



HAL
open science

Trouble stress post-traumatique chez les victimes de violences sexuelles intra et extrafamiliales : une étude comparative

Claire Huon de Kermadec

► **To cite this version:**

Claire Huon de Kermadec. Trouble stress post-traumatique chez les victimes de violences sexuelles intra et extrafamiliales : une étude comparative. Psychiatrie et santé mentale. 2020. dumas-03191424

HAL Id: dumas-03191424

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03191424>

Submitted on 7 Apr 2021

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.



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2020

N° de thèse : 2020-214

**TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES
VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES INTRA ET
EXTRAFAMILIALES : UNE ETUDE COMPARATIVE**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 17 décembre 2020

Pour obtenir le diplôme d'État de Docteur en Médecine

Diplôme d'Études Spécialisées de Psychiatrie

Par

Madame HUON DE KERMADEC Claire

Née le 8 juillet 1991

PRÉSIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

JUGES

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Monsieur le Docteur Olivier BALEDENT

Monsieur le Docteur Olivier BOITARD

DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

MD, PHD, HDR

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie et Addictologie Adultes

C'est un honneur que vous ayez accepté de présider ma thèse.

Veillez trouver ici mon profond respect et mes respectueux remerciements.

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Je vous remercie d'avoir accepté de vous faire juge de cette thèse, et de me consacrer de votre temps.

Veillez trouver ici l'expression de mes respectueux remerciements.

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

C'est un honneur pour moi de vous compter parmi les membres de mon jury de thèse. Ce travail est la poursuite de ma réflexion débutée par le mémoire du Diplôme Universitaire Violences, Santé et Société dont vous aviez également été juge.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes plus sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Olivier BALEDENT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Responsable de l'unité de traitement de l'image médicale du CHU d'Amiens.

Vous avez accepté avec gentillesse et disponibilité de juger ce travail de psychiatrie.

Veillez trouver ici l'expression de mes respectueux remerciements.

Monsieur le Docteur Olivier BOITARD

Psychiatre des hôpitaux - Chef du 6^{ème} secteur de l'Oise

Psychiatrie adulte

Mes premiers pas en tant qu'interne de psychiatrie se sont faits dans votre service. Un immense merci pour votre disponibilité, vos conseils, votre soutien sans faille, et pour toutes les discussions enrichissantes que nous avons pu avoir.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE

Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
Psychiatrie et Addictologie Adultes

Un immense merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, et d'y avoir passé autant de temps. Merci pour tes encouragements et ton optimisme à toute épreuve, m'ayant permis plus d'une fois de reprendre courage et de faire en sorte que ce projet aboutisse.

Je t'adresse ici l'expression de mon profond respect et de ma plus grande considération.

REMERCIEMENTS

Je ne peux commencer ces remerciements sans citer mes parents, sans qui je ne serais jamais arrivée à soutenir une thèse de médecine aujourd'hui. Merci pour votre soutien inébranlable et votre confiance indéfectible.

Un grand merci à mon mari, Geoffroy, qui a passé du temps sur la relecture et la mise en page de ce document, afin que je puisse en être fière.

Merci à Elisabeth, ma petite sœur orthophoniste qui a gentiment accepté de relire mon travail pour y dénicher les fautes d'orthographe et de frappe qui continuaient à s'y loger.

Merci à tous les amis de la Catho de Lille, grâce à qui j'ai passé de très belles années d'études.

Merci à tous les patients qui ont accepté de participer à cette étude. Merci à tous les psychiatres et psychologues qui m'ont permis d'augmenter le nombre de participants. Chaque personne victime de violences sexuelles dans l'enfance m'a beaucoup appris. Je dédie particulièrement cette thèse à deux jeunes femmes qui font ce douloureux travail de sortir du silence.

Merci aux psychiatres et psychologues côtoyés durant l'internat qui m'ont appris avec bienveillance tout ce que je sais aujourd'hui.

Table des matières

RÉSUMÉ.....	11
ABSTRACT	12
ABRÉVIATIONS	13
1. INTRODUCTION.....	14
1.1 Violences sexuelles	14
1.1.1 Définitions juridiques	14
1.1.2 Le cas particulier de l'inceste.....	15
1.1.3 Épidémiologie	18
1.2 Troubles psychiques liés aux violences sexuelles dans l'enfance	21
1.2.1 Trouble stress post-traumatique	22
1.3 Rationnel	26
1.4 Objectif du travail.....	27
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	28
2.1 Participants	28
2.1.1 Critères d'inclusion	28
2.1.2 Critères d'exclusion.....	28
2.2 Déroulement de l'étude	28
2.3 Questionnaires.....	29
2.3.1 Variables sociodémographiques.....	29
2.3.2 Caractéristiques des abus.....	29
2.3.3 Comorbidités psychiatriques	29
2.3.4 Echelle standardisée d'évaluation du trouble stress post-traumatique	30
2.4 Statistiques	30
2.5 Ethique	30
3. RÉSULTATS	32
3.1 Participants	32
3.2 Flow chart.....	32
3.3 Variables sociodémographiques.....	33
3.4 Caractéristiques des abus.....	33

3.5	Comorbidités psychiatriques	33
3.6	Trouble stress post-traumatique	35
3.6.1	Comparaison des groupes intrafamilial et extrafamilial.....	35
3.6.2	Variables associées à la présence d'un trouble stress post-traumatique.....	36
4.	DISCUSSION	38
4.1	Discussion des résultats.....	38
4.2	Caractéristiques de l'échantillon global	38
4.3	Les spécificités du groupe intrafamilial	40
4.4	Variables en lien avec la présence d'un trouble stress post-traumatique chez les victimes d'abus sexuels dans l'enfance	41
4.4.1	La relation à l'agresseur	41
4.4.2	Le type de violences sexuelles	42
4.4.3	L'âge du début des abus	42
4.4.4	La répétition des abus.....	42
4.4.5	La violence psychologique associée.....	43
4.4.6	La condamnation de l'agresseur.....	43
4.5	Limites.....	43
4.6	Perspectives.....	44
5.	CONCLUSION	46
6.	BIBLIOGRAPHIE	47
7.	ANNEXE : PCL-5.....	51

RÉSUMÉ

Titre: Trouble stress post-traumatique chez les victimes de violences sexuelles intra et extrafamiliales : une étude comparative.

Introduction: Les violences sexuelles dans l'enfance restent fréquentes et peuvent entraîner des troubles psychiatriques dont le trouble stress post-traumatique (TSPT). Cependant, peu d'études ont évalué l'impact du caractère intrafamilial de l'abus sur l'émergence et l'intensité du TSPT à l'âge adulte. L'objectif de cette étude était de comparer la prévalence et l'intensité du TSPT d'un groupe de sujets ayant été victimes dans l'enfance de violences sexuelles intrafamiliales par rapport à ceux victimes dans l'enfance de violences sexuelles extrafamiliales.

Méthode: Nous avons réalisé une étude comparative multicentrique auprès de personnes adultes ayant été victimes de violences sexuelles dans l'enfance. Les participants étaient séparés en deux groupes selon le lien entre l'agresseur et la victime : intrafamilial (IF) et extrafamilial (EF). Ils répondaient à un auto-questionnaire comprenant une échelle évaluant le TSPT selon les critères du DSM-5, la PCL-5.

Résultats: 35 participants ont été inclus, 20 dans le groupe IF, 15 dans le groupe EF. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant la prévalence (respectivement: 75% vs 73% ; $\chi^2=0,01$, $p=0,9$) ou l'intensité du TSPT (respectivement : $38,9 \pm 15,8$ vs $40,3 \pm 17,2$; $U=157,5$, $p=0,8$). Par ailleurs, le groupe IF était significativement plus jeune lors des abus ($p=0,003$). Nous n'avons pas retrouvé de lien entre âge des abus, type d'abus, nombre d'abus, imposition d'un secret ou condamnation de l'agresseur sur la prévalence du TSPT.

Conclusion : Bien qu'il n'y avait pas de différence entre les deux groupes IF et EF, la prévalence du TSPT était encore élevée à distance des abus, d'où l'importance de prendre en charge précocement les violences sexuelles dans l'enfance.

Mots-clés : violence sexuelle, enfant, trouble stress post-traumatique, inceste, étude comparative

ABSTRACT

Title: Post-traumatic stress disorder in victims of intra- and extra-familial sexual violence: a comparative study.

Introduction: Sexual violence in childhood remains frequent and can lead to psychiatric disorders including post-traumatic stress disorder (PTSD). However, few studies have evaluated the impact of the intra-family nature of abuse on the emergence and intensity of PTSD in adulthood. The objective of this study was to compare the prevalence and intensity of PTSD in a group of subjects who were victims of intrafamily sexual violence in childhood compared to those who suffered in childhood from extra-family sexual violence.

Method: We carried out a multicenter comparative study on adults who had been victims of sexual violence in childhood. Participants were divided into two groups based on the relationship between the perpetrator and the victim: intrafamily (IF) and extrafamily (EF). They responded to a self-administered questionnaire including a scale assessing PTSD according to the DSM-5 criteria, the PCL-5.

Results: 35 participants were included, 20 in the IF group, 15 in the EF group. There was no significant difference between the two groups regarding the prevalence (respectively: 75% vs 73%; $\chi^2=0,01$, $p=0,9$) or the intensity of PTSD (respectively: $38,9 \pm 15,8$ vs $40,3 \pm 17,2$; $U=157,5$; $p=0,8$). In addition, the IF group was significantly younger during abuse ($p=0,003$). We did not find a link between age of abuse, type of abuse, number of abuses, secrecy or conviction of the perpetrator on the prevalence of PTSD.

Conclusion: although there was no difference between the two groups IF and EF, the prevalence of PTSD was still high at a distance from abuse, hence the importance of early management of sexual violence in the childhood.

Keywords: sexual abuse, child, post-traumatic stress disorder, incest, comparative study

ABRÉVIATIONS

CIM : classification internationale des maladies

DSM : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EF : extrafamilial

IF : intrafamilial

PCL : posttraumatic stress disorder checklist

TSPT : trouble stress post-traumatique

1. INTRODUCTION

1.1 Violences sexuelles

Les violences sexuelles peuvent être définies de différentes manières. Nous nous appuierons sur les définitions juridiques, d'après le Code Pénal Français (1).

1.1.1 Définitions juridiques

➤ Les agressions sexuelles

Article 222-22

Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.

Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage.

Article 222-22-1

Lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur de quinze ans, la contrainte morale ou la surprise sont caractérisées par l'abus de la vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement nécessaire pour ces actes.

➤ Le viol

Article 222-23

Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.

Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

Article 222-24

Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle :

2° Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ;

4° Lorsqu'il est commis par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait.

➤ **Les autres agressions sexuelles**

[Article 222-27](#)

Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

[Article 222-29-1](#)

Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende lorsqu'elles sont imposées à un mineur de quinze ans.

➤ **Le harcèlement**

[Article 222-33](#)

Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.

Ces peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende lorsque les faits sont commis :

- 1° Par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;
- 2° Sur un mineur de quinze ans ;

1.1.2 Le cas particulier de l'inceste

1.1.2.1 Les définitions de l'inceste

Le mot inceste serait apparu dans des écrits religieux vers 1350. Etymologiquement, ce mot vient du latin « incestus », signifiant impur, souillé (2).

D'après le Larousse, l'inceste est défini comme des relations sexuelles entre un homme et une femme liés par un degré de parenté entraînant la prohibition du mariage, ou des relations sexuelles entre parents très proches (3).

Le dictionnaire Littré en donne une définition plus large, considérant que l'inceste est une conjonction illicite entre des personnes qui sont parentes ou alliées au degré prohibé par les lois (4). La définition varie selon les lois, et donc selon les pays et les cultures. Par exemple, en Allemagne ou en Angleterre, les relations incestueuses entre adultes consentants sont considérées comme des infractions, mais ce n'est pas le cas en France. Cependant le mariage

incestueux est interdit en France (5), (6), (7) et les enfants nés d'une telle union pourront être reconnus par un parent uniquement (8).

Certains auteurs affirment qu'il n'y a pas un inceste, mais des incestes : l'inceste oedipien (fils-mère, le fils étant à l'initiative de l'inceste), l'inceste maternel (mère-fils, la mère étant à l'initiative de l'inceste), l'inceste homosexué (mère-fille), l'inceste séducteur (père-fille), l'inceste père-fils, l'inceste dans la fratrie, les grands-pères incestueux, le viol incestueux, l'inceste de 2^{ème} type (9).

Françoise Héritier introduit le concept d'inceste de 2^{ème} type dans son ouvrage *Les deux sœurs et leur mère* paru en 1994. Cet inceste du 2^{ème} type est la relation de deux consanguins avec le même partenaire sexuel, comme par exemple deux sœurs, ou une sœur et sa mère, ayant le même amant. Ce concept se base sur « la croyance traditionnelle selon laquelle la nourriture et la parole partagées créent un lien [...] aussi fort que le sang » (10).

1.1.2.2 *Les théories sur l'interdit de l'inceste*

De multiples théories pour expliquer cet interdit ont vu le jour.

L'une des plus connues du grand public est celle associant l'inceste à une augmentation du risque de transmission de maladies génétiques. En effet, le brassage génétique étant plus réduit, le risque de transmission de maladies génétiques est augmenté (11). Cette théorie est en partie critiquée par Boris Cyrulnik, neuropsychiatre éthologue, qui dit que « quand le capital génétique initial ne contient pas de tare, la descendance ne manifeste pas plus de morbidité que la population témoin ». Mais il continue toutefois de cette manière : « Les examens médicaux de cohortes d'enfants nés d'incestes révèlent une forte mortalité-morbidité. Mais l'analyse sémiologique de ces maladies démontre que les altérations organiques sont attribuables à des troubles relationnels (déshydratation, dénutrition, infections, accidents) plutôt qu'à des maladies transmises génétiquement. » (12). Une méta-analyse retrouvera en effet une association entre enfants nés d'unions incestueuses (entre cousins germains au premier degré) et poids de naissance plus faible (13).

L'effet Westermarck est une théorie développée par Edward Westermarck (anthropologue finlandais, 1862-1939) selon laquelle les membres d'une famille auraient une aversion instinctive des pulsions sexuelles les uns envers les autres (14). Cette théorie est soutenue par Havelock Ellis (médecin et psychologue britannique, 1859-1939) qui explique

cette répugnance par le rôle négatif des habitudes quotidiennes sur l'excitabilité érotique. Cette théorie est critiquable, car de nombreux contre-exemples existent, notamment quand les membres d'une même famille ne sont pas élevés ensemble et se rencontrent sur le tard (12).

Sur le plan sociologique, Emile Durkheim (sociologue français 1858-1917) fait de la prohibition de l'inceste un résidu de l'exogamie, elle-même expliquée par le totémisme (ancêtre du clan = groupe d'individus ayant un ancêtre fictif commun, le totem) et le tabou du sang (des personnes de même totem ne pouvaient avoir de contact entre elles lorsqu'il y avait présence de sang, donc notamment les femmes lors de leurs périodes menstruelles) (15). Pour d'autres auteurs, l'origine de l'exogamie vient du fait que d'autres femmes étaient capturées hors du clan, lors de la victoire de celui-ci sur un autre.

Claude Lévi-Strauss (ethnologue et anthropologue français, 1908-2009) élabore la théorie de l'alliance et défend l'idée d'un échange réciproque des femmes entre différents clans, cet échange étant au fondement de l'alliance matrimoniale. Il parle de « passage de la nature à la culture » (16).

D'un point de vue psychanalytique, Freud (neurologue autrichien, 1856-1939) part du mythe darwinien de la horde primitive (groupe à l'intérieur duquel le mâle le plus âgé se réservait les femmes). Les autres hommes finirent par s'y attaquer et le tuer, mais se sentant coupables de cet acte s'interdirent de toucher à ses femmes. « Ils créèrent ainsi [...] les deux tabous fondamentaux du totémisme qui [...] devaient nécessairement coïncider avec les deux désirs refoulés du complexe d'Œdipe », ces deux tabous étant le meurtre et l'inceste (17).

Ces théories diverses sont extrêmement intéressantes. Cependant, aucune d'entre elles n'évoque un possible traumatisme créé par la relation incestueuse, pouvant ainsi la prohiber. Y a-t-il donc un traumatisme spécifique de l'inceste ? Et l'inceste en tant que tel, est-il condamné pénalement ?

1.1.2.3 L'inceste dans le Code Pénal

Le qualificatif « incestueux » sera réintégré au Code Pénal en 2016 (après en avoir été supprimé lors de la Révolution Française). Il désigne également les agresseurs ayant une autorité de fait sur les victimes, donc sans nécessairement de lien de sang entre eux.

Article 222-31-1

Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis par :

1° Un ascendant ;

2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce ;

3° Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2°, s'il a sur la victime une autorité de droit ou de fait.

On remarquera que les cousins ne sont pas inclus dans les liens familiaux pouvant être qualifiés d'incestueux. En effet, le mariage entre cousins en France n'est pas interdit par la loi (5), (6), (7).

Article 222-31-2

Lorsque le viol incestueux ou l'agression sexuelle incestueuse est commis contre un mineur par une personne titulaire sur celui-ci de l'autorité parentale, la juridiction de jugement doit se prononcer sur le retrait total ou partiel de cette autorité ou sur le retrait de l'exercice de cette autorité en application des articles 378 et 379-1 du code civil.

Au final, l'inceste n'est condamné plus sévèrement que lorsqu'il a lieu sur un mineur, ou que l'agresseur détient l'autorité parentale qui peut lui être retirée.

1.1.3 Épidémiologie

1.1.3.1 En France

Selon l'enquête VIRAGE, réalisée en 2015 auprès de 27268 hommes et femmes vivant en France, à l'initiative des chercheuses de l'INED, **14.47% des femmes auraient subi une agression sexuelle durant leur vie, dont 4.99% dans le milieu familial et proche.** Pour les hommes, les chiffres sont 4 fois moins importants : **3.94%, dont 0.83% dans le milieu familial et proche** (18).

Catégorie juridique	Espace de vie						
	Famille et proches	Études	Travail	Couple	Ex-conjoint.e	Espaces publics et autres	Tous espaces
FEMMES							
Viol	1,41	0,16	0,05	0,74	0,83	0,79	3,26
Tentative de viol	0,97	0,14	0,02	0,61	0,77	0,52	2,50
Autre agression sexuelle	4,80	1,33	1,74	0,73	1,03	7,61	13,84
- Dont « attouchement des seins et des fesses, baiser forcé et pelotage »	4,03	1,15	1,69	0,45	0,68	7,27	12,56
- Dont « attouchement du sexe »	2,33	0,32	0,08	0,65	0,81	1,05	4,42
Autre acte ou pratique sexuelle forcé.e ⁽¹⁾	0,2	0,02	0,05	0,11	0,21	0,20	0,66
Toutes violences sexuelles	4,99	1,38	1,78	1,13	1,48	7,85	14,47
Effectif observé	15 556	15 531	15 129	14 947	10 002	15 556	15 556
HOMMES							
Viol	0,27	0,03	0,00	0,03	0,00	0,20	0,47
Tentative de viol	0,27	0,03	0,00	0,02	0,01	0,19	0,46
Autre agression sexuelle	0,78	0,48	0,57	0,08	0,13	2,03	3,66
- Dont pelotage	0,49	0,28	0,55	0,07	0,10	1,82	2,96
- Dont « attouchement du sexe »	0,46	0,21	0,05	0,05	0,02	0,39	1,08
Autre acte ou pratique sexuelle forcé.e ⁽¹⁾	0,07	0,03	0,00	0,07	0,04	0,09	0,28
Toutes violences sexuelles	0,83	0,49	0,57	0,20	0,17	2,19	3,94
Effectif observé	11 712	11 696	11 547	11 016	7 928	11 712	11 712

Figure 1 : Proportions de victimes de violences sexuelles par catégorie juridique, par espace de vie et par sexe, vie entière, en % (enquête Virage, 2015)

Concernant les viols et tentatives de viols, ils ont lieu majoritairement entre 0 et 10 ans, pour les femmes comme pour les hommes. Les autres agressions sexuelles ont lieu majoritairement après 25 ans (18).

Cet ordre de grandeur sera retrouvé par l'Association Internationale des Victimes d'Inceste (AIVI) qui commandera une étude en 2015 auprès de l'institut Harris Interactive, et qui retrouvera que **6% des Français interrogés se disent victimes d'inceste** (19). Une autre enquête effectuée en 2019 par Ipsos à la demande de l'association Mémoire traumatique et victimologie auprès de 502 victimes de violences sexuelles avant leurs 18 ans retrouvera les chiffres suivants : l'âge moyen des violences sexuelles serait de 10 ans, dont 44% dans le milieu familial (20).

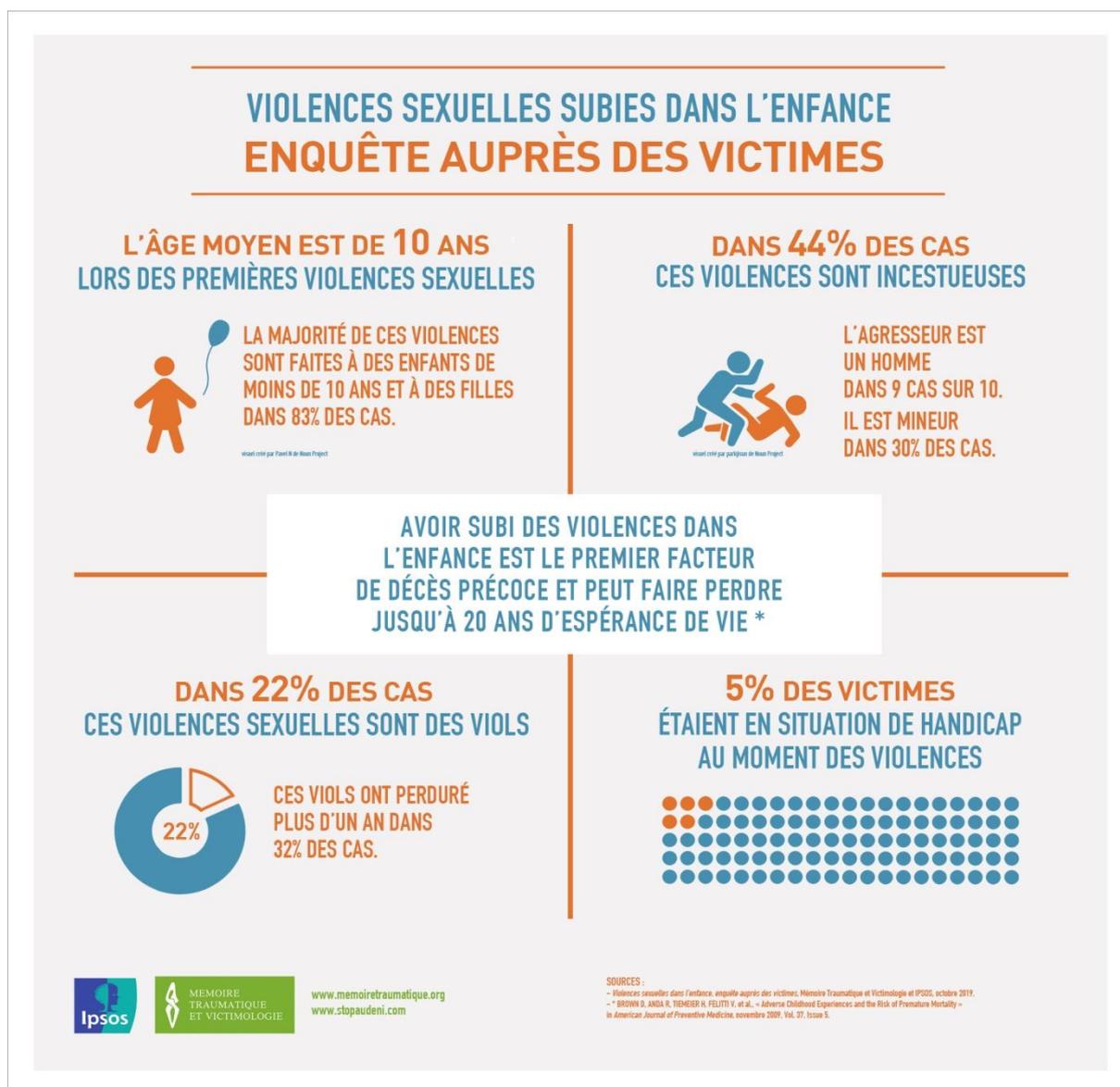


Figure 2 : Enquête IPSOS (2019)

1.1.3.2 Dans le monde

Les nombreuses études sur le sujet de la prévalence des violences sexuelles peuvent retrouver des chiffres considérablement différents, selon la méthodologie de l'étude. Une méta-analyse de 2011 retrouvera que **11.8% de la population mondiale en-dessous de 18 ans aurait subi des violences sexuelles**, avec un écart important entre les filles et les garçons puisque ce taux serait de **18% pour les filles** et **7.6% pour les garçons**. Les chiffres les plus élevés se retrouvent en Australie pour les filles, et en Afrique pour les garçons. Les chiffres

les moins élevés pour les filles comme les garçons sont retrouvés en Asie. Les différences filles/garçons sont significatives en Australie, en Europe et en Amérique du Nord (21).

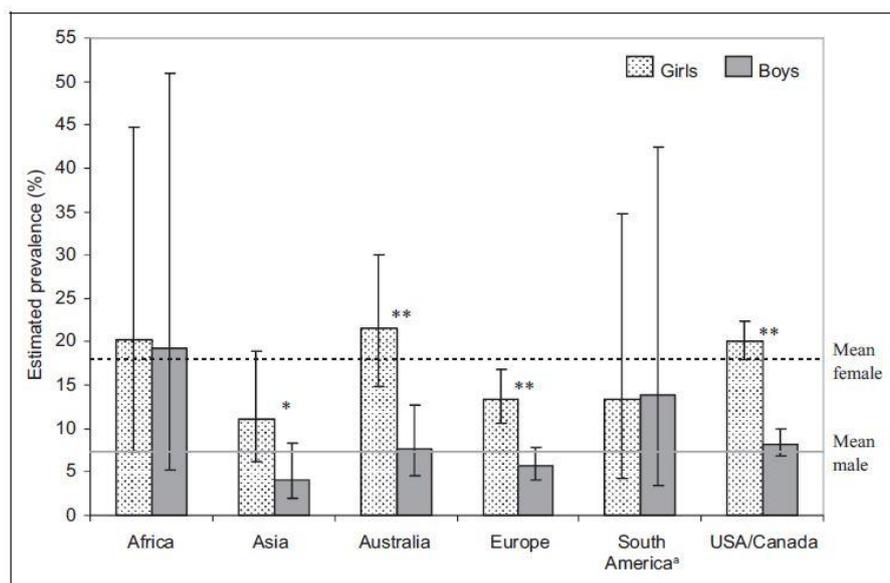


Figure 1. Estimated combined prevalence for self-report studies of CSA, separated according to geographical area of origin of the sample and to gender, including the overall combined prevalence for girls and boys. Stars represent a significant difference between girls and boys within a geographical area of origin of the sample (* $p < .05$; ** $p < .01$).

^aThe significance of the analyses on the South American samples could not be tested, due to $k < 4$.

Figure 3 : prévalence des abus sexuels dans l'enfance selon le continent et le genre

1.2 Troubles psychiques liés aux violences sexuelles dans l'enfance

Il est déjà bien connu que les violences sexuelles dans l'enfance entraînent des troubles psychiatriques.

Une méta-analyse de 2010 retrouvera une augmentation significative de troubles anxieux, dépression, troubles du comportement alimentaire, trouble stress post-traumatique, troubles du sommeil et tentatives de suicide chez les personnes ayant subi des abus sexuels au décours de leur vie. Il n'y avait pas d'association retrouvée entre abus sexuel et troubles somatoformes ou schizophrénie. L'âge auquel l'abus avait eu lieu ou le sexe de la victime ne modifiaient pas ces résultats. En revanche le viol augmentait de manière significative la prévalence de la dépression, des troubles du comportement alimentaire ainsi que du trouble stress post-traumatique (22).

L'enquête IPSOS citée ci-dessus retrouvera des troubles similaires :



Figure 4 : Enquête IPSOS (2019)

Le traumatisme étant une notion vaste et complexe, nous avons choisi de nous limiter à l'étude du trouble stress post-traumatique chez les victimes des violences sexuelles dans l'enfance.

1.2.1 Trouble stress post-traumatique

Le *Trouble stress post-traumatique* dénommé ainsi par la 5ème version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), qui est la classification de

l'Association Américaine de Psychiatrie, est également défini *Etat de stress post-traumatique* par la Classification Internationale des maladies (CIM-10).

1.2.1.1 Définitions

➤ Définition d'après la CIM-10

F43.1 Etat de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la **reviviscence** répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars; ils surviennent dans un contexte durable d'anesthésie psychique et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'**évitement** des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un **hyperéveil neuro-végétatif**, avec hypervigilance, état de qui-vive et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (23).

➤ Définition abrégée d'après le DSM-5

Ce diagnostic peut être posé chez les adultes, les adolescents et les enfants de plus de 6 ans. Il nécessite 8 critères.

Critères A : Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles.

Critères B : Présence d'un ou plusieurs **symptômes d'intrusion** suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits : souvenirs répétitifs et involontaires, rêves récurrents, réactions

dissociatives (flashbacks), détresse psychique ou réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices évoquant l'événement traumatisant.

Critères C : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques (souvenirs, pensées, rappels externes).

Critères D : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques ;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde ;
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critères E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hypervigilance ;
4. Réaction de sursaut exagéré ;
5. Problèmes de concentration ;
6. Troubles du sommeil.

Critère F : La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Spécifier le type : avec symptômes dissociatifs :

1. Dépersonnalisation

2. Déréalisation

1.2.1.2 Différences entre les définitions selon le DSM IV et le DSM-5

Comme nous le verrons par la suite, les nombreuses études sur le TSPT et les violences sexuelles dans l'enfance se sont pour beaucoup appuyées sur les critères des versions antérieures du DSM (essentiellement la 4^{ème} version). Le DSM-5 étant encore relativement récent, il nous a paru utile de comparer les définitions selon les deux versions.

Tableau 1- Comparaison de la définition du TSPT selon le DSM IV et le DSM-5:

	DSM IV (paru en 1994)	DSM-5 (paru en 2013, version française en 2015)
Population	Individus directement confrontés ou témoins d'un événement à teneur traumatique	Idem + témoins indirects (proximité émotionnelle avec une personne impliquée par exemple)
Catégorie	Troubles anxieux	Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress
Symptomatologie	Réaction de peur intense, d'impuissance ou d'horreur face à l'événement 17 symptômes répartis en 3 groupes (symptômes d'intrusion, d'évitement, et neurovégétatifs)	Réaction non systématique 20 symptômes répartis en 4 groupes (symptômes envahissants, évitement persistant, altérations négatives des cognitions et de l'humeur, et altérations marquées de l'éveil et de la réactivité) <u>Les 3 nouveaux symptômes sont :</u> - les distorsions cognitives persistantes - un état émotionnel négatif persistant - un comportement irréfléchi ou autodestructeur
Durée	Aigu : de 1 à 3 mois Chronique : plus de 3 mois	Pas de distinction aigu/chronique

1.3 Rationnel

Ce travail a vu le jour à partir d'une constatation personnelle de la fréquence élevée de patients en psychiatrie ayant des histoires d'abus sexuels dans l'enfance, et notamment d'abus incestueux. S'est donc posée la question des répercussions des abus sur le psychisme des victimes, et si ces éventuelles conséquences étaient plus lourdes lors de cas d'inceste. Pour cela, nous avons fait le choix de limiter notre étude au trouble stress post-traumatique.

Le lien entre agresseur sexuel et intensité ou fréquence du TSPT chez la victime a déjà été étudié. Cependant, les résultats des études ne sont pas tous en accord. Certains auteurs retrouveront une aggravation du TSPT chez les enfants ou adolescents si l'agresseur est le père plus qu'un adulte de confiance (24), d'autres quand il y avait eu viol (25), et enfin certains auteurs ne retrouveront pas plus de symptômes de TSPT quand les abus étaient intra ou extrafamiliaux (26).

Une revue de littérature de 1993 retrouvera plus de symptomatologie de manière globale, dont le stress post-traumatique, quand l'agresseur était une personne proche (affectivement) de l'enfant (27).

Chez les adultes, il a déjà été retrouvé une plus grande détresse psychologique chez des femmes victimes d'abus sexuels dans l'enfance quand l'abuseur était une personne de confiance pour l'enfant (28), ou quand il y avait eu recours à la force ou que les abus avaient duré dans le temps (29). Enfin, d'autres auteurs retrouveront un TSPT plus fréquent chez des victimes de viols intrafamiliaux plutôt qu'extrafamiliaux (30), ou une symptomatologie du TSPT plus importante quand les abus avaient été intrafamiliaux, ou quand il y avait eu viol (31). Les populations de ces deux dernières études étaient des populations étudiantes, dont la moyenne d'âge était respectivement de 20 et 19 ans.

Finalement, une méta-analyse de 2001 conclura que si une histoire d'abus sexuel dans l'enfance avait bien un effet significatif sur la survenue d'un TSPT, la relation à l'agresseur ne semblait pas être un facteur ayant un impact sur cette symptomatologie (32). Ayant regardé de près leur littérature, on s'est aperçus qu'il y avait très peu d'études ayant choisi les adultes comme population, et que parmi celles-ci toutes n'utilisaient pas d'échelle standardisée pour évaluer le TSPT en lui-même. Au total il y aura une étude ayant étudié le TSPT via la Trauma Symptom Checklist dans une population d'hommes étudiants ayant été abusés sexuellement dans l'enfance (n =117) qui retrouvera des scores de TSPT plus importants quand les abus

étaient dans la durée. Les abus sur le long-terme impliquaient une figure parentale (mais pas le père biologique) ou un adulte du quartier (33).

Aucune étude ne se basant sur les critères du DSM-5 pour qualifier ou quantifier le TSPT chez des victimes adultes de violences sexuelles intra et extrafamiliales dans l'enfance n'a été retrouvée dans la littérature. Nous ferons l'hypothèse que les violences sexuelles intrafamiliales de tout type (du harcèlement au viol) dans l'enfance sont plus à risque d'entraîner un trouble stress post-traumatique, ou de l'intensifier, que les violences sexuelles extrafamiliales.

1.4 Objectif du travail

L'objectif de ce travail est de comparer la fréquence et l'intensité des symptômes post-traumatiques des victimes adultes de violences sexuelles dans l'enfance intrafamiliales avec ceux des victimes adultes de violences sexuelles dans l'enfance extrafamiliales.

Objectif principal: comparer la prévalence et l'intensité à l'âge adulte du trouble stress post-traumatique entre des victimes dans l'enfance de violences sexuelles intra et extrafamiliales.

Objectif secondaire: évaluer l'influence du type d'agression (harcèlement, attouchement, viol), du nombre d'abus, de l'âge de début des abus, de la condamnation de l'agresseur et de l'imposition d'un secret dans l'enfance sur la prévalence du TSPT à l'âge adulte.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 Participants

2.1.1 Critères d'inclusion

Pour être inclus dans l'étude, il fallait :

- Etre un adulte (donc âgé de 18 ans ou plus), de sexe féminin ou masculin.
- Avoir été victime de violences sexuelles intra ou extrafamiliales dans l'enfance (on considérera l'enfance comme étant la période avant l'âge de 18 ans), que ce soit du harcèlement, des attouchements ou des viols.
- Parler français.
- Etre en capacité de répondre à un auto-questionnaire.

2.1.2 Critères d'exclusion

Les personnes ayant subi les deux types d'abus sexuels, intra et extrafamiliaux, que ce soit uniquement dans l'enfance, ou aussi à l'âge adulte, ont été exclues de l'étude.

2.2 Déroulement de l'étude

Le recrutement des patients a été multicentrique, essentiellement en milieu psychiatrique. La distribution des questionnaires aux patients s'est faite dans un service d'urgences psychiatriques ou par l'intermédiaire de professionnels de santé en psychiatrie exerçant en milieu hospitalier, libéral, ou carcéral. Deux personnes supplémentaires ont accepté de répondre au questionnaire en ligne.

Le recrutement s'est effectué sur 10 mois.

On a considéré que les victimes d'abus perpétrés par un membre de la famille (père, mère, frère, sœur, cousin(e), oncle, tante...) ou le conjoint du parent biologique, n'ayant pas

de lien de sang avec l'enfant, mais faisant partie de la famille, constituaient le groupe IF (victimes d'abus intrafamilial). Dans les autres cas de figure, les sujets constituaient le groupe EF (victimes d'abus extrafamilial).

2.3 Questionnaires

Afin de recueillir les informations d'intérêt, un questionnaire spécifique a été réalisé et diffusé. Le temps nécessaire pour la réalisation de ce questionnaire était de dix minutes en moyenne.

2.3.1 Variables sociodémographiques

On a recueilli le sexe, l'âge, le statut marital, le niveau d'études et le statut professionnel des sujets.

2.3.2 Caractéristiques des abus

Nous avons recueilli comme informations :

- le type de violences sexuelles subies (harcèlement, attouchement ou viol) : les participants pouvaient répondre de façon multiple
- l'âge du début des abus : avant ou après 13 ans (on a considéré que 13 ans était l'âge moyen de la puberté (34))
- le nombre d'abus : 1, entre 2 et 5, ou plus de 6
- si l'agresseur était un membre de la famille, et si oui qui il était
- si l'agresseur avait été condamné pénalement
- si l'agresseur avait demandé à l'enfant de garder le silence sur ce qu'il s'était passé
- si l'agresseur était alcoolisé au moment de l'abus

2.3.3 Comorbidités psychiatriques

Il a été demandé aux sujets :

- s'ils avaient déjà été suivis en psychiatrie ou psychologie,
- s'ils avaient déjà eu des idées suicidaires ou fait des tentatives de suicide, s'ils avaient déjà eu une dépression, ou s'ils avaient déjà consommé de l'alcool de manière excessive,
- et s'ils prenaient des traitements anxiolytiques, antidépresseurs ou hypnotiques.

2.3.4 Echelle standardisée d'évaluation du trouble stress post-traumatique

Nous avons choisi comme échelle la PCL-5 qui est un auto-questionnaire mesurant les symptômes du TSPT. La PCL-5 est la version révisée de la PCL (Posttraumatic Stress Disorder Checklist), adaptée aux modifications du TSPT dans le DSM-5. Elle est composée de 20 items correspondant aux 20 critères du TSPT dans le DSM-5, et se divise en 4 sous-parties qui sont respectivement les symptômes envahissants, les attitudes d'évitement, l'altération négative des cognitions et de l'humeur, et les altérations marquées de l'éveil et de la réactivité. Chaque item est coté de 0 à 4 (de « pas du tout » à « extrêmement »). Les études ont montré que la PCL-5 était une mesure psychométriquement valable des symptômes du TSPT (35). Elle a été validée en Français et un score total à partir de 32 est en faveur d'un probable TSPT (36).

2.4 Statistiques

Le risque alpha était fixé à 5% pour l'ensemble des analyses. Toutes les analyses des résultats ont été effectuées à l'aide du logiciel Xlstat 2019 1.3. Les variables continues ont été décrites en utilisant leur nombre, leur fréquence et ont été comparées en utilisant le test du χ^2 ou de Fisher le cas échéant. Les variables catégorielles ont été décrites à l'aide de leur nombre, de leur moyenne, de leur écart type. Elles ont été comparées en utilisant le test de Wilcoxon Mann-Whitney (ou test U de Mann-Whitney) non paramétrique.

2.5 Ethique

Les patients répondant au questionnaire donnaient leur consentement écrit pour être inclus dans l'étude. Toutes les données recueillies étaient anonymes et utilisées uniquement à des fins de recherche. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a

été contactée par téléphone, et a considéré qu'il n'y avait pas de formalité nécessaire à effectuer pour ce travail.

3. RÉSULTATS

3.1 Participants

35 participants ont été inclus, avec un âge moyen de 38,1 ans.

Il n'y avait pas de différence significative entre l'âge moyen du groupe intrafamilial (IF) et celui du groupe extrafamilial (EF) : respectivement $41,9 \pm 13,8$ ans ; $33,2 \pm 14,2$ ans ($U=96,5$; $p=0,07$).

Notre échantillon était composé de 26 femmes (74%) et 9 hommes (26%) avec 8 hommes dans le groupe IF, ce qui était significativement différent du groupe EF ($U=4,98$; $p=0,048$).

3.2 Flow chart

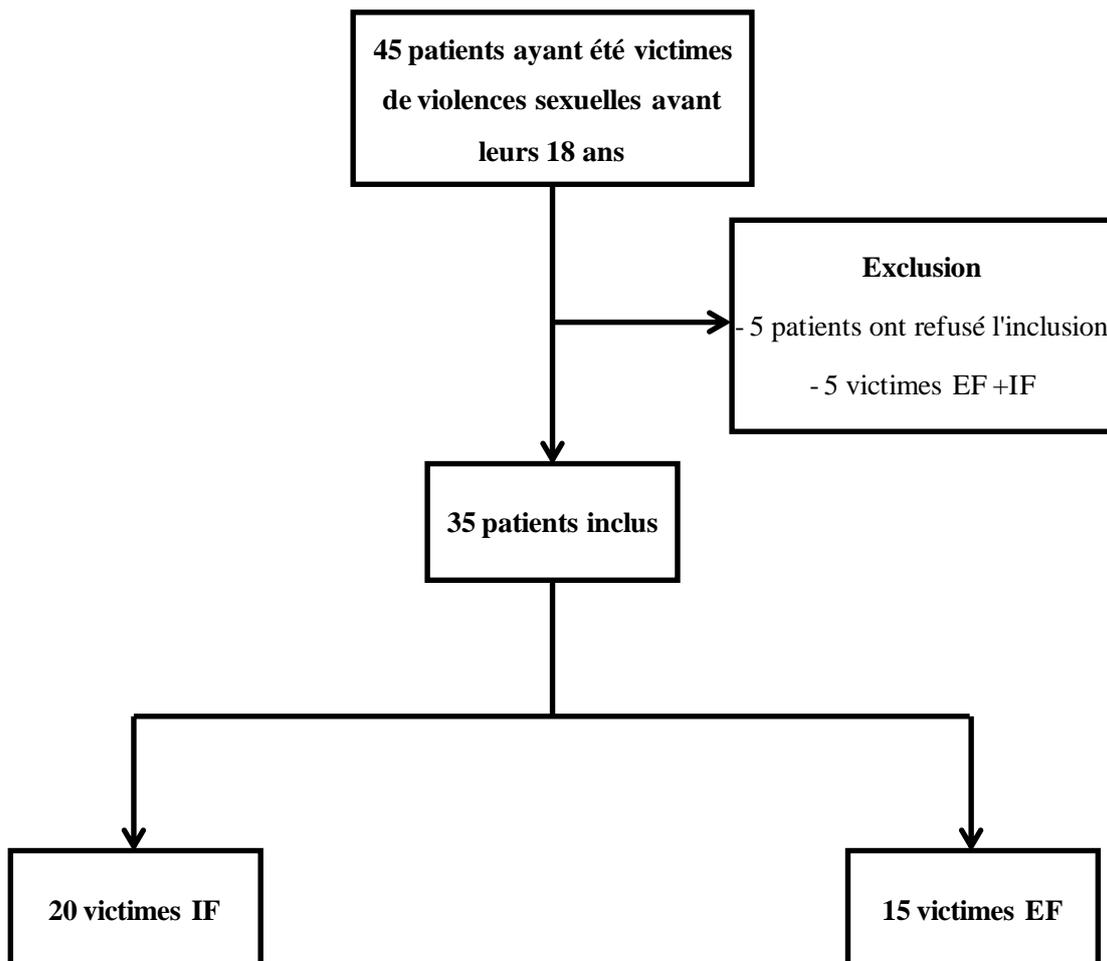


Figure 5 : Flow chart

3.3 Variables sociodémographiques

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le groupe de patients IF et le groupe de patients EF concernant les variables du travail et du statut marital. Cependant, il y avait significativement un plus grand nombre de participants ayant arrêté leurs études avant le brevet dans le groupe IF ($\chi^2=4,4$; $p=0,04$) (tableau 2).

3.4 Caractéristiques des abus

Notre échantillon a retrouvé 24 participants ayant été victimes pour la première fois avant l'âge de 13 ans et 11 participants victimes entre 13 et 18 ans. Les abus sexuels dans l'enfance survenaient significativement avant 13 ans dans le groupe IF par rapport au groupe EF ($\chi^2=9,94$; $p=0,003$) (tableau 2). Les hommes victimes d'abus sexuels dans l'enfance (intra ou extra familiaux) ($n=9$) étaient significativement plus jeunes lors de l'agression que les femmes ($\chi^2=5,5$; $p=0,03$).

Dans l'échantillon total on retrouvait 3 victimes de harcèlement, 18 victimes d'attouchements et 20 de viol. Il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes.

6 participants avaient subi un épisode d'abus, 16 entre 2 et 5 épisodes, et 13 plus de 6 épisodes. C'est dans le groupe IF qu'on retrouvait le nombre le plus important de victimes ayant été abusées 6 fois ou plus. Cependant, les différences entre les groupes IF et EF n'étaient pas significatives (tableau 2).

4 agresseurs (11%) étaient décrits comme alcoolisés lors de l'agression, ce qui ne différait pas selon les groupes. On a retrouvé 5 agresseurs (14%) ayant été condamnés pénalement, et 20 victimes (57%) à qui le secret avait été imposé (tableau 2). Il n'y avait de différences significatives entre les deux groupes par rapport à ces variables (tableau 2).

Dans notre échantillon 4 agresseurs étaient des figures paternelles (père ou beau-père).

3.5 Comorbidités psychiatriques

Dans l'échantillon total, on a retrouvé 91% de patients ayant présenté une symptomatologie suicidaire ou dépressive, 37% ayant eu des consommations excessives d'alcool. 97% de l'échantillon avait déjà été suivi par un psychiatre ou un psychologue. Il n'y

avait pas de différence significative entre la fréquence de ces comorbidités psychiatriques du groupe IF et celle du groupe EF (tableau 2).

Dans notre échantillon total, 24 participants (68%) consommaient des anxiolytiques et 17 (48%) des antidépresseurs, sans différences significatives entre les deux groupes. Concernant les hypnotiques consommés par 51% de l'échantillon, on retrouvait une plus grosse consommation dans le groupe IF sans différence significative pour autant (Chi-2=3,44 ; p=0,06) (tableau 2).

Tableau 2- Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et cliniques entre les victimes d'abus sexuels intrafamiliaux (IF) et extrafamiliaux (EF)

Variables	Total N = 35 N (100 %)	IF N =20 N (57 %)	EF N =15 N (43 %)	Chi 2 ou Fisher	p-value
Sexe					
Hommes	9 (26%)	8 (40%)	1 (5%)	4,98	0,048
Nombre d'années d'études					
Moins de 8 ans	10 (28%)	9 (45%)	1 (7%)	4,4	0,04
Entre 8 et 11 ans	13 (37%)	5 (25%)	8 (53%)	1,8	0,15
Plus de 12 ans	12 (34%)	6 (30%)	6 (40%)	0,2	0,72
Travail	12 (34%)	7 (35%)	5 (33%)	0,011	0,92
Statut marital					
Célibataire	21 (60%)	14 (70%)	7 (47%)	1,94	0,16
Suivi psy	34 (97%)	19 (95%)	15 (100%)	0,77	0,40
Comorbidités					
IS/TS	32 (91%)	18 (90%)	14 (93%)	0,12	0,72
Dépression	32 (91%)	20 (100%)	12 (80%)	2,1	0,14
Alcool	13 (37%)	8 (40%)	5 (33%)	0,16	0,68
Traitement					
Anxiolytique	24 (68%)	15 (75%)	9 (60%)	0,89	0,34
Antidépresseur	17 (48%)	11 (55%)	6 (40%)	1,37	0,24
Hypnotique	18 (51%)	13 (65%)	5 (33%)	3,44	0,06

Type de violences					
Harcèlement	3 (8%)	2 (10%)	1 (7%)	0,12	0,72
Attouchements	28 (80%)	17 (85%)	11 (73%)	0,7	0,43
Viol	20 (57%)	10 (50%)	10 (66%)	0,97	0,32
Age de début des abus					
Avant 13 ans	24 (68%)	18 (90%)	6 (40%)	9,94	0,003
Nombre d'abus					
1	6 (17%)	2 (10%)	4 (27%)	3,8	0,36
2 à 5	16 (46%)	8 (40%)	8 (53%)	2,4	0,51
6 ou plus	13 (37%)	10 (50%)	3 (20%)	5,2	0,09
Condamnation de l'agresseur	5 (14%)	2 (10%)	3 (20%)	1,6	0,4
Secret imposé	20 (57%)	12 (60%)	8 (53%)	3,4	0,18
Alcoolisation de l'agresseur	4 (11%)	2 (10%)	2 (13%)	1,95	0,37
TSPT	26 (74%)	15 (75%)	11 (73%)	0,01	0,9

Test du Chi 2 ou de Fisher comparant les proportions des groupes IF et EF

P-value du test de chi-2 ou de Fisher comparant les proportions des groupes IF et EF

IF : victimes de violences sexuelles intrafamiliales

EF : victimes de violences sexuelles extrafamiliales

3.6 Trouble stress post-traumatique

3.6.1 Comparaison des groupes intrafamilial et extrafamilial

La fréquence du TSPT était de 75% dans le groupe IF et 73% dans le groupe EF, sans différence significative ($\chi^2=0,01$; $p=0,9$) (tableau 2). De plus, on ne retrouvait pas de différence significative entre les scores totaux de la PCL-5 du groupe EF et les scores de la PCL-5 du groupe IF (tableau 3).

On ne retrouvera pas de différence significative entre les groupes IF et EF pour chaque sous-groupe du TSPT soient les symptômes envahissants, les attitudes d'évitement, l'altération négative des cognitions et de l'humeur, ou l'altération marquée de l'éveil et de la réactivité (tableau 3).

Tableau 3- Comparaison des scores et sous-scores de l'échelle PCL-5 entre les groupes de patients IF et EF

Variabes	IF N =20 N (57 %)	EF N =15 N (43 %)	Mann- whitney (U)	p-value
Moyenne de la PCL-5 /80	38,9 ± 15,8	40,3 ± 17,2	157,5	0,8
Symptômes envahissants /20	9,15 ± 4,2	10,8 ± 6,7	181,5	0,3
Evitement /8	4,35 ± 2,2	4,93 ± 2,3	176,5	0,4
Altération négative des cognitions et de l'humeur /28	13,5 ± 6,7	12,3 ± 7,3	135	0,6
Altération marquée de l'éveil et de la réactivité /24	11,9 ± 5,8	12,3 ± 5,4	160,5	0,8

3.6.2 Variables associées à la présence d'un trouble stress post-traumatique

On ne retrouvera pas de différences significatives entre les groupes avec ou sans TSPT concernant les variables suivantes: le sexe, l'âge de début des abus, le type d'abus, le nombre d'abus ou la condamnation de l'agresseur. L'imposition d'un secret par l'agresseur était plus fréquente chez les participants avec TSPT, sans que la différence ne soit significative (tableau 4).

Tableau 4- Comparaison des caractéristiques des abus dans l'enfance entre les groupes de sujets avec TSPT et sans TSPT

Variabiles	TSPT + N = 26	TSPT - N = 9	Chi 2 ou F	p-value
Sexe				
Hommes	6 (23%)	3 (33%)	0,36	0,66
Type de violences				
Viol	15 (57%)	5 (55%)	0,01	0,91
Age de début des abus				
Avant 13 ans	17 (65%)	7 (77%)	0,47	0,49
Nombre d'abus				
2 à 5	12 (46%)	4 (44%)	0,43	0,99
6 ou plus	9 (34%)	4 (44%)	0,72	0,67
Condamnation de l'agresseur	4 (15%)	1 (11%)	1,3	0,51
Imposition d'un secret	17 (65%)	3 (33%)	1,2	0,13

TSPT + : patients ayant un trouble stress post-traumatique selon les critères de la PCL-5

TSPT - : patients n'ayant pas de trouble stress post-traumatique d'après les critères de la PCL-5

4. DISCUSSION

4.1 Discussion des résultats

Dans ce travail nous avons retrouvé une prévalence élevée de TSPT à l'âge adulte (75% dans le groupe IF, 73% dans le groupe EF) selon les critères du DSM-5 (évalués via la PCL-5) dans un échantillon de victimes d'abus sexuels dans l'enfance, contre 3,9% dans la population générale (37). Les scores moyens à la PCL-5 étaient de $38,9 \pm 15,8$ dans le groupe IF et $40,3 \pm 17,2$ dans le groupe EF. Il est déjà bien connu que les violences sexuelles augmentent le risque de survenue d'un TSPT à l'âge adulte (22),(38). Une étude cas-témoin avait retrouvé une prévalence de 62% de patientes avec un TSPT dans une population de femmes adultes ayant subi des abus incestueux dans l'enfance versus 0% dans la population témoin, à l'aide des critères du DSM III-R (39). A notre connaissance cette étude est la première évaluant la prévalence et l'intensité à l'âge adulte du TSPT lié aux abus sexuels dans l'enfance à l'aide de la PCL-5.

Concernant l'objectif principal de cette étude nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre la prévalence du TSPT chez les victimes d'abus intra ou extrafamiliaux, ni entre son intensité quand on a comparé les moyennes des scores de la PCL-5. Ce n'est pas ce qui sera retrouvé dans l'étude d'Ullman et al (31), où les valeurs du TSPT (évaluées via la Foa's posttraumatic stress symptom severity scale) seront significativement plus importantes chez les victimes IF versus des victimes abusées par des étrangers, dans une population d'étudiants avec une moyenne d'âge de 19 ans. Cependant, cette différence ne sera pas retrouvée quand ils compareront les victimes IF à des victimes abusées par des connaissances. Se pose donc la question de l'importance du lien victime-agresseur avec la prévalence du TSPT, plus qu'une relation familiale qui par ailleurs n'est pas forcément proche.

4.2 Caractéristiques de l'échantillon global

L'âge moyen de notre échantillon global étant de 38,1 ans, et les violences ayant eu lieu dans l'enfance (avant 18 ans), les sujets inclus dans notre étude étaient à distance de l'abus. Une méta-analyse trouvera qu'environ la moitié des patients adultes avec un TSPT

(suite à un événement traumatique de tout type) était en rémission au bout de 3 ans (40). Ce délai serait cependant allongé en cas de traumatisme infantile d'après d'autres auteurs (41).

Notre échantillon de personnes ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance comportait plus de femmes que d'hommes. On retrouve en effet dans les études épidémiologiques une majorité de victimes de sexe féminin (13). On peut imaginer qu'il est peut-être plus difficile pour les hommes de parler de ces sujets. Cependant, une étude pilote ne retrouvera pas d'allongement du délai de la divulgation des abus chez les garçons dans une cohorte de patients ayant subi des abus extrafamiliaux (42).

Sur le plan socioprofessionnel, on a remarqué que les deux tiers des patients étaient sans emploi, contre 36% des personnes de 15 à 64 ans en France en 2017 (43). Il a déjà été montré parmi un échantillon de femmes adultes ayant été abusées sexuellement dans l'enfance que leur niveau socio-économique était plus bas que les individus du groupe contrôle (44).

Le pourcentage de célibataires était plus élevé dans le groupe IF que dans le groupe EF, même si cette différence n'était pas significative entre les deux groupes. Une étude retrouvera que l'instabilité affective était particulièrement marquée parmi des femmes victimes d'abus sexuels incestueux dans l'enfance (45).

Les deux groupes avaient des comorbidités psychiatriques importantes, car presque tous avaient des antécédents d'idées suicidaires ou de tentative de suicide, et également de dépression. Et plus de la moitié des participants consommaient des anxiolytiques. Ces résultats sont cohérents avec la littérature (46), (47).

Enfin, concernant les abus en eux-mêmes, on peut noter que dans la moitié des cas ils étaient des viols, et que l'agresseur n'était quasiment jamais condamné. L'alcoolisation de l'agresseur durant les abus était peu fréquente. Le silence sur les abus avait également été imposé dans la moitié des cas, ce qui est une donnée intéressante : l'agresseur n'a-t-il connaissance de l'illégalité des actes posés que dans la moitié des cas ? Ou est-il si sûr du silence de la victime qu'il n'a pas besoin de le demander ?

4.3 Les spécificités du groupe intrafamilial

La majorité des participants de sexe masculin étaient dans le groupe IF, et la différence avec le groupe EF était significative. Par ailleurs, on ne retrouve pas dans la littérature, une prédominance masculine chez les victimes d'abus en intrafamilial (48) (49). A l'opposé on a tendance à retrouver plus de victimes de sexe masculin dans le groupe EF dans l'une des études (bien que la différence ne soit pas significative) (50). En revanche, certains auteurs ont montré que les garçons étaient abusés plus jeunes que les filles (49), ce que notre étude a trouvé également. On peut supposer que des garçons non pubères sont plus à risque d'attirer des prédateurs pédophiles, mais également qu'ils sont plus vulnérables et donc plus accessibles quand ils sont plus jeunes.

Comme dit précédemment, nous avons retrouvé un âge de début des abus plus précoce quand ils étaient intrafamiliaux, ce qui est cohérent avec les précédentes études (48) (50). Cependant, on ne trouvera pas de lien de corrélation entre l'âge précoce des abus et la prévalence du TSPT. Concernant cette question de l'âge, on peut faire l'hypothèse que l'enfant jeune n'a pas conscience de l'interdit des actes posés, et que la symptomatologie n'apparaît peut-être que plus tard, lorsqu'il réalise qu'il a été abusé (c'est-à-dire manipulé). Il aurait été intéressant de savoir à quel moment les symptômes de TSPT sont apparus chez nos participants.

Les victimes IF diffèrent aussi du groupe EF par leur bas niveau d'études. Séquelle des abus ? Ou bas niveau socio-économique des familles incestueuses ? Une étude retrouvera que le niveau socio-économique est plus bas dans les familles des victimes IF (26).

Le nombre d'abus est également plus important dans le groupe IF, sans que la différence ne soit significative. Cependant, il a déjà été trouvé que les victimes IF étaient abusées de façon plus répétée que les victimes EF (50).

Les violences sexuelles intrusives, c'est-à-dire les viols, ne seront pas plus fréquents dans le groupe IF, ce sera même l'inverse qui sera trouvé, sans différence significative entre les groupes. Les études ne sont pas toutes en accord à ce sujet. Certaines soutiendront l'hypothèse que les abus IF sont plus intrusifs (49), (31), (51), d'autres au contraire trouveront qu'ils le sont moins (48).

On retrouve une tendance chez les patients ayant été victimes en IF à être de plus gros consommateurs d'hypnotiques que les patients EF ($p= 0.06$). Les troubles du sommeil sont en effet fréquents parmi les personnes ayant subi des abus sexuels (22), ce qui d'ailleurs pourrait biaiser les réponses de la dernière question de la PCL-5 portant sur les troubles du sommeil. Les troubles du sommeil chez les victimes d'abus sexuels dans l'enfance ne sont pas forcément liés à un état dépressif ou à la présence d'un TSPT d'après certains auteurs (52).

Au final, étant donné que notre échantillon était adulte et que les violences sexuelles étaient à distance on peut se demander si la symptomatologie n'a pas tendance à se rééquilibrer avec les années entre les groupes EF et IF.

4.4 Variables en lien avec la présence d'un trouble stress post-traumatique chez les victimes d'abus sexuels dans l'enfance

4.4.1 La relation à l'agresseur

Malgré l'absence de différence significative entre la prévalence d'un TSPT dans le groupe IF et celle du groupe EF, certains points ont attiré notre attention. En effet, pour certains auteurs, un enfant peut se sentir plus proche d'un ami de la famille que d'un grand-oncle, et donc plus fortement trahi (46). Cela influence-t-il l'apparition d'un TSPT ? Une étude retrouvera une symptomatologie de stress post-traumatique plus importante chez des adultes victimes d'abus sexuels dans l'enfance quand l'agresseur avait avec l'enfant une relation de confiance, de protection ou d'autorité (53).

Par ailleurs, plusieurs études mettront en cause la figure paternelle de l'agresseur comme élément aggravant la symptomatologie traumatique (24), (54), (46).

Cependant, il nous faut aussi prendre en compte que le TSPT peut être influencé par d'autres variables : le type de violence sexuelle (le plus intrusif étant le viol), l'âge de la victime lors du début des abus, le nombre d'abus, la violence psychologique sous la forme d'imposition d'un secret, voire la condamnation de l'agresseur.

4.4.2 Le type de violences sexuelles

On ne retrouvera pas dans notre étude de différence significative entre la prévalence du TSPT et le type de violence subie. La méta-analyse de Paolucci et al ne retrouvera pas de lien non plus entre prévalence du TSPT et type d'abus (32). Cependant, plusieurs auteurs retrouveront des symptômes de TSPT plus marqués quand il y avait eu viol (22), (31), (25). Il faut souligner que la notion de violence physique n'a pas été prise en compte dans notre étude, et qu'un viol n'est pas forcément associé à de la violence physique (d'autant plus quand l'enfant est très jeune). Or, des auteurs feront l'hypothèse que l'usage de la force est un des aspects les plus traumatiques de l'abus (55).

4.4.3 L'âge du début des abus

Dans notre étude, l'âge des abus est plus précoce dans le groupe IF, ce qui est confirmé par les précédentes études (49), (50), (48). Mais on ne retrouvera pas de lien entre âge du début des abus et prévalence du TSPT, ce que concluront également deux méta-analyses (22), (32).

4.4.4 La répétition des abus

On ne retrouvera pas une prévalence du TSPT plus élevée chez les participants ayant été abusés plus de 6 fois. On remarquera que les abus sont plus souvent répétés dans le groupe IF (même si la différence n'est pas significative avec le groupe EF), ce qui était déjà connu dans la littérature (50). Certains auteurs avaient retrouvés que les séquelles psychologiques chez des femmes adultes victimes d'abus sexuels dans l'enfance étaient plus lourdes quand les abus étaient répétés ou prolongés (56), (29). Ce n'est pas ce qui sera conclu dans la méta-analyse de Paolucci et al (32).

On fait l'hypothèse que les abus dans le milieu IF sont répétés car les victimes sont plus accessibles dans le milieu familial qu'à l'extérieur où le risque de découverte et de dénonciation est plus important. On sait également que le délai de révélation des abus est plus long dans le milieu familial (49), (50), ce qui pourrait expliquer en partie la répétition des

abus.

4.4.5 La violence psychologique associée

Les auteurs ayant étudié la relation à l'agresseur remarqueront que la stratégie de manipulation émotionnelle utilisée par l'agresseur semblait différencier les groupes avec ou sans TSPT, indépendamment de la proximité de la relation entre la victime et l'auteur (53).

L'imposition d'un secret est une forme de manipulation, qu'elle se fasse sous forme de séduction de l'enfant, ou de menace. Dans notre étude, on retrouvera un nombre plus important de participants avec un TSPT à qui on avait imposé le silence, mais de façon non significative. Est-ce le secret en lui-même qui a laissé perdurer les abus, et qui ferait perdurer également le TSPT ? Est-ce la solitude associée au secret qui aurait augmenté la symptomatologie traumatique ? Ou est-ce que le TSPT est apparu suite à des menaces de la part de l'agresseur si la victime osait parler ? On peut penser que si un enfant n'ose pas parler des abus vécus c'est aussi qu'il n'a pas le soutien social suffisant pour lui permettre de s'exprimer sans penser qu'il ne serait pas entendu. Le manque de support social a déjà été identifié comme étant un facteur de risque du TSPT que ce soit chez l'enfant (57), ou l'adulte (58).

4.4.6 La condamnation de l'agresseur

L'agresseur était peu condamné dans les deux groupes, sans différence significative. On ne trouvait pas non plus de différence entre les groupes avec ou sans TSPT. Mais il pourrait être intéressant d'étudier si le fait de déposer plainte et surtout de voir la plainte aboutir a un effet sur la symptomatologie (positif ou négatif). A notre connaissance aucune étude n'a analysé la notion de condamnation comme variable liée à l'émergence d'un TSPT.

4.5 Limites

Il y a plusieurs limites dans notre étude : premièrement, notre étude n'était pas randomisée et le recrutement des patients s'est fait essentiellement en milieu psychiatrique, ce

qui a vraisemblablement conduit à avoir une symptomatologie élevée dans les résultats obtenus. Notre échantillon était également trop petit pour pouvoir en tirer des conclusions solides.

Le TSPT a été évalué par la PCL-5, qui reste un auto-questionnaire avec le risque pour les patients de surévaluer ou sous-évaluer les items. Il y a également un risque de biais de mémorisation chez nos patients qui sont à distance des abus, ces abus ayant eu lieu dans l'enfance. Ce biais peut être encore augmenté si certains patients souffrent d'amnésie dissociative.

Sur le plan clinique, un biais important dans la prévalence et l'intensité du TSPT est la présence ou l'absence d'autres violences associées dans l'enfance (physique ou émotionnelle), qui n'a pas été quantifiée. De plus, le soutien familial lors de la révélation des abus (si elle a eu lieu) n'a pas été pris en compte, ainsi que le délai entre abus et révélation.

Enfin, il aurait été intéressant de demander quel type de thérapie les patients avaient déjà effectué, et notamment s'ils avaient déjà suivi des thérapies centrées sur le trauma, ce qui pouvait modifier la symptomatologie lors de l'étude. Les traitements médicamenteux pouvaient aussi modifier les symptômes, or 80% de notre échantillon était sous traitement.

4.6 Perspectives

Notre étude ayant un certain nombre de limites, il faudrait les prendre en compte pour gagner en puissance lors d'une prochaine étude, à commencer par augmenter le nombre de participants. Analyser la qualité de la relation agresseur-victime semble également pertinent, plus que le seul lien familial. Enfin, le fait que dans notre échantillon les victimes IF n'aient pas une prévalence ou une intensité du TSPT plus marquée ne signifie pas qu'il n'y ait pas d'autres troubles existants : on peut se demander s'il y a plus de troubles de la personnalité chez les patients IF, ou plus d'attitudes de revictimisation ? En effet, lors du recrutement des sujets dans notre étude, nous nous sommes aperçus qu'il n'était pas rare que des victimes de violences sexuelles dans l'enfance le soient de façon répétée durant leur vie, et aient connus plusieurs agresseurs sexuels intra ou extrafamiliaux. Nous avons fait le choix de ne pas inclure ces patients car il devenait difficile de savoir si leurs symptômes étaient liés à telle ou telle agression sexuelle. Par curiosité nous avons tout de même calculé les scores de la PCL-5

pour ces 5 patients exclus et nous nous sommes aperçus qu'ils avaient tous un TSPT d'intensité particulièrement élevée (moyenne des scores de la PCL-5 = 62,8). Une méta-analyse retrouvera en 2019 que la prévalence de la revictimisation sexuelle dans une population ayant déjà subi un abus sexuel dans l'enfance était de 47,9% (59), c'est-à-dire que presque la moitié des enfants abusés sexuellement dans l'enfance l'étaient de nouveau par la suite. Une autre étude comparant un groupe de femmes ayant été abusées dans l'enfance et un groupe de femmes ayant été abusées dans l'enfance puis à l'âge adulte retrouvera que les abus dans l'enfance étaient plus sévères (plus intrusifs, avec de multiples agresseurs) chez les femmes ayant subi des abus dans l'enfance et aussi à l'âge adulte. Les symptômes de détresse psychologique étaient également plus importants chez les femmes ayant subi les deux types d'abus (60). Ce n'est pas le but de ce travail de comprendre les mécanismes de ce phénomène de revictimisation, mais il nous semblait important de le mentionner car cela supporte l'idée de ne pas banaliser les violences sexuelles dans l'enfance.

Enfin, un nouveau diagnostic vient d'apparaître dans le CIM-11, sous le nom d'état de stress post-traumatique complexe, pouvant survenir après des événements de nature traumatique prolongés ou répétés, comprenant les symptômes de l'état de stress post-traumatique, auxquels se rajoutent trois catégories : les difficultés de régulation émotionnelle, les distorsions cognitives, et les troubles relationnels. Bien que relativement proche de la description du TSPT dans le DSM-5, ce diagnostic pourrait permettre de séparer les tableaux cliniques des patients avec un TSPT dans les suites d'un épisode traumatique isolé, et les tableaux plus complexes des personnes ayant subi des traumatismes répétés (comme les violences dans l'enfance, et particulièrement dans le milieu familial).

5. CONCLUSION

Notre étude n'a pas retrouvé de différence significative entre la prévalence et l'intensité du TSPT (évalués par la PCL-5) dans nos deux groupes de participants adultes ayant été victimes de violences sexuelles dans l'enfance par des agresseurs intrafamiliaux ou extrafamiliaux. Pour autant, la prévalence du TSPT était particulièrement élevée dans les deux groupes. Nous n'avons pas retrouvé également d'influence de l'âge de début des abus, du nombre d'abus, du type d'abus, de l'imposition d'un secret, et de la condamnation de l'agresseur sur la prévalence du TSPT. Notre groupe avait la particularité d'être à distance des abus, ce qui signifie que le TSPT est possiblement chronique dans les cas de violences sexuelles dans l'enfance. Il serait intéressant de poursuivre les comparaisons entre les deux groupes en étudiant les troubles de la personnalité, mais également les attitudes de revictimisation, car on peut faire l'hypothèse qu'un enfant ayant été abusé par un membre de la famille, pendant souvent plusieurs années, acquiert un schéma de relation interpersonnelle perturbé dans lequel l'attitude de soumission est la normalité.

Les violences sexuelles dans l'enfance se doivent donc d'être prises en considération par le thérapeute, afin d'éviter la chronicité du possible TSPT, mais également les mises en danger ultérieures.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Code Pénal. Section 3 : Des agressions sexuelles (Articles 222-22 à 222-33-1) - Légifrance [Internet]. [cité 7 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165281/#LEGISCTA000006165281
2. incestus • Dictionnaire Gaffiot latin-français - page 794 [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.lexilogos.com/latin/gaffiot.php?q=incestus>
3. Larousse É. Définitions : inceste - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/inceste/42228>
4. Littré - inceste.2 - définition, citations, étymologie [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.littre.org/definition/inceste.2>
5. Article 161 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006422118
6. Article 162 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027431987
7. Article 163 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027431984
8. Article 310-2 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006424546
9. Raimbault G, Ayoun P, Massardier L. Questions d'inceste. Odile Jacob. 2005.
10. Héritier F. Les deux soeurs et leur mère. 1994.
11. Hadizadeh H, Salehi M, Khoramnejad S, Vosoughi K, Rezaei N. The association between parental consanguinity and primary immunodeficiency diseases: A systematic review and meta-analysis. *Pediatr Allergy Immunol Off Publ Eur Soc Pediatr Allergy Immunol*. 2017;28(3):280-7.
12. Cyrulnik B. De l'inceste. Odile Jacob. 1995.
13. Poorolajal J, Ameri P, Soltanian A, Bahrami M. Effect of Consanguinity on Low Birth Weight: A Meta-Analysis. *Arch Iran Med*. mars 2017;20(3):178-84.
14. Westermarck E. Histoire du mariage. Payot. 1934.
15. Durkheim E. La prohibition de l'inceste et ses origines. Petite bibliothèque Payot. 1897.
16. Lévi-Strauss C. Les structures élémentaires de la parenté, chapitres I et II. Flammarion. 1949.
17. Freud S. Totem et Tabou. Points. 1912.
18. Alice Debauche, Amandine Lebugle, Elizabeth Brown, Tania Lejbowicz, Magali Mazuy,, Amélie Charrault, Justine Dupuis, Sylvie Cromer et Christelle Hamel. Enquête Virage. INED; 2017.
19. 4 millions de victimes d'inceste en France | Face à l'inceste [Internet]. [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: <https://facealinceste.fr/blog/dossiers/4-millions-de-victimes-d-inceste-en-france>

20. Association Mémoire traumatique et victimologie. IPSOS-Enquête d'opinion sur les violences sexuelles. 2019.
21. 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.
22. 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.
23. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F43.1>
24. McLEER SV, Deblinger E, Atkins MS, Foa EB, Ralphe DL. Post-Traumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* sept 1988;27(5):650-4.
25. Collin-Vézina D, Hébert M. Comparing Dissociation and PTSD in Sexually Abused School-Aged Girls. *J Nerv Ment Dis.* janv 2005;193(1):47-52.
26. Bal S, De Bourdeaudhuij I, Crombez G, Van Oost P. Differences in trauma symptoms and family functioning in intra-and extrafamilial sexually abused adolescents. *J Interpers Violence.* janv 2004;19(1):108-23.
27. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull.* janv 1993;113(1):164-80.
28. Feinauer LL. Comparison of long-term effects of child abuse by type of abuse and by relationship of the offender to the victim. *Am J Fam Ther.* mars 1989;17(1):48-56.
29. Bennett SE, Hughes HM, Luke DA. Heterogeneity in Patterns of Child Sexual Abuse, Family Functioning, and Long- Term Adjustment. *J Interpers Violence.* févr 2000;15(2):134-57.
30. Darves-Bornoz JM, Berger C, Degiovanni A, Gaillard P, Lépine JP. Similarities and differences between incestuous and nonincestuous rape in a French follow-up study. *J Trauma Stress.* oct 1999;12(4):613-23.
31. Ullman SE. Relationship to Perpetrator, Disclosure, Social Reactions, and PTSD Symptoms in Child Sexual Abuse Survivors. *J Child Sex Abuse.* 15 janv 2007;16(1):19-36.
32. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol.* janv 2001;135(1):17-36.
33. Bagley C. VICTIM TO ABUSER: MENTAL HEALTH AND BEHAVIORAL SEQUELS OF CHILD SEXUAL ABUSE IN A COMMUNITY SURVEY OF YOUNG ADULT MALES. :15.
34. Parent A-S, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon J-P. The Timing of Normal Puberty and the Age Limits of Sexual Precocity: Variations around the World, Secular Trends, and Changes after Migration. *Endocr Rev.* 1 oct 2003;24(5):668-93.
35. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress.* déc 2015;28(6):489-98.
36. Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS ONE* [Internet]. 10 oct 2016 [cité 6 nov 2020];11(10). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5056703/>

37. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* oct 2017;47(13):2260-74.
38. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(10):830-9.
39. Albach F, Everaerd W. Posttraumatic stress symptoms in victims of childhood incest. *Psychother Psychosom.* 1992;57(4):143-51.
40. Morina N, Wicherts JM, Lobbrecht J, Priebe S. Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clin Psychol Rev.* avr 2014;34(3):249-55.
41. Chapman C, Mills K, Slade T, McFarlane AC, Bryant RA, Creamer M, et al. Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychol Med.* août 2012;42(8):1695-703.
42. Tashjian SM, Goldfarb D, Goodman GS, Quas JA, Edelstein R. Delay in disclosure of non-parental child sexual abuse in the context of emotional and physical maltreatment: A pilot study. *Child Abuse Negl.* 1 août 2016;58:149-59.
43. Dossier complet – France entière | Insee [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=FE-1#chiffre-cle-5>
44. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juill 1994;165(1):35-47.
45. Knapp AE, Knapp DJ, Brown CC, Larson JH. Conflict Resolution Styles as Mediators of Female Child Sexual Abuse Experience and Heterosexual Couple Relationship Satisfaction and Stability in Adulthood. *J Child Sex Abuse.* janv 2017;26(1):58-77.
46. Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychol Bull.* 1986;99(1):66-77.
47. Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo W-S. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;99:129-41.
48. Magalhães T, Taveira F, Jardim P, Santos L, Matos E, Santos A. Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. *J Forensic Leg Med.* nov 2009;16(8):455-9.
49. Fischer DG, McDonald WL. Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* sept 1998;22(9):915-29.
50. Loinaz I, Bigas N, de Sousa AM. Comparing intra and extra-familial child sexual abuse in a forensic context. *Psicothema.* 2019;31(3):271-6.
51. Duarte JC, Arboleda MRC, Cantón-Cortés D. Variables Associated with the Nature of Sexual Abuse to Minors. *Span J Psychol.* juill 2012;15(2):571-81.
52. Noll JG, Trickett PK, Susman EJ, Putnam FW. Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *J Pediatr Psychol.* juin 2006;31(5):469-80.
53. Leahy T, Pretty G, Tenenbaum G. Perpetrator Methodology as a Predictor of Traumatic Symptomatology in Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *J Interpers Violence.* 1 mai 2004;19(5):521-40.

54. Wind TW, Silvern L. Type and extent of child abuse as predictors of adult functioning. *J Fam Violence*. déc 1992;7(4):261-81.
55. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1992;16(1):101-18.
56. Ussher JM, Dewberry C. The nature and long-term effects of childhood sexual abuse: A survey of adult women survivors in Britain. *Br J Clin Psychol*. 1995;34(2):177-92.
57. Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. mars 2012;32(2):122-38.
58. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. oct 2000;68(5):748-66.
59. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma Violence Abuse*. 2019;20(1):67-80.
60. Lau M, Kristensen E. Sexual revictimization in a clinical sample of women reporting childhood sexual abuse. *Nord J Psychiatry*. 2010;64(1):4-10.

7. ANNEXE : PCL-5

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté dans le dernier mois.

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD

Traduction française N. Desbiendras