamment de reviviscences, sont plus susceptibles de consommer des produits dans des visées anxiolytiques et sédatives (97). La comorbidité ESPT/TUS est associée à une évolution des troubles plus complexes et à un risque augmenté de violence (96).

Notre échantillon comprenait une grande hétérogénéité de profils parmi les sujets inclus. Il serait donc judicieux par la suite de différencier les sujets en fonction du type de violences subies par les victimes (atteinte, agression, viol) ainsi qu'en fonction de leur âge au moment de

l'agression subie et du cadre dans lequel se sont produits les violences (intra familiales ?), puis également les différents types d'AVS (avec ou sans contact, victime mineure et/ou majeure, proche ou inconnue etc) ; en effet, les recherches mettent en avant les différences importantes, notamment développementales, entre les différents types d'agresseurs (89).

De plus il serait intéressant d'élargir les recherches aux femmes, tant elles sont cibles majoritaires des violences sexuelles. De plus, en France, si les hommes sont plus susceptibles de vivre un évènement traumatisant, les femmes sont deux fois plus susceptibles de développer un ESPT (42).

Enfin, une évaluation prospective comprenant des questionnaires mais également entretiens semi-structurés permettrait probablement de mieux cibler les symptômes d'intérêts, c'est-à-dire les symptômes de reviviscences.

Nous avons vu que les symptômes de reviviscence sont fréquemment expérimentés en dehors de tout diagnostic d'ESPT (41). Une question importante est celle de la pertinence des méthodes d'exploration de ces symptômes : étant souvent réactionnels à l'exposition à un indice externe ou interne relié à l'évènement, de forts niveaux d'évitement pourraient en diminuer la survenue (30), mais également diminuer la prévalence lors du dépistage via les questionnaires usuellement utilisés (PCL-5, MINI, CAPS). Il est aussi possible que des patients présentant différents troubles psychotraumatiques perçoivent et répondent différemment aux expériences de reviviscences (41).

Également, nous avons vu précédemment que les symptômes dissociatifs sont fréquents parmi les sujets ayant été exposés à un traumatisme, et ces symptômes peuvent être de natures très différentes. A ce jour, la dissociation n'est réellement évaluée et mesurée dans l'ESPT que par le biais des symptômes de dépersonnalisation et déréalisation (22), or, il apparaît que ces expériences ne recouvrent pas l'intégralité des phénomènes dissociatifs vécus par les patients porteurs d'un ESPT (36)(38). En effet, il a été montré que ces mêmes sujets présentent pourtant d'autres symptômes dissociatifs tels que l'amnésie ou des flash backs dissociatifs.

L'ESPT demeure un trouble très hétérogène, si bien que deux individus portant le même diagnostic peuvent présenter des symptômes, mais également des comorbidités très différentes (34). D'autres méthodes d'évaluation du psychotraumatisme, par exemple issues du modèle théorique de Frewen et Lanius, pourraient permettre d'explorer de façon plus exhaustive et plus précise les multiples manifestations des troubles liés au trauma, et les liens entre les symptômes dissociatifs et les autres vécus dans des états de conscience ordinaires.

## 6 Conclusion et perspectives

Dans cette étude réalisée sur une population d'hommes auteurs de violences sexuelles, une forte corrélation a été retrouvée entre l'état de dissociation lors des violences subies et agies chez les sujets qui avaient été auparavant victimisés. Il s'agit d'un argument en faveur de notre hypothèse théorique selon laquelle les sujets ayant été victimes de violences sexuelles et ayant vécu un état de dissociation péri traumatique auraient développé une mémoire traumatique, responsable de phénomènes de reviviscences (spontanées ou lors de l'exposition à des indices reliés à l'évènement initial). Ces reviviscences, parce que sources d'une détresse importante, provoqueraient chez le sujet un nouvel état dissociatif, propice à un passage à l'acte hétéro agressif sexuel. La dissociation serait un élément majeur du cycle de transmission de la violence. Notre étude ne permet pas de déterminer le mécanisme sous tendant cette association, et on ne peut donc pas définir précisément ce qui déclenche la symptomatologie dissociative lors des violences agies. Davantage de recherche est nécessaire pour explorer cette hypothèse d'une reviviscence comment facteur générant un état dissociatif et favorisant le passage à l'acte.

Nous avons également retrouvé, pour tous les participants de l'étude, une forte corrélation entre l'état de dissociation lors des violences agies et la désorganisation de l'attachement (mesurée via deux dimensions, qu'étaient l'anxiété dans la relation et l'évitement). Selon notre hypothèse, l'attachement insécure de type désorganisé serait un facteur de vulnérabilité face aux évènements stressants, situations dans lesquelles il augmenterait la probabilité de survenue d'un état de dissociation péri traumatique, et donc de formation d'une mémoire traumatique.

Un des résultats inattendus dans notre étude est l'absence de diagnostic d'ESPT actuel (PCL-S >44) et la faible prévalence d'ESPT vie entière. Certains sujets ayant été victimes de violences sexuelles déclaraient pourtant des reviviscences de l'évènement. Nous avons dit précédemment que certains sujets peuvent présenter une symptomatologie post traumatique invalidante, notamment des reviviscences de l'évènement, sans remplir les critères des classifications internationales. Les outils jusqu'ici utilisés ne permettent peut-être pas de repérer de façon exhaustive et spécifique toutes les manifestations consécutives au trauma.

Il pourrait être intéressant de dépister de façon systématique les symptômes dissociatifs péri traumatique vécus par les victimes de violences sexuelles, et de suivre de façon plus rigoureuse l'évolution de ces sujets, notamment la survenue de symptômes de reviviscences voire de nouvelle symptomatologie dissociative.

La prise en charge des symptômes de reviviscences est indispensable. Plusieurs années après les faits, ils pourraient représenter le seul symptôme d'un trauma ancien. Parce qu'ils sont susceptibles de déclencher un nouvel état dissociatif, ils seraient un facteur de risque de passage à l'acte hétéro agressif. Ils pourraient aussi présenter une entrave à la prise en charge du trouble psychotraumatique.

Lors de ces expériences de reviviscences, le risque est que le sujet soit comme « transporté » dans le temps, automatiquement et involontairement, et expérimente un état évoquant un soi du passé. Il pourrait être intéressant d'axer la prise en charge sur le renforcement du sentiment de soi parmi les survivants de traumatisme, dans le but de faciliter l'émergence d'un « voyageur mental », capable de se remémorer plutôt que de revivre le passé. Ainsi, des thérapies centrées sur le temps présent (encouragement des relations saines et soutenantes, travail sur les compétences de mindfulness, de régulation émotionnelle, de tolérance à la détresse etc.) ayant pour but de renforcer le sentiment de self/soi, en combinaison à des thérapies d'exposition ou d'EMDR (Eye Movement Desentization and Reprocessing), pourraient permettre de traiter les reviviscences traumatiques et leurs conséquences (Lanius, 2015 ; Brand, 2017).

L'un des enjeux majeurs est la prévention de la survenue de ces symptômes, ou le développement de la résilience du sujet. L'attachement pourrait avoir une importance spécifique, d'où la nécessité d'inclure un accompagnement des parents des enfants victimes afin de renforcer l'efficacité de figures d'attachement susceptibles d'apporter un lien secure.

Concernant les auteurs de violences sexuelles, la recherche systématique d'un antécédent de victimisation et de dissociation, et la prise en charge de ces symptômes dissociatifs, quelle que soit leur forme (ESPT, trouble borderline, trouble dissociatif, etc) apparaît également indispensable.

A la faveur des résultats de notre étude, il semble opportun et nécessaire de continuer à explorer la symptomatologie post traumatique dans toute sa diversité, tout particulièrement dans le champ des violences sexuelles, pour mieux mieux appréhender les liens entre reviviscence, répétition et dissociation, symptômes de NWC et symptômes de TRASC (ou manifestations dissociatives du trouble), afin d'améliorer leur compréhension, leur traitement et leur prévention.

## 7 Bibliographie

1. Crocq L. Stress & trauma. In: Traumatismes psychiques. Elsevier Masson; 2004.
2. Turnbull J. The biology of post-traumatic stress disorder. Psychiatry. 2006.
3. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et Trauma. Considérations historiques. Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique. Mai 2010.
4. Lebigot F. Le traumatisme psychique. Stress Trauma. 2009.
5. APA. Troubles liés à des traumatismes ou facteurs de stress. In: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2015.
6. Kessler R, Wai Tat Chiu, Demier O, Walters E. Prevalence, Severity and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders In The National Comorbidity Survey Replication (NCS- R). Arch Gen Psychiatry. Juin 2005.
7. Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V, Lepine JP, Nachbaur G, Negre-Pages L, Vilagut G, Gasquet I. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. J Traum Stress. Oct 2008.
8. Jolly A. Etat de Stress Post Traumatique: Une revue de la littérature épidémiologique. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2000;19.
9. Alonso J, Angermeyer M, Bernert S. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand.. févr 2004.
10. Atwoli L, Stein D, Karestan C, McLaughlin K. Curr Opin Psychiatry. Juillet 2015.
11. ScienceDirect Full Text PDF [Internet]. [cité 16 oct 2018]. Disponible sur: [https://ac.els-cdn.com/S0014385509001029/1-s2.0-S0014385509001029-main.pdf?\\_tid=37f95055-d87f-4882-99eb-7f684b0ed8e3&acdnat=1539699250\\_1368055bd7d40c83e22134e2864b8727](https://ac.els-cdn.com/S0014385509001029/1-s2.0-S0014385509001029-main.pdf?_tid=37f95055-d87f-4882-99eb-7f684b0ed8e3&acdnat=1539699250_1368055bd7d40c83e22134e2864b8727)
12. Baekkelund, Frewen PA, Lanius RA. Trauma-related altered states of consciousness in post-traumatic stress disorder patients with or without comorbid dissociative disorders. Eur J Psychotraumatology. 2018.
13. Brand B, Frewen PA. Dissociation as a Trauma-Related Phenomenon. In: APA Handbook of Trauma Psychology. 2017.
14. Kédia M. La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. L'Évolution Psychiatr. oct 2009;74(4):487-96.
15. Cutajar M, Mullen P, Ogloff J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused 75 children followed up to 43 years. Child Abuse Negl. nov 2010.

16. Relations Among Peritraumatic Dissociation and Posttraumatic Stress: A Critical Review. *Fév* 2008.
17. Auxéméry Y. Posttraumatic stress disorder (PTSD) as a consequence of the interaction between an individual genetic susceptibility, a traumatogenic event and a social context. *L'Encephale*. oct 2012;38(5):373-80.
18. Yehuda R, LeDoux J. Response Variation following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD. *Neuron*. oct 2007;56(1):19-32.
19. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health*. mai 2001;91(5):753-60.
20. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. janv 2003;129(1):52-73.
21. Olliac B. Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. juill 2012.
22. Smith J. Dissociation structurelle: repérages. In: *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*. Broché. 2016.
23. Brand B. Dissociation as a Trauma-Related Phenomenon. In: *APA Handbook of Trauma Psychology*. 2017.
24. Kédia M. La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'Évolution Psychiatr*. 1 oct 2009;74(4):487-96.
25. Dalenberg CJ, Brand BL, Gleaves DH, Dorahy MJ, Loewenstein RJ, Cardeña E, et al. Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychol Bull*. mai 2012;138(3):550-88.
26. Vonderlin R. Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychological Medicine*. 2018.
27. Josse PE. Les réactions dissociatives péri- traumatiques. 2014.
28. Salmona M. Mémoire traumatique et conduites dissociantes. 2012.
29. Salmona M. La dissociation traumatique et les troubles de personnalité : ou comment devient-on étranger à soi même ? In: *Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie*. Dunod; 2013. p. 19.
30. Brewin C. Re-experiencing traumatic events in PTSD: New avenues in research on intrusive memories and flashbacks. *Eur J Psychotraumatology*. mai 2015.
31. Byrne M. Trauma reactions in the offender. In: *Understanding Post-Traumatic Conditions: Medico-legal seminar papers*. 2000.
32. Stein DJ, Koenen KC, Friedman MJ, Hill E, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Dissociation in Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from the World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 15 févr 2013;73(4):302-12.

33. Moskowitz A. Dissociation and violence: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. janv 2004;5(1):21-46.
34. Wolf E. The Dissociative Subtype of PTSD : Rationale , Evidence , and Future Directions. In 2013.
35. APA. DSM 5. 2013.
36. Lanius RA. Trauma-related dissociation and altered states of consciousness: a call for clinical, treatment, and neuroscience research. *Eur J Psychotraumatology*. Mai 2015.
37. Frewen PA, Hegadoren K, Coupland N, Lanius RA. Trauma-Related Altered States of Consciousness (TRASC) and Functional Impairment I: Prospective Study in Acutely Traumatized Persons. *J Trauma Dissociation*. Sept 2015.
38. Frewen PA, Lanius RA. Trauma-Related Altered States of Consciousness (TRASC): Exploring the 4-D Model. *J Trauma Dissociation*. Mars 2014.
39. Frewen PA, Lanius RA. Trauma-related altered states of consciousness in women with BPD with or without co-occurring PTSD. *Eur J Psychotraumatology*. Aout 2014.
40. Frewen PA, Lanius RA. Trauma-Related Altered States of Consciousness: Exploring the 4-D Model. *J Trauma Dissociation*. 8 août 2014;15(4):436-56.
41. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Silove D. Posttraumatic intrusive symptoms across psychiatric disorders. *J Psychiatr Res*. juin 2011;45(6):842-7.
42. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. déc 2007;34(6):577-83.
43. Whalley MG, Farmer E, Brewin CR. Pain flashbacks following the July 7th 2005 London bombings. *PAIN*. 5 déc 2007;132(3):332-6.
44. Bowlby J. *Attachment and loss*. 2nd ed. New York: Basic Books; 1999.
45. Schimmenti A. The Developmental Roots of Dissociation: A Multiple Mediation Analysis. *Psychoanal Psychol*. avr 2016.
46. Liotti G. *Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid*. Psychotherapy: Theory, research, practice, training. 2004.
47. Ratip D. The role of attachment in violent offending and violence in institutions. 2015.
48. Liotti G. A Model of Dissociation Based on Attachment Theory and Research. *J Trauma Dissociation*. 2006.
49. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in Adulthood, Second Edition: Structure, Dynamics, and Change*. 2nd edition. 2007.
50. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. févr 2015;11(1):11-5.

51. Bruno J, Machado J, Ferreira Y, Munsch L, Silès J, Steinmetz T, et al. Impact des styles d'attachement dans le développement des symptômes traumatiques chez des femmes françaises victimes de violences sexuelles. *Sexologies*. 1 janv 2019;28(1):25-30.
52. Woodhouse S, Ayers S, Field AP. The relationship between adult attachment style and post-traumatic stress symptoms: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*. oct 2015;35:103-17.
53. Ogle CM, Rubin DC, Siegler IC. The Relation Between Insecure Attachment and Posttraumatic Stress: Early Life Versus Adulthood Traumas. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. juill 2015;7(4):324-32.
54. Sandberg D. Adult Attachment as a Predictor of Posttraumatic Stress and Dissociation. *J Trauma Dissociation*. juin 2010.
55. Brennan K, Clark C, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: *Attachment Theory & Close Relationships* . 1998.
56. OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine. 2002.
57. Code pénal | Legifrance.
58. HAS. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2014 oct.
59. Ministère de l'Intérieur M de. Insécurité et délinquance en 2018 : premier bilan statistique. 2018 janv.
60. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreat*. mai 2011;16(2):79-101.
61. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. juin 2009;29(4):328-38.
62. J. Barth • L. Bermetz • E. Heim • S. Trelle • T. Tonia. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2013.
63. Priebe G, Svedin CG. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse Negl*. déc 2008;32(12):1095-108.
64. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. mars 2009;373(9657):68-81.
65. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev*. 1 nov 2009;29(7):647-57.
66. Jumper SA. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse Negl*. juin 1995;19(6):715-28.

67. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta- analysis. *JAMA*. août 2005;302(5):550-61.
68. Fergusson DM, McLeod GFH, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl.* sept 2013;37(9):664-74.
69. Steine IM, Winje D, Skogen JC, Krystal JH, Milde AM, Bjorvatn B, et al. Posttraumatic symptom profiles among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse Negl.* mai 2017;67:280-93.
70. Irene R. Fassler, Maryann Amodeo \*, Margaret L. Griffin,, Cassandra M. Clay, Michael A. Ellis. Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse & Neglect.* mars 2005;
71. Ward T, Beech A. *An Integrated Theory of Sexual Offending.* *Aggression Violent Behav.* fév 2006.
72. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta- analysis. *Mayo Clin Proc.* juill 2010;85(7):618-29.
73. Aspelmeier JE, Elliott AN, Smith CH. Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child Abuse Negl.* 1 mai 2007;31(5):549-66.
74. Fresno A, Spencer R, Ramos N. The Effect of Sexual Abuse on Children's Attachment Representations in Chile. *J Child Sex Abuse.* déc 2012.
75. Nelson K, Hagedorn B, Glenn L. Influence of Attachment Style on Sexual Abuse Survivors' Posttraumatic Growth. *J Couns Dev.* juin 2019.
76. Roche D, Runtz M, Hunter M. Adult Attachment: A Mediator Between Child Sexual Abuse and Later Psychological Adjustment. *J Interpers Violence.* févr 1999.
77. McKillop N, Smallbone S, Wortley R, Andjic I. Offenders' Attachment and Sexual Abuse Onset: A Test of Theoretical Propositions. *Sex Abuse.* déc 2012;24(6):591-610.
78. Smallbone S, Cale J. An Integrated Life-Course Developmental Theory of Sexual Offending. In: *Sex Offenders: A Criminal Career Approach* [Internet]. 1<sup>re</sup> éd. Arjan Blokland & Patrick Lussier; 2015.
79. Grattagliano I, Cassibba R, Costantini A, Laquale GM, Latrofa A, Papagna S, et al. Attachment models in incarcerated sex offenders: a preliminary Italian study using the adult attachment interview. *J Forensic Sci.* janv 2015;60 Suppl 1:S138-142.
80. Daisy N, Hien D. The Role of Dissociation in the Cycle of Violence. *J Fam Violence.* févr 2014.
81. Mcleod H, Byrne M, Aitken R. Automatism and dissociation: Disturbances of consciousness and volition from a psychological perspective. *Int J Law Psychiatry.* sept 2004;27:471-87.

82. Yeo. Clarifying automatism [Internet]. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2002.
83. Becker-Blease K, Freyd J. Dissociation and Memory for Perpetration Among Convicted Sex Offenders. *J Trauma Dissociation*. févr 2007;8:69-80.
84. Vandevoorde J, Borgne PL. Dissociation et passage à l'acte violent : une revue de littérature. *L'évolution Psychiatr*. 6 févr 2015;80:187-208.
85. Glasser M, Kolvin I, Campbell D, Glasser A, Leitch I, Farrelly S. Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. déc 2001;179:482-94; discussion 495-497.
86. Salter D, McMillan D, Richards M, Talbot T, Hodges J, Bentovim A, et al. Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. *The Lancet*. févr 2003;361(9356):471-6.
87. Cutajar M, Ogloff J, Mullen P. Child sexual abuse and subsequent offending and victimisation: A 45-year follow-up study. *Trends and issues in Crime and Criminal Justice*. Juin 2012.
88. Jespersen, Lalumière, Seto. Sexual abuse history among adult sex offenders and non- sex offenders: A meta-analysis | Request PDF. *Child Abuse Negl*. avr 2009.
89. Simons DA, Wurtele SK, Durham RL. Developmental experiences of child sexual abusers and rapists. *Child Abuse Negl*. mai 2008;32(5):549-60.
90. Putnam FW. *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford Press. 1996.
91. Wilson JP, Zigelbaum SD. The Vietnam veteran on wal: The relation of post-traumatic stress disorder to criminal behavior. *Behav Sci Law*. 1983;1(3):69-83.
92. Carlisle AL. Dissociation and Violent Criminal Behavior. *J Contemp Crim Justice*. déc 1991;7(4):273-85.
93. Bourget D, Gagné P, Wood SF. Dissociation: Defining the Concept in Criminal Forensic Psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law Online*. juin 2017;45(2):147-60.
94. Cooper, Cuttler, Paulhus, Yuille. *Dissociation and amnesia: A study with male offenders*. 2006.
95. Pham, Willocq. Homicide and traumatic Stress. *Acta Psychiatr Belg*. janv 2013;
96. Narang DS, Contreras JM. The Relationships of Dissociation and Affective Family Environment with the Intergenerational Cycle of Child Abuse. *Child Abuse Negl Int J*. juin 2005;29(6):683-99.
97. McCauley JL, Killeen T, Gros DF, Brady KT, Back SE. Posttraumatic Stress Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorders: Advances in Assessment and Treatment. *Clin Psychol Publ Div Clin Psychol Am Psychol Assoc*. 1 sept 2012;19(3).

## 8 ANNEXES

### 8.1 Questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique

Complétez s'il vous plaît les énoncés qui suivent en entourant le nombre qui correspond au mieux à ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'événement. Si une proposition ne s'applique pas à votre expérience de l'événement, alors entourer la réponse correspondant à « Pas du tout vrai ».

		Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
1	Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait – j'étais complètement déconnecté(e) ou, d'une certaine façon, j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait.	1	2	3	4	5
2	Je me suis retrouvé(e) sur "le pilote automatique", je me suis mis(e) à faire des choses que (je l'ai réalisé plus tard) je n'avais pas activement décidé de faire.	1	2	3	4	5
3	Ma perception du temps a changé les choses avaient l'air de se dérouler au ralenti.	1	2	3	4	5
4	Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou au cinéma, en train de jouer un rôle.	1	2	3	4	5
5	C'est comme si j'étais la spectatrice de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observais de l'extérieur.	1	2	3	4	5
6	Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée. Je me sentais déconnecté(e) de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude.	1	2	3	4	5
7	J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres arrivaient à moi aussi, comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas.	1	2	3	4	5
8	J'ai été surpris(e) de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées.	1	2	3	4	5
9	J'étais confus(e), c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment.	1	2	3	4	5
10	J'étais désorienté(e), c'est-à-dire que par moment, j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais ou de l'heure qu'il était.	1	2	3	4	5

## 8.2 Questionnaire des échelles de relation RSQ (Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew)

D'après Guédeney N, et al. La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : étude de validation du construit. Encéphale (2009), doi:10.1016/j.encep.2008.12.006

Merci de bien vouloir lire les trente propositions suivantes et de coter jusqu'à quel point chacune d'elle décrit vos sentiments à propos des relations avec les gens dont vous vous sentez proches. Pensez à toutes ces relations proches, passées ou actuelles et répondez en fonction comment, en général, vous vous y sentez. Pour chaque proposition, inscrivez dans la colonne « cotation » le chiffre qui vous correspond le mieux. Donner une seule réponse pour chaque proposition et merci de répondre à toutes sans en oublier une seule.

	Pas du tout comme moi		Un peu comme moi		Tout à fait comme moi	Cotation
Je trouve difficile de dépendre des autres.	1	2	3	4	5	
C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e).	1	2	3	4	5	
C'est facile pour moi de me sentir proche des autres par rapport aux émotions.	1	2	3	4	5	
Je veux ne pouvoir faire qu'un avec une autre personne.	1	2	3	4	5	
Je crains d'être blessé(e) si je me permets de devenir trop proche des autres.	1	2	3	4	5	
Je me sens bien sans relations affectives proches.	1	2	3	4	5	
Je ne suis pas sûr(e) de pouvoir toujours compter sur la présence des autres lorsque j'en ai besoin.	1	2	3	4	5	

*Suite page suivante svp.*

	Pas du tout comme moi		Un peu comme moi		Tout à fait comme moi	Cotation
Je veux être dans une intimité totale avec les autres quand il s'agit d'émotions.	1	2	3	4	5	
Je suis inquiet de me retrouver seul(e).	1	2	3	4	5	
Je me sens à l'aise quand j'ai besoin des gens.	1	2	3	4	5	
Je crains souvent que mes partenaires amoureux(es) ne m'aient pas vraiment.	1	2	3	4	5	
Je trouve que c'est difficile de faire totalement confiance aux gens.	1	2	3	4	5	
Je m'inquiète du fait que les autres deviennent trop proches de moi.	1	2	3	4	5	
Je veux des relations proches quand il s'agit des émotions.	1	2	3	4	5	
Je me sens bien lorsque les gens ont besoin de moi.	1	2	3	4	5	
J'ai peur que les gens ne me donnent pas autant d'importance que je leur en donne.	1	2	3	4	5	
Les gens ne sont jamais là quand vous avez besoin d'eux.	1	2	3	4	5	
Mon désir de ne faire qu'un avec les gens les fait parfois fuir.	1	2	3	4	5	
C'est très important pour moi de sentir que je me suffis à moi-même.	1	2	3	4	5	
Je suis mal à l'aise quand quelqu'un s'approche trop de moi.	1	2	3	4	5	
J'ai souvent peur que mes partenaires amoureux(es) n'aient plus envie de rester avec moi.	1	2	3	4	5	

	Pas du tout comme moi		Un peu comme moi		Tout à fait comme moi	Cotation
Je préfère n'avoir personne qui dépende de moi.	1	2	3	4	5	
J'ai peur d'être abandonné(e).	1	2	3	4	5	
Je me sens un peu mal à l'aise quand je suis proche des gens.	1	2	3	4	5	
Je trouve que les gens ne veulent pas être aussi proches de moi que je le souhaiterais.	1	2	3	4	5	
Je préfère ne pas dépendre des autres.	1	2	3	4	5	
Je sais que les autres seront là quand j'aurai besoin d'eux.	1	2	3	4	5	
J'ai peur que les gens ne m'acceptent pas.	1	2	3	4	5	
Mes partenaires amoureux(es) veulent souvent que je sois encore plus proche que ce qui me met à l'aise	1	2	3	4	5	
Je trouve relativement facile d'être proche des gens.	1	2	3	4	5	

## SERMENT D'HIPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

# RESUME

**Introduction :** Entre 3 et 5% des victimes de violences sexuelles seront dans leur vie inculpées pour une infraction à caractère sexuel. Une histoire d'abus sexuel dans l'enfance ou l'adolescence n'est donc ni nécessaire, ni suffisante, pour devenir soi-même agresseur. Lors de l'exposition à un événement traumatique, l'état de dissociation péri traumatique témoigne du dépassement des capacités psychiques de synthèse et d'association. L'encodage du souvenir est altéré, celui-ci reste alors tel un corps étranger, susceptible d'être réveillé et revécu à tout instant. Cette mémoire traumatique va provoquer des symptômes de reviviscence et donc une détresse intense, pouvant déclencher un nouvel état de dissociation, similaire à celui vécu lors de l'expérience initiale. Le style d'attachement du sujet intervient dans ces situations de stress comme un facteur supplémentaire de vulnérabilité dissociative. Dans ces états de dissociation, le sujet est déconnecté, et peut présenter des comportements incontrôlés, étrangers au soi, parfois violents.

**Objectif :** Les objectifs de cette étude sont d'évaluer le lien entre état de dissociation péri traumatique lors des violences sexuelles subies et la possibilité d'un état dissociatif lors de violences agies, puis d'évaluer le lien entre désorganisation de l'attachement des sujets et les états dissociatifs vécus lors des violences.

**Méthodes :** Pour cela, nous avons réalisé une étude observationnelle analytique rétrospective dans une population d'agresseurs sexuels masculins condamnés reconnaissant les faits. Lors d'un entretien comportant plusieurs questionnaires, nous avons comparé les scores de dissociation (PDEQ) lors des violences agies entre les sujets victimes et non victimes. Pour les premiers, nous avons également étudié la corrélation entre score de dissociation lors des violences agies et subies. Enfin, nous avons exploré les corrélations entre désorganisation de l'attachement (RSQ) et dissociation lors des violences.

**Résultats :** 30 patients ont été inclus. 37% avaient subi au moins un épisode de violences sexuelles au cours de leur enfance ou adolescence. Chez ces sujets, nous avons retrouvé une forte corrélation ( $r=0,82$  ;  $p<0,02$ ) entre les scores PDEQ lors des violences subies et agies, ce qui suggère un réel lien entre l'état psychique présenté lors des deux situations. Les sujets auparavant victimisés présentaient des scores de dissociation supérieurs à ceux des auteurs non victimes lors des violences agies, bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif. Pour tous, une corrélation importante ( $r=0,606$  ;  $p<0,03$ ) entre dissociation lors du passage à l'acte agi et désorganisation de l'attachement a été retrouvée.

**Conclusion :** Les résultats sont en faveur de notre hypothèse selon laquelle les sujets ayant vécu un état de dissociation péri traumatique lors de violences sexuelles subies, auraient développé une mémoire traumatique, responsable de reviviscence et d'un état de dissociation pouvant précipiter un passage à l'acte sexuel hétéro agressif. La dissociation serait un élément majeur du cycle de transmission de la violence et l'attachement désorganisé un facteur de vulnérabilité dissociative lors des situations de stress. Davantage de recherche est nécessaire pour explorer cette hypothèse d'une reviviscence traumatique comme facteur générant un état dissociatif et donc précipitant le passage à l'acte.

**Mots clés :** violences sexuelles, psychotraumatisme, attachement, dissociation péri traumatique, mémoire traumatique, reviviscence, transition victime à auteur