

**Jean-Michel DARVES-BORNOZ**

**Syndromes  
traumatiques  
du viol  
et de l'inceste**

\*

**publié par le CONGRÈS DE PSYCHIATRIE  
ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE**

**1996**

**MASSON** 

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**Jean-Michel DARVES-BORNOZ**

Clinique Psychiatrique Universitaire, CHU de Tours

# **Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste**



**publié par le CONGRES DE PSYCHIATRIE  
ET DE NEUROLOGIE DE LANGUE FRANCAISE**

**LXXXIV<sup>e</sup> SESSION - 1996  
TOULON -- 24-28 JUIN 1996**

CONGRES DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE - TOULON 1996

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**Jean-Michel DARVES-BORNOZ**  
Psychiatre  
Clinique Psychiatrique Universitaire  
Centre Hospitalier Universitaire de Tours  
37044 - Tours

avec la collaboration de :

**Marie CHOQUET**  
Directeur de Recherche  
Unité INSERM U 169 - Villejuif

**Sylvie LEDOUX**  
Chargé de Recherche  
Unité INSERM U 169 - Villejuif

### REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail à ma famille qui m'a apporté son soutien et son affection tout au long de sa réalisation, aux victimes qui m'ont tant appris en même temps que j'essayais de les aider, et à tous mes collègues du Centre d'Accueil des Victimes de Violences Sexuelles du Centre Hospitalier Universitaire de Tours, notamment aux Professeurs Berger et Soutoul, à Mesdames Jaulhac, Grateau, Cuinier et Jamin, ainsi qu'au Docteur Pierre.

Je tiens à remercier le Professeur Thérèse Lempérière et le Professeur Jean-Pierre Lépine qui m'ont incité à travailler sur la question des conséquences psychopathologiques des viols.

Marie Choquet m'a accueilli chaleureusement dans son unité INSERM et elle a fait en sorte que nous puissions collaborer. J'en garde un sentiment fait d'une profonde amitié pour elle, en même temps que d'un grand respect pour son expérience scientifique. J'associe aussi Sylvie Ledoux à ce sentiment dans le souvenir de notre travail commun.

Ce travail a été en partie financé par un contrat de recherche clinique accordé par le Centre Hospitalier Universitaire de Tours et sa Délégation à la Recherche Clinique. Que le Professeur Lemarié et la Direction de la Recherche Clinique de l'Hôpital en soient ici grandement remerciés.

Noëlle Janet et Paul-Marie Janet m'ont aidé à retrouver et à consulter certains travaux de Pierre Janet. Leur proximité, jointe à celle de nos familles, m'a été d'une grande utilité pour fonder mon lien avec Pierre Janet et avec l'histoire de la psychiatrie depuis un siècle.

Le Professeur Andrée Degiovanni et le Professeur Philippe Gaillard ont parfaitement saisi l'importance de la recherche clinique dans notre service universitaire de psychiatrie. Sans cet encouragement ce travail n'aurait pas été possible.

Jean-Michel DARVES-BORNOZ

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b>	11
<b>I - HISTOIRE DE LA NOTION DE TRAUMATISME PSYCHIQUE D'ORIGINE SEXUELLE</b>	15
<b>A - LES FONDEMENTS</b>	15
1. <i>Le syndrome de Briquet, 16 - 2. La catégorie d'Hystérie Traumatique de J.-M. Charcot, 17 -</i>	
3. <i>Pierre Janet et la psychopathologie des traumatismes psychiques, 18 - 4. La première théorie freudienne des névroses, 20.</i>	
<b>B - LA QUIESCENCE</b>	22
1. <i>La traumatophilie selon Karl Abraham, 22 -</i>	
2. <i>Le traumatisme chez Freud après la Neurotica, 23 -</i>	
3. <i>Ferenczi au confluent des névroses de guerre et de la théorie de la séduction, 24 - 4. Quelques jalons du comportementalisme, 25.</i>	
<b>C - LE RENOUVEAU</b>	26
1. <i>La réintroduction de la notion de traumatisme dans les théories psychopathologiques, 27 -</i>	
2. <i>En concomitance avec les changements sociaux : la description du Syndrome de l'Enfant Battu et la réévaluation du phénomène du viol, 28 - 3. Le lent approfondissement de la connaissance des traumatismes psychiques, 30.</i>	
<b>II - TYPOLOGIE DU TRAUMATISME DANS LES VIOLENCES SEXUELLES</b>	33
<b>A - DEFINITION SUBJECTIVE DES TRAUMATISMES PSYCHIQUES D'ORIGINE SEXUELLE</b>	34
	5

<b>B - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES OBJECTIVES DES VIOLENCES SEXUELLES</b>	36
<p><i>1. L'âge de la victime, 36 - 2. Les événements sexuels en cause, 37 - 3. Le statut de l'agresseur, 38 - 4. Quand l'agresseur est une femme, 40 - 5. Quand celui qui a commis l'abus sexuel est un psychiatre, 41 - 6. Les circonstances du traumatisme, 43 - 7. Quand le viol est commis par une personne connue, 44 - 8. La durée de l'expérience traumatique, 46 - 9. L'environnement post-traumatique, 46 - 10. La surdétermination du traumatisme sexuel par d'autres types de traumatismes, 47 - 11. Quand la victime est un homme, 48.</i></p>	
<b>C - VERS DE NOUVELLES TYPOLOGIES</b>	49
<b>III - EPIDEMIOLOGIE DES VIOLENCES SEXUELLES</b>	51
<b>A - LES PROBLEMES METHODOLOGIQUES</b>	51
<p><i>1. Les problèmes de définitions, 52 - 2. Les populations étudiées, 52 - 3. Les objectifs, le recueil des données et les instruments des enquêtes, 53 - 4. Les spécificités culturelles, 54 - 5. Les caractéristiques socio-démographiques, 55 - 6. Conclusions, 55 -</i></p>	
<b>B - PREVALENCE DES ABUS SEXUELS DANS L'ENFANCE ET DU VIOL</b>	55
<b>C - LA PREVENTION</b>	57
<b>IV - LES SYNDROMES TRAUMATIQUES DES VIOLS INCESTUEUX ET NON-INCESTUEUX DANS LA COHORTE DE TOURS</b>	59
<b>A - ETUDE SYSTEMATIQUE ET PROSPECTIVE SUR UN AN D'UNE COHORTE DE CENT DEUX SUJETS VIOLES DE PLUS DE TREIZE ANS DU CENTRE MEDICO-LEGAL DE TOURS</b>	60
<p><i>1. Population et méthodes, 60 - 2. Caractéristiques socio-démographiques des victimes, 63 - 3. Prévalence et profil évolutif du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), 63 - 4. Typologie des traumatismes, 63 - 5. Retentissement général du viol évalué sur une période de douze mois après l'entrée dans la cohorte, 68 - 6. Troubles mentaux présents après les viols au moins pendant les six premiers mois de suivi, 71 - 7. Le Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique apparu chez les victimes de viol dans les six premiers mois de suivi, 74 - 8. Le Syndrome</i></p>	

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

<i>Traumatique de type Limite apparue chez les victimes de viol dans les six premiers mois de suivi, 75 -</i>	
<i>9. Discussion, 79 - 10. Conclusions, 81 -</i>	
<b>B - DISCUSSION A PROPOS DU SYNDROME SECONDAIRE A UN STRESS TRAUMATIQUE (PTSD)</b>	82
<i>1. Nosographie, 82 - 2. Moyens d'évaluation, 84 -</i>	
<i>3. Epidémiologie du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), 89 - 4. Prévalence et profil évolutif du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chez des sujets exposés à un traumatisme, 90 - 5. Facteurs de prédiction du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique chez les victimes de viol, 92 -</i>	
<i>6. Ce que n'est pas un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), 96 -</i>	
<b>C - DISCUSSION A PROPOS DU SYNDROME TRAUMATIQUE DISSOCIATIF ET PHOBIQUE</b>	99
<i>1. Les troubles dissociatifs au sens de Pierre Janet, 100 -</i>	
<i>2. Les troubles somatoformes, 103 - 3. L'agoraphobie et les phobies spécifiques, 105 -</i>	
<b>D - DISCUSSION A PROPOS DU SYNDROME TRAUMATIQUE DE TYPE LIMITE</b>	107
<i>1. La personnalité limite, 108 - 2. Les changements durables de la personnalité après les traumatismes, 110 -</i>	
<b>E - CONCLUSION</b>	115
<b>V - LES VIOLS INCESTUEUX</b>	117
<b>A - ETUDE DES VIOLS INCESTUEUX DANS LA COHORTE DE TOURS</b>	117
<b>B - EXISTE-T-IL UNE TRANSMISSION DE L'INCESTE ENTRE LES GENERATIONS ?</b>	120
<b>VI - LE VIOL CHEZ LES ADOLESCENTS</b>	123
<b>A - LE SYNDROME SECONDAIRE A UN STRESS TRAUMATIQUE (PTSD) CHEZ LES ADOLESCENTS</b>	123
<i>1. Typologie du stress traumatique, 124 - 2. Contexte du traumatisme, 124 - 3. Le trouble du développement de l'adolescent traumatisé, 126 - 4. Dynamique de l'adaptation à une réaction aiguë de stress, 128 -</i>	
<b>B - ETUDE DU VIOL CHEZ LES ADOLESCENTS DANS LA COHORTE DE TOURS</b>	129



<b>C - ETUDE DU VIOL CHEZ LES ADOLESCENTS DANS L'ENQUETE DE L'INSERM</b>	131
<b>[Etude réalisée par M Choquet, JM Darves-Bornoz, S Ledoux]</b>	
<i>1. Méthodes, 132 - 2. Prévalence des viols et caractéristiques socio-démographiques des sujets de l'enquête, 133 - 3. Contexte et retentissement général des viols, 133 - 4. Troubles mentaux associés aux viols, 135 - 5. Troubles des conduites associés aux viols, 135 - 6. Accès aux soins, 137 - 7. Discussion, 137 - 8. Conclusion, 140 -</i>	
<b>VII - LE VIOL CHEZ L'HOMME</b>	141
<b>A - FREQUENCE DU PHENOMENE</b>	141
<b>B - IMPACT DU VIOL CHEZ LES HOMMES</b>	143
<b>C - ETUDE DU VIOL CHEZ L'HOMME DANS LA COHORTE DE TOURS</b>	144
<b>D - ETUDE DU VIOL CHEZ LE GARÇON DANS L'ENQUETE DE L'INSERM</b>	147
<b>[Etude réalisée par M Choquet, JM Darves-Bornoz, S Ledoux]</b>	
<b>E - CONCLUSION</b>	150
<b>VIII - LE VIOL CHEZ LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES</b>	151
<b>A - POSITION DU PROBLEME</b>	151
<b>B - ENQUETE SYSTEMATIQUE DE QUATRE-VINGT-DIX FEMMES ATTEINTES DE SCHIZOPHRENIE ET DE TROUBLE BIPOLAIRE</b>	153
<i>1. Méthodes, 154 - 2. Les abus sexuels dans l'enfance ou l'adolescence (avant seize ans), 155 - 3. Les traumatismes sexuels après l'âge de seize ans, 158 - 4. Le viol avant ou après l'âge de seize ans, 159 - 5. La répétition des traumatismes, 160 - 6. Les difficultés de traitement des schizophrènes violées, 161 - 7. Discussion, 162 - 8. Conclusions, 166 -</i>	
<b>C - ENQUETE SYSTEMATIQUE DE QUATRE-VINGT-DIX PATIENTES PSYCHIATRIQUES HOSPITALISEES</b>	167
<i>1. Méthodes, 167 - 2. Prévalence des traumatismes et du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), 168 - 3. Indicateurs de psychopathologie générale, 169 - 4. Les troubles secondaires aux traumatismes psychiques, 171 - 5. Les troubles affectifs et comportementaux de type limite, 171 - 6. Les conduites addictives, 174 - 7. Facteurs de prédiction de la persistance d'un PTSD après un</i>	

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

<i>viol, 174 - 8. Discussion, 177 - 9. Conclusions, 179 -</i>	
<b>D - LA SPIRALE DE LA CHRONICITE PSYCHIATRIQUE DANS LE CHAMP TRAUMATIQUE DU VIOL</b>	180
<b>IX - MODELES ETIOLOGIQUES DES TROUBLES MENTAUX SECONDAIRES AU TRAUMATISME DU VIOL</b>	183
<b>A - NEUROPSYCHOLOGIE DE LA MEMOIRE DANS L'EXPERIENCE TRAUMATIQUE</b>	183
<i>1. Encodage et recouvrement des souvenirs d'expériences traumatiques, 183 - 2. La question des allégations infondées de souvenirs d'abus sexuels anciens, 187 -</i>	
<b>B - PSYCHODYNAMIQUE DE LA REPOSE AU TRAUMATISME DU VIOL</b>	189
<b>C - MODELE COMPORTEMENTAL DES TROUBLES POST-TRAUMATIQUES</b>	191
<b>D - IMPACT PSYCHOBIOLOGIQUE DU TRAUMATISME</b>	192
<i>1. Psychobiologie du syndrome de répétition et de l'hypervigilance, 193 - 2. Psychobiologie de la constriction des affects et du retrait émotionnel, 196 - 3. Psychobiologie des troubles de la mémoire, 197 -</i>	
<b>X - TRAITEMENT DES VICTIMES DE VIOL</b>	199
<b>A - LES PRIORITES DU TRAITEMENT</b>	200
<b>B - LES TECHNIQUES PSYCHOTHERAPIQUES</b>	201
<i>1. Repères historiques, 201 - 2. L'abréaction, 201 - 3. Les psychothérapies, 202 -</i>	
<b>C - LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE</b>	203
<i>1. Position du problème, 203 - 2. Essais ouverts de psychotropes dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), 204 - 3. Essais contrôlés de psychotropes dans le PTSD, 207 - 4. Conclusions actuelles sur l'efficacité des psychotropes, 209 -</i>	
<b>D - PRINCIPES DE TRAITEMENT A LA CONSULTATION DE TRAUMATISES PSYCHIQUES DE TOURS</b>	210
<b>CONCLUSION</b>	217
<b>REFERENCES</b>	221
<b>RESUME</b>	255
<b>SUMMARY</b>	258

CONGRES DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE - TOULON 1996

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### INTRODUCTION

L'origine des travaux de recherche exposés dans cet ouvrage remonte à 1989. En effet, c'est à cette date que Thérèse Lempérière m'a proposé de travailler sur la question de la sexualité des femmes atteintes de schizophrénie et de trouble bipolaire (Darves-Bornoz 1990). A l'intérieur de ce champ, la grande fréquence des violences sexuelles dont ces femmes sont l'objet, est rapidement devenu le thème principal de l'étude. En 1991, Thérèse Lempérière et Jean-Pierre Lépine m'ont incité à continuer à travailler sur la question des conséquences psychopathologiques du viol. C'est ainsi que je suis allé, dès novembre 1991, dans l'unité de psychiatrie de l'Hôpital Bichat pour me familiariser avec les méthodes modernes de recherche clinique en psychiatrie telles qu'elles étaient mises en oeuvre par Jean-Pierre Lépine. Pour explorer dans sa globalité le problème des conséquences du viol que j'avais abordé de manière périphérique avec l'enquête sur les femmes atteintes de psychose, j'ai conçu aussi à cette époque un plan de recherche en trois volets (Darves-Bornoz 1996<sub>d</sub>). Il semblait nécessaire de faire une étude prospective chez les victimes, depuis le moment du viol, dans un centre permettant un recrutement suffisant. Il fallait aussi enquêter chez des patientes psychiatriques tout-venant, pour voir si une catégorie particulière de patients psychiatriques était plus fréquemment exposée aux violences sexuelles. Enfin, je souhaitais trouver la possibilité d'appréhender qui étaient les victimes de viol de la population générale. Pour permettre la réalisation du premier volet, nous avons contacté, au début de l'année 1992, le Professeur Soutoul, fondateur du Centre d'Accueil de Victimes de Violences Sexuelles de Tours, qui m'a donné son accord pour la réalisation d'une enquête prospective sur le Centre. Le Professeur Berger, responsable du Centre, m'a confirmé ultérieurement son propre accord, et le Professeur Lemarié, responsable de la Recherche Clinique à l'Hôpital de Tours m'a proposé des locaux pour effectuer une partie des entretiens. Nous avons planifié pour novembre 1992 l'enquête en milieu psychiatrique avec Madame le Professeur Degiovanni. Le troisième volet s'est concrétisé fortuitement. J'ai

rencontré par hasard Marie Choquet, en juin 1992, lors d'une conférence qu'elle donnait à propos de ses enquêtes épidémiologiques chez les adolescents. Elle évoquait, à l'époque, l'enquête nationale qu'elle préparait avec son équipe de l'INSERM. J'ai plaidé auprès d'elle de l'intérêt qu'il y aurait à introduire dans l'enquête, quelques questions qui porteraient sur les traumatismes psychiques et en particulier sur le viol. Marie Choquet m'a donné son accord et, dès lors, j'ai collaboré avec son unité INSERM sur la question du viol chez les adolescents.

Nous allons donc présenter dans cet ouvrage une étude prospective sur un an d'une cohorte de cent deux sujets victimes de viols incestueux ou non-incestueux, âgés de plus de treize ans, qui se sont présentés consécutivement au Centre Médico-Légal d'Accueil des Victimes de Violences sexuelles du CHU de Tours (chapitre IV). Cette étude permet de montrer que trois syndromes traumatiques peuvent être observés avec une grande régularité après les viols. Nous les avons appelés :

1. *Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique*, entité nosographique dénommée autrefois névrose traumatique, et ailleurs Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) ;

2. *Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique*, syndrome qui inclut les troubles somatoformes et les phobies spécifiques, mais aussi et surtout les troubles dissociatifs au sens de Pierre Janet et l'agoraphobie ;

3. *Syndrome Traumatique de type Limite*, syndrome qui décrit l'altération de l'identité et de la personnalité, et qui est secondaire à la blessure narcissique induite par le viol.

Nous montrerons que la présence précoce d'un de ces deux derniers syndromes, le caractère incestueux du viol, et le surcroît d'expériences de violences physiques en dehors des viols sont des facteurs de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique, un an après le viol.

Nous présenterons aussi dans cet ouvrage, des études spécifiques qui rendront compte des formes cliniques des troubles secondaires aux viols, chez les victimes d'inceste, chez les adolescents, chez les hommes et chez les patients psychiatriques :

1. pour les viols incestueux (chapitre V), la cohorte de Tours sera étudiée de ce point de vue ;

2. pour les adolescents (chapitre VI), seront présentés d'abord les sujets de la cohorte de Tours dont le viol s'est produit avant l'âge de vingt ans (78% de la cohorte) ; ensuite, seront exposées les données sur le viol à l'adolescence étudiées dans le cadre de l'INSERM par Marie Choquet, Jean-Michel Darves-Bornoz et Sylvie Ledoux ; l'enquête de l'INSERM porte sur un échantillon représentatif de jeunes scolarisés de la population générale (8255 élèves de la quatrième à la terminale) ;

3. pour le viol chez l'homme (chapitre VII), les résultats de la cohorte de Tours seront présentés d'abord ; les données sur le viol chez les garçons de

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

l'enquête de l'INSERM, étudiées par Marie Choquet, Jean-Michel Darves-Bornoz et Sylvie Ledoux, seront exposées ensuite ;

4. pour les patients psychiatriques (chapitre VIII), nous présenterons deux études systématiques de patientes psychiatriques ; la première étude porte sur quatre-vingt-dix femmes atteintes de schizophrénie et de trouble bipolaire ; la deuxième étude porte sur quatre-vingt-dix femmes hospitalisées consécutivement à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Tours ; nous essaierons de comprendre pourquoi les patients psychiatriques dans leur ensemble, et quel que soit leur diagnostic principal, ont souvent été victimes de viols, et présentent alors fréquemment dans leur comorbidité les trois syndromes mentionnés plus haut.

L'activité de recherche durant ces sept ans s'est doublée d'une activité clinique de traitement des victimes. Nous illustrerons à l'aide d'un cas unique les principes du traitement mis en place depuis l'année 1992 dans la Consultation de Victimes de Traumatismes Psychiques créée par J.-M. Darves-Bornoz à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Tours (chapitre X).

CONGRES DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE - TOULON 1996

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### CHAPITRE I

# HISTOIRE DE LA NOTION DE TRAUMATISME PSYCHIQUE D'ORIGINE SEXUELLE

La notion de traumatisme psychique d'origine sexuelle est parfois présentée comme surgissant ex nihilo aux Etats-Unis dans les années 1980-1990, avec les résultats de grandes enquêtes épidémiologiques consacrées aux abus sexuels, et avec les souvenirs d'abus sexuels retrouvés sous hypnose de malades présentant une personnalité multiple. La réalité est largement plus complexe, et nécessite de présenter l'histoire de cette notion. Cette histoire remonte à un siècle mais nous en parlons toujours.

### A - LES FONDEMENTS

La notion de traumatisme psychique d'origine sexuelle apparaît dans la deuxième moitié du dix-neuvième siècle au confluent de deux sources : celle de la nouvelle clinique des conséquences psychopathologiques des traumatismes, promue notamment par les accidents de chemin de fer (Duchesne 1857 cité par Crocq et al. 1983 ; Erichsen 1864), et celle du renouveau des interrogations sur une vieille maladie, l'hystérie (Briquet 1859), dont l'étiologie est rapportée traditionnellement, et jusqu'à Briquet, aux organes sexuels et aux "passions".

Pour comprendre où se noue la notion de traumatisme psychique d'origine sexuelle, il faut se référer au premier Freud, celui de la



Communication Préliminaire (1893), des Etudes sur l'Hystérie (1895) et de la Théorie de la Séduction jusqu'à son abandon en 1897. C'est en effet, avec ces travaux que la notion de traumatisme psychique d'origine sexuelle va pouvoir vivre une vie autonome, et avoir un effet sur les débats scientifiques. Auparavant, cette notion a été mentionnée comme telle chez d'autres auteurs (notamment Benedikt, Charcot, Richer, Janet et même Briquet), mais avant Freud, elle n'avait jamais été intégrée à une théorie psychologique comme une de ses pièces maîtresses.

Cependant ce premier Freud serait incompréhensible si d'autres auteurs qui ont jalonné sa démarche, n'étaient pas mis en perspective. La première théorie des névroses de Freud prend sa source dans un contexte très riche dont les points de repère principaux résident dans trois secteurs : celui des somatisations (Briquet, 1859), celui des traumatismes psychiques sans spécification particulière du type de traumatisme ("*Hystérie Traumatique*" de J.-M. Charcot, 1884), et celui des phénomènes de dissociation psychique ("*Dissolution Psychologique*" de Moreau de Tours en 1845 et "*Désagrégation Psychologique*" de Janet en 1889).

## 1. LE SYNDROME DE BRIQUET

Quand Briquet entreprend son travail de classification des phénomènes rattachés à l'hystérie, il vise dans le même temps à reposer la question de l'étiologie de la maladie. La question qu'il énonce, est déjà : comment peut-il se faire que le trouble mime une maladie d'organe sans qu'aucune lésion connue de cet organe ne soit présente ? Briquet met les traumatismes psychiques au premier rang des causes prédisposantes, et surtout des causes déterminantes de l'hystérie. Dans son Traité publié en 1859, il rend compte des quatre cent trente cas qu'il a étudiés à l'Hôpital de la Charité à Paris sur une période de dix ans. Sur ses quatre cent trente cas, trois cent soixante-cinq soit 85% ont été déterminés par un choc émotionnel relaté souvent en termes pudiques. Il s'agit notamment de frayeurs, de mauvais traitements, de viols et de deuils. Pour ce qui concerne les enfants de moins de douze ans, des mauvais traitements par les parents et d'autres traumatismes psychiques qui ont provoqué une "*frayeur*" de l'enfant, sont identifiés par Briquet comme la cause déterminante d'environ la moitié des cas d'hystérie de sa série. Cette proportion est importante mais moindre que chez les adultes, et il est légitime de se demander si les cas d'hystérie d'enfant pour lesquels aucune cause émotionnelle n'est retrouvée, ne résultent pas de mauvais traitements méconnus. En effet, on sait aujourd'hui que la non-révélation de mauvais traitements est fréquente. Du reste, les enfants de la série de Briquet présentent des troubles de santé chroniques évocateurs, du type céphalées, douleurs abdominales, troubles de l'appétit et malaises chroniques. Bien que parmi ces troubles, il puisse y avoir des maladies

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

somatiques chroniques, il est cependant possible de reconnaître là, des symptômes que les écrits modernes décrivent couramment chez les enfants maltraités.

Briquet est le premier à s'attacher à décrire systématiquement l'hystérie. Pour lui, la maladie se définit dans une perturbation des comportements qui concerne la vie psychique. Il réfute pour l'hystérie toute étiologie concernant la vie instinctuelle et les organes génitaux, contrairement à l'opinion communément admise par les gynécologues et jusqu'alors, par ses collègues neurologues. Il affirme que l'hystérie est une maladie de l'encéphale sans rapport avec la continence sexuelle, et cette position est reprise ensuite par Charcot et Janet. L'intérêt de son travail réside dans la mise à jour de la présentation clinique réelle de l'hystérie. Il unifie dans son syndrome divers états somatiques et psychiques auparavant épars. Il montre que l'hystérie se présente chez un malade comme une maladie multiforme et polysymptomatique. De son point de vue, l'hystérie a un cours prolongé et n'est pas la maladie d'un unique symptôme, fût-il de conversion. Outre les symptômes pseudo-neurologiques, tous les systèmes physiologiques peuvent être touchés (notamment cardiologique, respiratoire, digestif, cutané et gynécologique). Ces atteintes sont souvent labiles mais récidivantes.

On redécouvre aujourd'hui que cette vision de la maladie place la conversion pseudo-neurologique et monosymptomatique un peu à l'écart de ce champ. En effet, dans le cas du phénomène hystérique comprenant un seul symptôme, les atteintes seraient souvent rapidement réversibles et sans récurrence. Par ailleurs, les traits de personnalité que l'on dénomme aujourd'hui histrioniques, et que la vox populi associe souvent aux somatisations et aux conversions, y font fréquemment défaut. Ce fait n'avait pas toujours retenu l'attention des successeurs de Briquet, en particulier de J.-M. Charcot qui avait beaucoup mis en valeur cette forme clinique au détriment de l'hystérie polysymptomatique du syndrome de Briquet.

### **2. LA CATEGORIE D'HYSTERIE TRAUMATIQUE DE J.-M. CHARCOT**

On doit à H. Oppenheim (1889) le terme de *Névrose Traumatique* dans une période où le modèle du traumatisme psychique est souvent une catastrophe dans un des tout nouveaux chemins de fer. C'est à n'en pas douter à cette époque que s'individualise une entité psychopathologique post-traumatique. Cependant l'invention du terme Névrose Traumatique ne s'accompagne pas pour autant d'une grande clarté dans la délimitation sémiologique et étiopathogénique du champ psychopathologique qu'elle prétend appréhender. Il faudra attendre les Névroses de Guerre de la première

guerre mondiale pour que les éléments cardinaux et la spécificité étiologique du syndrome soient mis en place.

J.-M. Charcot développe un point de vue particulier concernant les pathologies des traumatismes psychiques. Il n'éprouve pas la nécessité de recourir à une nouvelle catégorie nosologique pour les spécifier. Il considère plutôt ces maladies comme des formes cliniques de catégories connues, et il utilise à leur propos les notions d'Hystérie Traumatique et de Neurasthénie. L'hystérie pose, il est vrai, dans cette deuxième moitié du dix-neuvième siècle une question centrale aux confins de la Neurologie et de la Psychiatrie. On sait l'importance que la rencontre (1885-1886) et l'enseignement de J.-M. Charcot ont sur Freud.

Pour J.-M. Charcot les paralysies hystériques sont secondaires à des états hypnoïdes rendant possible suggestion ou autosuggestion. La survenue de l'état hypnoïde lui-même est selon lui, soit facilitée par une prédisposition constitutionnelle, soit provoquée par la confrontation à un traumatisme, éventuellement d'origine sexuelle mais pas nécessairement. L'affirmation, en 1884, qu'à côté de paralysies organiques peuvent survenir des paralysies dues à des traumatismes psychiques, est pour l'essentiel une nouveauté. En effet, les auteurs de l'époque pensent qu'il est impossible d'attribuer au seul traumatisme psychique les paralysies, et qu'il faut continuer à chercher un traumatisme cérébral même minime, susceptible d'expliquer la sémiologie.

### **3. PIERRE JANET ET LA PSYCHOPATHOLOGIE DES TRAUMATISMES PSYCHIQUES**

C'est en tant que philosophe que Pierre Janet commence à s'intéresser à la maladie de son temps, l'Hystérie. Sa thèse de Doctorat ès Lettres intitulée "*L'Automatisme Psychologique*", et soutenue en 1889 résultait d'études réalisées dès 1882 et publiées à partir de 1885.

P. Janet défend brillamment, avant Freud, l'étiologie traumatique de certaines hystéries. Il montre le premier qu'il est possible d'envisager une psychothérapie cathartique c'est-à-dire une psychothérapie qui en faisant revivre le traumatisme, guérit les symptômes hystériques.

Dans "*L'automatisme psychologique*", il montre en particulier trois résultats fondamentaux à partir d'un certain nombre de cas cliniques. Premièrement, les symptômes de ces patients se réfèrent à un événement traumatique. Deuxièmement, une dissociation de la conscience survient chez eux à certains moments, laissant émerger une personnalité seconde directement liée à l'expérience traumatique et à une "*idée fixe*" habituellement "*subconsciente*". Troisièmement, la modification d'un souvenir traumatique par suggestion sous hypnose fait disparaître les symptômes.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Pierre Janet met en valeur avec son observation de Lucie, le rôle "*d'une frayeur éprouvée vers l'âge de neuf ans*" dans l'apparition de symptômes de répétition comme "*des cauchemars*" et des "*accès de terreurs*" concomitants à "*des crises hystériques*" : symptômes physiques ("*elle était anesthésique totale, avait l'ouïe et la vue considérablement diminuées*"), et désagrégation de la conscience que Janet appelle alors "*somnambulisme naturel*". Lorsque les terreurs se reproduisent, Lucie est sous l'emprise d'une seconde personnalité qui ne se manifesterait plus après que la guérison des terreurs sera survenue. Dans le même temps, Janet met au point une méthode thérapeutique, un "*somnambulisme provoqué*", qui réduit les symptômes en agissant sur les souvenirs (Janet 1886). Avec le cas de Lucie, Janet est le premier à affirmer la possibilité d'une voie thérapeutique psychodynamique dont les matériaux sont les traces mnésiques. Son innovation thérapeutique et neuropsychologique réside dans cette découverte de la possibilité d'action sur l'économie des souvenirs et des traces mnésiques, plus que dans l'utilisation de l'hypnose qui est un aspect contingent de sa pratique.

A trente ans, après son séjour en province, Janet s'établit à nouveau à Paris, entreprend un cursus médical, et se lie étroitement à l'école de la Salpêtrière de J.-M. Charcot. Il continue alors de développer sa conception de l'Hystérie et il rassemble ses travaux sur le sujet dans sa thèse de médecine "*Contribution à l'étude des accidents mentaux chez les hystériques*" (1893). Pour Janet, on distingue chez l'hystérique des symptômes nécessaires, "*les stigmates*", et des symptômes contingents, "*les accidents*". Les stigmates sont des symptômes négatifs résultant d'un "*rétrécissement du champ de la conscience*". Les accidents sont directement liés aux "*idées fixes subconscientes*". Pour Janet, l'Hystérie est une maladie psychogène qui survient parfois sur une constitution prédisposée. Elle se manifeste, après un traumatisme, par des "*idées fixes*", mais son mécanisme fondamental résulte du "*rétrécissement du champ de la conscience*" dont il n'exclut pas qu'il puisse être, en partie au moins, organiquement déterminé.

C'est par cette théorie de la désagrégation psychologique, qu'il explique la survenue des "*Existences Psychologiques Successives*" (ce qu'on appelle aussi selon les auteurs et les époques : personnalité multiple, identité dissociative ou personnalité alternante). Binet, avant Janet, a fait l'hypothèse que la symptomatologie de l'hystérie résulte de la coexistence chez le malade de deux personnalités. L'intérêt chez ces auteurs pour le dédoublement de la personnalité fait écho au thème du double, si présent dans la littérature romantique du dix-neuvième siècle. Pour Janet, les "*Existences Psychologiques Successives*" correspondent à des fragments d'expériences qui n'ont pu être intégrées ensemble dans le même système de mémoire auquel se réfère une personnalité unifiée.

Janet suppose avec la présence des "*idées fixes*", que les événements traumatiques sont mémorisés de manière particulière. Cette assertion est un des

apports principaux de l'oeuvre de Janet. Il le prouve par sa thérapeutique puisque c'est en agissant sur le souvenir qu'il prétend faire disparaître le symptôme. Ainsi dans le cas de Marie, la patiente a des terreurs qui répètent une émotion traumatique ressentie auparavant. A l'âge de seize ans, elle a vu une vieille femme se tuer en tombant dans un escalier. Par suggestion, Janet change le souvenir pour que reste présente l'idée que la vieille femme n'est pas morte en tombant. Il s'ensuit la disparition des terreurs. Janet remarque aussi, concernant la mémoire, qu'hypermnésie et amnésie coexistent dans un même tableau clinique de malade victime d'un traumatisme psychique. Dans l'observation d'Irène (1904) c'est une tentative de viol d'Irène, suivie du décès de sa mère, qui provoque la maladie faite d'hypermnésie de la période de la mort de sa mère, et d'amnésie : "*elle a oublié sa mère d'une manière invraisemblable*". On retrouve dans la description de Janet, la clinique actuelle des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD).

A la différence de Freud, Janet trouve peu d'intérêt à mettre en avant la sexualité pour appréhender l'étiologie des névroses. Il met le traumatisme à l'origine des "*idées fixes subconscientes*" génératrices "*d'accidents mentaux*" sans donner de relief particulier au traumatisme sexuel, qu'il soit réel ou fantasmé.

Grand clinicien et grand théoricien, Janet n'a cependant pas fondé d'école. Il est un point de passage obligé entre les cliniciens de l'hystérie - Briquet qui en a repris toute la sémiologie sans s'attacher aux théories, et Charcot qui a amorcé des hypothèses étiologiques - et le tenant de la Théorie de la Séduction, Freud. Son oeuvre suscite aujourd'hui un manifeste renouveau d'intérêt parmi les théoriciens des traumatismes psychiques du monde entier. Relire Pierre Janet est une entreprise qu'aucun clinicien des traumatismes psychiques ne regrette. S'abstenir de faire relire Pierre Janet dans notre pays, c'est entériner la rivalité de deux hommes, Janet et Freud, qui sont, en fait, plus complémentaires que concurrents.

#### **4. LA PREMIERE THEORIE FREUDIENNE DES NEVROSES**

C'est dans une filiation à Charcot que Freud élabore sa première théorie des névroses. Il développe alors avec J. Breuer une conception traumatique de l'hystérie (1893). Cette conception est proche de celle que Janet vient d'exposer dans "*L'Automatisme Psychologique*". Il s'appuie sur des faits découverts pendant la cure - pratiquée sous hypnose - de certaines de leurs patientes, notamment Anna O. Il croit pouvoir affirmer que le symptôme hystérique résulte toujours d'un traumatisme, soit unique et significatif dans l'hystérie traumatique, soit plus léger mais répété dans l'hystérie commune.

Plusieurs versions de la cure d'Anna O., la patiente de Breuer, ont circulé. La version initiale et idéale fait d'Anna O. une hystérique qui voyait ses

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

symptômes disparaître les uns après les autres au fur et à mesure qu'elle en découvrait l'origine traumatique en remontant des chaînes associatives (par exemple les cent huit fois où son acuité auditive ayant baissé, elle n'a pas entendu quelqu'un entrer dans une pièce). Sa cure doit s'appuyer initialement sur les techniques de l'hypnose et en fait elle mettrait en place un véritable prototype de la cure psychanalytique. Lorsque Breuer veut intervenir pour faire sortir Anna O. de son "*théâtre privé*", elle insisterait pour qu'il la laisse parler, en arguant du caractère thérapeutique de cette "*cure par la parole*", de ce "*ramonage de cheminée*". Elle désigne ainsi la possibilité d'une abréaction des traumatismes, dans une psychothérapie dynamique n'utilisant pas la suggestion.

Il reste que, contrairement à ce qu'on a pu dire, Anna O. n'est pas un cas banal d'hystérie. Elle présente de très nombreux troubles liés à une problématique incestueuse dans un syndrome qui associe des troubles somatoformes, des conversions, des troubles dissociatifs divers dont une personnalité multiple, et peut-être une névrose traumatique. En fait, si Anna O. préfigure les patients en psychanalyse, elle peut tout aussi bien représenter un riche modèle des victimes de traumatismes psychiques d'origine sexuelle.

Selon Jones, la cure d'Anna O. ne suit pas un cours aussi satisfaisant que Breuer le dit. Ce prototype de cure psychanalytique poserait d'emblée des problèmes techniques concernant le transfert et le contre-transfert. Non préparé à cette situation, Breuer aurait mis fin de manière précipitée et prématurée à la psychothérapie, éventualité dont on sait aujourd'hui les effets ravageurs pour les patients.

Entre 1895 et 1897 Freud élabore une Théorie de la Séduction qui vient démontrer le mécanisme de formation des névroses. Avec cette théorie, Freud commence à s'éloigner de ses précurseurs Charcot et Janet. En effet, il présuppose que le traumatisme à l'origine des névroses est toujours d'origine sexuelle et il imagine une dynamique psychique élaborée. Le traumatisme psychique initial serait à l'origine du refoulement de la sexualité, mais il n'aurait pas eu nécessairement un effet psychologique délétère dès ce moment, notamment parce que le sujet, trop jeune, n'aurait pas la maturité pour lui donner un sens. Dans un deuxième temps un second traumatisme survenu à la puberté, et relié par une chaîne d'associations au premier événement, déclenche le rappel du souvenir du premier événement traumatique qui après-coup, devient traumatique par la production interne d'un ensemble d'émotions trop fortes pour laisser l'appareil psychique sans dommage.

Freud abandonnera ensuite cette conception et la théorie de la séduction précoce des hystériques. Outre ses raisons théoriques, Freud a peut-être cédé à des pressions. En effet, il a dû défendre sa "*Neurotica*" en faisant le bilan clinique de ses patientes, devant des pairs qui n'étaient pas mûrs pour admettre que les traumatismes sexuels étaient si largement répandus dans la ville de Vienne (cf. Masson 1983). Cependant Freud réintroduira plus tard la notion de traumatisme dans sa théorie.

## **B - LA QUIESCENCE**

Pendant la première moitié du vingtième siècle, les traumatismes psychiques d'origine sexuelle, voire l'hystérie elle-même, ne suscitent plus beaucoup l'intérêt des chercheurs. La question entre en latence et effectuerait même une traversée du désert s'il n'y avait les développements de Ferenczi.

### **1. LA TRAUMATOPHILIE SELON KARL ABRAHAM**

La première théorie des névroses de Freud vient en droite ligne de l'enseignement de Charcot. Pour Charcot, une condition seconde, une conscience hypnoïde trouve une expression dans le corps et contrôle l'innervation pendant la crise hystérique. Freud adopte le modèle de l'hystérie traumatique de Charcot, et sa conception de la crise hystérique. Il pense même pouvoir l'étendre à l'hystérie commune en faisant aussi de celle-ci une pathologie secondaire à des traumatismes éventuellement plus légers mais répétés qui induisent des signaux parasites dans l'innervation pour reprendre le terme de Charcot. L'hystérique souffrirait alors de réminiscences d'un événement qui n'a jamais pu être abrégé. C'est la représentation non abrégée qui s'exprimerait alors dans l'innervation. Freud par la suite renonce à sa "*Neurotica*" (Freud 1897) puis complexifie son modèle, en considérant que le traumatisme sexuel a seulement un rôle précipitant sur un sujet prédisposé à l'hystérie. Cette prédisposition prend en compte une constitution et un événement de l'histoire infantile (Freud 1916-1917). On voit comment ce schéma, même démenti par Freud lui-même plus tard, a pu conforter la conception qui défend l'existence d'un "état antérieur" précédant et expliquant les symptômes post-traumatiques. Freud doit aussi considérer que le sentiment de culpabilité rend le désir inacceptable et que c'est le désir sexuel qui rend traumatique l'agression sexuelle. Pour lui, dorénavant, le traumatisme détermine le début ou la forme du trouble mais n'en est pas la cause ; de plus, le trouble représente une défense contre la sexualité.

On est obligé de remarquer que Freud, comme Janet, Charcot ou Briquet, tout en avançant des hypothèses nouvelles sur l'étiologie traumatique, est attaché à un ensemble de conceptions de l'ordre de la dégénérescence, de la

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

prédisposition et de la constitution pour donner sens aux phénomènes hystériques et post-traumatiques.

Une tentative est faite alors par Abraham (1907<sub>a</sub>, 1908) et Freud (1911) pour généraliser à la démence précoce ce qui a été théorisé pour l'hystérie : le déclenchement du trouble mental comme une défense contre la sexualité. Selon les vues d'Abraham, un traumatisme sexuel peut aussi précipiter le déclenchement d'une démence précoce ou déterminer la forme de ses symptômes. Pour lui, ce trouble aussi exprime des désirs sexuels refoulés. Cependant, il pense que l'origine de la psychose comme des névroses résulte d'une constitution psycho-sexuelle innée anormale qui produit un trouble psychopathologique après un traumatisme sexuel. Abraham (1907<sub>b</sub>) remarque la tendance à la répétition des traumatismes chez les victimes. Il appelle cette tendance "*traumatophilie*". D'autres auteurs se réfèrent aujourd'hui à cette tendance et parlent d'une "*addiction au trauma*" (Van der Kolk 1987<sub>a</sub>). Abraham attribue également ce phénomène à la "*constitution innée*" mentionnée plus haut. Dans cette tendance masochiste, on peut déjà voir pointer la notion de compulsion de répétition qui sera introduite plus tard. Pour Abraham, face à un même trauma, l'hystérique et le psychotique deviennent psychiquement malades en empruntant les voies différentes que leur prescrivent leur constitution. Dans leur deuxième théorie du traumatisme, Freud et Abraham remplacent la conception étiologique du traumatisme par une conception structurante du traumatisme précipitant le trouble mental. Plus tard, Freud modifie à nouveau sa position concernant le statut du traumatisme dans le déclenchement des troubles psychotiques. En effet, en 1914, il réduit le rôle de la défense contre la sexualité dans sa théorie de la psychose, et il met en avant la nature narcissique de la psychose, érigeant du même coup les blessures narcissiques en facteurs précipitants de la maladie (Freud 1914).

## 2. LE TRAUMATISME CHEZ FREUD APRES LA NEUROTICA

La création du concept d'après-coup qui survivra à la première théorie des névroses, est une innovation de Freud d'un intérêt épistémologique certain. Les tenants d'un déterminisme classique font remarquer qu'en affirmant que c'est un second événement traumatique qui donne une valeur traumatique au premier événement, on prétend que l'effet précède la cause. Cependant, ce concept freudien est quasi-contemporain d'interrogations analogues dans les sciences physiques et fondamentales. Ces coïncidences montrent qu'à cette date, une notion de l'ordre de la rétroaction est mûre dans l'histoire de la pensée.

Après avoir modifié sa théorie des névroses dans le sens que nous indiquions au précédent paragraphe, Freud s'intéresse à nouveau au traumatisme en tant que tel. Son intérêt se porte sur l'effet du traumatisme dans les névroses traumatiques, au même titre que l'effet du traumatisme dans les



névroses communes, seule configuration qu'il ait abordée précédemment. Dans *"Au delà du principe de plaisir"* (1920), Freud appelle *"traumatiques"*, les excitations assez fortes pour rompre la barrière protectrice qu'est le pare-excitation. Pour lui, un événement traumatique extérieur produit une grave perturbation de l'organisme, mais *"c'est le principe de plaisir qui le premier sera mis hors de combat"*. Dès lors l'objectif principal de l'appareil psychique est, *"au delà du principe de plaisir"*, de maîtriser d'abord les excitations dans un travail de liaison c'est-à-dire d'intégration, puis éventuellement, de permettre la décharge progressive ultérieure de ces excitations. La répétition du traumatisme dans des cauchemars apparaît comme une tentative pour maîtriser ce qui a été subi passivement dans la situation traumatique. C'est une variante de la compulsion de répétition qui se met en place dans la névrose traumatique. Le cauchemar a pour but de créer un état d'angoisse qui permette au sujet d'échapper à l'emprise de l'excitation qu'il a subi. En effet, l'angoisse qui fait pressentir le danger, est la dernière ligne de défense contre le traumatisme. En dernière analyse, selon Freud, la névrose traumatique résulte de l'absence d'angoisse. Avec la compulsion de répétition, on voit se manifester la pulsion de mort qui tend à réduire complètement les tensions pour ramener le sujet à l'inorganique.

Ferenczi défend le point de vue, dans *"Psychanalyse des névroses de guerre"* (1918) que les névroses de guerre ne se distinguent pas dans leur genèse des hystéries secondaires à des traumatismes sexuels. Il rappelle la phrase de Breuer et Freud (1893) : *"les hystériques souffrent de réminiscences"* et continue : *"en fait ce premier principe de la psychanalyse naissante continue, approfondit et généralise la conception de Charcot relative aux névroses traumatiques"*. Freud adopte implicitement cette position dans *"Au delà du principe de plaisir"* et dans ses écrits ultérieurs. C'est dire qu'il revient au moins partiellement sur son renoncement à la Neurotica, même s'il réaffirme cependant l'ensemble de ses développements théoriques. En effet, Freud dans sa conception de la névrose traumatique, conçoit le traumatisme comme relié à sa théorie de la sexualité soit parce que le traumatisme est de nature sexuelle, soit parce que le traumatisme intervient dans les investissements libidinaux du sujet traumatisé.

### **3. FERENCZI AU CONFLUENT DES NEVROSES DE GUERRE ET DE LA THEORIE DE LA SEDUCTION**

Ferenczi paye beaucoup de sa personne en tant qu'homme pour défendre ce qu'il a compris. Cela lui vaut la réputation de psychanalyste hétérodoxe, mais il mériterait plutôt le qualificatif de chercheur conséquent. Il s'intéresse très tôt aux troubles mentaux traumatiques avec les névroses de guerre. Quand il se rend compte que la Théorie de la Séduction a été rejetée

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

sans nuances, il essaye de le faire comprendre à ses collègues et à Freud. C'est avec une opposition malveillante qu'il lui est répondu. Pour ce qui concerne notre sujet, son texte *"Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion"* (1932) fait date dans l'histoire de la psychanalyse et dans l'histoire de la pensée clinique. En effet, dans ce texte où Ferenczi traite avant tout du traumatisme sexuel, il réhabilite l'étiologie traumatique de certains troubles mentaux, en tant que telle. Ferenczi dans *"Confusion"* dit : *"j'ai parlé d'une régression dans la technique (et, en partie aussi, dans la théorie des névroses), qui m'a été imposée par certains échecs ou résultats thérapeutiques incomplets. J'entends, par là, l'importance accordée récemment au facteur traumatique, si injustement négligé ces derniers temps dans la pathogénèse des névroses. (...) Les manifestations que je qualifierai d'impressionnantes, les répétitions quasi-hallucinatoires d'événements traumatiques qui commençaient à s'accumuler dans ma pratique autorisaient l'espoir que grâce à une telle abréaction, des quantités importantes d'affects refoulés s'imposent à la vie consciente et puissent bientôt mettre fin à l'apparition des symptômes. (...) Malheureusement cet espoir n'a été comblé que de façon très imparfaite."* Il écrit encore : *"on ne pourra jamais insister assez sur l'importance du traumatisme et en particulier du traumatisme sexuel comme facteur pathogène. Même des enfants appartenant à des familles honorables (...) sont des victimes de violences et de viols. (...) L'objection qu'il s'agissait de fantasmes de l'enfant lui-même, c'est-à-dire de mensonges hystériques, perd malheureusement de sa force par suite du nombre considérable de patients en analyse qui avouent eux-mêmes des voies de fait sur des enfants."* Ce faisant et de surcroît, il remanie puissamment la technique psychanalytique. Il explique l'échec des cures interminables par la non-interprétation du transfert négatif qui ne se présente pas spontanément mais qu'il faut rechercher, comme tout signe en clinique. Il décrit combien l'identification à l'agresseur est un processus qui se met en place précocement chez les agressés et combien cette confusion bloque les possibilités de haine constructive. Cependant son oeuvre a peu d'impact direct de son vivant puisqu'il faut cinquante ans pour que les repères qu'il a posés soient reconnus pour autre chose que des originalités. Néanmoins, une filiation baroque s'opérera avec son analysante Mélanie Klein puis avec Donald Winnicott qui réintroduiront subrepticement le traumatisme dans la théorie psychanalytique.

#### 4. QUELQUES JALONS DU COMPORTEMENTALISME

En avril 1903, Pavlov communique au Congrès international de Médecine de Madrid un texte intitulé *"La psychologie et la psychopathologie expérimentales sur les animaux"*. Il y définit les réflexes conditionnés. En 1904 il obtient le Prix Nobel. Vers 1921, Pavlov qui est un physiologiste célèbre

commence à étudier les névroses expérimentales et s'intéresse de plus en plus à la psychiatrie clinique. Après la deuxième guerre mondiale, la psychiatrie russe est avant tout pavlovienne alors que la psychiatrie américaine est avant tout influencée par les théories psychanalytiques, même si l'école pavlovienne existe aussi aux Etats-Unis. Retracer cet itinéraire, c'est remarquer d'abord que la psychiatrie de la plupart des pays rejette les théories pavloviennes appliquées à la psychopathologie humaine, mais c'est noter aussi que des jalons sont posés pour un abord différent de phénomènes pathologiques comme les phobies. Pavlov (1927) choisit le terme de "*réaction défensive*" pour décrire l'ensemble des comportements innés qui donnent réponse à une menace. C'est autour de cette notion que Pavlov construit une théorie des conditionnements aversifs. Il montre que des réactions défensives peuvent survenir après application de stimuli aversifs répétés au sujet, situation où par sa seule existence, l'élément de l'environnement associé au traumatisme devient capable de provoquer une réaction défensive.

En effet, comme l'expose Gaillard (1993), la séquence du conditionnement pavlovien appelé aussi conditionnement classique est :

- (1) stimulus inconditionnel ==> réaction inconditionnelle
- (2) stimulus neutre + stimulus inconditionnel ==> réaction inconditionnelle
- (3) stimulus conditionnel ==> réaction inconditionnelle.

Cette séquence peut s'écrire dans le cas de phobies et en particulier de ce que les comportementalistes appellent aujourd'hui phobies traumatiques :

- (1) stressor ==> peur
- (2) élément environnemental neutre + stressor ==> peur
- (3) élément environnemental conditionné ==> phobie traumatique.

## C - LE RENOUVEAU

La place des expériences psychiquement traumatisantes dans la genèse des troubles mentaux est mal connue dans notre pays. C'est pourtant une question qui a été le centre de vives controverses et qui est presque aussi vieille que la psychiatrie elle-même. Malgré cela et hormis les travaux des psychiatres militaires, cette question était redevenue pratiquement quiescente en France. Pendant plusieurs décennies l'impact psychologique des traumatismes sexuels reste peu étudié. Le problème n'est rouvert que dans les années soixante-dix sous l'effet de différents phénomènes psychosociaux. La description du Syndrome de l'Enfant Battu puis la constatation de la grande fréquence des violences sexuelles notamment dans l'enfance conduit aujourd'hui nombre de

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

spécialistes, en particulier les pédiatres et les juristes, à reposer la question aux psychiatres. De problème individuel, le traumatisme psychique d'origine sexuelle devient problème social. L'intérêt pour la question se généralise à de nombreux secteurs de la société. Plusieurs facteurs contribuent à ce renouveau

### **1. LA REINTRODUCTION DE LA NOTION DE TRAUMATISME DANS LES THEORIES PSYCHOPATHOLOGIQUES**

L'affaire Ferenczi montre que le débat des psychanalystes sur les théories du traumatisme n'a jamais été conclu. En effet, Freud lui-même (1920) et d'autres psychanalystes réintroduisent la notion de traumatisme réel dans la théorie psychanalytique alors que cette notion était devenue secondaire comparée à celle de désir culpabilisé.

Avec le Freud apparu dans *"Au delà du principe de plaisir"* s'ouvre une potentialité dans le champ de la théorie psychanalytique. Pourtant, ce sont peut-être plus ses successeurs qui mettront à profit cette ouverture. Dans *"Inhibition symptôme et angoisse"* (1926), Freud décrit la détresse du bébé devant l'absence. C'est face à cette potentialité de traumatisme précoce que Mélanie Klein élaborera la description des mécanismes de défense primitifs que sont le clivage et l'identification projective (Klein 1946). Winnicott, de son côté, redonne place à l'impact des événements extérieurs, à l'objet externe potentiellement traumatique, aux soins maternels adéquats ou non, dans une théorie psychanalytique qui laissait le sujet seul avec ses fantasmes et ses représentations internes. Du coup, il rétablit une place pour le traumatisme dans la psychanalyse (Winnicott 1952). Ces théorisations psychanalytiques sont contemporaines d'autres apports psychopathologiques qui creusent dans la même voie. Il s'agit notamment des travaux sur l'hospitalisme et les autres carences affectives précoces (Spitz 1945). D'autres auteurs avec Spitz ont conduit la psychiatrie de la seconde moitié de notre siècle, à examiner comment le traumatisme de certaines séparations et l'échec de l'attachement impriment leur marque sur le psychisme en développement (Bowlby 1969 ; Mahler 1971 ; Bowlby 1973<sub>a</sub>). Bowlby a insisté sur le fait que la conduite d'attachement est avant tout une fonction biologique vitale, nécessaire à la survie. La perte du sentiment de sécurité prodigué par les parents pourrait être le traumatisme le plus sévère pour l'enfant. C'est à ce point, selon Bowlby, que se développe un comportement ambivalent du sujet fait d'évitement en même temps que de volonté de proximité exagérée envers ses parents, dans lequel la colère va devenir le sentiment prédominant (Bowlby 1973<sub>b</sub>). L'ensemble de ces travaux concernant des interactions précoces préfigure les élaborations pédopsychiatriques des décennies qui vont suivre, et prépare les étapes ultérieures du renouveau de l'intérêt pour les traumatismes psychiques.

Un peu à part de ce champ, on trouve des élaborations théoriques connexes. Ainsi, Jean Laplanche (1992) tente d'énoncer d'une manière différente la Théorie de la Séduction. Il garde et généralise l'objectif de la Neurotica en intégrant les découvertes ultérieures de Freud comme un contrepoids à son renoncement de 1897. Sa recherche porte sur des microtraumatismes refoulés qui reviendraient à la conscience dans un après-coup. Laplanche élabore une "*Théorie de la Séduction Généralisée*" dans laquelle les soins maternels à l'enfant jouent le rôle de traumatismes initiaux, de préliminaires muets sur lesquels peut s'appuyer le traumatisme secondaire, dans l'après-coup. Dans cette théorisation, l'événement initial n'est plus vraiment un traumatisme puisque c'est un universel qui donne sens aussi bien au développement normal de la psyché qu'au développement pathologique des sujets traumatisés dans un sens restreint. Laplanche ne parle donc plus tout à fait de la même chose. Cependant, ces travaux viennent mettre en lumière que la plus grande découverte de Freud a bien été la Théorie de la Séduction, théorie sans quoi rien d'autre n'aurait pu être construit par lui.

## **2. EN CONCOMITANCE AVEC LES CHANGEMENTS SOCIAUX : LA DESCRIPTION DU SYNDROME DE L'ENFANT BATTU ET LA REEVALUATION DU PHENOMENE DU VIOL**

En 1962, Kempe et ses collègues publient un article retentissant dans le Journal of the American Medical Association intitulé le "*Syndrome de l'Enfant Battu*" (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller, Silver 1962). Il s'ensuit une intense activité sociale et médicale pour la protection des droits et des besoins des enfants aux Etats-Unis. On peut dire que c'est à partir de ce point que peut être envisagée à nouveau la possibilité de l'existence d'abus sexuels sur les enfants. Deux questions se posent alors : Comment se fait-il que c'est à ce moment que nos sociétés sont devenues réceptives et mûres pour entendre un discours sur les sévices à enfants puis sur les sévices tout court ? Ce que Kempe et ses collègues décrivent en 1962 est-il ignoré de la communauté scientifique, ou ces faits sont-ils déniés ?

Nous allons examiner d'abord la deuxième question. Pour y répondre on peut se référer utilement au livre de Masson (1983). En 1860, Tardieu publie dans une revue connue un article intitulé "*Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants*" (Tardieu 1860). Tardieu n'est pas un inconnu. Il est professeur de médecine légale à l'Université de Paris, doyen de la Faculté de médecine de Paris et président de l'Académie de médecine. L'article rapporte trente-deux cas qu'il a été amené à examiner en expertise. Tardieu publie aussi une "*Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*" (1857-1878). Il explique dans l'édition de 1878 de cet ouvrage qu'entre 1858 et 1869 en France il y a eu 11576 personnes accusées de viol ou de

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

tentatives de viol. Sur ce chiffre, 9125 ont été accusées de viol ou de tentative de viol sur des enfants. Tardieu a expertisé 616 de ces cas ; 339 étaient des viols ou des tentatives de viol sur des enfants de moins de onze ans. Pour Tardieu, la majeure partie de ces cas ne résulte pas d'une simulation car des preuves physiques des agressions sont présentes. Le successeur de Tardieu, le professeur Brouardel, est spécialiste du viol d'enfant. Il donne des conférences sur ce sujet et son livre "*Les attentats aux mœurs*" est publié dans une série de cours de médecine légale de la Faculté de Médecine de Paris après sa mort (Brouardel 1909). Cela montre que la véracité de l'existence des abus sexuels n'est pas ignorée du corps médical et des élites de la société française, mais que probablement la communauté scientifique aussi bien que la société tout entière ne sont pas mûres pour entendre une telle vérité. La réponse qui est faite à ces avis hautement qualifiés a été le doute dans un premier temps, puis dans un second temps l'affirmation qu'il s'agit de fausses allégations.

En 1962, le socius peut entendre Kempe et ses collègues. Leur article paraît en effet dans une société en grand changement. A la suite de la deuxième guerre mondiale, se fait jour dans de nombreux pays l'idée qu'il faut reconstruire le monde en tenant plus compte des aspirations des hommes. Il y a une plus grande sensibilité aux droits et aux besoins des catégories les plus désavantagées de la société. La défense des droits des minorités - ici les gens de couleur, là les homosexuels - s'intègre à une éthique sociale. D'une certaine façon les enfants peuvent apparaître comme une minorité vulnérable. La communauté des femmes, devenue moins dépendante de celle des hommes, demande des droits nouveaux comme le droit de vote, la réévaluation des rôles sexuels, ou le droit à la dignité dans le traitement des affaires de viol et d'inceste (Brownmiller 1975). Par ailleurs la vie des individus a tendance à se socialiser avec une certaine dissolution de l'unité familiale, l'intégration de la femme dans un travail reconnu socialement plutôt que dans les anciennes tâches domestiques, et la généralisation du recours à des institutions sociales (crèche, école publiques). Il en résulte en retour une plus grande intervention d'instances sociales (travailleurs sociaux, juge des enfants) dans ce qui autrefois était considéré comme privé de manière peut-être sacro-sainte. L'ensemble de ces changements pourrait peut-être expliquer que des médecins s'autorisent à nouveau à poser un regard clinique sur des phénomènes interindividuels ou privés comme l'enfant battu par ses parents, la jeune fille victime d'inceste ou la femme violée. Dans cette brèche, s'engouffrent les considérables événements qui se produisent dans les trente années qui suivent : grandes enquêtes épidémiologiques confirmant l'ampleur du problème, campagnes de prévention des mauvais traitements, modifications de la législation sur le viol.

C'est tout ce contexte de changements sociaux et de découvertes scientifiques qui permet avec d'autres événements traumatiques pour les Etats-Unis comme la guerre du Vietnam, d'ouvrir la voie à la recherche sur les traumatismes psychiques d'origine sexuelle.

### **3. LE LENT APPROFONDISSEMENT DE LA CONNAISSANCE DES CONSEQUENCES DES TRAUMATISMES PSYCHIQUES**

Le renouveau pour l'étude des névroses traumatiques vient manifestement des Etats-Unis sous l'influence de deux faits de société majeurs: la détresse psychologique extrême des anciens combattants du Vietnam et la diffusion des idées féministes. Cependant l'étude des traumatismes psychiques aux Etats-Unis est préparée par les travaux de plusieurs auteurs. Il s'agit avant tout de Kardiner (1941), de Grinker et Spiegel (1945), de Kardiner et Spiegel (1947) et de Rado (1948). Kardiner note à propos des patients traumatisés de la deuxième guerre mondiale une constriction de l'ego et une désorganisation qui conduisaient à ce que tout le monde observe maintenant chez les traumatisés : fatigue et apathie, dépression, réactions de sursaut, cauchemars récurrents, phobies et peurs impliquant des situations associées avec le traumatisme, mélange de comportement impulsif et d'instabilité dans les relations humaines, avec parfois méfiance extrême ou explosion de violence. Cependant, il est vrai que Kardiner et Spiegel (1947) insistent plus dans leur théorie du traumatisme sur le retrait et l'effondrement cognitif, notamment sur l'amnésie, que sur les images et souvenirs intrusifs. Horowitz (1976) montrera l'indissociabilité de ces deux versants du trouble.

En France, dans la même période de l'après-guerre et jusqu'aux années soixante, l'intérêt pour les traumatismes psychiques est faible et ne s'est maintenu que par l'étude des névroses de guerre (Sutter et al 1947) et par les travaux des psychiatres militaires (Crocq et al. 1966 ; Juillet et al. 1969 ; Barrois 1970).

Pour ce qui concerne les agressions sexuelles, le viol n'est réintégré dans le champ des traumatismes psychiques que par les études qui sont faites à son sujet aux Etats-Unis dans les années soixante-dix. En particulier Burgess et Holmstrom (1974), dans leur étude, s'entretiennent avec quatre-vingt-douze femmes adultes victimes de viol. Elles présentent un article intitulé "*Syndrome du Traumatisme du Viol*". La description de ce trouble comprend une phase aiguë de désorganisation, comportant deux styles de réponse des victimes : soit un type expressif, soit un type contrôlé. Cette phase comprend aussi des manifestations somatiques et des réactions émotionnelles : auto-reproche, désir de revanche, sentiment d'humiliation ou peur de la mort. La description se poursuit avec la phase du processus de réorganisation à long terme. Les effets à long terme sont repérés en particulier par l'activité motrice accrue : changement de résidence, de téléphone. Cette phase se manifeste de plus par des cauchemars et une traumatophobie - le terme est repris de Sandor Rado - avec peurs sexuelles, peur de l'intérieur ou peur de l'extérieur selon les cas, peur d'être seule, peur de la foule, et peur des gens.

RAPPORT DE PSYCHIATRIE



## **CHAPITRE II**

### **TYPOLOGIE DU TRAUMATISME DANS LES VIOLENCES SEXUELLES**

Dans les études de psycho-traumatologie, il est fait appel, pour définir un traumatisme psychique, à des caractéristiques objectives des événements en cause, ou à des caractéristiques des réponses subjectives des sujets.

La première approche trouve sa justification dans l'origine même du mot. Initialement, un traumatisme est un terme chirurgical qui implique une altération organique due à l'effet d'une force physique appliquée à l'individu. L'approche objective se réfère ainsi au modèle chirurgical qu'elle étend aux traumatismes psychiques. L'agent psychiquement traumatique, conçu de cette façon, produit une altération fonctionnelle - psychologique ou somatique - due principalement à l'effet sensitivo-psychique d'un événement extrême.

L'approche totalement subjective déclarerait psychiquement traumatique tout événement qui a mis le sujet en difficulté psychologique. En réalité, un traumatisme psychique n'est ni un corps extérieur qui fait effraction dans un psychisme neutre, ni un quasi-alibi extérieur faisant écho à une peur préexistante personnelle ; il est psychiquement traumatique par la réalisation qu'il produit, dans l'événement, d'une peur préexistante presque instinctuelle ou en tout cas, présente chez à peu près tout un chacun.

En pratique, cela veut dire que décrire dans le détail les événements candidats au statut de traumatisme psychique ne renseignera jamais complètement sur l'impact que cet événement aura sur un sujet donné. Mais cela veut dire aussi qu'on doit mettre une coupure quelque part dans les événements de vie, et ne considérer comme traumatisme psychique que des événements extrêmes, le caractère extrême des événements étant attesté par le bouleversement psychologique que ceux-ci induisent chez beaucoup.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### **A - DEFINITION SUBJECTIVE DES TRAUMATISMES PSYCHIQUES D'ORIGINE SEXUELLE**

A l'appui du point de vue qui vient d'être évoqué, on peut signaler qu'un événement traumatique est défini par la classification de l'APA (American Psychiatric Association), le DSM-III-R, comme *"un événement hors du commun qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus"*. De son côté, la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé, la CIM-10, définit aussi le traumatisme comme *"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"*. Le DSM-IV s'est fait même plus précis et a défini un événement traumatique comme un événement rassemblant les deux caractéristiques suivantes :

- 1. la personne a fait l'expérience, a été le témoin ou a été confrontée à un événement ou des événements qui impliquent la mort ou une menace de mort, une blessure grave, ou une menace sur l'intégrité de soi ou des autres ;*
- 2. la réponse de la personne a impliqué une peur, une détresse ou un sentiment d'horreur intense.*

Cette nouvelle rédaction renoue avec la définition freudienne du traumatisme comme conjonction d'une menace interne et d'une menace externe où *"les dangers instinctuels et réels, internes et externes convergent"* (Freud 1926).

D'emblée, il faut donc affirmer nettement que nous nous proposons d'évoquer ici des événements d'origine sexuelle, susceptibles de provoquer un traumatisme psychique, c'est-à-dire en pratique, un effroi si intense qu'il en résulte souvent un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). On peut reprocher à cette définition d'être tautologique en renvoyant la définition de la cause à celle de l'effet et réciproquement. Il n'est pourtant pas exceptionnel en médecine de poser des définitions en fonction d'un critère clinique consensuel, c'est-à-dire en fin de compte, après observation d'une corrélation étroite entre une occurrence et un état qui ont une relation de cause à effet évidente.

Se référer au Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) pour définir un traumatisme psychique, exclut des incidents qu'on trouve parfois dans des classifications d'abus sexuels voire d'attentats à la pudeur. A ne pas procéder ainsi, la limite avec des expériences qui ne provoquent que des réponses physiologiques, ou même qui sont nécessaires au développement affectif, et avec des événements banals ou même universellement vécus, ne serait pas toujours facile à déterminer.

Par ailleurs, nous devons examiner résolument la question de savoir si les traumatismes psychiques d'origine sexuelle ont une spécificité par rapport aux autres traumatismes psychiques. La réponse à cette question ne peut être univoque. Il faut, certes, affirmer fortement l'unité du champ du traumatisme, et l'unicité des manifestations sémiologiques générales après un traumatisme quel qu'il soit. C'est dire l'universalité des signes secondaires à un traumatisme, repérés, peu ou prou, de la même façon par les différentes nosographies. Cependant, il faut aussi avancer l'idée qu'une spécificité des traumatismes psychiques d'origine sexuelle existe, non pas tant dans la description générale de la névrose traumatique qu'ils induisent, que dans les prémisses qui conduisent un événement sexuel à prendre le statut de traumatisme psychique. En d'autres termes, la question est : pourquoi un viol ou un inceste sont-ils traumatiques ? Les victimes de viol et d'inceste voudront bien me pardonner de poser ce problème académique, mais celui qui n'a pas rencontré les victimes peut en effet, sans malveillance, s'interroger. Nous nous expliquons sans trop de peine le caractère traumatique d'un tremblement de terre, d'un incendie ou d'un accident, par la proximité de la mort que ces expériences charrient avec elles, mais que penser des viols et des incestes sans menace et sans violence physique surajoutée. Ils sont la plupart du temps extrêmement traumatiques et ce, sans que la mort réelle ne soit approchée. Cela signifie que si le sentiment de proximité de la mort est présent dans le viol et l'inceste, c'est avant tout une construction psychique, celle de la blessure narcissique mortelle. Cela change tout par rapport à des traumatismes plus externes et plus mécaniques où l'identité n'est pas en jeu. Cette blessure narcissique mortifère des violences sexuelles explique que le viol est l'événement le plus régulièrement traumatique. Quel sens existentiel donner à une expérience qui se pose dans les traces de la sexualité en omettant le consentement, qui prétend désirer au point de commettre un acte de violence, et qui au bout du compte, mélange à l'extrême les registres de l'érotisme et de l'agressivité ? Les victimes mettent effectivement du temps à en construire un qui ne les écarte plus du destin commun.

D'autres spécificités du traumatisme psychique d'origine sexuelle peuvent être notées. Nous les approfondirons dans les paragraphes qui suivent, mais, d'ores et déjà, on peut dire qu'il est probablement la première cause de traumatisme psychique en temps de paix, qu'il est un traumatisme vécu individuellement et souvent gardé secret, ce qui le différencie notablement du traumatisme vécu collectivement, qu'enfin il est un traumatisme interindividuel, souvent précoce et intra-familial et que cela affecte le développement de la personne car les systèmes sémantiques humains en ressortent altérés. Qu'est-ce qu'un père, quand celui qu'on connaît est incestueux ? Van der Kolk n'hésite pas à affirmer que *"les abus intra-familiaux chroniques doivent être considérés comme les traumatismes les plus sévères rencontrés par les êtres humains"* (van der Kolk 1993<sub>b</sub>). Dire que les syndromes affectant les victimes de viol et

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

d'inceste ne sont qu'un cas particulier de la question du traumatisme est à la fois vrai et sans aucune utilité pratique. C'est comme si l'on disait que le Syndrome de l'Enfant Battu est un cas particulier de traumatisme et qu'un enfant, dans ce cas, est à considérer comme une victime d'accident de voiture, sans qu'il y ait des particularités cliniques à rechercher et des actions spécifiques à entreprendre. Comment suspecte-t-on un Syndrome de l'Enfant Battu ? Comment en parle la victime ? Comment en parle l'agresseur ? La victime ne tente-t-elle pas de protéger l'auteur des violences ? L'auteur des violences ne met-il pas en avant ses propres sévices pour tenter de se disculper ? De la même façon, comment suspecte-t-on un inceste ? Comment suspecte-t-on un viol ancien chez une femme réticente à parler de ses problèmes qui sont apparemment devenus tout autres : alcool, difficultés conjugales, difficultés avec sa fille ou difficultés à gérer les relations en général ? Ces réalités concrètes éloignent bien des affirmations dogmatiques. Elles sont la pratique concrète de la pathologie du narcissisme blessé, notion qui fonde le viol et l'inceste comme traumatismes psychiques.

## **B - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES OBJECTIVES DES VIOLENCES SEXUELLES**

### **1. L'AGE DE LA VICTIME**

On peut distinguer d'emblée les faits survenus chez un adulte d'un côté, et chez un enfant ou un adolescent d'un autre côté. Il est assez clair que pour les adultes le seul événement sexuel régulièrement traumatique, au sens du paragraphe précédent, est le viol. En effet, les autres événements produisent plus rarement un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD).

La question est plus compliquée dans l'enfance et l'adolescence du fait de la variabilité de ce qui est traumatique ou ne l'est pas, selon le niveau de maturité de l'enfant. L'enfant perçoit et supporte différemment selon les étapes de son développement, les menaces, qu'elles soient intérieures ou extérieures. De plus l'efficacité de son environnement quant à sa protection, et la confiance qu'il peut avoir, plus ou moins implicitement, en ses proches de ce point de vue, influe sur ce qu'il va ressentir comme dangereux. C'est tout le domaine - largement fourni en publications - qui couvre ce qu'on appelle les abus sexuels dans l'enfance et qui comprend les viols, les attentats à la pudeur, l'inceste et l'exploitation sexuelle. Les traumatismes affectent le développement de l'enfant mais comme Pynoos (1993) l'écrit : *"Une approche développementale place la*

*connaissance du stress traumatique dans une matrice intriquée d'un environnement et d'un enfant qui changent, et d'attentes de la famille et de la société susceptibles d'évolutions. L'approche développementale reconnaît aussi le lien essentiel entre un développement normal et un développement désorganisé".*

L'adolescent a lui-même une place à part car sa maturité sexuelle est en passe d'être atteinte. L'afflux d'excitations de traumatismes secondaires réactive chez lui des expériences antérieures alors que sa maturité psychologique n'est pas suffisamment avancée et qu'il n'est donc pas préparé à faire face à cette situation.

## **2. LES EVENEMENTS SEXUELS EN CAUSE**

Si l'on se réfère aux lois pénales françaises, un viol est défini depuis 1980 comme un crime passible des Cours d'Assises qui consiste en *"un acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise"*. Dans les cas d'inceste, la contrainte est souvent subtile. Elle résulte souvent plus d'un mixte d'abus d'une position d'autorité ou de chantage affectif de la part de l'adulte, et d'ignorance ou de peur que les faits soient révélés, de la part de l'enfant, que d'une violence ou d'une menace caractérisées. La loi précise les circonstances aggravantes du viol : *"lorsqu'il aura été commis soit sur une personne particulièrement vulnérable (...), soit par ascendant légitime, naturel ou adoptif de la victime ou par une personne ayant autorité sur elle, soit encore par une personne qui aura abusé de l'autorité que lui confèrent ses fonctions"*. La nouvelle juridiction du viol semblait criminaliser de manière univoque les viols. En fait, de nombreux viols sont "correctionnalisés", le consentement et sa démonstration étant les notions en cause à l'appui de ces décisions.

Les attentats à la pudeur sont des délits passibles des tribunaux correctionnels. Dans le cas de victimes adultes, les attentats à la pudeur n'étaient pas considérés par la loi de 1980 comme des actes d'une gravité notable. Ils ont conservé de l'importance pour les enfants, notamment les mineurs de quinze ans. Ils concernent notamment des attouchements et d'autres actes illicites ou impudiques, exercés sur une personne non consentante ou ne pouvant y consentir. Les circonstances aggravantes du viol mentionnées plus haut, restent des circonstances aggravantes pour les attentats à la pudeur. La contrainte, la violence et la surprise aggravent aussi les faits.

D'un point de vue psychopathologique, chez les adultes, les attentats à la pudeur, hormis les viols correctionnalisés et les tentatives de viol (dans lesquelles le violeur a été interrompu avant la pénétration), ne peuvent être, en général, considérés comme un traumatisme psychique, tel que nous les avons définis dans le premier paragraphe de ce chapitre. Cependant, ils peuvent jouer

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

le rôle de *stress secondaires*, ou de *déclencheurs de réminiscences* d'un premier événement traumatique, et sont éventuellement eux-mêmes traumatiques à ce titre. La construction d'une typologie pourrait aussi être entreprise pour classer de tels déclencheurs de réminiscences (qu'on pourrait convenir d'appeler *événements-gâchettes*) selon les chaînes associatives qui les relient à la situation traumatique primitive. Elle devrait alors prendre en compte les perceptions de situations externes comme les perceptions de situations internes, c'est-à-dire des sentiments et des états d'esprit, déjà perçus et déjà vécus lors de la situation traumatique. Chez les enfants, les attentats à la pudeur peuvent être beaucoup plus traumatiques. C'est le cas en particulier dans les attentats à la pudeur incestueux dont nous parlerons plus loin.

Si l'on veut préciser la nature des événements sexuels en cause dans les traumatismes psychiques d'origine sexuelle, on peut subdiviser les abus sexuels en trois grands groupements de gravité croissante :

- (1) les abus sexuels sans contact corporel (appels téléphoniques, présentations de photos pornographiques, propositions de relations sexuelles, exhibitionnisme),
- (2) les abus sexuels avec contact corporel (attouchements, caresses, masturbation de l'agresseur, participation à des scènes à visée érotique)
- (3) les abus sexuels avec viol ou tentative de viol (pénétration ou tentative de pénétration sexuelle, de localisation vaginale, anale ou orale et par l'intermédiaire d'un organe sexuel ou de tout autre objet).

Comme nous l'avons déjà écrit, tous ces événements ne sont pas régulièrement traumatiques. L'impact de ces faits dépend de nombreux facteurs ; on peut signaler, en particulier, outre l'âge de la victime, la séquence et le contexte dans lesquels les abus sexuels sont insérés.

### 3. LE STATUT DE L'AGRESSEUR

Ce qui est en filigrane dans ce paragraphe est la question de l'inceste. Cependant les événements les plus conformes à la définition de l'inceste ne sont pas seuls en cause. En effet, ce dont il s'agit, est la réalisation d'un acte agressif par une personne dont le statut implique affection ou soins. On sera amené, ainsi, à présenter différentes formes d'agressions sexuelles sur un continuum où la proximité et le rôle affectif habituels de l'agresseur vont croissant. L'inceste père-fille ou mère-fils n'est alors qu'un pôle extrême sur ce continuum.

L'inceste est une relation sexuelle entre un homme et une femme qui ont une proximité de parenté - variable selon les sociétés - telle, qu'elle prohibe leur mariage. L'inceste est souvent étendu à des faits qui ne concernent pas seulement une relation sexuelle complète. Dans la loi française, l'inceste n'intervient que comme circonstance aggravante d'un viol ou d'un attentat à la

pudeur. Les relations incestueuses entre adultes consentants ne sont pas réprimées. Cela n'éluide pas les possibles conséquences psychopathologiques de tels actes, peut-être d'une nature différente du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Les frontières de l'inceste changent d'une société à une autre, et quelquefois même à l'intérieur d'une même société. C'est ainsi qu'aux Etats Unis d'Amérique (USA), si tous les états interdisent le mariage d'une femme avec son père, son fils, son petit-fils, son frère, son grand-père, son oncle et son neveu, en revanche ils ont des règles différentes pour toutes les autres catégories de parents. Par exemple, les états des USA se divisent (en deux moitiés égales) pour ce qui concerne l'autorisation faite aux cousins germains de se marier. Certains auteurs étendent la notion d'inceste à des familiers qui exercent, de fait, une certaine autorité sur les enfants : beaux-parents, familles nourricières.

Pour les adultes comme pour les enfants, la première dichotomie à opérer est de distinguer les agressions selon que l'agresseur est inconnu ou connu. On peut observer de manière constante, que plus la victime est jeune, plus l'agresseur est fréquemment un proche. Les viols par des proches - avec qui parfois la victime a eu auparavant des relations sexuelles consenties - voire par le mari, entraînent parfois une incrédulité qui ne favorise pas l'intégration du souvenir du traumatisme. Les viols par le mari ont pendant longtemps été exclus de la répression de la loi. Nous étudions ce cas de figure où l'agresseur est connu, plus loin, au paragraphe 7.

La différence d'âge entre l'enfant victime et l'agresseur est parfois retenue comme un critère pour apprécier la gravité d'un abus sexuel. Ainsi l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient qu'une nette différence d'âge doit être présente pour qu'un incident puisse être considéré comme un abus sexuel sur un enfant, sauf s'il y a eu violence auquel cas aucune différence d'âge n'est requise.

La distinction la plus fréquemment opérée pour des enfants ou des adolescents, est celle qui sépare des faits survenus à l'intérieur de la famille, de ceux survenus à l'extérieur. Le caractère intra-familial de la violence est important à noter pour en apprécier le devenir psychopathologique, et ramène à la question de l'inceste. Les pères incestueux et les violeurs en général, font l'objet d'études psychopathologiques. Leur personnalité est variable. Pour appréhender le type de troubles qu'ils présentent, il est peut-être utile de se référer au cadre de la perversion mais aussi à celui des addictions, addictions sexuelles dans ce cas (McDougall 1987). Quand ces agresseurs arrivent en prison, c'est en général, dans de très mauvaises conditions que leur traitement doit être initié. Ils ont, notamment, à faire face aux autres prisonniers qui leur font la vie dure.

Les cas de sévices sexuels par une femme existent mais ils semblent rares chez les violés qui demandent une aide judiciaire, sociale ou médicale (un

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

cas sur cent dans notre cohorte de Tours). C'est un phénomène peu connu qui mérite d'être étudié à part.

### 4. QUAND L'AGRESSEUR EST UNE FEMME

Peu de travaux sont consacrés aux abus sexuels commis par des femmes. Kathy Evert fut la première victime à raconter son histoire dans un livre (Evert et Bijkerk 1987). On doit à Mathews et ses collègues (1989), la première étude sur les agresseurs sexuels femmes. Mathews distingue dans sa typologie des femmes qui commettent des abus sexuels, le type *"initiatrice sexuelle"* qui a toute sa responsabilité, le type *"prédisposée"* qui a été elle-même abusée sexuellement, et le type *"contrainte"* qui a été contrainte par un tiers à abuser sexuellement la victime et qui est elle-même victime. Concernant les abus sexuels commis par des femmes, de nombreux lieux communs existent. Le premier de ces lieux communs est que *"les femmes ne sont jamais des auteurs d'abus sexuel"*. On entend dire aussi que *"les abus sexuels qu'elles commettent n'en sont pas vraiment parce que c'est fait gentiment"*. Il découle de cette opinion que les abus sexuels commis par des femmes devraient laisser moins de séquelles psychologiques. Un autre de ces lieux communs peut se résumer de la façon suivante : *"si un homme de trente ans a des relations sexuelles avec une jeune fille de quatorze ans c'est un abus sexuel, mais si une femme de trente ans a des relations sexuelles avec un garçon de quatorze ans c'est de l'éducation sexuelle"*. Parmi ces idées reçues, il y a celle qui affirme : *"si vous avez été abusé sexuellement dans l'enfance, vous abuserez vous-même"*. On trouve aussi les opinions suivantes : *"les femmes abusent seulement des adolescents"*, et *"les femmes n'abusent sexuellement que des garçons"*. Enfin, fondée sur le même préjugé, l'idée est parfois émise que *"les femmes qui commettent des abus sexuels sont contraintes à le faire par un homme qui a imaginé un scénario pervers"*.

La première question d'importance qui se pose, est de savoir si ces agressions sexuelles sont rares, ou si elles sont rarement rapportées ? On savait que les hommes victimes d'agressions sexuelles avaient plus de difficultés à évoquer leur traumatisme que les femmes. Pour les victimes d'agressions sexuelles commises par une femme, la difficulté de parler de cet événement à qui que ce soit pourrait être encore plus grande. En effet, l'éventualité de l'existence d'abus sexuels commis par des femmes est une hypothèse déniée par le plus grand nombre, comme étaient déniés autrefois les abus sexuels eux-mêmes, parce que cela s'attaque à un tabou dont l'inexactitude susciterait de l'effroi. En effet, les femmes sont supposées être particulièrement protectrices avec les enfants. De plus, cela s'oppose à l'incrédulité de personnes qui ne comprennent pas comment de tels méfaits sont matériellement possibles ... *"puisqu'elles n'ont pas de pénis"*. Enfin cela s'oppose à une rationalisation plus



récente qui attribue le phénomène du viol à une cause exclusive : "*le pouvoir mâle*". On retrouve souvent, dans ce cadre, la vieille argumentation que tout cela n'est que fantasme, puisqu'impossible.

Les premières statistiques sur la proportion de garçons parmi les victimes d'agressions sexuelles s'échelonnaient sur une plage allant de 5 à 10% (Knopp 1986). D'autres études plus récentes font état d'une proportion de garçons beaucoup plus élevée de 40 à 50% (Porter et al 1986). L'étude du viol que Marie Choquet, Jean-Michel Darves-Bornoz et Sylvie Ledoux ont réalisée sur les adolescents de l'enquête INSERM, trouve effectivement une proportion de 38% (voir chapitre VI). C'est dire, peut-être, que quand un phénomène est encore mal connu, les statistiques peuvent le sous-estimer. Les victimes elles-mêmes contribuent à cet état de fait en évitant les systèmes d'aide et de soins mis en place pour rompre leur isolement. Finkelhor et Russell (1984<sub>b</sub>) ont estimé, après examen de données recueillies par une association américaine impliquée dans l'aide aux victimes, que 6% des filles et 14% des garçons victimes d'un abus sexuel l'étaient par une femme. Pourtant, le Bureau des Statistiques Criminelles Américaines ne relevait pendant la période 1975-1984 que 1% d'agressions sexuelles commises par des femmes. Elliott (1994) présente une série d'abus sexuels commis par des femmes. Sa méthodologie ne prétend pas être parfaite mais les données sur le sujet sont tellement rares que son étude est précieuse. Ses cent vingt-sept victimes se répartissent en deux tiers de filles et un tiers de garçons. L'agresseur est la mère dans la moitié des cas chez les filles, et dans le tiers des cas chez les garçons. L'abus sexuel en cause pouvait consister en une relation sexuelle, en une pénétration avec un objet ou avec un doigt, en une masturbation mutuelle forcée, en une sexualité orale, ou en un mélange d'abus sexuel et physique. Cent pour cent des femmes et 88% des hommes disent avoir ressenti de la détresse après cet abus sexuel. Onze pour cent des victimes admettent avoir abusé elles-mêmes des enfants.

##### **5. QUAND CELUI QUI A COMMIS L'ABUS SEXUEL EST UN PSYCHIATRE**

Il existe une forme d'incident sexuel qui commence à susciter l'intérêt des spécialistes des abus sexuels. Il s'agit des contacts sexuels qui surviennent entre des patients et leur psychiatre. Certains n'hésitent pas à dénommer ces pratiques "*incestes professionnels*" du fait que les patients ont donné leur confiance au médecin et ont supposé implicitement que dans la relation thérapeutique, l'intérêt du patient passe avant tout (Marmor 1976 ; Gabbard 1989). En effet cette confiance et la trahison de cette confiance sont choses ressenties de la même façon par les victimes d'inceste envers leurs parents. Ceux qui ont été victimes de contact sexuel avec leur psychiatre présentent des séquelles psychologiques qui ne sont pas sans rappeler celles des victimes

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

d'inceste. Ils ressentent une ambivalence de sentiments envers leur thérapeute avec parfois un déni du caractère pathologique des faits, une mauvaise estime de soi associée à un sentiment de culpabilité et de honte, un sentiment de vide et d'isolement avec le sentiment qu'il est interdit de parler de ce qui s'est passé, une grande méfiance, un besoin de renverser les rôles en devenant *le thérapeute du thérapeute*, une dysrégulation et une labilité des affects, une rage refoulée, et une tendance à la mise en acte de comportements auto-agressifs ou suicidaires. Ils sont désorientés quant à leur sexualité et ils se présentent souvent avec des symptômes de type post-traumatique comme flashbacks, pensées intrusives, images et cauchemars qui altèrent leurs capacités de concentration et d'attention (Pope 1989, Gabbard 1989).

Des études de prévalence trouvent l'existence d'un contact sexuel entre les psychothérapeutes et au moins un de leurs patients, chez environ 10% des thérapeutes de sexe masculin, qu'ils soient psychiatres ou psychologues, le problème se posant de la même façon chez ces derniers (Kardener et al. 1973 ; Holroyd et Brodsky 1977 ; Pope et al. 1979, 1986). Chez les thérapeutes femmes, la prévalence semble moins élevée (Perry 1976 ; Bouhoutsos et al. 1983). Des auteurs estiment qu'aux Etats-Unis, la moitié des psychiatres auront à traiter dans leur vie professionnelle des patients qui ont eu des contacts sexuels avec un précédent thérapeute (Pope et Bouhoutsos 1986). Les études les plus récentes trouvent des prévalences de contacts sexuels moins élevées que les premières (Pope et al. 1987 ; Gartrell et al. 1986). En effet, des auteurs comme Gartrell, Herman, Olarte, Feldstein et Localio (1986) remarquent que les études précédentes fondaient leurs résultats de prévalence de contact sexuel patient-psychiatre sur des échantillons restreints géographiquement et de faible effectif. C'est pourquoi ils entreprennent une étude nationale à grande échelle auprès de cinq mille cinq cent soixante-quatorze psychiatres choisis aléatoirement parmi les vingt sept mille huit cent soixante-quinze psychiatres des Etats-Unis répertoriés à l'Association Médicale Américaine. Même si seulement 26% répondent au questionnaire, les résultats fournissent des indications précieuses. A la question de savoir s'ils ont eu des contacts sexuels avec un de leurs patients, 6.4% le reconnaissent (7.1% chez les hommes et 3.1% chez les femmes). Pour le dixième d'entre eux, l'incident est survenu alors qu'ils étaient internes. Ces contacts sexuels impliquent au total cent quarante quatre patients. Parmi ces patients, 87% sont des femmes et 13% des hommes. Dans trois cas sur quatre le contact sexuel entre le psychiatre et le patient incluait un contact génital, dans les autres cas ils s'étaient embrassés, caressés ou déshabillés. Parmi l'ensemble des psychiatres, 1.6% indiquent qu'ils ont été eux-mêmes impliqués dans des contacts sexuels avec leur propre thérapeute ou analyste. Les auteurs de l'étude suggèrent d'inclure dans le cursus des internes un enseignement spécifique sur les abus sexuels par les psychiatres.

Les victimes d'inceste sont connues pour subir une répétition de sévices dans leur vie de multiples façons. Klufft (1990) explique la vulnérabilité

accrue à la répétition des sévices, par la conjugaison de quatre facteurs : la sévérité des symptômes psychopathologiques qui rend ces sujets vulnérables ; une dynamique individuelle inadaptée qui fait place à ce qu'on appelle la compulsion de répétition ; les relations familiales et extra-familiales perturbées ; la déformation de l'objectivité des perceptions du moi. Il a même été déterminé dans une étude (Feldman-Summers et Jones 1984) que le meilleur facteur de prédiction de contact sexuel avec un professionnel de santé était l'antécédent de sévices sexuels antérieurs. D'autres auteurs ont montré l'incidence élevée de victimes d'inceste parmi les patients abusés sexuellement par des thérapeutes (DeYoung 1981 ; Kluft 1990) ce qui rend le problème des abus sexuels de thérapeutes encore plus aigu.

Nous avons présenté ici des éléments de réflexion qui concernent les psychiatres ou les psychologues, mais il est possible que l'exploitation sexuelle de patients par d'autres professionnels de santé d'une manière plus générale ait à être examinée.

## 6. LES CIRCONSTANCES DU TRAUMATISME

La connaissance des circonstances d'un viol ou d'un abus sexuel, et les premières réponses que le traumatisme induit, permettent dans une mesure non négligeable de préjuger de l'impact de l'événement. Pour le chercheur cela met en place un élément d'une séquence traumatique.

En étudiant les circonstances des viols de leur étude, Bardet-Giraudon, Benoît et Locquet (1983) avaient proposé une classification des viols selon trois types qui font intervenir les circonstances de l'agression :

*"- l'agression primaire : effectuée dans des conditions brutales sous menace, excluant tout dialogue ou le rendant vain, que ce soit de manière individuelle ou en réunion et quel que soit le lieu ;*

*- l'agression secondaire : effectuée après l'établissement d'un dialogue parfois trompeur ou après une offre d'aide, impliquant une connaissance préalable ;*

*- l'agression tertiaire effectuée par un familier, ou un personnage de la parenté à l'exclusion du père en usant non de la menace mais de l'autorité".*

Le viol et l'abus sexuel sont généralement des faits imputables à un agresseur qui agit seul. La violence physique associée n'est pas de règle, mais la victime ne trouve souvent pas la force de se défendre. Dans l'inceste, ce cas de figure est le plus fréquent, et le silence lui est souvent associé. Si le traumatisme survient de manière inopinée dans la majorité des cas pour la victime, il n'en est pas de même pour l'agresseur qui souvent a prémédité son acte, parfois selon un scénario bien établi. Le viol ou l'abus sexuel est un traumatisme vécu seul, à la différence d'autres traumatismes. Certains viols se

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

produisent au domicile de la victime, mais il ne faut pas en conclure, ipso facto, que ce sont des viols perpétrés par une connaissance. Si le viol survenu au domicile, ou le viol de l'auto-stoppeuse démontrent quelque chose, ce n'est pas du côté de la suspicion de la victime qu'il y a une conclusion à trouver, mais plutôt de celui du manque de prudence, et de l'exposition inconsidérée aux risques. Le viol par un sujet gravement malade sur le plan psychique est un phénomène qui reste l'exception.

Les viols en réunion où, collectivement, quelques hommes s'en prennent à une victime, sont plus manifestement empreints de violence. Ils peuvent être accompagnés de séquestration. Dans certains cas, ces violeurs passent à l'acte surtout pour affirmer une "identité négative" personnelle et de groupe qui vient compenser leurs carences identificatoires et leurs peurs, et donner une cohésion au groupe. Les viols des temps de guerre peuvent jouer un rôle analogue, mais ils ont en outre une fonction de terreur et de guerre psychologique.

Le viol - individuel ou en réunion - par quelqu'un de connu n'est pas rare. Dans ce cas, la victime a souvent eu un dialogue avec l'agresseur. Cette catégorie de viols est l'objet d'études particulières, notamment pour les proches ou le mari, d'abord parce qu'il a été largement méconnu jusqu'à présent alors qu'il est fréquent, et ensuite parce que la séquence traumatique pourrait y être particulière.

### **7. QUAND LE VIOL EST COMMIS PAR UNE PERSONNE CONNUE**

Les viols commis par un inconnu sont la minorité (cf. chapitre IV). Les viols commis par une connaissance sont étudiés spécifiquement par plusieurs ouvrages américains récents (Rowland 1985 ; Estrich 1987 ; Warshaw 1988 ; Parrot et Bechhofer 1991). Des cas particuliers de ces viols sont les viols commis par les maris (Russell 1990), les viols lors de rendez-vous avec un ami (Parrot 1988), les viols en groupe sur les campus (O'Sullivan 1991), et la coercition sexuelle sans violence physique surajoutée, avec l'inceste en premier lieu. En fait la définition du viol est celle d'une pénétration sexuelle accomplie contre la volonté de la victime et sans son consentement, dans lequel un certain degré de force ou de menace de la force est utilisé. Cette définition est suffisamment simple pour que la population générale puisse comprendre que tout acte sexuel contraint comprenant une pénétration est un viol. Cependant, ce n'est pas ainsi que la majeure partie de la population se représente le viol.

Le viol par un mari ou par un ami est généralement considéré comme plus acceptable parce que le stéréotype du viol, celui qui est dans l'esprit de beaucoup de gens, se présente un peu de la façon suivante : *"un inconnu déséquilibré bondit hors de l'ombre, et se précipite sur une femme qui passe*

*par là alors qu'il fait nuit ; l'agresseur utilise une arme pour arriver à ses fins ; la femme est battue parce qu'elle s'est défendue ; après le viol elle se précipite à la police pour porter plainte".* En fait, très peu de viols se déroulent de cette façon. D'abord la grande majorité des viols sont commis par quelqu'un de connu (Kanin 1957 ; Russell 1982 ; Koss et al. 1987). Très souvent, les viols se produisent chez la victime ou l'agresseur (Parrot et Link 1983). L'utilisation d'armes est rare, l'agresseur utilisant fréquemment des moyens de contrainte plus psychologiques (Rapaport et Burkhart 1984). On estime aussi que moins de un pour cent des victimes de viol par une connaissance porte plainte (Burkhart 1983). D'autres idées reçues sur le viol font croire que les violeurs sont des fous ou qu'un homme honorable ne viole pas, ou encore que les femmes victimes de viol sont des femmes convenables car, sinon, la réalité même du viol est suspecte. Ainsi beaucoup de gens considéreront qu'une femme habillée de manière provocante est responsable du viol qu'elle a subi, comme si la provocation ouvrait le droit à l'agression. La recevabilité de la plainte pour un viol de son mari n'a pas été reconnue en droit pendant longtemps. Ainsi, sept des cinquante états des Etats-Unis ne reconnaissent toujours pas cette réalité.

Le rôle important de l'alcool dans la survenue de viols par quelqu'un de connu est reconnu. Koss (1988) estime que dans les viols par une connaissance, environ trois hommes sur quatre, et une femme sur deux ont trop bu ou ont consommé des toxiques juste avant l'incident. D'autres facteurs semblent prédisposer au viol par quelqu'un de connu : c'est en premier lieu l'adolescence où les jeunes, par manque de maturité, apprécient mal les éventuels dangers d'un rendez-vous ; on cite aussi le cas des femmes divorcées (Bechhofer et Parrot 1991). Il faut souligner aussi l'inquiétude que provoque aux Etats-Unis la survenue de viols collectifs sur les campus. Bien qu'on en parle moins en France, cela existe également et nous en avons eu des exemples dans la cohorte que nous présentons au chapitre IV. Il est à noter que ces viols surviennent la plupart du temps après des "fêtes", et que les agresseurs ne se ressentent pas comme coupables d'un crime.

Concernant les conséquences comparées des viols par quelqu'un de connu et par un inconnu, Kilpatrick et ses collègues (1988) ont montré que la relation à l'agresseur avait peu d'effet sur les conséquences psychopathologiques. Mis à part le cas particulier de l'inceste, nous n'avons pas trouvé non plus de différence significative dans l'impact du traumatisme entre ceux qui ont été violés par quelqu'un de connu et ceux qui ont été violés par quelqu'un d'inconnu (voir chapitre IV). Cependant, les études disponibles sont contradictoires dans leurs résultats sur le point de savoir si le viol par un inconnu est plus traumatique (Ruch et Chandler 1983<sub>a</sub>), également traumatique (Shore et al 1980) ou moins traumatique (Burgess et Holmstrom 1979) que le viol par quelqu'un de connu.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### **8. LA DUREE DE L'EXPERIENCE TRAUMATIQUE**

Parmi les traumatismes psychiques d'origine sexuelle, il en est qui surviennent de manière récurrente avec un nombre d'agressions élevé et une durée d'exposition au traumatisme importante. Par exemple, il n'est pas rare que les viols incestueux se reproduisent à quelques jours d'intervalle pendant plusieurs années. Ce type de sévices chroniques est d'ailleurs générateur de troubles mentaux particuliers qu'on étudiera plus loin, et que les auteurs actuels essaient de catégoriser de manière spécifique dans les classifications internationales de troubles mentaux. C'est le cadre des changements durables de la personnalité après une expérience traumatique prolongée. En effet, ces sévices chroniques sont accompagnées d'une vie où les moments de sécurité sont rares, même en dehors des abus sexuels proprement dits. Cette remarque nous amène naturellement au paragraphe suivant.

### **9. L'ENVIRONNEMENT POST-TRAUMATIQUE**

Après une agression, de nombreux cas de figure se présentent. Certaines victimes portent plainte immédiatement ; elles rencontrent alors travailleurs sociaux, policiers, juges et médecins, et elles parlent des faits avec leurs proches. Dans ce parcours sans doute pénible, s'opère cependant une objectivation et une mise en mots des événements qui aide à l'intégration des souvenirs du traumatisme.

Mais il arrive souvent que la victime n'ose pas parler des événements traumatiques et reste seule avec ce secret pendant des années. Le fait que pendant longtemps la réalité même des violences sexuelles ait été contestée par le corps social, a d'ailleurs contribué à des difficultés accrues pour les victimes. Cette situation s'aggrave quand, de plus, l'environnement habituel familial et extra-familial, n'est pas protecteur et apaisant, voire quand il crée des sources supplémentaires d'anxiété ou d'adversité. Le sujet met alors souvent en place des modes de défense inadaptés qui peuvent se figer de manière chronique dans une comorbidité psychopathologique au Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD).

Les victimes se heurtent régulièrement à un environnement problématique du point de vue de leurs besoins matériels, de leurs relations sociales et familiales, et des conditions minimales nécessaires à une existence et un développement personnels.

Pendant longtemps, les victimes n'ont pu bénéficier de l'aide de services sociaux adéquats qui leur permettent de résoudre les problèmes matériels qui se posent à des victimes. L'incompréhension des difficultés de la part des personnels éducatifs et scolaires peut être aussi une source

supplémentaire de détresse pour les enfants traumatisés. Vont s'ajouter, alors, à la pathologie secondaire au traumatisme, des difficultés scolaires génératrices de nouvelles inadaptations sociales.

La révélation de l'événement traumatique provoque une tension dans la famille, voire un éclatement de sa structure. Dans le cas d'un enfant, une séparation du milieu familial survient parfois. Ces pertes constituent des stress secondaires qui entraînent leurs propres conséquences psychopathologiques.

Des environnements familiaux ou extra-familiaux empreints de violence compromettent le sentiment de sécurité du sujet. Or un tel sentiment est nécessaire pour donner un espace à la pensée voire aux rêveries nécessaires pour perlaborer l'expérience traumatique. Dans le cas particulier des enfants, c'est le développement normal de l'enfant qui est perturbé puisque confrontés sans cesse à la survie, l'enfant et ses parents prennent l'habitude de régler les problèmes avec un manque de nuances, de manière tranchée en même temps qu'utilitaire, et sans laisser de place pour des expériences comme le jeu et la tendresse.

Enfin, après que le traumatisme a cessé, le sujet va se trouver, inévitablement et de manière répétée, confronté à des situations stressantes qui mettent à contribution ses capacités d'adaptation, alors même que le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) le rend vulnérable. Ce peut être par exemple : façonner une relation thérapeutique de confiance avec un psychiatre, rencontrer des travailleurs sociaux et des médecins, maintenir le contact avec un avocat pour les démarches de justice alors même que l'envie d'interrompre la procédure revient de manière récurrente, ou si le réseau de relations familiales et extra-familiales a volé en éclats, reconstituer un tissu social de relations et d'amis.

De la capacité de répondre aux exigences d'adaptation que nécessite l'environnement post-traumatique, dépend la possibilité pour les victimes, d'amortir les stress secondaires spécifiques aux traumatisés, et ceux communs à tous les êtres humains.

#### **10. LA SURDETERMINATION DU TRAUMATISME SEXUEL PAR D'AUTRES TYPES DE TRAUMATISMES**

On sait que les violences sexuelles se compliquent parfois de violences physiques. Cela ne peut manquer de susciter dans l'esprit des victimes, des souvenirs de pratiques franchement perverses qui accompagnent certains viols, et qui conduisent parfois à la mort. C'est le cas, notamment, quand il y a séquestration, épreuve qui rejoint les vécus traumatiques des otages modernes.

La surdétermination du traumatisme psychique par un traumatisme physique est à prendre en considération même si l'atteinte physique n'est pas la source unique du traumatisme psychique. Les blessures physiques des victimes

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

sont fréquentes. Elles peuvent concerner une sphère extra-génitale. Pour ce qui concerne la sphère génitale on décrit des lésions vulvo-vaginales, des lésions de l'hymen et des lésions anales. Les lésions sont parfois sauvages avec atteinte des sphincters. On comprendra aisément que la présence de blessures physiques est le témoin d'un surcroît de stress initial. Cependant, l'absence de lésion de l'hymen chez la vierge ne permet pas de conclure à l'absence de viol.

La survenue d'une grossesse ou d'une maladie sexuellement transmissible constitue un traumatisme additionnel. La récurrence de traumatismes (d'origine sexuelle ou non) produit aussi un impact traumatique particulier qu'on retrouve dans les notions d'*épuisement* ou de *cumul de traumatismes*, et qui a ses conséquences psychologiques propres. Parler de ces notions introduit aussi les approches récentes sur les descriptions de *séquences traumatiques* plus ou moins spécifiques de traumatismes. Le viol d'une femme enceinte pose des problèmes particuliers du fait que le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) de la mère fait courir un risque à l'enfant.

### 11. QUAND LA VICTIME EST UN HOMME

Pour ce qui concerne les abus sexuels dans l'enfance, l'abus sexuel d'un garçon peut être une modalité de l'inceste, un passage à l'acte d'un adulte ayant une fonction assurant un ascendant sur l'enfant, ou une agression d'un autre enfant ou d'un adolescent. L'auteur de l'abus n'est pas toujours un homme. Quand c'est un des parents, il arrive que ce soit un pervers qui viole son fils, mais il arrive aussi que ce soit une mère dont la caractéristique psychologique essentielle est d'avoir elle-même été maltraitée. Dans une étude menée à Los Angeles sur les agressions sexuelles (Sorenson et al. 1987), il a été noté que chez les victimes de sexe masculin, 80% des agresseurs étaient des gens connus de la victime. Il a été avancé aussi dans cette étude que l'agresseur était plus souvent une femme qu'un homme. D'une façon générale, on dispose de peu de données d'enquêtes systématiques sur les abus sexuels de garçons, et surtout, hormis des études de cas, sur la structure psychologique pré morbide des agresseurs et des abusés. Ces questions sont beaucoup plus compliquées que les viols d'hommes adultes. En effet, cela touche un terrain encore insuffisamment connu et surtout difficile à délimiter, qui concerne des abus de parents lors des soins personnels de leurs jeunes enfants dans des manoeuvres à connotation sexuelle notamment anales. Le danger dans cette question est d'être trop extensif et de ne pas trouver au fond ce qu'on cherche, à savoir un événement si effrayant qu'il provoque un stress traumatique.

Le viol chez l'homme adulte commence à être connu et étudié. Les hommes victimes semblent rester plus silencieux sur leurs sévices que les femmes. Le Federal Bureau of Investigation (FBI 1982) estimait que 10% des victimes d'agressions sexuelles étaient des hommes. Dans ces statistiques des



viols connus, l'agresseur est rarement une femme. Si on rencontre des viols d'hommes dans les milieux homosexuels, le violeur n'est pas toujours un homosexuel. Le viol d'un homme peut être parfois présenté par l'agresseur comme une modalité de la haine envers les homosexuels, ou envers une autre communauté ethnique ou nationale. Il se rencontre aussi dans certaines institutions masculines (prison, armée, hôpital psychiatrique, pensionnat). Nous présentons des études sur le viol chez les hommes au chapitre VII.

### C - VERS DE NOUVELLES TYPOLOGIES

Classiquement, on qualifiait les événements traumatiques selon qu'ils étaient aigus, cumulés, dus à une tension, ou chroniques (Terr 1991). Maintenant des typologies plus élaborées sont construites comme l'écrit Pynoos (1993) :

*"Maintenant les chercheurs commencent à prendre en considération l'interaction d'expositions traumatiques à une violence extra-familiale unique ou répétée dans un environnement de danger chronique, l'impact d'expériences traumatiques intra-familiales aiguës ou répétées, dans le contexte d'un environnement familial pathogène de manière plus généralisée, et la possible interaction dans le temps de ces expériences traumatiques intra- et extra-familiales, et de leurs écologies associées.*

*De plus, les expositions traumatiques ont été plus clairement conceptualisées comme impliquant des séquences d'expériences traumatiques. Il peut y avoir une séquence spécifique associée à un type de situation traumatique."*

Ainsi, Keilson (1979) a pu mettre en évidence une séquence traumatique spécifique chez les enfants soumis à des conditions de persécution politique violente. Sugar (1988) a fait de même pour des catastrophes naturelles. Freud avec sa théorie de l'après-coup avait promu la première séquence traumatique connue. Avec les recherches actuelles sur les séquences traumatiques, on a affaire à une sorte de généralisation de ce premier modèle freudien.

Cette conception des séquences traumatiques et la recherche de typologies des traumatismes reposent sur la vision du traumatisme comme un événement complexe entrant en interaction dynamique avec le développement du sujet. L'organisation du sujet est perturbée, et la victime doit se réorganiser en tenant compte de nombreux facteurs qui interagissent entre eux : facteurs constitutionnels, y compris génétiques et neurobiologiques, facteurs

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

psychologiques, facteurs d'environnement qui recèlent parfois de nouveaux motifs de traumatismes, et facteurs sociaux comprenant notamment une modification des attentes du sujet envers le corps social. Ce développement global a des défis multiples à relever pour assurer à la fois l'édification de liens d'attachement sûrs, la construction d'un moi autonome, la progression de la représentation symbolique et de la différenciation de soi et des autres, ainsi que l'essor des relations avec les pairs (Cicchetti 1989). Ainsi, prédire qu'un adolescent sera traumatisé au vu de la description d'un événement externe est hasardeux. Pour ce faire, il ne suffit pas, non plus, de déterminer de nouveaux types de séquences traumatiques. En effet, l'impact des séquences traumatiques sera différent selon le niveau de développement de l'enfant. Même si l'inceste a sa propre dynamique, le viol incestueux aura un impact différent s'il survient à cinq ans ou à seize ans. Un viol aura un impact différent aussi selon que le reste de la famille a subi aussi des traumatismes ou des pertes, et qu'elle aura perlaboré partiellement ou non ces événements.

### **CHAPITRE III**

## **EPIDEMIOLOGIE DES VIOLENCES SEXUELLES**

Si les enquêtes épidémiologiques sur le phénomène des violences sexuelles se sont multipliées dans les pays anglo-saxons, et ont suscité des recherches méthodologiques et notamment le développement d'instruments d'évaluation, ces enquêtes restent balbutiantes en France.

### **A - LES PROBLEMES METHODOLOGIQUES**

Les statistiques de la justice dans quelque pays que ce soit, si elles sont en progression, ne reflètent pas l'ampleur du phénomène du viol (Koss 1992). Même les estimations extrapolées des viols dûment constatés sous-estiment l'incidence des viols. Un point particulier à souligner est la sous-estimation, spécialement importante dans ces statistiques officielles, des viols par quelqu'un de connu de la victime. L'étude épidémiologique des violences sexuelles et, en particulier, du viol se heurte à des problèmes méthodologiques sérieux. Les problèmes méthodologiques qui affectent toute enquête épidémiologique ne sont pas les seuls qui se posent. En effet, la connaissance qu'on peut avoir d'un tel phénomène, dépend étroitement de ce que peuvent nous en dire les victimes. Or la réticence à révéler un viol dont on a été victime, est connue. Elle est partiellement explicable par la peur toujours vivante des victimes et par la suspicion dont elles sont toujours l'objet. Cette réalité fait que,

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

dès la première étape, lors des estimations de prévalence ou de la constitution d'un échantillon représentatif de sujets violés, les enquêtes sont très variables dans leurs résultats selon les méthodes utilisées. C'est ainsi que des phénomènes comme les viols par des proches seront peu rapportés à un enquêteur même si la personne avait porté plainte pour ces faits (Curtis 1976). A contrario, des gens bien intentionnés envers une "bonne cause" pourraient faire du zèle dans leurs déclarations, et contribuer à ces chiffres parfois si élevés qu'on trouve dans certaines enquêtes sur les abus sexuels dans l'enfance.

### 1. LES PROBLEMES DE DEFINITIONS

Nous avons évoqué l'importance de ces questions dans le chapitre précédent. Il faut souligner maintenant que les définitions explicites ou implicites des différentes études ne sont pas les mêmes. Une étude sur le viol fera référence à "*la connaissance charnelle d'une femme par force ou contre sa volonté*" qui inclut viol et tentative de viol sans pénétration, mais exclut un viol par le mari, des relations sexuelles avec une personne n'ayant pas atteint l'âge de consentement, ou un viol d'une personne handicapée (FBI 1991). Une autre parlera de "*relations sexuelles imposées par la contrainte*" (Spira et al. 1993). D'autres études sont plus extensives dans leurs définitions. Il faut envisager aussi la question de l'inceste qui n'est pas toujours considéré comme un viol par la justice, et qui pourtant est le plus dévastateur d'entre eux.

### 2. LES POPULATIONS ETUDIEES

Ce que nous souhaitons savoir quand nous observons les résultats d'une enquête, concerne le plus souvent la population générale. Cependant, il est parfois plus rapide et informatif de se référer à une enquête qui ne prétend être représentative, par exemple, que de patients psychiatriques ou de la population étudiante, plutôt qu'à une enquête qui prétend être représentative de la population générale mais qui ne s'est pas donnée les moyens pour qu'il en soit ainsi. Ainsi des études en population générale vont, pour les unes, recruter des sujets dans des communautés urbaines (Finkelhor et Hotaling 1984<sub>a</sub> ; Siegel et al. 1987 ; Mullen et al. 1994) et, pour les autres, dans des secteurs mixtes à la fois urbains et ruraux (Baker et Duncan 1985 ; Kercher et McShane 1984). Souvent les auteurs préfèrent s'intéresser à des populations féminines (Russell 1983 ; Wyatt 1985 ; Bagley et Ramsey 1986 ; Mullen et al. 1994), laissant dans l'ombre la question des violences exercées sur des hommes. Les sujets interrogés sont le plus souvent des adultes dont l'âge est éloigné de celui où ils ont subi des abus sexuels (Russell 1983 ; Finkelhor et Hotaling 1984<sub>a</sub> ; Kercher et McShane 1984 ; Baker et Duncan 1985 ; Siegel et al. 1987 ; Mullen

et al. 1994). Moins souvent, les sujets sont des jeunes, en général de plus de dix-sept ans (Finkelhor 1979 ; Wyatt 1985), sauf dans un petit nombre d'enquête comme celle de Hall et Flannery (1984) où les sujets ont entre quatorze et dix-sept ans. La catégorie sociale des sujets est souvent inconnue dans les enquêtes, comme l'est souvent le niveau culturel. Quand ce dernier est connu, on s'aperçoit que, souvent, les échantillons privilégient la représentation des catégories qui ont fait des études universitaires (Finkelhor 1979 ; Russell 1983 ; Finkelhor et Hotaling 1984<sub>a</sub> ; Wyatt 1985).

### **3. LES OBJECTIFS, LE RECUEIL DES DONNEES ET LES INSTRUMENTS DES ENQUETES**

La plus grande partie des études épidémiologiques sur les violences sexuelles s'est intéressée aux abus sexuels dans l'enfance, avec le caractère extensif qu'implique cette notion. D'autres se sont focalisées sur des événements sexuels survenant à l'âge adulte (di Vasto et al. 1984 ; Sorenson et al. 1987 ; Winfield et al. 1990 ; Spira et Bajos 1993). Elles prennent souvent en compte, alors, des faits plus clairement agressifs, et le plus grave d'entre eux : le viol. Elles nécessitent, dès lors, des modes d'investigation différents. Il faudra donc, désormais, prendre soin de ne pas comparer des résultats d'enquête qui étudient le viol, avec d'autres qui incluent des événements mineurs comme la rencontre d'un exhibitionniste. Toutes les études de la population générale disponibles sont rétrospectives et transversales. Elles sont donc sous l'effet d'un éventuel biais dû au souvenir quand elles apprécient la prévalence, par exemple, du viol, ou quand elles situent tel trait psychopathologique comme postérieur ou antérieur à une agression. Influe sur les résultats des études, la façon de recueillir les données dans les enquêtes : entretien avec un enquêteur ou questionnaire envoyé par la poste et rempli par le sujet lui-même, entretien prolongé une ou plusieurs heures ou question unique, sujets volontaires ou sujets rémunérés pour l'enquête. Les enquêtes de Russell (1983) et de Wyatt (1985) restent des modèles pour les procédures utilisées dans le recueil des données. De ce fait, elles restent les enquêtes de référence, mais il ne faut pas leur faire dire ce qu'elles ne disent pas, à savoir que tous les incidents qu'elles ont détectés sont des traumatismes psychiques provoquant par exemple un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Dans l'enquête de Russell (1983), tout a été fait pour qu'il y ait le moins possible de rétention d'information des femmes sollicitées pour l'enquête à propos d'abus sexuels. Les enquêteurs étaient des femmes et leur ethnie était si possible la même que celle du sujet interrogé. Ces enquêteurs, rigoureusement sélectionnés, ont été formés intensivement pendant soixante-cinq heures. La prévention à utiliser des termes sexuels a fait l'objet d'une désensibilisation. La formation comprenait aussi un entraînement pour le maniement rigoureux des questionnaires et une

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

information sur la question du viol et de l'inceste. San Francisco a même été la ville choisie pour l'enquête parce qu'on a supposé qu'elle était celle où les tabous qui préviendraient les sujets de révéler des abus, seraient les moins forts. Des entretiens se sont déroulés dans des conditions permettant de rendre optimale la relation de confiance entre les sujets et l'enquêteur. Le questionnaire utilisé était du type "entretien structuré", et les entretiens duraient plus d'une heure. En effet, pour chaque type d'agression sexuelle, le questionnaire prévoyait des entrées multiples par des questions de dépistage permettant de minimiser l'oubli d'événements qui ne se seraient pas produits exactement comme le formulait la question. De même, l'enquête de Wyatt (1985) a multiplié les précautions méthodologiques pour assurer la validité de l'enquête. Ainsi, là encore, pour chaque sorte d'abus sexuel, plusieurs questions de dépistage étaient posées. Le questionnaire utilisé était du type "entretien structuré", et nécessitait plusieurs heures d'entretien. Les enquêteurs de l'étude étaient des femmes déjà hautement qualifiées, qui, de plus, avaient suivi un entraînement spécifique de trois mois. Au cours de l'étude, des tests de qualité ont été réalisés. Le lieu de l'entretien était déterminé par le sujet. Les frais occasionnés par la participation à l'enquête étaient remboursés. Ces deux enquêtes sont donc celles qui ont offert le plus de garanties méthodologiques et les autres leur restent inférieures sur ce point.

#### 4. LES SPECIFICITES CULTURELLES

Dans des pays comme les Etats-Unis, il n'est pas indifférent de savoir quelle est, dans la population observée, la proportion des différents groupes ethniques : blanc d'origine européenne, hispano-américain, ou noir originaire d'Afrique. En effet, il est traditionnel de considérer que les groupes ethniques minoritaires recèlent plus de cas d'abus sexuels que le groupe majoritaire. En fait, l'étude de ce point dans des enquêtes à recrutement aléatoire a montré que ce n'était pas exact. De manière plus générale, la prévalence du phénomène des abus sexuels est-elle liée à des facteurs culturels ? On aurait pu, par exemple, croire que ce phénomène était plus important aux Etats-Unis qu'il ne l'était en Europe, où les enquêtes ont longtemps rapporté des prévalences inférieures à un pour cent (La Fontaine 1990). Cependant, dans ce cas, il est plus vraisemblable qu'il faille mettre en cause des techniques d'enquête différentes. En particulier, les techniques d'entretien structuré sont très peu utilisées en Europe. Il n'est pas exclu, pourtant, que des différences culturelles de par le monde affectent la fréquence du phénomène. Des taux élevés d'abus sexuels semblent exister dans les pays occidentaux, mais il est probable que, dans les autres pays, l'incidence des mauvais traitements des enfants est, au moins, aussi élevée. De ce fait, il est possible, avec Demause (1991), d'affirmer presque sans provocation, une sorte d'universalité de l'inceste.

## **5. LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

Les informations recueillies sur les abus sexuels par les services sociaux concernent souvent des catégories sociales parmi les plus défavorisées. Cependant, et bien que ce point ne soit étudié que par quelques enquêtes (Wyatt 1985 ; Kercher et McShane 1984 ; Finkelhor et Hotaling 1984<sub>a</sub>), aucune différence significative entre les catégories sociales quant aux abus sexuels n'a jamais pu être mise en évidence. Ce point a été confirmé pour ce qui concerne la France par l'enquête présentée au chapitre VI sur la prévalence et le retentissement du viol chez les jeunes scolarisés.

## **6. CONCLUSIONS**

Les problèmes méthodologiques posés par les enquêtes de prévalence d'abus sexuel et de viol sont difficiles. Cela tient à la définition de l'événement sexuel en cause ; s'agit-il, par exemple, d'un attouchement ou d'une pénétration sexuelle ? Cela tient aussi à la définition retenue d'un agresseur ; par exemple, un mari peut-il être considéré comme tel, ou encore quelle différence d'âge requérir entre l'agresseur et la victime pour retenir l'existence d'un abus ? Enfin, la tranche d'âge étudiée, certains problèmes posés par la constitution d'un échantillon représentatif, et la nature des méthodes utilisées pour le recueil des données influent également sur les résultats des enquêtes. Les différences considérables dans les prévalences trouvées, selon les enquêtes, peuvent être imputées à ces différents éléments, ainsi qu'à la difficulté à se remémorer le passé. De ce point de vue, tous les questionnaires ne se valent pas, et les questionnaires les plus détaillés sont ceux qui lèvent le mieux ce biais du rappel des souvenirs (Russell 1983 ; Wyatt 1985).

## **B - LA PREVALENCE DES ABUS SEXUELS DANS L'ENFANCE ET DU VIOL**

Les études épidémiologiques anglo-saxonnes rapportent des taux élevés d'abus sexuels dans la population générale, que ces abus surviennent dans l'enfance ou l'adolescence (Russell 1983 ; Wyatt 1985, Baker et al. 1985,

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Bagley et al. 1986, Winfield et al. 1990, Anderson et al. 1993 ; Mullen et al. 1994) ou qu'ils surviennent à l'âge adulte (di Vasto et al. 1984 ; Sorenson et al. 1987 ; Winfield et al. 1990 ). Malgré les différences de prévalence entre les enquêtes, les spécialistes les mieux informés pensent qu'au moins un tiers des femmes et la moitié de ce chiffre pour les hommes ont eu des contacts sexuels (incluant ou non une pénétration sexuelle) avec une personne beaucoup plus âgée, quand ils étaient enfants (Sheldrick 1991 ; Demause 1991). Cela ne signifie pas que tous ces événements soient des traumatismes sexuels. En effet, c'est surtout le viol qui est considéré comme régulièrement traumatique. Si l'on considère l'âge adulte aussi bien que l'enfance, la récente étude française, conduite par l'INSERM, rapporte que 7% des femmes de moins de trente-cinq ans disent avoir été victimes de "*relations sexuelles imposées sous la contrainte*" (Spira et Bajos 1993). Une autre étude menée dans le site de Caroline du nord du NIMH Epidemiological Catchment Area Program (Winfield et al. 1990) ont noté que 7% des femmes de moins de quarante-cinq ans ont été victimes d'agressions sexuelles (définies comme "*être soumis à une pression pour faire sexuellement plus que ce qu'elles voulaient faire*"). Di Vasto et ses collègues (1984) nous apprennent aussi que dans leur échantillon (Nouveau Mexique), 8% ont été victimes de viol. De manière proche, Sorenson et ses collègues (1987) relèvent dans leur échantillon du site de Los Angeles de l'Epidemiological Catchment Area Program, près de 6% de victimes de viol chez les femmes et 2.7% chez les hommes. Cependant, Breslau et ses collègues (1991) recensaient une prévalence du viol plus faible, de 1.6%, dans une enquête qui portait sur les événements traumatiques vécus par une population de jeunes adultes de Detroit, et qui ne comportait qu'une question sur le viol. La tranche d'âge étudiée et l'unicité de la question sur le viol expliquent probablement le chiffre plus bas. Le viol apparaît dans cette étude comme une des premières causes de traumatismes psychiques et comme le traumatisme le plus sévère. En France, si le nombre des incidents rapportés à la justice croît chaque année, il n'y avait que cinq mille quarante-huit cas de viol rapportés à la justice en 1991. Il a été démontré que les abus sexuels et le viol, en particulier, sont encore aujourd'hui beaucoup plus fréquents que ne le suggèrent les statistiques de la justice (Koss et al. 1992). Ainsi Russell (1983) avait trouvé une incidence du viol sur les douze derniers mois sept fois plus élevée que les statistiques de la police.



## C - LA PREVENTION

Les études de prévalence des abus sexuels et du viol, prennent leur sens dans la relation qu'elles entretiennent avec la prévention des traumatismes sexuels d'une part, et avec la prévention des troubles psychologiques secondaires, une fois que l'abus sexuel est survenu, d'autre part. L'aspect thérapeutique sera traité dans un chapitre ultérieur mais il est possible de souligner dès maintenant que quatre principes d'intervention doivent être à la base de toute intervention sur un agresseur sexuel. Il s'agit de l'approche multidisciplinaire, de la nécessité d'un examen médical complet, de l'effort pour réduire l'effet négatif dû à la révélation des faits, et de l'optimisation du soutien familial et social. La prévention des traumatismes sexuels est devenue très développée aux Etats-Unis à la suite des grandes enquêtes épidémiologiques que nous venons d'évoquer (Finkelhor et al. 1987<sub>b</sub>). Il pourrait être utile de s'en inspirer. Elle est fondée sur plusieurs axes. Le premier de ces axes concerne des campagnes d'information destinées à des professionnels aussi divers que des instituteurs ou des professeurs, des gens d'église, des journalistes ou des avocats. Le second axe concerne la formation de professionnels spécialisés destinés à jouer un rôle d'intervention sur les cas d'abus sexuels, notamment dans le domaine de leur diagnostic et de leur traitement. Le troisième axe concerne l'information préventive des jeunes sur le sujet. Le quatrième consiste en la formation d'équipes qui aient pour objectif de traiter les agresseurs. Il faut bien dire que, le premier axe mis à part, les autres aspects de la prévention sont très peu développés en France.

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

## CHAPITRE IV

### LES SYNDROMES TRAUMATIQUES DES VIOLS INCESTUEUX ET NON-INCESTUEUX DANS LA COHORTE DE TOURS

Les violences subies ont été reconnues dès le siècle dernier comme des expériences pouvant produire des "traumatismes psychiques" c'est-à-dire une altération sévère et durable de l'équilibre psychologique de la victime (Charcot 1884 ; Janet 1889 ; Freud 1893). Cependant ce savoir des anciens a été oublié et dénié. Depuis une quinzaine d'années, les pathologies des traumatismes psychiques s'imposent à nouveau en devenant un champ spécifique de la psychiatrie (American Psychiatric Association 1980, 1987, 1994 ; Organisation Mondiale de la Santé 1992) et l'étiologie traumatique s'avère une clé pour la compréhension de nombreuses manifestations cliniques.

Les violences sexuelles sont une des premières causes de traumatisme psychique et sont des traumatismes parmi les plus sévères. C'est pourquoi les sévices sexuels deviennent un thème d'étude de premier plan, notamment dans les pays anglo-saxons, et certains n'hésitent pas à parler de "*problème majeur de santé publique*" (Hobbs et al. 1987).

La description de la psychopathologie des victimes de viol reste à ce jour incomplète. Il s'ensuit que les victimes sont peu et mal traitées. En particulier, l'étude clinique, de manière longitudinale et prospective, des effets du Stress Traumatique dans cette population a été rarement - et toujours partiellement - entreprise. Il en résulte une prise en charge le plus souvent très mauvaise de ce syndrome.

Certains résultats de cette recherche ont fait l'objet de publications (Darves-Bornoz 1994<sub>c</sub>, 1994<sub>h</sub>, 1994<sub>f</sub> ; Darves-Bornoz et al. 1995<sub>c</sub>, 1996<sub>c</sub>), mais d'autres, présentés ici, sont inédits.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Avant d'entreprendre cette étude, il a été fait l'hypothèse que la morbidité psychiatrique après un viol est extrêmement lourde. Nous voulions déterminer dans cette population la prévalence, l'apparition et le profil évolutif des troubles mentaux sur la période des douze mois suivant le viol, notamment pour le "Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)" que j'ai choisi de traduire : "Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD)". Outre cet aspect descriptif, nous avons fait l'hypothèse qu'il est possible de trouver des facteurs cliniques de prédiction de l'apparition d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) c'est-à-dire qu'il existe des traits biographiques ou cliniques précoces ou précédant le viol qui peuvent être repérés comme des facteurs de risque pour le syndrome.

Nous allons dans ce chapitre, présenter une étude clinique prospective qui nous permettra de fonder la description de syndromes traumatiques consécutifs aux viols incestueux ou non-incestueux. Le premier de ces syndromes est le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Nous considérerons comme syndromes traumatiques d'autres syndromes cliniques présents après les viols qui sont significativement liés au Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) mais qui ne s'identifient pas à lui. Nous dénommerons "*Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique*" celui qui rassemble les troubles mentaux liés au Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique c'est-à-dire les plus spécifiquement traumatiques, et "*Syndrome Traumatique de type Limite*" celui qui affecte la personnalité et les comportements. L'intérêt de la catégorie de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) étant de délimiter un trouble potentiellement chronique et ce faisant, invalidant, notre étude ne s'est pas particulièrement centrée sur les troubles aigus rapidement résolutifs. Nous évoquerons cependant ces troubles aigus dans les diagnostics différentiels du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) présentés au sous-chapitre B (paragraphe 6).

### **A - ETUDE SYSTEMATIQUE ET PROSPECTIVE SUR UN AN D'UNE COHORTE DE CENT DEUX SUJETS VIOLES DE PLUS DE TREIZE ANS DU CENTRE MEDICO-LEGAL DE TOURS**

#### **1. POPULATION ET METHODES**

La population étudiée est celle des victimes de viol du *Centre d'Accueil de Victimes de Violences Sexuelles* situé dans le Centre Hospitalier Universitaire de Tours. Le centre assure une expertise médico-légale et gynécologique, et fournit une aide sociale. Toutes les victimes qui portent plainte y sont adressées sur réquisition de la justice. D'autres victimes consultent spontanément. Il en résulte un passage d'environ cent trente victimes d'agressions sexuelles de tous types chaque année. Le recrutement du centre s'étend sur le département d'Indre et Loire. Cette étude a concerné toutes les victimes de treize ans et plus, qui se sont présentées consécutivement dans ce centre. En effet, l'investigation des moins de treize ans aurait nécessité des méthodes différentes. L'étude s'est limitée aux victimes de viol c'est-à-dire aux sujets ayant subi une pénétration sexuelle contre leur gré. Pendant la durée de l'enquête, cent douze sujets se sont présentés pour viol au Centre (quatre-vingt-un sujets sur les cent douze se sont présentés pour un viol qui venait de se produire). Dix d'entre eux (soit 9%) n'ont pu être examinés sur le plan psychologique : six victimes étaient venues au Centre la nuit ou des jours fériés et n'ont pu être revues plus tard ; trois autres ont été rencontrées mais deux ne pouvaient pas prendre part à l'étude du fait de difficultés cognitives, et la troisième a refusé d'y participer ; la dernière de ces dix victimes était un homme venant de tuer celui qui avait abusé de lui quand il était enfant (hormis ce dernier cas, les viols qui n'ont pu être évalués, venaient de se produire). Cent deux sujets ont donc été inclus dans l'enquête (dont soixante-douze pour un viol récent). Sept sujets (soit 7%) étaient perdus de vue à un mois, quatre sujets (soit 4%) à trois mois, deux sujets (soit 2%) à six mois et quatorze sujets (soit 14%) à douze mois. Ainsi, ce sont quatre-vingt-neuf victimes qui ont pu avoir une évaluation prospective sur les six premiers mois complets (dont soixante pour un viol récent), et soixante-quinze victimes sur les douze mois complets (dont quarante-six pour un viol récent). Ces taux de perdus de vue sont satisfaisants quand ils sont comparés à ceux des études équivalentes, et quand on sait que ces victimes ont tendance à éviter leurs anciens domiciles ce qui augmente la difficulté à les contacter.

L'étude a été longitudinale et a comporté des évaluations cliniques à l'arrivée au centre, puis dix jours, un mois, trois mois, six mois et un an plus tard. Il s'agissait d'entretiens cliniques avec un même psychiatre utilisant des instruments d'évaluation structurés standardisés : l'Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS), le Structured Interview for Post-Traumatic Stress Disorder (SI-PTSD), le Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D), le General Health Questionnaire (GHQ), la Dissociative Experiences Scale (DES), les échelles de Hamilton pour l'anxiété et la dépression et un questionnaire construit pour l'enquête. L'ADIS est un entretien structuré pour le diagnostic des troubles anxieux, somatoformes, de l'humeur et d'abus de substance du *Center for Stress and Anxiety Disorders* de David H. Barlow à la *State University of New York at Albany*. Les études de validation sont parues à

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

plusieurs reprises dans *Archives of General Psychiatry* (Di Nardo et al. 1983, 1993). Le SI-PTSD, entretien structuré pour le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) d'une des équipes les plus connues des Etats-Unis d'Amérique pour ce syndrome (Davidson et al. 1989, 1990) permet de diagnostiquer et de quantifier la sévérité du syndrome. Le SCID-D, un entretien structuré, permet de porter des diagnostics de troubles dissociatifs (Steinberg et al. 1990, 1993). Le GHQ à vingt-huit items est un questionnaire rempli par le sujet lui-même. Très utilisé, il permet notamment de dépister les troubles anxieux et dépressifs en médecine générale (Goldberg et al. 1979). Pour ce qui concerne les échelles utilisées, la DES est l'échelle de référence pour les troubles dissociatifs (Bernstein et Putnam 1986), et les échelles Hamilton-Dépression et Hamilton-Anxiété sont bien connues des psychiatres. Le dernier instrument est un questionnaire socio-démographique, psychosocial et clinique, construit spécifiquement pour recueillir des données auprès des victimes de violences sexuelles et dérivé d'un questionnaire précédemment utilisé (Darves-Bornoz 1990 ; Darves-Bornoz et Lempérière 1996<sub>a</sub>). Les entretiens se sont déroulés à Tours, soit à la Clinique Psychiatrique Universitaire, soit à la Maternité du Beffroi, soit dans le service de Pneumologie de l'hôpital, soit au domicile des victimes. Le Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale de Tours a été consulté et a estimé que la recherche ne rentrait pas dans le cadre de la loi Huriet.

L'analyse statistique a d'abord décrit les réponses aux questions. Elle a ensuite comparé les résultats à ces questions entre les sujets qui souffraient d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) douze mois après l'entrée dans la cohorte et ceux qui n'en souffraient pas. Il a été fait de même dans la sous-cohorte des sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec un viol. Les variables qualitatives ont été comparées par le test du  $\chi^2$  (ou du  $\chi^2$  avec correction de Yates pour les petits effectifs calculés). L'étape suivante a consisté à rechercher des modèles susceptibles de rendre compte des résultats et des relations multiples existant entre les phénomènes observés. Nous avons ainsi mis en oeuvre des méthodes de modélisation des données qualitatives (régressions logistiques) qui sont des régressions de la probabilité d'observer un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois en fonction des variables introduites dans les modèles. On a donc obtenu des odds ratios - qui estiment les risques relatifs d'observer un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) si le sujet présente tel trait clinique, tous les autres traits cliniques intervenant de manière égale par ailleurs - et on a retenu les traits explicatifs compte tenu du degré de signification statistique. De cette façon, cette analyse a déterminé des facteurs (suivant précocement, voire précédant les troubles) de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique à douze mois, et des facteurs qui ne pouvaient pas être déclarés tels.

## **2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES VICTIMES**

Dix pour cent de la cohorte étaient des hommes (et de 14% dans la sous-cohorte des victimes dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec un viol), 98% étaient français (99% dans la sous-cohorte), 18% étaient mariés ou vivaient avec un compagnon (20% dans la sous-cohorte), 61% étaient scolarisés ou étudiants (56% dans la sous-cohorte), 27% (29% dans la sous-cohorte) avaient un père qui travaillait en tant que cadre, la catégorie socioprofessionnelle du père des autres étant moins élevée, et 45% (49% dans la sous-cohorte) avaient été séparés d'un de leurs parents, dans leur enfance, avant le premier viol, le plus souvent à cause de la séparation des parents ou du décès de l'un d'entre eux. L'âge moyen au moment de l'enquête était de 20.5 ans (écart-type 7.7, étendue 13-50) dans la cohorte, et de 21.6 ans (écart-type 8.7, étendue 13-50) dans la sous-cohorte. Ainsi, ces chiffres montrent que les jeunes, et en particulier les jeunes scolarisés ou étudiants forment une large majorité des victimes. Ils montrent aussi que la catégorie socioprofessionnelle n'influe pas l'incidence du viol. Le fait que les victimes aient été séparées d'un de leur parents dans leur enfance est un facteur de risque pour la survenue de viols. En effet dans la population générale, être séparé d'un de ses parents ne concerne qu'environ un enfant sur cinq (voir chapitre VI).

## **3. PREVALENCE ET PROFIL EVOLUTIF DU SYNDROME SECONDAIRE A UN STRESS TRAUMATIQUE (PTSD)**

Les résultats sont rassemblés dans le tableau 1. Ce tableau montre que la prévalence du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) est très élevée parmi ces sujets. Nous verrons plus tard le rôle qu'il faut attribuer dans ce phénomène à la proportion importante de victimes d'inceste de notre échantillon. Le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) se déclenche généralement peu après le viol même si une petite minorité de victimes voient la survenue de leurs symptômes différée plus largement y compris au-delà de six mois. Cette dernière éventualité n'est pas rare quand le viol survient chez un enfant qui n'a pas la maturité pour comprendre ce qui arrive. Le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) se déclare, dans ce cas, quand l'enfant réalise le sens de ce qui est survenu.

## **4. TYPOLOGIE DES TRAUMATISMES**

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Des études récentes ont montré qu'il pouvait être fructueux d'examiner la typologie du traumatisme et les séquences d'événements



**Tableau 1. - Prévalence et profil évolutif du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) dans la cohorte de Tours**

Etude prospective des victimes de viol du Centre Médico-Légal de Tours	Ensemble de la cohorte <sup>a</sup> N=102 <sup>c</sup>	Sous-cohorte <sup>b</sup> N=72 <sup>c</sup>
PTSD un mois après l'entrée dans la cohorte	86%	88%
PTSD trois mois après l'entrée dans la cohorte	75%	71%
PTSD six mois après l'entrée dans la cohorte	71%	65%
PTSD douze mois après l'entrée dans la cohorte	68%	59%
Latence moyenne du PTSD (en jours), si le PTSD n'est pas différé de plus de six mois	4.6 (écart-type 9.8, étendue 0-70)	3.2 (écart-type 4.3, étendue 0-20)
PTSD différé de six mois	18%	5%

<sup>a</sup> Sujets pour lesquels l'entrée dans la cohorte a pu être postérieure au viol ou coïncider avec celui-ci

<sup>b</sup> Sujets pour lesquels l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec la survenue d'un viol

<sup>c</sup> Quelques rares sujets n'ont pu avoir d'évaluation valable d'une caractéristique des PTSD, ou n'ont pu être rencontrés à un moment du suivi

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

traumatiques (Pynoos 1993). Le tableau 2 rassemble dix caractéristiques des traumatismes subis par les membres de la cohorte. Une onzième caractéristique du traumatisme non incluse dans le tableau est le sexe de l'agresseur. L'agresseur était de sexe féminin dans un seul cas sur les cent deux pour une agression ancienne d'une femme qui continuait à présenter un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) douze mois après son entrée dans la cohorte. Les traits relatifs au traumatisme étant distribués comme le montre le tableau 2, on constate qu'un certain type de victimes de la cohorte présente plus souvent un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. En effet, présenter six traits parmi les dix rassemblés dans le tableau 2 concerne quarante-six sujets de la cohorte sur cent un - c'est la médiane - et est significativement lié à la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois ( $p < 0.02$ ). L'ensemble de ces dix traits représente donc des critères de gravité du traumatisme. Mais lorsque les caractéristiques typologiques du viol sont étudiées une par une, cette gravité du traumatisme n'apparaît significative que pour certains d'entre eux. Il s'agit de l'inceste ( $p < 0.01$ ), du caractère répété des viols ( $p < 0.05$ ), du caractère prolongé de la période où sont survenus les viols ( $p < 0.05$ ), du mauvais environnement familial ou social après les viols ( $p < 0.05$ ) et du fait d'avoir été battu en dehors des viols ( $p < 0.05$ ).

Cependant ces traits ne sont pas nécessairement indépendants les uns des autres, il faut donc faire une régression logistique sur la sous-cohorte pour savoir quels sont les facteurs de prédiction d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique à douze mois. Une régression logistique a inclus dans le modèle, les variables du tableau 3 liées significativement à la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. Elle a montré, sur la sous-cohorte des sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec un viol, que le caractère incestueux du viol (Odds Ratio=9.3, Intervalle de Confiance à 95% = [1.01 - 85.2]) ainsi que le fait d'avoir été battu en dehors des épisodes de viol (OR=5.1, IC 95% = [1.12 - 23.2]) sont des facteurs de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois, tous les autres variables étant égales par ailleurs.

L'âge moyen au moment du premier viol était de 16.4 ans (écart-type 8.2) dans la cohorte dans son ensemble et 18.9 ans (écart-type 8.3) dans la sous-cohorte. L'âge lors du premier viol montre que le viol est un phénomène qui touche en premier lieu les jeunes. La différence d'âge approximative entre l'agresseur et la victime était en moyenne de 13.6 ans (écart-type 13.7) dans la cohorte et de 9.4 ans (écart-type 11.1) dans la sous-cohorte. Dans les viols incestueux (N=39), les agresseurs étaient le père (33%), le beau-père (28%), un oncle (21%), un frère (13%), un grand-père (3%) ou un arrière-grand-père (3%).

**Tableau 2. - Typologie du traumatisme chez les sujets de la cohorte<sup>a</sup> de Tours atteints ou non de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois**

Etude prospective des victimes de viol du Centre Médico-Légal de Tours	Ensemble de la cohorte <sup>a</sup>	Sujets avec un PTSD 12 mois après entrée dans la cohorte <sup>a</sup>	Sujets sans PTSD 12 mois après entrée dans la cohorte <sup>a</sup>	Différence ----- - p
	N=102 <sup>b</sup>	N=51 <sup>b</sup>	N=24 <sup>b</sup>	
	----	----	----	
	%	%	%	
intra-familial <sup>c</sup>	38	57	21	<0.01
agresseur connu <sup>c</sup>	77	84	71	ns
age au premier viol < 15 ans	50	63	50	ns
plusieurs séquences d'abus sexuels <sup>d</sup>	24	24	8	ns
viols répétés <sup>e</sup>	56	67	42	<0.05
viols répétés sur plusieurs mois <sup>f</sup>	32	43	21	<0.05
violence physique surajoutée pendant le viol <sup>g</sup>	56	55	50	ns
aucune plainte déposée immédiatement	61	73	58	ns
mauvais environnement après le viol	70	80	58	<0.05
sujet battu (en dehors des viols)	41	49	25	<0.05

<sup>a</sup> Sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec la survenue du viol ou a été postérieure à celui-ci

<sup>b</sup> Certains de ces sujets n'ont pu être évalués convenablement pour un item ou ont été perdus de vue à un moment du suivi

<sup>c</sup> Lors du dernier viol

<sup>d</sup> Avec ou sans viol mais avec des agresseurs différents

<sup>e</sup> Par un agresseur unique ou plusieurs agresseurs différents

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

<sup>f</sup> Par un des agresseurs

<sup>g</sup> Violence exprimée, menace d'une arme ou de coups

ns : différence non significative au risque 5% entre les groupes avec et sans PTSD à douze mois

**Tableau 3. - Typologie du traumatisme chez les sujets de la sous-cohorte<sup>a</sup> de Tours atteints ou non de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois**

Etude prospective des victimes de viol du Centre Médico-Légal de Tours	Ensemble de la sous-cohorte <sup>a</sup> N=72 <sup>b</sup>	Sujets avec un PTSD 12 mois après entrée dans la sous- cohorte <sup>a</sup> N=27 <sup>b</sup>	Sujets sans PTSD 12 mois après entrée dans la sous- cohorte <sup>a</sup> N=19 <sup>b</sup>	Différenc e
	----- -- %	----- --- %	----- --- %	----- -- p
intra-familial <sup>c</sup>	22	37	5	<0.04
agresseur connu <sup>c</sup>	71	78	63	ns
age au premier viol < 15 ans	31	33	37	ns
plusieurs séquences d'abus sexuels <sup>d</sup>	25	26	11	ns
viols répétés <sup>e</sup>	48	59	32	ns
viols répétés sur plusieurs mois <sup>f</sup>	22	37	11	<0.05
violence physique surajoutée pendant le viol <sup>g</sup>	61	67	47	ns
aucune plainte déposée immédiatement	54	52	47	ns
mauvais environnement après le viol	57	63	47	ns
sujet battu (en dehors des viols)	37	52	16	<0.02

<sup>a</sup> Sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec la survenue du viol

<sup>b</sup> Certains de ces sujets n'ont pu être évalués convenablement pour un item ou ont été perdus de vue à un moment du suivi

<sup>c</sup> Lors du dernier viol

<sup>d</sup> Avec ou sans viol mais avec des agresseurs différents

<sup>e</sup> Par un agresseur unique ou plusieurs agresseurs différents

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

<sup>f</sup> Par un des agresseurs

<sup>g</sup> Violence exprimée, menace d'une arme ou de coups

ns : différence non significative au risque 5% entre les groupes avec et sans PTSD à douze mois

##### **5. RETENTISSEMENT GENERAL DU VIOL EVALUE SUR UNE PERIODE DE DOUZE MOIS SUIVANT L'ENTREE DANS LA COHORTE**

Un certain nombre de traits psychologiques et comportementaux succédant au viol ont été évalués sur la période de douze mois suivant l'entrée dans la cohorte. Le tableau 4 montre ces résultats.

Toutes les manifestations psychologiques et comportementales rassemblées dans le tableau 4 se produisent souvent chez les victimes et sont encore plus fréquentes chez les sujets présentant un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. C'est particulièrement le cas pour les tentatives de suicide, les fugues, l'abus d'alcool (plutôt paroxystique que régulier), l'incapacité à faire confiance (qui est un sentiment de persécution à minima), ou le mauvais choix de ses amis (qui est à la limite d'une répétition des mauvais traitements). Ce sont des traits qu'on reverra quand sera étudiée la transformation limite de la personnalité dans le Syndrome Traumatique de type Limite. D'autres difficultés s'expriment dans l'absence de capacité à faire face à l'agression dans les situations sociales, ce qui est une manifestation d'un ordre voisin de la phobie sociale ; des difficultés sexuelles, qui confinent parfois au trouble d'identité sexuelle, et des inquiétudes concernant la santé (SIDA) sont fréquentes aussi. Ces trois derniers traits peuvent prendre place dans un tableau de type limite, mais aussi plus banalement dans un tableau de phobie traumatique. Ils sont souvent présents mais ne sont pas liés significativement à la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois, ce qui est une façon de dire qu'ils ne nécessitent pas une émotion aussi effrayante qu'un stress traumatique pour s'installer. En particulier, l'absence de capacités à faire face aux agressions, pourrait être autant un facteur prédisposant que secondaire au traumatisme. On remarque aussi l'existence de consultations psychiatriques plus nombreuses chez les victimes les plus traumatisées, et des difficultés scolaires massives dans cette population. Les difficultés scolaires attestent du "trouble du développement" qui est induit par le traumatisme. Elles rendent cette population à risque pour l'échec et l'exclusion scolaires.

Une régression logistique portant sur la variable *Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois* a inclus dans le modèle les attitudes psychologiques et comportementales du tableau 5 liées à la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. Elle a montré, sur la sous-cohorte des sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec un viol, que l'*incapacité à faire confiance* (OR=21.8, IC 95% =[1.76 - 271.]) et la *fugue* (OR=14.4, IC 95% =[1.16 - 180.]) étaient les manifestations qui prédisaient le mieux la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. Là

**Tableau 4. - Attitudes psychologiques et comportementales présentes après le viol, évaluées sur les douze mois suivant l'entrée dans la cohorte<sup>a</sup> de Tours**

Etude prospective des victimes de viol du Centre Médico-Légal de Tours	Ensemble de la cohorte <sup>a</sup>	Sujets avec PTSD 12 mois après entrée dans la cohorte <sup>a</sup> N=51 <sup>b</sup>	Sujets sans PTSD 12 mois après entrée dans la cohorte <sup>a</sup> N=24 <sup>b</sup>	Différenc e
	N=102 <sup>b</sup>	----- --- %	----- --- %	----- - p
Tentative de suicide	29	39	4	<0.01
Fugue	26	31	8	<0.03
Abus d'alcool	23	33	8	<0.03
Difficultés sexuelles	72	76	58	ns
Peur du SIDA	39	42	29	ns
Incapacité à faire face à l'agressivité	56	63	29	<0.05
Incapacité à faire confiance aux autres	82	88	67	<0.03
A consulté un psychiatre	51	65	17	<0.001
Choisit mal ses amis	38	42	14	<0.03
Difficultés scolaires apparues	68	76	52	ns
Difficultés scolaires (antérieures ou apparues)	86	88	78	ns

<sup>a</sup> Sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec la survenue du viol ou a été postérieure à celui-ci

<sup>b</sup> Certains de ces sujets n'ont pu être évalués convenablement pour un item ou ont été perdus de vue à un moment du suivi

ns : différence non significative au risque 5% entre les groupes avec et sans Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois



**Tableau 5. - Attitudes psychologiques et comportementales présentes après le viol, évaluées sur les douze mois suivant l'entrée dans la sous-cohorte<sup>a</sup> de Tours**

Etude prospective des victimes de viol du Centre Médico-Légal de Tours	Ensemble de la sous- cohorte <sup>a</sup> N=72 <sup>b</sup>	Sujets avec PTSD 12 mois après entrée dans la sous- cohorte <sup>a</sup> N=27 <sup>b</sup>	Sujets sans PTSD 12 mois après entrée dans la sous- cohorte <sup>a</sup> N=19 <sup>b</sup>	Différenc e
	----- -- %	----- ---- %	----- --- %	----- -- p
Tentative de suicide	22	26	5	ns
Fugue	29	41	5	<0.02
Abus d'alcool	23	37	11	<0.05
Difficultés sexuelles	67	65	58	ns
Peur du SIDA	39	46	26	ns
Incapacité à faire face à l'agressivité	57	67	37	<0.05
Incapacité à faire confiance aux autres	82	96	58	<0.01
A consulté un psychiatre	49	67	16	<0.001
Choisit mal ses amis	43	52	17	<0.02
Difficultés scolaires apparues	56	65	38	ns
Difficultés scolaires (antérieures ou apparues)	82	80	72	ns

<sup>a</sup> Sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec la survenue du viol

<sup>b</sup> Certains de ces sujets n'ont pu être évalués convenablement pour un item ou ont été perdus de vue à un moment du suivi

ns : différence non significative au risque 5% entre les groupes avec et sans Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois

aussi, on est déjà dans des modifications de la personnalité apparentées à la personnalité limite.

## **6. TROUBLES MENTAUX PRESENTS APRES LES VIOLS AU MOINS PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS DE SUIVI**

Dans le tableau 6 et le tableau 7 sont rassemblées les prévalences des troubles mentaux présents au moins les six premiers mois après l'entrée dans la cohorte. On remarque que les troubles dissociatifs dans leur ensemble surviennent souvent après les viols et que leur présence est liée à celle d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. Ainsi 23% des victimes de la cohorte (et 20% dans la sous-cohorte) développent un état de dépersonnalisation qui est souvent une impression d'être hors de son corps et de s'observer de l'extérieur. Ces dépersonnalisations peuvent coïncider avec les états de sidération qui se produisent parfois au moment du traumatisme ; les victimes racontent souvent, par exemple, que lors du viol, elles se sentaient pétrifiées, qu'elles auraient voulu héler un passant, mais qu'aucun son ne sortait de leur gorge et qu'elles avaient leur esprit séparé de leur corps. On trouve aussi dans la cohorte 20% de troubles dissociatifs non spécifiés autrement (et 18% dans la sous-cohorte), 7% de fugues dissociatives (et 6% dans la sous-cohorte), 43% d'amnésies dissociatives (et 35% dans la sous-cohorte) et 11% d'identités dissociatives qu'on appelait autrefois personnalités multiples (et 10% dans la sous-cohorte). Les troubles somatoformes, dans leur ensemble, et les troubles phobiques, en particulier l'agoraphobie, ont aussi une prévalence importante. Seules parmi les phobies, les phobies sociales sont à la fois fréquentes - plus que les phobies spécifiques par exemple - et non liées significativement à la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. Il est vraisemblable que ces phobies sociales sont plus souvent le témoin d'une prédisposition à subir des traumatismes plus que d'un effet des traumatismes. Il est à noter que les autres troubles anxieux comme l'anxiété généralisée, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble panique sans agoraphobie ont des fréquences plus modestes, et pas de liaison significative à la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. L'anxiété généralisée est un trouble où le sujet s'inquiète de tout, de manière chronique. Ce trouble mental, ainsi appréhendé, se distingue du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) dans lequel de nombreuses situations effraient, certes, mais dans lequel l'angoisse est provoquée par une réminiscence du traumatisme. Les syndromes obsessionnels compulsifs qui ont été observés étaient parfois associés à des dépressions. Des crises d'angoisse comparables aux attaques de panique sont fréquentes chez les sujets traumatisés, mais elles sont le plus souvent associées à des situations

**Tableau 6. - Troubles mentaux présents après les viols pendant au moins les six premiers mois après l'entrée dans la cohorte<sup>a</sup> de Tours**

Etude prospective des victimes de viol du Centre Médico-Légal de Tours	Ensemble de la cohorte <sup>b</sup> N=102 <sup>c</sup>	Sujets avec PTSD 12 mois après entrée dans la cohorte <sup>b</sup> N=51 <sup>c</sup>	Sujets sans PTSD 12 mois après entrée dans la cohorte <sup>b</sup> N=24 <sup>c</sup>	Différence
	----- - ----- %	----- - ----- %	----- - ----- %	----- -- ----- p
PTSD <sup>a</sup>	71	98	25	<10 <sup>-9</sup>
Troubles dissociatifs	69	84	50	<0.01
Troubles somatoformes	66	76	46	<0.02
Agoraphobie	59	76	25	<0.001
Phobie spécifique	46	59	25	<0.01
Phobie sociale	48	47	42	ns
Trouble panique	15	18	4	ns
Trouble obsessionnel compulsif	10	16	4	ns
Anxiété généralisée	10	6	21	ns
Troubles dépressifs	38	55	8	<0.001
Troubles psychotiques ou bipolaires	11	6	13	ns
Abus d'alcool	23	33	8	<0.03
Consommation de drogue	14	20	13	ns
Troubles du comportement alimentaire	21	24	13	ns
Trouble d'identité sexuelle	32	42	13	<0.02

<sup>a</sup> Seuls les troubles mentaux présents continûment pendant les six premiers mois sont pris en compte ici

<sup>b</sup> Sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec la survenue du viol ou a été postérieure à celui-ci

<sup>c</sup> Certains de ces sujets n'ont pu être évalués convenablement pour un trouble ou ont été perdus de vue à un moment du suivi

ns : différence non significative au risque 5% entre les groupes avec ou sans Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois

**Tableau 7. - Troubles mentaux présents après les viols pendant au moins les six premiers mois après l'entrée dans la sous-cohorte<sup>a</sup> de Tours**

Etude prospective des victimes de viol du Centre Médico-Légal de Tours	Ensemble de la sous-cohorte <sup>b</sup> N=72 <sup>c</sup>	Sujets avec PTSD 12 mois après entrée dans la sous-cohorte <sup>b</sup> N=27 <sup>c</sup>	Sujets sans PTSD 12 mois après entrée dans la sous- cohorte <sup>b</sup> N=19 <sup>c</sup>	Différence
	----- -- %	----- --- %	----- --- %	----- -- p
PTSD <sup>a</sup>	65	96	32	<10 <sup>-5</sup>
Troubles dissociatifs	61	77	42	<0.02
Troubles somatoformes	65	81	42	<0.01
Agoraphobie	56	77	21	<0.001
Phobie spécifique	41	58	21	<0.01
Phobie sociale	44	38	32	ns
Trouble panique	16	19	5	ns
Trouble obsessionnel compulsif	5	8	5	ns
Anxiété généralisée	9	8	16	ns
Troubles dépressifs	35	58	5	<0.001
Troubles psychotiques ou bipolaires	12	16	4	ns
Abus d'alcool	23	37	11	<0.05
Consommation de drogue	14	22	16	ns
Troubles du comportement alimentaire	18	19	11	ns
Trouble d'identité sexuelle	30	42	11	<0.03

<sup>a</sup> Seuls les troubles mentaux présents continûment pendant les six premiers mois sont pris en compte ici

<sup>b</sup> Sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec la survenue du viol

<sup>c</sup> Certains de ces sujets n'ont pu être évalués convenablement pour un trouble ou ont été perdus de vue à un moment du suivi  
ns : différence non significative au risque 5% entre les groupes avec ou sans Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois

phobogènes ou à des situations de reviviscence du traumatisme. Cela permet d'envisager des mécanismes psychopathologiques communs au trouble panique et au Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), mais cela ne permet pas d'affirmer une comorbidité massive des deux troubles. Si l'abus d'alcool est associé significativement à la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois, la consommation de drogues et les troubles du comportement alimentaire pris isolément ne le sont pas. Il est possible que le développement d'addictions aux drogues et de troubles du comportement alimentaire après un traumatisme comme le viol, ne se produise que tardivement, après un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique de plus de douze mois, quand le sujet s'est notablement désorganisé sur le plan social. Cependant, on notera que dans la cohorte, la présence d'au moins une conduite addictive (abus d'alcool, consommation de drogue ou trouble du comportement alimentaire) est repérée chez 40% de l'ensemble des sujets, et chez 47% de ceux qui présentent un PTSD à douze mois (au lieu de 17% de ceux sans PTSD à douze mois,  $p=0.011$ ). De même, dans la sous-cohorte, la présence d'au moins une conduite addictive est repérée chez 38% des sujets, et chez 44% de ceux qui présentent un PTSD à douze mois (au lieu de 16% de ceux sans PTSD à douze mois,  $p=0.041$ ). Par ailleurs, les troubles dépressifs quelle qu'en soit la nature exacte (dépressions majeures aussi bien que dysthymies ou dépressions récurrentes brèves), sont très répandus après les viols et très liés à la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. Ils sont associés aux symptômes d'engourdissement affectif que les américains dénomment "numbing", qui se distinguent des symptômes d'une dépression commune, et qui sont partie intégrante du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD).

#### **7. LE SYNDROME TRAUMATIQUE DISSOCIATIF ET PHOBIQUE APPARU CHEZ LES VICTIMES DE VIOL DANS LES SIX PREMIERS MOIS DE SUIVI**

L'hystérie a traditionnellement été décrite, d'une part, comme *un "rétrécissement du champ de la conscience"* (Janet 1889) c'est-à-dire comme une dissociation psychique, et d'autre part, comme un ensemble de multiples manifestations de somatisation, c'est-à-dire de dissociation somato-psychique (Briquet 1859). Les tableaux 6 et 7 montrent que quatre troubles : les troubles dissociatifs au sens de Pierre Janet, les troubles somatoformes, l'agoraphobie et les phobies spécifiques sont significativement liés à la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. Dans la sous-cohorte des sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec un viol, 62% des sujets avec un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique

(PTSD) à douze mois présentaient au moins trois de ces quatre troubles continûment dans les six premiers mois, au lieu de 42% des sujets de l'ensemble de la cohorte ( $p<0.01$ ). De même dans la cohorte, 63% des sujets avec un Syndrome secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois présentaient au moins trois des quatre troubles continûment dans les six premiers mois de suivi, contre 49% des sujets de l'ensemble de la cohorte ( $p<0.001$ ). Pour cette raison, nous avons dénommé ces quatre troubles mentaux le "*Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique*". Ce syndrome est donc globalement un facteur de prédiction de la présence d'un Syndrome secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique de douze mois, et apparaît précocement après les viols.

Pour déterminer le meilleur facteur de prédiction de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique à douze mois parmi les quatre troubles, nous avons mis en oeuvre une régression logistique ce qui permet d'éliminer les interrelations des troubles. La régression logistique sur la variable *PTSD à douze mois* a inclus dans le modèle ces quatre troubles. Elle a montré, sur la sous-cohorte des sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec un viol, que le meilleur facteur de prédiction d'un Syndrome secondaire à un Stress traumatique (PTSD) à douze mois était l'*agoraphobie* observée dans les six premiers mois de suivi (OR=12.5, IC 95% = [2.99 - 52.3]).

## **8. LE SYNDROME TRAUMATIQUE DE TYPE LIMITE APPARU CHEZ LES VICTIMES DE VIOL DANS LES SIX PREMIERS MOIS DE SUIVI**

Nous avons étudié huit signes cliniques (cf. tableaux 8 et 9) qui sont apparus après les viols et qui sont restés présents continûment au moins au cours des six premiers mois de suivi. De tels traits sont trouvés communément chez les patients dont la pathologie est qualifiée par le terme "état-limite". Dans la cohorte, avoir au moins cinq des huit symptômes est associé plus fréquemment avec la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois (OR=6.54, IC 95% = [2.09 - 20.5]). C'est pourquoi nous avons appelé l'ensemble de ces traits le "*Syndrome Traumatique de type Limite*". Ce syndrome observé au moins dans les six premiers mois de suivi est donc un facteur de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique à douze mois.

Ce Syndrome Traumatique de type Limite associe des troubles du comportement hétéro-agressifs et auto-agressifs impliquant une dimension de masochisme et de répétition des traumatismes, des comportements addictifs, et des troubles de la lignée narcissique : une mauvaise estime de soi, un abandonnisme et une dépression dont le type ne correspond pas à celui d'une



**Tableau 8. - Le Syndrome Traumatique de type Limite apparu après les viols et constaté au moins pendant la période de six mois suivant l'entrée dans la cohorte de Tours**

Etude prospective des victimes de viol du Centre Médico-Légal de Tours	Ensemble de la cohorte <sup>a</sup> N=102 <sup>b</sup>	Sujets avec PTSD 12 mois après entrée dans la cohorte <sup>a</sup> N=51 <sup>b</sup>	Sujets sans PTSD 12 mois après l'entrée dans la cohorte <sup>a</sup> N=24 <sup>b</sup>	Différenc <sup>e</sup>
	- %	--- %	--- %	-- p
Peur fréquente d'être abandonné	60	75	17	<0.000 01
Mauvaise estime de soi	49	68	21	<0.001
Trouble d'identité sexuelle	32	42	13	<0.02
Impulsivité dans des comportements de prise de risque <sup>c</sup>	55	61	42	ns
Auto-agressivité <sup>d</sup>	39	51	8	<0.001
Trouble affectif de type dépressif	38	55	8	<0.001
Sentiments permanents de vide ou d'ennui	64	76	38	<0.01
Hétéro-agressivité <sup>e</sup>	47	51	38	ns
Au moins 5 symptômes sur les 8 ci-dessus	44	62	4	<0.000 01

<sup>a</sup> Sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec la survenue du viol ou a été postérieure à celui-ci

<sup>b</sup> Certains de ces sujets n'ont pu être évalués convenablement pour un item ou ont été perdus de vue à un moment du suivi

<sup>c</sup> Fugue, troubles du comportement alimentaire, problèmes avec la justice, sexualité à risque, consommation de toxiques, abus d'alcool

<sup>d</sup> Tentative de suicide, se couper, se brûler

<sup>e</sup> Casser des objets, se battre

ns : différence non significative au risque 5% entre les groupes avec et sans Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois

**Tableau 9. - Le Syndrome Traumatique de type Limite apparu après les viols et constaté au moins pendant la période de six mois suivant l'entrée dans la sous-cohorte de Tours**

Etude prospective des victimes de viol du Centre Médico-Légal de Tours	Ensemble de la sous- cohorte <sup>a</sup>	Sujets avec PTSD 12 mois après entrée dans la sous-cohorte <sup>a</sup> N=27 <sup>b</sup>	Sujets sans PTSD 12 mois après entrée dans la sous-cohorte <sup>a</sup> N=19 <sup>b</sup>	Différence
	N=72 <sup>b</sup> ----- -- %	----- --- %	----- --- %	----- - p
Peur fréquente d'être abandonné	56	74	11	<0.000 1
Mauvaise estime de soi	43	69	11	<0.000 1
Trouble d'identité sexuelle	30	42	11	<0.03
Impulsivité dans des comportements de prise de risque <sup>c</sup>	56	67	42	ns
Auto-agressivité <sup>d</sup>	36	48	11	<0.01
Trouble affectif de type dépressif	35	58	5	<0.001
Sentiments permanents de vide ou d'ennui	60	81	26	<0.001
Hétéro-agressivité <sup>c</sup>	45	48	26	ns
Au moins 5 symptômes sur les 8 ci-dessus	42	69	0	<0.000 01

<sup>a</sup> Sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec la survenue du viol

<sup>b</sup> Certains de ces sujets n'ont pu être évalués convenablement pour un item ou ont été perdus de vue à un moment du suivi

<sup>c</sup> Fugue, troubles du comportement alimentaire, problèmes avec la justice, sexualité à risque, consommation de toxiques, abus d'alcool

<sup>d</sup> Tentative de suicide, se couper, se brûler

<sup>e</sup> Casser des objets, se battre

ns : différence non significative au risque 5% entre les groupes avec et sans Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois

perte d'objet mais plutôt à celui d'une dépression narcissique. Concernant ces dépressions associées à un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), les études actuelles insistent d'ailleurs sur le profil biologique qui les distinguent des dépressions communes (cf. tableau 31 du Chapitre IX). L'ensemble de ces traits témoigne d'une altération profonde de l'identité dès les six premiers mois après le viol. Il est raisonnable de penser que ce sont ces troubles qui initient les modifications de la personnalité observées chez les victimes de traumatismes, comme celles décrites par les catégories de personnalité limite, de personnalité post-traumatique, ou de Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS).

Cependant, les caractéristiques cliniques de ce syndrome ne sont pas indépendantes. Pour déterminer les meilleurs signes de ce syndrome pour prédire la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois, nous avons fait une régression logistique. La régression logistique a inclus dans le modèle les symptômes du tableau 9 significativement liés à la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique douze mois après l'entrée dans la cohorte. Elle a montré dans la sous-cohorte des sujets dont l'entrée dans la cohorte a coïncidé exactement avec le viol, que deux symptômes précocement relevés sur la période de six mois suivant l'entrée dans la cohorte, la *fréquente peur d'être abandonné* (OR=17.8, IC 95% = [2.65 - 119.]) et la *mauvaise estime de soi* (OR=14.4, IC 95% = [2.10 - 98.7]) sont les meilleurs facteurs de prédiction de ce syndrome pour la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois.

Une dernière régression logistique sur la variable *PTSD à douze mois* a inclus dans le modèle deux variables globales qui sont des facteurs de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois :

- avoir trois des quatre troubles dissociatifs et phobiques dans les six premiers mois de suivi
- avoir cinq des huit traits de type limite dans les six premiers mois de suivi.

Elle a montré sur la cohorte que c'est le *Syndrome Traumatique de Type Limite* qui est le meilleur des deux syndromes pour prédire la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois (OR=6.54, IC 95% = [2.09 - 20.5]). On remarquera que dans chacun des trois syndromes traumatiques secondaires aux viols : *Syndrome Secondaire au Stress Traumatique (PTSD)*, *Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique*, et *Syndrome Traumatique de type Limite*, le trouble mental tend à couper du souvenir traumatique et de la représentation du traumatisme les émotions secondaires au traumatisme. Ces émotions évoluent parfois pour leur propre compte après cette dissociation.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### 9. DISCUSSION

Notre étude ne concerne pas à proprement parler la population générale puisque notre champ d'étude s'est centré sur des sujets qui se présentent dans un centre départemental d'accueil de victimes de violences sexuelles, c'est-à-dire des sujets qui cherchent une aide ou qui sont impliqués dans un processus judiciaire. Cependant, toute victime impliquée dans un processus judiciaire à Tours et dans le département d'Indre et Loire est adressée à ce centre, ce qui signifie que notre étude peut être considérée comme exhaustive pour cette population. Aujourd'hui, les statistiques officielles suggèrent que les victimes portent plainte beaucoup plus souvent qu'auparavant. L'intérêt d'une étude prospective réside dans le fait que les victimes de viols récents (comme c'était le cas pour la plupart des membres de notre cohorte) ne savent pas si dans quelques jours elles vont développer un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Quant aux victimes qui ne sont pas dépistées par le Centre, il ne peut être affirmé de manière catégorique qu'elles sont plus ou moins malades que celles qui sont dépistées. En effet, certaines sont très malades et du coup, évitent tous les systèmes de soins, ce qui peut alimenter les controverses (Darves-Bornoz et al. 1995<sub>b</sub>). D'autres, cependant, semblent récupérer de leurs viols sans trop de problèmes et donc ne recherchent pas d'aide. Les données en notre possession sembleraient indiquer que les victimes qui évitent les systèmes de soins, évitent les soins de longue durée, mais consultent ponctuellement quand même à un moment ou à un autre dans des services médicaux, psychiatriques ou psychosociaux ; par exemple, il arrive que de telles patientes consultent parce qu'elles craignent que leur enfant ne soit victime lui aussi d'abus sexuels. C'est le cas pour les sujets présentant une personnalité multiple. Par contre, il peut se faire que des victimes de viol n'éprouvent pas de détresse secondairement à leur viol et ne portent pas plainte pour cette raison.

La prédominance féminine chez les victimes de viol est confirmée, sans que les hommes victimes soient en nombre négligeable. Le viol touche toutes les catégories socioprofessionnelles et en majorité des adolescents. Les résultats suggèrent que n'être séparé d'aucun de ses parents dans l'enfance protège contre la survenue d'un viol, mais pas contre la survenue d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) une fois que le sujet a subi l'agression.

L'étude de la typologie des viols montre que les meilleurs facteurs de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress traumatique (PTSD) chronique à douze mois, sont le caractère incestueux du viol et le fait d'avoir été battu en dehors des viols. Cela indique que l'inceste est le traumatisme sexuel le plus sévère et que les mauvais traitements physiques rendent plus vulnérable au traumatisme du viol.

Des manifestations cliniques apparaissent précocement après les viols et sont significativement associées aux Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD) chroniques à douze mois. En particulier, la *fugue* est le meilleur trouble du comportement pour prédire la présence d'un PTSD à douze mois, certaines d'entre elles étant d'ailleurs des fugues dissociatives. Sur le plan du malaise psychique, on notera l'*incapacité à faire confiance* des victimes qui est le reflet du sentiment de trahison chez les victimes d'inceste, et d'une manière plus générale chez les victimes de viol, le retournement cognitif face à un monde supposé sûr avant le viol. On peut interpréter aussi cette méfiance comme une angoisse paranoïde et comme une construction en rapport avec le retrait et la dépression narcissiques.

Les troubles mentaux observés montrent combien la psychopathologie est lourde après les viols. Parmi les troubles mentaux relevés chez les victimes, il faut mettre en avant la présence de 11% de personnalités multiples et de 69% de troubles dissociatifs considérés dans leur ensemble. Cela confirme que le phénomène dissociatif est étroitement lié au Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) ce que d'autres auteurs ont mis en valeur (Spiegel et al. 1988). La grande fréquence de troubles de mémoire psychogènes fait écho à des recherches actuelles (van der Kolk et al. 1987<sub>b</sub>). Ces troubles de mémoire peuvent culminer en une amnésie totale du traumatisme. Il est même arrivé qu'une femme qui venait d'être violée, consulte au Centre pour savoir si elle avait été agressée. Les conduites addictives dans leur ensemble ont une association significative avec la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. Des auteurs mettent en avant des modèles qui permettent d'expliquer l'apparition de ces addictions (Darcourt 1993).

Nous avons rassemblé sous le nom de "*Syndrome Traumatique de type Limite*", des traits psychologiques et comportementaux apparus après les viols et constatés, au moins, pendant la période des six premiers mois de suivi. Ce syndrome précoce témoignant d'une altération de l'identité est un facteur de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. Sa définition est proche de celle des personnalités limites et cela pose le problème des changements de personnalité qui surviennent après un traumatisme, et en particulier de l'intrication traumatisme psychique - personnalité limite. L'étude des troubles mentaux présents, au moins tout au long des six premiers mois de suivi, a montré qu'il existe un regroupement précoce de troubles mentaux qui est un facteur de prédiction de la présence d'un PTSD à douze mois. Nous avons appelé ce regroupement "*Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique*". Dans ce syndrome, l'agoraphobie apparaît le meilleur facteur de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. Ces manifestations ne relèvent pas d'une personnalité prémorbide, mais d'une dimension transnosographique post-traumatique. Nous avons déjà relevé cette réalité dans des populations psychiatriques (Darves-Bornoz et al. 1994<sub>a</sub>, 1995<sub>c</sub>).

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### 10. CONCLUSIONS

L'étude qui vient d'être présentée s'est déroulée dans le Centre Médico-Légal d'Accueil de Victimes de Viol de Tours. Son premier objectif était d'explorer le profil évolutif du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) et la prévalence des troubles mentaux sur une période de douze mois suivant le viol ; son deuxième objectif était de grouper ces troubles mentaux en syndromes liés au PTSD chroniques tout en restant distincts d'eux; son troisième objectif était de déterminer des facteurs cliniques de prédiction de la survenue d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique.

Des entretiens systématiques et prospectifs sur un an de cent deux victimes de viol, âgées de plus de treize ans, consécutivement examinées au Centre ont été menés par un psychiatre utilisant des entretiens structurés pour le diagnostic des troubles mentaux (notamment ADIS, SI-PTSD et SCID-D), à l'arrivée au centre, à dix jours, à un mois, à trois mois, à six mois et à douze mois.

L'étude a confirmé que le viol est un traumatisme qui engendre une proportion élevée de Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD) chroniques. D'une manière générale, la psychopathologie après un viol est sévère. Après un viol, les troubles mentaux présents chez les victimes ont des prévalences bien plus élevées que dans la population générale (cf. Lépine et Lellouch 1994). Le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois est lié à un ensemble de troubles que nous dénommons "*Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique*", et qui comprend somatisations et phobies spécifiques, mais aussi et surtout les troubles dissociatifs au sens de Pierre Janet et l'agoraphobie. Il est également lié à un ensemble d'attitudes psychologiques et comportementales qui décrivent l'altération de l'identité et de la personnalité après le viol et que nous avons appelé "*Syndrome Traumatique de type Limite*". Le Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique, et le Syndrome Traumatique de type Limite apparaissent précocement chez les victimes et sont massivement présents pendant les six premiers mois de suivi. L'un et l'autre, mais surtout le Syndrome Traumatique de type Limite, sont des facteurs de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. Le caractère incestueux du viol et les mauvais traitements physiques en dehors des viols se révèlent aussi des facteurs de prédiction de la présence d'un PTSD chronique à douze mois.

L'étude prospective des victimes de viol montre que le traumatisme exerce une influence précoce sur des traits psychologiques et comportementaux. Alors que ceux-ci ont souvent été considérés comme des traits de personnalité indépendants du traumatisme, il serait plus approprié de



les identifier comme des signes cliniques d'un trouble mental secondaire au viol. Il avait été repéré que des troubles graves rattachés autrefois à la névrose hystérique étaient survenus presque toujours chez des sujets ayant vécu un traumatisme majeur, le plus souvent sexuel (Putnam et al. 1986). Notre étude montre, réciproquement, que le traumatisme sexuel produit massivement les troubles autrefois rattachés à la névrose hystérique. C'est dire que la présentation de la névrose hystérique faite par Pierre Janet, et la première théorie de Freud qui était une théorie traumatique des névroses, sont rétablies comme les modèles de la psychopathologie hystérique.

## **B - DISCUSSION A PROPOS DU SYNDROME SECONDAIRE A UN STRESS TRAUMATIQUE (PTSD)**

L'étude sur la cohorte de Tours qui précède (cf. sous-chapitre A) a retenu le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) comme un des troubles qui, typiquement et fréquemment, succèdent à un viol. On va maintenant approfondir quelques éléments relevés dans les travaux actuels sur ce syndrome.

### **1. NOSOGRAPHIE**

Le PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder* que nous avons choisi de traduire *Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique*) est la dénomination récente, depuis le début des années quatre-vingt, d'une catégorie nosologique cernée au siècle dernier sous le nom de Névrose Traumatique (Oppenheim 1889).

Le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) est-il une pathologie anxieuse comme l'affirment le DSM-IV (APA 1994) et David H. Barlow (Barlow 1988) ? Est-il un trouble ressemblant aux deuils pathologiques (Horowitz 1993) et à ce titre se rapproche-t-il d'un trouble dépressif ? Les traits de type dissociatif observés dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) permettent-ils de le classer comme un état dissociatif (Brett 1993) ? Doit-il être répertorié dans un champ spécifique en tant que trouble secondaire à un stress extrême comme le suggère la Classification Internationale des Maladies CIM-10 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 1992) ?

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

C'est probablement la première dénomination de Névrose Traumatique qui a conduit au classement du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) parmi les Troubles Anxieux dans les classifications américaines de troubles mentaux des quinze dernières années. En effet, dans cette nosographie, le cadre des névroses a été démantelé, et les héritiers des névroses y sont repérés essentiellement comme des troubles anxieux (APA 1980, 1987, 1994). Cette inclusion dans les troubles anxieux est ainsi fondée en partie sur une série de malentendus causés par le rattachement traditionnel de cette pathologie au domaine des névroses, même si c'est pour en faire une "*névrose actuelle*" c'est à dire tout autre chose qu'une névrose. En effet, dans un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), les symptômes ne relèvent pas d'un retour symbolisé de refoulé. Est-ce à dire que, dans un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), le sujet n'est pas anxieux ? Assurément, il l'est. Ainsi, outre les symptômes spécifiques du trouble, on y trouve des épisodes proches de la symptomatologie des attaques de panique (Rainey et al. 1987). Néanmoins, cette comorbidité n'est pas un argument suffisant pour le rattacher aux troubles anxieux. Il y a bien d'autres cadres nosologiques indépendants où de l'anxiété est présente ; par exemple, les déprimés sont rarement sans anxiété mais peu dénie l'utilité de classer les troubles de l'humeur dans une catégorie distincte.

Et parler de la dépression, à ce point de l'exposé, est opportun car le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) partage avec la dépression bon nombre de symptômes. On peut citer : les idées suicidaires, le sentiment de culpabilité, le retrait social, la perte d'intérêt dans les activités autrefois investies, l'impossibilité de se projeter dans l'avenir, les troubles du sommeil, et parfois tout simplement un syndrome dépressif complet qui est associé au Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). C'est ce qui a motivé des essais thérapeutiques, dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), de traitements efficaces dans la dépression, médicaments qu'on a coutume d'appeler "antidépresseurs" (Lépine et Darves-Bornoz 1993). Leur efficacité partielle peut difficilement être un argument pour ranger le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) parmi les troubles de l'humeur. En effet, ce groupe de médicaments est loin d'être une sorte d'insuline de la dépression, loin d'être l'espace dual de la dépression.

La question qui se pose est alors : "quel est le champ psychopathologique du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) ?" Notre point de vue, après notre étude de la cohorte de Tours, est qu'il s'agit d'un champ psychopathologique spécifique, le champ psychopathologique du Traumatisme, de la Mémoire et de la Dissociation (Darves-Bornoz 1994<sub>g</sub>). Et il faut préciser que cette dissociation à laquelle nous faisons référence, peut être - comme dans une amnésie - intra-psychique, ou qu'elle peut être - comme dans une conversion - somato-psychique. Une dissociation est généralement définie comme "*une perturbation ou une altération dans les fonctions d'intégration*

*normales de l'identité, de la mémoire ou de la conscience"* (Spiegel et al. 1988). La relation spéciale qui unit le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) et la dissociation a été illustrée par plusieurs études. Spiegel et ses collègues (1988) avaient déjà montré en utilisant le degré d'aptitude à l'hypnose comme mesure de dissociation, que les sujets présentant un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) étaient très réceptifs à l'hypnose, plus par exemple que des patients présentant une anxiété généralisée (Spiegel et al. 1988). En utilisant la Dissociative Experiences Scale (Bernstein 1986), d'autres auteurs avaient aussi constaté que la dissociation, comme trait, était fortement liée au Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) (Lowenstein et Putnam 1988), mais il a été montré de plus, que l'analgésie, un état dissociatif, était associée au Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), et que d'ailleurs, cette analgésie était réversible sous naloxone (Pitman et al. 1990<sub>b</sub>).

Le champ psychopathologique que nous venons de situer, était très actif au siècle dernier. Nous pensons à Charcot et au premier Freud, celui de la Neurotica, mais surtout à Janet qui est un auteur emblématique pour les spécialistes du traumatisme. Ce champ est ensuite tombé en déshérence pendant plusieurs décennies, mises à part les études de Ferenczi. En France, l'étude des névroses de guerre et l'activité des psychiatres militaires (Crocq et al. 1966 ; Juillet et al. 1969 ; Barrois 1988 ; Briole et al. 1994) ont permis que les signes spécifiques des troubles mentaux traumatiques restent dans certains cas identifiés et enseignés (Lempérière et al. 1977). De nombreux auteurs restent attachés, en France, à la prééminence des symptômes spécifiques (le syndrome de répétition) dans la définition de ce trouble qu'ils préfèrent dénommer par ailleurs Syndrome Psycho-Traumatique (cf. décret du 10 janvier 1992 classifiant les troubles psychiques de guerre).

## 2. MOYENS D'EVALUATION

Aux Etats-Unis, la sévérité des problèmes psychologiques posés par les anciens combattants du Vietnam ont contraint le corps social dans son ensemble à réfléchir aux causes de cet état de fait. Du coup, les psychiatres américains ont été amenés à reconnaître l'existence de troubles mentaux post-traumatiques et à en poser les limites en affirmant, par exemple, qu'un *"Stress Traumatique, par définition, désigne un trouble émotionnel se développant après une expérience émotionnelle intense dans le contexte d'un traumatisme qui sort du champ de l'expérience humaine commune"* (Barlow 1988).

Tous les auteurs sont d'accord pour soutenir que l'événement traumatique est l'élément déterminant dans la survenue d'un Stress Traumatique. Autrement dit, il n'existe pas de Stress Traumatique sans traumatisme psychique. Si l'on veut définir ce qu'est un événement traumatique,

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

il faut se référer à la fois à des critères objectifs de description de l'événement traumatique et des critères subjectifs décrivant la réponse de cet individu à l'événement. La réponse immédiate de l'individu doit être faite de détresse, de peur ou d'horreur (APA 1994). Les critères objectifs supposent que l'expérience traumatique était reliée à une perte de la vie ou une perte de l'intégrité de l'être (APA 1994).

**Tableau 10. - Critères diagnostiques du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA 1994)**

A - La personne a été exposée à un événement traumatique dans lequel les deux caractéristiques suivantes étaient présentes :

- (1) la personne a fait l'expérience, a été le témoin ou a été mise en présence d'un ou de plusieurs événements qui ont à voir avec la menace ou la réalité de la mort, ou une blessure grave, ou une menace pour l'intégrité physique de soi ou des autres ;
- (2) la réponse de la personne implique peur intense, impuissance, ou horreur ; Note :

Chez

les enfants, au lieu de l'expression de ces émotions on peut observer un

comportement

agité ou désorganisé.

B - L'événement traumatique est revécu de manière persistante d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) souvenirs pénibles de l'événement répétitifs et intrusifs, comportant des images, des pensées ou des perceptions ; Note : Chez les jeunes enfants, peuvent survenir des jeux répétitifs dans lesquels sont exprimés des aspects et des thèmes du traumatisme ;
- (2) rêves pénibles répétitifs sur l'événement ; Note : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;
- (3) agir et ressentir comme si l'événement traumatique était en train de se répéter (peut comporter une sensation de revivre l'expérience, des illusions, des hallucinations et des épisodes de "flashback" dissociatif, y compris ceux qui surviennent au réveil ou après une prise de toxique) ; Note : Chez les jeunes enfants, une reconstitution spécifique du traumatisme peut se produire ;
- (4) détresse psychologique intense lors de l'exposition à des signaux internes ou externes qui ressemblent à un aspect de l'événement traumatique ou le symbolisent ;
- (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des signaux internes ou externes qui ressemblent à un aspect de l'événement traumatique ou le symbolisent.

**Tableau 10. - Critères diagnostiques du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA 1994) [suite]**

C - Evitement persistant de stimuli associés au traumatisme et engourdissement de la réactivité générale (absents avant le traumatisme), comme l'attestent au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) efforts pour éviter des pensées, des sentiments, ou des conversations associées au traumatisme ;
- (2) efforts pour éviter des activités, des lieux, ou des gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
- (3) impossibilité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
- (4) intérêt ou participation diminués de manière marquée dans des activités significatives ;
- (5) sentiment de détachement ou d'éloignement des autres ;
- (6) éventail restreint d'affects (par exemple, incapable d'avoir des sentiments amoureux) ;
- (7) sensation d'avenir limité (par exemple, ne s'attend pas à avoir une carrière, un mariage, des enfants, ou une durée de vie normale).

D - Symptômes persistants de vigilance accrue (absents avant le traumatisme) comme l'attestent au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) difficulté pour s'endormir ou pour rester endormi ;
- (2) irritabilité ou explosions de colère ;
- (3) difficulté de concentration ;
- (4) état de qui-vive ;
- (5) réaction de sursaut exagérée.

E - Durée du trouble (symptômes des critères B, C, et D) supérieure à un mois.

F - Le trouble crée une détresse cliniquement significative ou une détérioration du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres secteurs importants.

Spécifier :

- Aigu : si la durée des symptômes est inférieure à trois mois  
Chronique : si la durée des symptômes est supérieure à trois mois

Spécifier :

Avec déclenchement différé : si le déclenchement des symptômes est survenu au moins six mois après le stressor

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Les études entreprises aux Etats-Unis d'Amérique ont conduit à des descriptions précises du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) dans les classifications américaines des troubles mentaux (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV). Elles distinguent trois types de manifestations :

- (a) la reviviscence du traumatisme, ce qu'on appelle en France le syndrome de répétition,
- (b) l'évitement d'activités associées au traumatisme et la restriction des affects que les psychiatres américains appellent "numbing",
- (c) des manifestations d'hypervigilance.

Comme Janet l'avait souligné, le clinicien peut remarquer que les troubles secondaires à un traumatisme psychique sont des entités cliniques biphasiques associant des symptômes positifs, ceux de la reviviscence du traumatisme, et des symptômes négatifs, ceux du retrait affectif et du "*rétrécissement du champ de la conscience*". La répétition du traumatisme est le versant productif de ce syndrome biphasique. Elle peut se faire dans des cauchemars ou dans des souvenirs douloureux qui viennent spontanément à l'esprit. Cependant, la répétition peut s'exprimer aussi dans la détresse éprouvée lors de la confrontation à quelque chose qui, pour le sujet, symbolise le traumatisme, et déclenche le souvenir douloureux du traumatisme, voire l'impression que tout est en train de recommencer. Les manifestations d'hypervigilance peuvent être associées à ce tableau productif. Elles s'expriment dans des troubles du sommeil, dans une humeur pseudo-caractérielle et d'une manière générale dans un état de qui-vive permanent. La constriction des affects est le versant négatif et tonique du syndrome. Il représente le fonctionnement de base du sujet traumatisé sur lequel des phases de répétition et d'hypervigilance viennent se greffer. Il peut être décrit comme un ensemble de deux types de symptômes : des évitements (y compris des amnésies psychogènes) et des manifestations de retrait affectif parfois pseudo-dépressives et parfois dissociatives. Dans ce versant de constriction du moi, le sujet cherche au fond à éviter d'être victime d'un nouveau traumatisme, en n'étant impliqué dans rien.

Par ailleurs, le profil évolutif de ce syndrome se réfère à deux notions, celle de période de latence et celle de durée des symptômes. Il faudra attendre quelques mois de présence continue des symptômes avant de pouvoir se référer à une névrose traumatique c'est-à-dire à un véritable trouble chronique. La disparition du diagnostic du syndrome ne veut pas dire que certains symptômes ne subsistent pas plus longtemps ou ne resurgiront pas plus tard ; c'est souvent le cas, par exemple, lorsque un agresseur sort de prison. Des phases "toniques" du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique, faites de constriction du moi c'est-à-dire de repli narcissique, peuvent prédominer avec disparition complète

du syndrome de répétition du tableau clinique. Il ne s'agit pas, alors, de disparition du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) mais d'alternance de phases toniques et de phases de répétition.

**Tableau 11. - Plan de l'Entretien Structuré pour le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (SI-PTSD ; Davidson et al. 1989)**

- A - Avoir vécu un événement traumatique hors du commun
- B - Revivre l'événement traumatique :
  - dans des souvenirs répétitifs et envahissants
  - dans des rêves
  - dans les comportements ou les sentiments, comme si tout recommençait
  - grande souffrance lors de l'exposition à des événements rappelant le traumatisme
  - réponses physiques lors de l'exposition à des événements ressemblant au traumatisme
- C - Evitement de stimuli associés au traumatisme, marqué par les conduites suivantes :
  - essayer d'éviter des pensées ou des sentiments concernant le traumatisme
  - évitement d'activités qui éveillent le souvenir de l'événement
  - amnésie psychogène
  - perte d'intérêt dans des activités
  - sentiment de détachement ou de devenir étranger aux autres
  - restriction des affects
  - affect réprimé (évalué par une observation du comportement pendant l'entretien)
  - sentiment d'absence d'avenir
- D - Hypervigilance :
  - troubles du sommeil
  - être plus irritable ou plus coléreux que d'habitude
  - difficultés de mémoire ou de concentration
  - être sur le qui-vive
  - sursauter
  - culpabilité de son comportement ou culpabilité d'avoir survécu
- E - Profil évolutif des troubles :
  - délai d'apparition des symptômes
  - durée de la présence du syndrome
- F - Résultats :
  - diagnostic de PTSD (actuel, passé)
  - type évolutif du PTSD (aigu, chronique, différé)
  - quantification de l'intensité des symptômes et du syndrome

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Des questionnaires ont été mis au point dans les dernières années pour l'évaluation symptomatique du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), ce qui était nécessaire notamment pour évaluer les traitements. On peut citer la Mississippi Scale for PTSD, échelle à trente-cinq items fondée sur les critères du DSM III (Keane et al 1988), la Combat Exposure Scale (Friedman et al. 1986), la Modified Fear Survey (Resick et al. 1988<sub>b</sub>), la PTSD Symptom Scale - PSS (Rothbaum et al. 1990) et surtout l'Impact of Events Scale dont les deux principaux facteurs qui se présentent comme des sous-échelles sont "*l'envahissement*" c'est-à-dire le syndrome de répétition et "*l'évitement*" c'est-à-dire l'ensemble des comportements d'évitement et de restriction des affects (Horowitz et al. 1979). Actuellement les études cliniques utilisent souvent la CAPS - Clinician Administered PTSD Scale - (Blake et al. 1990) qui est une échelle qui évalue à la fois l'intensité et la fréquence des symptômes. Il existe aussi pour explorer le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) une section de l'ADIS (Anxiety Disorders Interview Schedule), l'entretien structuré pour les troubles anxieux et dépressifs de l'équipe de Barlow (di Nardo et al. 1983, 1993). Une section du Diagnostic Interview Schedule (DIS), entretien structuré du NIMH américain (National Institute of Mental Health), permet également de diagnostiquer le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (Robins et al. 1981). Nous avons pour notre part utilisé un excellent entretien structuré pour le PTSD, le SI-PTSD - Structured Interview for Post-Traumatic Stress Disorder - (Davidson et al. 1989) qui explore les signes cliniques du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), ainsi que les durées d'évolution et la période de latence, à l'aide de nombreuses questions précises. Il permet de porter des diagnostics de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), et en outre de quantifier l'intensité du syndrome, puisque chaque item est coté de 0 à 4 avec des définitions précises pour chaque niveau de cotation.

### **3. EPIDEMIOLOGIE DU SYNDROME SECONDAIRE A UN STRESS TRAUMATIQUE (PTSD)**

La définition d'un événement traumatique telle qu'elle a été exposée au chapitre II exclut des événements de vie qui, même s'il sont stressants, ne sont pas susceptibles d'engendrer des symptômes de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Ainsi le deuil est le plus souvent hors du champ des événements traumatiques. Il en est de même des événements de vie banalement stressants qui conduisent plus souvent à des troubles de l'adaptation plutôt qu'à un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Pour



faire image, on peut citer un certain nombre d'événements traumatiques : événements liés à la guerre (combat, bombardement, camps de concentration ou de prisonniers de guerre, prise d'otage), catastrophes naturelles, catastrophes d'origine humaine (incendies, effondrement d'immeubles), accidents de toutes natures, agressions criminelles, être témoin d'un homicide ou d'une agression. Se référer à de tels événements peut sembler du coup en faire des raretés. Ce n'est pas pourtant ce que nous apprennent les études épidémiologiques. Il est utile d'en présenter quelques-unes.

Helzer et ses collègues ont évalué sur le site de Saint-Louis de l'Epidemiological Catchment Area (ECA) Survey (échantillon de 1000 hommes et 1500 femmes issus de la population générale) une prévalence sur la vie du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à l'aide du Diagnostic Interview Schedule (DIS). Elle s'élevait à 1% dans l'ensemble de l'échantillon : 0.5% chez les hommes et 1.3% chez les femmes (Helzer et al. 1987). Une autre enquête a utilisé le même instrument sur le site de Caroline du nord de l'ECA Survey (Davidson et al. 1991<sub>a</sub>) et a trouvé une prévalence sur la vie du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) de 1.3%. De leur côté, Breslau et ses collègues ont étudié un millier de jeunes adultes (de vingt à trente ans) de la ville de Detroit à l'aide du DIS (Breslau et al. 1991). Les sujets avaient été recrutés dans une institution de médecine préventive. Il apparaît que 39% furent exposés à des événements traumatiques dans leur vie, notamment : agression (dont 1.6% victimes de viol), accident ou blessure grave, menace pour la vie, ou vue de quelqu'un gravement blessé ou tué. La prévalence sur la vie du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) était de 9%.

#### **4. PREVALENCE ET PROFIL EVOLUTIF DU SYNDROME SECONDAIRE A UN STRESS TRAUMATIQUE (PTSD) CHEZ DES SUJETS EXPOSES A UN TRAUMATISME**

Un certain nombre d'études ont essayé de déterminer la prévalence du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chez des victimes de viol. Il apparaît que les viols incestueux et non-incestueux sont des traumatismes parmi les plus sévères au même titre que la guerre, les camps de concentration et la torture. La réaction au viol apparaît notamment plus importante que dans des traumatismes où n'interviennent pas de relations interpersonnelles comme par exemple les catastrophes naturelles.

Des études ont été effectuées dans des centres d'accueil de victimes de viol. Dans l'étude prospective effectuée par l'équipe de Foa auprès de soixante-cinq victimes de viol non-incestueux ayant porté plainte, 94% des sujets présentaient les symptômes du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) dans les quinze premiers jours, 65% des sujets présentaient le syndrome à cinq semaines, et 47% à trois mois (Rothbaum et al. 1992). Dans

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

une enquête postale rétrospective faite auprès des victimes de viol ayant consulté aux Urgences Médico-Judiciaires de l'Hôtel Dieu à Paris, les cent vingt répondants à l'enquête ont fourni des informations permettant d'envisager le diagnostic de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) pour 66% et de PTSD chronique de durée supérieure à six mois pour 38% (Lopez et al. 1992).

D'autres enquêtes ont essayé d'étudier les victimes de viol de la population générale. Kilpatrick et ses collègues (1987) ont rapporté que 57% des victimes de viol d'un échantillon représentatif de la population générale d'un état des USA souffraient ou avaient souffert d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), et qu'au moment de l'enquête 17% en présentaient encore les signes, en moyenne dix-sept ans après le viol. D'autres chercheurs, dans un échantillon national aux Etats-Unis, ont estimé à 31% les victimes de viol qui avaient souffert à un moment ou à un autre d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) et à 11% celles qui présentaient ce syndrome au moment de l'investigation (National Victim Center and Crime Victims Research and Treatment Center 1992). Cependant, dans l'enquête de Detroit qui avait pris beaucoup de précautions méthodologiques, des chiffres beaucoup plus élevés sont trouvés (Breslau et al. 1991). En effet, dans cette enquête, alors que 24% de l'ensemble des victimes de traumatismes avaient développé un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), ce pourcentage s'élevait à 80% chez les victimes de viol.

Dans la cohorte de Tours (cf. sous-chapitre A), la prévalence du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) est élevée et du même ordre de grandeur que dans l'enquête de Detroit (Breslau et al. 1991) : 86% à un mois et 65% à six mois. Notre centre d'accueil à Tours voit souvent les victimes de viols incestueux (38% des consultations) à la différence des autres centres d'accueil de victimes de viols dont nous avons cité les études. Ce recrutement pourrait expliquer les différences observées.

Malgré les variations entre les enquêtes, il est possible d'affirmer que le viol est un traumatisme psychique qui produit massivement des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD). Le viol n'est pas un événement rare, et la proportion des victimes qui développent le syndrome, est beaucoup plus élevée que pour les autres traumatismes. De ces deux faits, il résulte que le viol est la première cause de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) dans notre pays. L'ensemble des enquêtes disponibles indiquent que la décroissance de la prévalence du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), quelle que soit sa cause, se ralentit nettement après trois mois. On peut donc considérer qu'après trois mois d'évolution, le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) va le plus souvent passer à la chronicité et persister longtemps. La durée du Syndrome après un viol est très variable, mais se prolonge souvent plusieurs années et parfois toute la vie. Dans notre étude, les cas de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD)

dont le déclenchement est différé de six mois par rapport au viol, se sont produits exclusivement pour des agressions d'enfants ou d'adolescents. On peut noter que le trouble se déclare quand la victime adolescente réalise, parfois des années après, que ce que l'adulte a commis, n'est pas "*fait par tous les pères à leurs filles*" comme l'agresseur le leur avait dit. Ce cas de figure illustre la théorie freudienne de l'après-coup. Cependant, dans la majorité des cas de notre étude, la période de latence du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) dû à un viol est courte, de quelques heures à quelques jours.

##### **5. FACTEURS DE PREDICTION DU SYNDROME SECONDAIRE A UN STRESS TRAUMATIQUE (PTSD) CHRONIQUE CHEZ LES VICTIMES DE VIOL**

Quand on étudie les facteurs de risque pour la survenue d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), notamment d'un PTSD chronique, il faut distinguer les facteurs antérieurs au traumatisme, les facteurs liés au traumatisme et les facteurs postérieurs au traumatisme.

Un précédent travail sur la cohorte de Tours avait déjà signalé que l'inceste était un facteur de prédiction pour la présence d'un PTSD chronique six mois après le viol (Darves-Bornoz et al. 1996<sub>c</sub>). Dans la présente étude prospective, nous avons montré qu'étaient facteurs de risque pour la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois, le *caractère incestueux du viol* et *avoir été battu en dehors des épisodes de viols*. Ces deux facteurs de risque sont donc un facteur de risque concernant le traumatisme et un facteur de risque précédant le traumatisme du dernier viol. Nous avons montré aussi que des facteurs de risque cliniques apparaissant précocement dans les six premiers mois après le viol prédisaient la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois. Il s'agit du *Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique* et surtout du *Syndrome Traumatique de type Limite*.

Lorsque les facteurs socio-démographiques sont examinés dans des études, aucun facteur n'apparaît unanimement chez tous les auteurs comme facteur de risque ou de protection vis-à-vis du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique. Ainsi, l'âge précoce de survenue du viol apparaît protecteur vis-à-vis des conséquences psychopathologiques dans certaines études (Atkeson et al. 1982 ; McCahill et al. 1979 ; Ruch and Chandler 1983<sub>a</sub>) et sans effet protecteur ni aggravant pour d'autres études (Becker et al. 1982 ; Kilpatrick et al. 1985 ; Ruch and Leon 1983<sub>b</sub>). Dans notre cohorte de Tours, un âge inférieur à quinze ans, lors du viol, n'apparaît pas, s'il est pris isolément, comme un facteur de risque de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique à douze mois, mais il arrive qu'il constitue un élément d'une séquence traumatique qui comprend, en outre, des

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

éléments péjoratifs comme le caractère incestueux du viol, le caractère répété des viols pendant une longue période, ou le mauvais environnement familial ou social après le viol. De même, une catégorie socioprofessionnelle modeste de la victime apparaît liée à un mauvais devenir psychopathologique pour certaines études (Atkeson et al. 1982 ; Burgess and Holmstrom 1978) et n'a aucun effet pour d'autres auteurs (Kilpatrick et al. 1989, 1992). Enfin être marié apparaît comme un facteur aggravant pour certains auteurs (McCahill et al. 1979 ; Ruch and Chandler 1983<sub>a</sub>) et sans effet sur la psychopathologie post-traumatique pour d'autres (Kilpatrick et al. 1985, 1989, 1992 ; Ruch and Leon 1983<sub>b</sub>). Ces indications contradictoires sur le mariage sont peut-être le reflet de la non prise en compte du caractère conflictuel du couple, caractéristique qui pourrait modifier l'environnement post-traumatique et le devenir psychopathologique du traumatisme.

Certaines études indiquent que l'existence d'antécédents psychiatriques chez une victime de viol est associée à un plus mauvais devenir psychopathologique après le viol (Burgess et Holmstrom 1978 ; Franck and Anderson 1987 ; Franck et al. 1981). Pendant longtemps il a été supposé que les victimes de viol qui développaient des troubles mentaux après l'agression, développaient ces troubles parce qu'elles avaient une personnalité antérieure à l'agression qui les prédisposait à ces troubles. Les recherches des quinze dernières années ont fait justice de ces idées reçues et tous les spécialistes sont d'accord pour dire que la cause des troubles secondaires à un stress traumatique réside dans le traumatisme. Cependant il est vrai qu'on observe des constantes de personnalité chez les sujets qui ont un antécédent de viol, mais il est difficile d'apprécier ce qui était déjà là avant l'agression et ce qui résulte des transformations de la personnalité secondaires au traumatisme, question que nous aborderons plus en détail au sous-chapitre D. De plus, il est crucial de distinguer des facteurs de personnalité qui éventuellement prédisposent à l'exposition au traumatisme du viol, d'autres facteurs qui, eux, prédisposent au développement d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chez ceux qui ont été exposés au traumatisme du viol. Ainsi Breslau et ses collègues (1991), dans leur enquête de mille jeunes adultes de Detroit, ont pu déterminer des facteurs de risque pour l'exposition à des événements traumatiques comme le niveau socio-éducatif peu élevé, le sexe masculin, un trouble précoce des conduites, et un antécédent familial de trouble psychiatrique ou de consommation de toxique. Ils ont pu distinguer de ces facteurs de risque d'exposition, des facteurs de risque pour le développement d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) après une exposition traumatique. Ce sont : une séparation précoce des parents, une dimension névrotique, une dépression ou une anxiété préexistante et un antécédent familial d'anxiété. La dichotomie exposition-trouble se pose dans les mêmes termes chez les adolescents, où des facteurs familiaux peuvent accroître la survenue de traumatismes. Ce sont par exemple une psychopathologie des

parents, des enfants laissés à eux-mêmes, des difficultés conjugales, un chômage récent, et des problèmes d'alcool et de drogue chez les parents (Daly et Wilson 1981). De plus, Pynoos (1993) note que chez les adolescents, une vulnérabilité à certains troubles mentaux après un traumatisme peut se constituer à cause d'une personnalité, d'un tempérament, ou d'une psychopathologie préexistants. Les adolescents timides ou anxieux peuvent développer de manière particulièrement forte une phobie sociale ou des peurs relatives au traumatisme. Un adolescent déprimé va peut-être développer un sentiment de culpabilité important et, du coup, un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) plus sévère que celui à quoi on aurait pu s'attendre. Un adolescent qui avait des problèmes de comportement va sûrement les aggraver après un traumatisme. Une autre façon de voir la question de la vulnérabilité au Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) après un traumatisme est de constater avec tous les cliniciens du traumatisme qu'il existe des victimes, même si elles sont en petit nombre, qui ne développent pas de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), et qu'il faut bien se demander pourquoi. De ce point de vue, nous disposons d'enquêtes génétiques comparant des jumeaux monozygotes et dizygotes exposés à des traumatismes psychiques qui montrent que les jumeaux monozygotes sont significativement plus concordants que les jumeaux dizygotes pour la présence de symptômes post-traumatiques (True et al. 1993 ; Skre et al. 1993). Ces études suggèrent l'existence de facteurs génétiques dans le développement d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chez des sujets exposés à des traumatismes psychiques. Ces données ne doivent pas conduire cependant, à supposer qu'une "structure psychique" prémorbide explique tous les développements psychopathologiques ultérieurs. Il faut, en effet, affirmer nettement que la notion de vulnérabilité aux troubles mentaux après un traumatisme se distingue de celle de personnalité prémorbide.

Parmi les facteurs précédant le dernier traumatisme, avoir déjà été victime d'une agression apparaît comme un facteur favorisant la psychopathologie après un viol dans plusieurs études (Burgess and Holmstrom 1978 ; Kramer and Green 1991 ; Roth et al. 1990 ; Ruch and Leon 1983<sub>b</sub> ; Resick 1987). Dans notre étude avoir été battu en dehors des viols et avoir subi des viols répétés apparaissent aussi comme des facteurs de risque pour la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) douze mois après l'entrée dans la cohorte.

Des éléments descriptifs du viol qui seraient péjoratifs pour le devenir psychopathologique sont parfois évoqués : caractère inopiné de l'agression, parce que cela n'aurait pas permis une préparation psychologique ; traumatisme vécu de manière solitaire, parce que vivre collectivement un traumatisme psychique en faciliterait l'abréaction initiale ; violence physique surajoutée ou usage d'une arme, qui augmenteraient le sentiment de mort imminente ; séquestration associée, qui apparente le traumatisme aux prises d'otages. Il est

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

évoqué aussi, à l'inverse, qu'une victime qui a trouvé les ressources pour se défendre et faire face, aurait un meilleur pronostic. Ces assertions qui ne sont pas déraisonnables, sont cependant difficiles à prouver du fait de l'intrication des facteurs.

La violence de l'agression n'est pas repérée par les études disponibles sur ce point comme un facteur nécessairement aggravant du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Une blessure est rapportée par certains (Kilpatrick et al. 1989 ; Sales et al. 1984) comme un facteur aggravant pour le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) de même que la durée de l'agression (Riggs et al., document inédit, 1992), mais d'autres études n'ont pas mis en évidence de liaison significative entre certains éléments de violence comme l'utilisation d'une arme, le lieu de l'agression ou le nombre d'agresseurs, et les manifestations post-traumatiques (Atkeson et al. 1982 ; Becker et al. 1982 ; Frank et al. 1980 ; Kilpatrick et al. 1985 ; McCahill et al. 1979 ; Resick 1988<sub>a</sub> ; Ruch et Chandler 1983<sub>a</sub>). De fait, il n'est pas rare de voir des sujets violés développer un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) sévère alors même que l'agression s'est déroulée sans violence physique surajoutée, et des sujets violemment battus s'en sortir peu traumatisés. En effet, ce qui est en cause semble plus être le degré avec lequel le sujet se sent, subjectivement, menacé que la réalité du danger mesurable plus ou moins objectivement.

D'autres études se sont attachées à déterminer par exemple, si le viol par une personne connue était plus ou moins traumatique que le viol par un inconnu. Certaines de ces études ne trouvent pas de différences entre ces deux éventualités (Frank et al. 1980 ; Girelli et al. 1986 ; Kilpatrick et al. 1987 ; Koss et al. 1988 ; Sales et al. 1984), certaines trouvent plus traumatique l'agression par un inconnu (Ellis et al. 1981 ; Mc Cahill et al. 1979) et une étude trouve plus traumatique l'agression par une personne connue (Scheppele et Bart 1983). Il n'est donc pas possible de conclure sur ce point.

Lorsqu'on se focalise sur des facteurs décrivant le traumatisme du viol lui-même, notre étude prospective a retenu comme facteur de risque pour la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) douze mois après l'entrée dans la cohorte, le caractère incestueux du viol. Notre étude n'a pas pu retenir comme facteurs de risque pour le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), le fait d'être agressé par une personne connue (sauf si c'est un apparenté), une agression sexuelle antérieure (sauf si c'était un viol), une violence physique surajoutée pendant le viol ou l'usage d'une arme, même si pour tous ces facteurs une tendance allait dans le sens d'une aggravation du risque.

Pour ce qui concerne les facteurs de prédiction du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) qui se manifestent après le viol, on retiendra que l'intensité des symptômes post-traumatiques juste après le viol a été décrite comme un facteur de prédiction de Syndrome Secondaire à un Stress

Traumatique (PTSD) à distance (Kilpatrick et al. 1985). D'après des études en cours sur des victimes de traumatismes non sexuels, l'intensité de la dissociation mesurée peu après le viol par exemple par la Dissociative Experiences Scale serait un facteur de prédiction d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) ultérieur (Shalev et al. 1994). Ces études sont en accord avec nos résultats sur la prédiction d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois par le *Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique* précoce des victimes de viol. Shalev et ses collègues (1994) relèvent aussi qu'un élément physiologique, l'absence d'extinction du réflexe de sursaut devant des stimuli répétés rappelant le traumatisme, pourrait être considéré comme facteur de prédiction de la présence ultérieure d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique. L'impact du traumatisme du viol est lié au soutien social que la victime reçoit. Ainsi, dans notre étude de la cohorte de Tours, le *mauvais environnement après le viol* est apparu comme un facteur aggravant pour la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) un an plus tard. D'autres études montrent que le soutien social est un modérateur du stress (Popiel et Susskind 1985). Nous avons trouvé dans la cohorte de Tours un autre facteur de prédiction clinique précoce pour la présence ultérieure d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique, c'est ce que nous avons appelé le *Syndrome Traumatique de type Limite*.

## **6. CE QUE N'EST PAS UN SYNDROME SECONDAIRE A UN STRESS TRAUMATIQUE (PTSD)**

Dans les suites d'un viol comme dans celles de tout traumatisme psychique, il est fréquent de constater immédiatement après l'agression un ensemble spécifique de symptômes. Ils diffèrent du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), bien que celui-ci puisse se déclarer très précocement. Ces symptômes sont désignés comme "*Réaction Aiguë à un facteur de Stress*" dans la classification CIM-10 de l'Organisation Mondiale de la Santé. Ce trouble est décrit comme un trouble transitoire sévère survenant après un traumatisme psychique, et comme un trouble de résolution rapide en quelques heures ou quelques jours. La symptomatologie est celle d'un état dissociatif aigu où il est possible de constater un rétrécissement du champ de la conscience chez un sujet hébété qui a des capacités d'attention diminuées, et qui est incapable d'intégrer des stimuli. Le trouble peut avoir une allure confusionnelle mais le sujet n'est pas le plus souvent véritablement désorienté. Le rétrécissement du champ de la conscience peut conduire à une stupeur dissociative et à une sidération, ou au contraire, à une fugue dissociative. Le sujet est souvent anxieux comme dans une attaque de panique. L'épisode peut faire place à une amnésie dissociative plus ou moins complète. C'est une

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**Tableau 12. - Critères diagnostiques de la Réaction Aiguë à un facteur de Stress de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 1994)**

- A - Confrontation à un facteur de stress psychique ou physique exceptionnel.
- B - Survenue immédiate de symptômes (dans l'heure qui suit la confrontation).
- C - Les symptômes sont répartis en deux groupes. On peut préciser la sévérité de la réaction aiguë à un facteur de stress :
- Léger : Répond seulement au critère (1) ;
  - Moyen : Répond au critère (1), avec présence d'au moins deux symptômes du critère (2) ;
  - Sévère : Répond *soit* au critère (1), avec présence d'au moins quatre symptômes du critère (2), *soit* aux critères d'une stupeur dissociative.
- (1) Correspond à la description symptomatique de l'anxiété généralisée.
- (2) (a) retrait par rapport aux interactions sociales attendues ;  
(b) rétrécissement du champ de l'attention ;  
(c) désorientation apparente ;  
(d) colère ou agressivité verbale ;  
(e) désespoir ou perte d'espoir ;  
(f) hyperactivité inappropriée ou sans but ;  
(g) affliction incontrôlable et excessive (compte tenu des normes culturelles).
- D - Quand le facteur de stress est transitoire ou quand il est possible d'y remédier, les symptômes doivent commencer à diminuer dans les huit heures. Quand le facteur de stress reste actif, les symptômes doivent commencer à s'atténuer dans les quarante-huit heures.
- E - *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* Absence actuelle de tout autre trouble mental ou du comportement décrit dans la CIM-10, à l'exception d'une anxiété généralisée ou d'un trouble de la personnalité ; ne survient pas dans les trois mois suivant la fin d'un épisode d'un autre trouble mental ou du comportement.



catégorie diagnostique fort utile mais encore mal cernée. En effet, la classification américaine des troubles mentaux, le DSM-IV, qui retient aussi cette catégorie diagnostique, a tendance à décrire cet état comme un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) qui n'en serait qu'à ses débuts (Tomb 1994) avec son cortège de répétitions et d'évitements (critères C et D du DSM-IV), alors que sa caractéristique essentielle est surtout d'être un trouble dissociatif. De nombreuses inconnues demeurent pour ce trouble. Premièrement, est-ce réellement un trouble mental ou une réaction presque physiologique qui ne préjuge pas de son devenir ? Deuxièmement, à quel point cette réaction est-elle commune avant le développement d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), voire nécessaire à son déclenchement ? Enfin, de manière corollaire, cette réaction est-elle partie intégrante du trouble *Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD)* en train de se mettre en place, ou est-elle une cooccurrence ?

La CIM-10, classification des troubles mentaux de l'OMS, retient dans son chapitre "*Réaction à un facteur de stress important*", outre la Réaction Aiguë à un facteur de Stress et le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), la catégorie intitulée "*trouble de l'adaptation*". Si l'on peut se féliciter de l'existence d'un tel chapitre "*Réaction à un facteur de stress important*" dans la CIM-10 à la différence du DSM-IV américain, on peut regretter cependant que ce chapitre inclue les troubles de l'adaptation. En effet, les troubles de l'adaptation sont une catégorie résiduelle utilisée pour décrire des tableaux qui seraient une réponse à un facteur de stress, mais qui ne remplissent les critères d'aucun trouble mental. Le facteur de stress en cause dans les troubles de l'adaptation n'a pas la force d'un traumatisme psychique proprement dit. Le modèle de tels facteurs de stress est le deuil, c'est-à-dire une expérience de perte, là où le traumatisme psychique est une expérience qui touche l'intégrité de l'être. Dès lors, la symptomatologie du trouble de l'adaptation, qu'elle soit dépressive, anxieuse ou qu'elle affecte les comportements, ne peut que se distinguer des symptômes cardinaux des troubles secondaires à un traumatisme psychique. Il faut être clair et affirmer que ce trouble n'appartient pas au champ psychopathologique du traumatisme ce qui est dire, en somme, qu'il n'existe pas de "petite réaction post-traumatique" à un "petit traumatisme".

La survenue de troubles psychotiques brefs après un traumatisme est un fait reconnu puisque par exemple, une catégorie de "*psychose réactionnelle brève*" ou de "*trouble psychotique bref avec facteurs de stress marqués*" existe dans la classification américaine des troubles mentaux. Dans notre cohorte de Tours, des phénomènes hallucinatoires après le viol ont pu être notés chez une patiente maniaco-dépressive et chez une patiente probablement schizophrène. Mais des phénomènes psychotiques marqués ont été observés chez des patientes qui ne se rattachaient pas aux deux grandes psychoses. Ainsi, telle femme va entendre la voix de l'agresseur pendant une quinzaine de jours, la

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

patiente ne doutant pas qu'il s'agisse d'une hallucination. Une autre de nos patientes a présenté un tableau de "psychose hystérique". Il s'agissait d'une femme ayant été victime de traumatismes physiques et sexuels prolongés, notamment d'inceste de la part du père et de deux frères. A la suite de ces traumatismes, une fragmentation de l'identité sous la forme d'une personnalité multiple s'est produite. L'épisode de "psychose hystérique" est apparu comme une acutisation de ces troubles dissociatifs chroniques par des traumatismes récents, un viol du mari et le placement de son enfant qui lui avait été retiré par le juge des enfants. Van den Hart et ses collègues (1993<sub>a</sub>) ont minutieusement montré combien la catégorie de psychose hystérique a été une catégorie utile pour les psychiatres du siècle passé (Moreau de Tours 1845, 1855, 1865, 1869 ; Janet 1894/5 ; Breuer et Freud 1895). Malgré l'oubli de cette catégorie pendant plusieurs décennies, des auteurs ont repris son étude (Follin et al. 1961 ; Hollender et Hirsch 1964). Les avancées dans le domaine du stress traumatique ont permis de valider l'origine traumatique et la nature dissociative de ces épisodes généralement brefs (Richman et White 1970 ; Martin 1971 ; Spiegel et Fink 1979 ; Spiegel et al. 1988 ; Van den Hart 1993<sub>b</sub>).

### **C - DISCUSSION A PROPOS DU SYNDROME TRAUMATIQUE DISSOCIATIF ET PHOBIQUE**

Notre enquête prospective a permis d'établir qu'à côté du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), les victimes présentaient d'autres troubles mentaux liés significativement à la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) tout en étant distincts de lui. Nous avons dénommé l'ensemble de ces troubles mentaux dus aussi au traumatisme, *Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique*. En effet, ces troubles liés au Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) sont l'agoraphobie, les phobies spécifiques, les troubles dissociatifs au sens de Pierre Janet, et les troubles somatoformes qui témoignent aussi de dissociations, les dissociations somato-psychiques. Nous allons présenter chacun de ses troubles et voir en quoi les études récentes renforcent la pertinence du regroupement syndromique du *Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique* dans le viol et l'inceste.

#### **1. LES TROUBLES DISSOCIATIFS AU SENS DE PIERRE JANET**

Pour comprendre ce qui est en jeu avec le concept de dissociation, on peut se référer à celui d'inconscient qui a été beaucoup plus utilisé dans notre siècle. En effet, le concept de dissociation subsume celui d'inconscient et en fait un cas particulier. La construction de la première topique de la psychanalyse (système conscient - inconscient) s'est inscrite dans le courant qui s'attachait à l'idée reçue de l'unité du psychisme et qui proposait des modèles de dualité du psychisme. C'était le cas avec les travaux de Binet (1889-1890) qui traitait de ce sujet dans son ouvrage *"Sur la double conscience"*. C'était aussi le point de vue qu'adoptait Pierre Janet dans *"L'automatisme psychologique"* (1889) quand il décrivait les *"existences psychologiques successives"* qui font suite à une *"désagrégation"* de la personnalité. Freud, plus tard, avec sa deuxième topique (moi - ça - surmoi) élaborait, au fond, encore une nouvelle façon de se représenter la division du psychisme (Freud 1923). La dissociation de Janet est un phénomène déficitaire; la baisse de la tension psychologique, due à des facteurs constitutionnels, à des facteurs de stress ou à des traumatismes

**Tableau 13. - Critères diagnostiques du trouble Identité Dissociative (ex-Personnalité Multiple) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA 1994).**

- A - La présence d'au moins deux identités ou états de personnalité distincts (chacun ayant son mode propre et relativement durable de perception, de pensée et de relation vis-à-vis de l'environnement et de soi).
- B - Au moins deux de ces identités ou états de personnalité prennent périodiquement le contrôle du comportement de la personne.
- C - Incapacité de se rappeler des informations personnelles importantes qui est trop considérable pour être expliquée par un oubli ordinaire.
- D - La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple comportement chaotique ou trous de mémoire pendant une intoxication alcoolique) ou d'un trouble somatique (par exemple, crises épileptiques partielles complexes). Note : Chez les enfants, les symptômes ne sont pas attribuables à des compagnons imaginaires ou à d'autres jeux imaginaires.

conduit à la formation de fragments de personnalité, ou à une personnalité alternante si les fragments sont suffisamment cohérents. La dissociation de

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Freud est une défense active ; des idées, des souvenirs, des désirs, des images sont refoulés par le moi et séparés du reste du psychisme. Une façon de figurer, en termes neuropsychologiques modernes, le refoulement freudien, est d'en faire un aiguillage qui interdit certains types de mémorisation (par exemple mémoire déclarative) tout en épargnant d'autres types de mémoire (par exemple mémoires procédurale ou non-déclarative). A dire vrai, la controverse sur le point de savoir si on a affaire à un déficit comme l'affirme Janet, ou à une défense comme le prétend Freud a moins d'utilité qu'il n'y paraît, car les deux modèles de dissociation sont opératoires. Si l'on prend l'exemple de la mémoire, ne pas penser à un événement conduira à une amnésie, que le défaut de pensée résulte d'une incapacité ou d'un interdit.

Dans la classification américaine des troubles mentaux (DSM-IV), cinq types de troubles dissociatifs sont distingués. Il s'agit de troubles affectant d'une manière ou d'un autre la mémoire, la conscience ou l'identité. Ils ont été repérés comme fréquents chez les victimes de violences sexuelles dans des études rétrospectives (Chu et Dill 1990). Ce sont principalement, l'amnésie dissociative (ou psychogène), la fugue dissociative (ou amnésique), la dépersonnalisation, et l'identité dissociative, précédemment dénommée personnalité multiple. L'amnésie dissociative est l'incapacité pour des raisons totalement psychogènes, de se rappeler un souvenir important. L'amnésie touche souvent une partie du traumatisme lui-même. La fugue dissociative implique un départ soudain du domicile ou du travail. Pendant la fugue, le sujet est incertain de son identité personnelle ou acquiert une nouvelle identité. Le trouble n'affecte pas vraiment l'orientation du sujet dans l'espace ou le temps. Cela semble être ce qu'autrefois des auteurs comme Charcot, Pitres et Régis désignaient sous le vocable "*automatisme ambulatoire*". Le trouble Dépersonnalisation implique un sentiment d'étrangeté du vécu de son propre corps et de son propre fonctionnement intellectuel. Il peut s'agir, par exemple, de l'impression de regarder son corps de l'extérieur ou encore, d'être spectateur de sa propre pensée. Il s'accompagne souvent d'un sentiment d'irréalité du monde. Le trouble Identité Dissociative ou Personnalité Multiple est le plus sévère des troubles dissociatifs. Il consiste en l'existence simultanée d'identités personnelles différentes qui contrôlent tour à tour le comportement du sujet. Etant dans un des états d'identité, le patient peut être plus ou moins amnésique de l'autre identité. Ce paroxysme des troubles dissociatifs est plus fréquent en France qu'on ne le dit souvent, comme le montre l'étude de la cohorte de Tours (Darves-Bornoz et al. 1995<sub>b</sub>). D'autres symptômes dissociatifs c'est-à-dire marquant un détachement de la réalité, peuvent être observés. Il peut s'agir d'états de transe ou de possession, d'états crépusculaires, d'états seconds ou hypnoïdes ou de stupeurs dissociatives sans rapport avec une prise de toxiques. On peut citer aussi dans ce cadre le syndrome de Ganser. Une catégorie résiduelle, les troubles dissociatifs non spécifiés autrement, permet de donner un cadre à ces états dissociatifs divers. Contrairement à la classification

américaine des troubles mentaux, un certain nombre de dissociations motrices (notamment les conversions) sont rassemblées sous la rubrique des troubles dissociatifs dans la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé. Pour évaluer les troubles dissociatifs il existe quelques bons instruments. La Dissociative Experiences Scale (DES ; Bernstein et Putnam 1986) permet de mesurer à l'aide d'une échelle analogique à vingt-huit items l'intensité du phénomène dissociatif considéré comme une dimension. La structure factorielle de cette échelle comprend trois facteurs principaux : amnésie, dépersonnalisation et absorption. Le Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D ; Steinberg 1985, 1993) permet de quantifier cinq dimensions de dissociation : amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion dans l'identité et altération de l'identité, puis de diagnostiquer les troubles dissociatifs. Un autre entretien structuré, le Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS ; Ross 1989<sub>a</sub> ; Ross et al. 1989<sub>b</sub>) permet aussi de diagnostiquer les troubles dissociatifs et en particulier les personnalités multiples avec une bonne validité et une bonne fidélité.

Dans un échantillon de mille cinquante-cinq sujets issus de la population générale de la ville de Winnipeg au Canada, une étude a utilisé la Dissociative Experiences Scale (DES) pour évaluer le degré de dissociation de ces sujets (Ross et al. 1990). Le score moyen à la DES est à dix environ, et la médiane se situe à sept. La proportion de sujets ayant un score au-dessus de vingt est de plus de 8%. Les sujets qui ont un score de plus de trente à la DES représentent 5%. Un prolongement de cette étude, a permis d'identifier à l'aide de la DDIS que plus de 10% de la population remplissent les critères d'un des troubles dissociatifs, et qu'environ 1% de la population présente un trouble personnalité multiple secondaire à un traumatisme, et cliniquement marqué c'est-à-dire nécessitant un traitement actif (Ross 1991). La liaison des troubles dissociatifs et d'un antécédent de traumatisme est très documentée (Kluft 1985). Ainsi, Ensink (1992) a pu montrer sur une population de victimes d'abus sexuels dans l'enfance aux Pays Bas que 55% d'entre eux avaient, avec la DES, un score supérieur à vingt, et 38% un score supérieur à trente. Le National Institute of Mental Health américain (NIMH) a étudié cent cas de personnalité multiple, et a trouvé que 97% des ces cas rapportaient avoir subi un traumatisme important dans l'enfance (Putnam et al. 1986). L'inceste était le traumatisme le plus souvent rapporté (68%), mais d'autres types de traumatisme comme les abus physiques ou sexuels extra-familiaux, ainsi que certaines formes d'abus émotionnels étaient aussi évoqués (négligence extrême, être témoin de morts violentes, extrême pauvreté).

## 2. LES TROUBLES SOMATOFORMES

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Les troubles somatoformes sont un ensemble de troubles comprenant des symptômes somatiques qui laissent penser que le sujet est atteint d'une maladie physique, mais pour lesquels aucune étiologie organique ne peut être trouvée. De ce fait, il y a une présomption forte que des mécanismes psychologiques soient à l'origine de ces troubles. Les troubles somatoformes regroupent dans les classifications américaines des troubles mentaux des troubles clairement délimités (somatisation, conversion et hypocondrie) mais aussi des troubles aux contours plus flous (trouble somatoforme douloureux, trouble somatoforme indifférencié, dysmorphophobie et trouble somatoforme non spécifié autrement). Le trouble Somatisation, avec son cortège de troubles physiques multiples sans substrat organique évident - dans les sphères gastro-intestinales, cardio-respiratoires, pseudo-neurologiques, gynécologiques, ou de l'appareil locomoteur - recouvre le syndrome que Briquet a décrit dans son *Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hystérie* (1859) et qu'on appelle dorénavant "Syndrome de Briquet". La conversion, altération des capacités physiques sans substrat organique elle aussi, appartient au même champ que la somatisation mais se différencie d'elle par son caractère monosymptomatique et son plus grand symbolisme. La conversion se distingue des manifestations somatiques observées dans ce que Freud appelait les névroses actuelles, à cause du recours à une médiation psychologique. Cette distinction dénote la valeur symbolique du symptôme de conversion qui exprime le conflit sous-jacent. Pour expliquer la formation des symptômes de conversion, des travaux récents mettent en valeur des mécanismes cognitifs dissociatifs proches de ceux mis en jeu dans l'hypnose (Hilgarg 1977). La catégorie "trouble somatoforme indifférencié" a été créée comme une catégorie résiduelle. Il s'agit de sujets qui présentent une somatisation persistante qui ne correspond pas aux critères du trouble somatisation. En effet le trouble somatisation requiert la présence de multiples symptômes. De son côté, le diagnostic de "trouble somatoforme douloureux" ne préjuge pas de l'origine psychogène ou organique de la douleur, mais résulte du fait que le niveau de la douleur est manifestement excessif au vu de ce que l'on a découvert sur le plan physique. L'hypocondrie et la dysmorphophobie apparaissent encore plus à part des autres troubles somatoformes notamment parce qu'ils sont plus une crainte qu'un ressenti, c'est-à-dire plus une phobie qu'un symptôme somatique. L'hypocondrie est plus la crainte d'avoir contracté une maladie - par exemple le SIDA chez nos victimes de viol - c'est-à-dire une phobie de maladie, que la plainte concernant la présence de symptômes somatiques - une douleur par exemple - comme il en existe dans le trouble Somatisation. Cela met déjà l'hypocondrie un peu en porte-à-faux parmi les troubles somatoformes, mais avec la dysmorphophobie on a affaire à un trouble auquel il est tout à fait difficile de trouver une place parmi eux. C'est dire l'hétérogénéité de ces manifestations qui ont trait au corps. Que penser de cette catégorie "troubles somatoformes" qui s'étend de la dysmorphophobie et l'hypocondrie à la somatisation et à la conversion ?

Pendant longtemps, les manifestations somatoformes comme celles des troubles somatisation et conversion ont été considérées comme des symptômes de la névrose hystérique, mais ont été confondues avec un type de personnalité où la détresse est exagérée et amplifiée, la "personnalité hystérique". Des travaux ont montré que les symptômes hystériques, c'est-à-dire la "névrose hystérique", et la personnalité histrionique ne coïncidaient pas (Lempérière et al. 1965). C'est dans le même mouvement critique que les classifications américaines des troubles mentaux (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) ont voulu démembler, aussi, la névrose hystérique en distinguant radicalement les troubles selon qu'ils avaient une expression somatique, c'est-à-dire physique (conversion, somatisations), ou une expression psychique (états seconds, conscience hypnoïde et autres états dissociatifs). La classification de l'OMS, la CIM-10, amorce un mouvement inverse en regroupant plusieurs de ces troubles sous une même rubrique, "*Troubles Névrotiques*". Ce regroupement emporte l'adhésion de nombre de spécialistes américains du traumatisme psychique. Cette évolution à rebours est aussi en accord avec l'expérience clinique de nos anciens. Pour eux, le choix du symptôme, physique ou psychique, est très lié à des facteurs socioculturels et à des modes parfois épidémiques sur lesquels les patients souffrant de névrose hystérique se modèlent avec une grande plasticité. Dans cette perspective, les troubles somatoformes doivent être conceptualisés comme des troubles dissociatifs exprimant une dissociation somato-psychique alors que les autres troubles dissociatifs sont des dissociations intra-psychiques.

L'appartenance de troubles mentaux à expression somatique au champ des troubles post-traumatiques apparaît avec de plus en plus d'évidence. Somatisations et troubles psychosomatiques avaient été repérés comme quasiment universels chez des victimes de traumatismes sévères comme les survivants des camps de concentration nazis. Les troubles somatoformes ont été couramment observés chez des enfants peu après un abus sexuel, et chez des adultes longtemps après l'abus sexuel (Dixon et al. 1978 ; Meiselman 1978 ; Steele et Alexander 1981 ; Herman 1981 ; Adams-Tucker 1982 ; Goodwin 1982 ; Gelinas 1983 ; Browne et Finkelhor 1986 ; Finkelhor 1987<sub>a</sub>). Une étude de cinquante-sept patients présentant un symptôme de conversion diagnostiqué comme tel par psychiatres, internistes et neurologues d'un hôpital général a montré que 25% des patientes avaient des antécédents d'inceste (Lewis et Berman 1965). Des études de cas ont décrit, en particulier chez les filles à l'adolescence, un lien entre les pseudo-crisis épileptiques hystériques et les antécédents de traumatismes sexuels, notamment de viols incestueux (Liske et Forster 1964 ; Standage 1975 ; Goodwin et al. 1979 ; Gross 1979 ; Labarbera et Dozier 1980). Dans un travail récent, soixante femmes souffrant d'un trouble Somatisation ont été comparées à trente et une femmes présentant un trouble affectif. Un nombre significativement plus important (55%) de somatisantes ont rapporté avoir été abusées sexuellement avant l'âge de dix-huit ans, que les témoins (16%) (Morrison 1989). Une autre évaluation clinique a été récemment

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

effectuée sur quatre-vingt-dix-neuf patientes psychiatriques qui ont eu des plaintes somatiques. Elle a porté sur le syndrome de Briquet, les troubles dissociatifs, l'abus sexuel dans l'enfance et à l'âge adulte, l'abus physique et l'abus émotionnel dans l'enfance. Le syndrome de Briquet, la dissociation et les abus étaient significativement associés (Pribor et al. 1993). Dans notre enquête prospective sur la cohorte des cent sujets violés de Tours, les troubles somatoformes sont présents après le viol chez près des deux tiers des victimes et sont des troubles significativement liés à la survenue d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique. Ce résultat remet en valeur la fréquente origine traumatique des différentes formes de somatisations.

### 3. L'AGORAPHOBIE ET LES PHOBIES SPECIFIQUES

Notre enquête prospective sur les sujets violés du Centre de Tours a montré que l'agoraphobie et les phobies spécifiques sont fréquentes chez les victimes. Les phobies sociales sont fréquentes, elles aussi, mais leur statut semble différent de l'agoraphobie et des phobies spécifiques. En effet, l'agoraphobie et les phobies spécifiques sont liées à la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) et même sont des facteurs de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à douze mois alors que le lien entre phobie sociale et Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) n'est pas significatif. Cela résulte probablement du fait que les phobies sociales existaient chez de nombreux sujets avant le viol. Cette situation suggère que la phobie sociale est surtout un facteur d'exposition au traumatisme du viol ou un facteur aggravé, mais pas un résultat direct du traumatisme. Les situations phobogènes les plus fréquentes dans l'agoraphobie sont l'exposition à des lieux comme les grands magasins, la foule, les transports en commun, la rue, les ascenseurs ou les pièces exigües. Les situations phobogènes les plus fréquentes dans les phobies spécifiques sont la mise en présence d'animaux, de hauteurs, de sang ou de blessures. Ces phobies comportent peur et évitement du stimulus phobogène, mais ce sont des phobies avec un véritable déplacement c'est-à-dire des peurs et des évitements ne se limitant pas à la situation ou à l'objet à l'origine du traumatisme. Par exemple, la victime de viol aura peur de monter sur une échelle ou de voyager dans un autobus alors que le viol est sans rapport avec ces situations. La classification américaine des troubles mentaux, le DSM-IV, comporte pour le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), des items concernant des évitements de pensée, de sentiments, de souvenirs, de lieux, de personnes et de situations qui rappellent le traumatisme à cause de leur étroit lien associatif. Ces réactions ne sont pas toujours des phobies car il manque à ces peurs un déplacement par rapport à la situation traumatique. Cette précision est utile pour qu'il soit clair que les phobies diagnostiquées dans la cohorte de Tours en



comportent tous les attributs. Si, en général, la peur et l'évitement agoraphobiques restent d'intensité relativement égale dans le temps, il arrive aussi comme le remarque Barlow (1993), que *"le trouble soit plus variable, le patient affirmant quelque chose comme : toutes ces situations sont difficiles pour moi, mais parfois, je peux les supporter sans trop de difficultés ; cela dépend du degré d'anxiété dans lequel je me sens ce jour-là"*. L'agoraphobie est le plus souvent conceptualisée comme secondaire au trouble panique (Barlow 1993) c'est-à-dire comme un trouble se constituant par peur qu'une attaque de panique survienne dans des espaces dans lesquels aucune fuite n'est possible. C'est ainsi que le DSM-IV distingue le trouble panique sans agoraphobie et le trouble panique avec agoraphobie. Dans ce type d'agoraphobie il préexiste un antécédent d'attaques de panique récurrentes dans un contexte où le sujet ne s'attend pas à leur survenue. Cependant, une catégorie du DSM-IV considérée plutôt comme résiduelle par cette classification, retient la possibilité d'*agoraphobie sans antécédent de trouble panique*. Dans la cohorte de Tours, l'agoraphobie est le plus souvent de ce dernier type. Cette constatation fait écho à des études épidémiologiques récentes qui rapportent que l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique aurait une prévalence plus élevée que le trouble panique avec agoraphobie (APA 1994). L'agoraphobie et les phobies spécifiques dans la cohorte de Tours apparaissent donc comme des phobies traumatiques au sens de Marks (1987). Du reste, Marks considère que le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) *"a un champ de recouvrement avec ces phobies spécifiques focales qui s'instaurent après un traumatisme comme par exemple un accident de voiture ou une morsure de chien"*. En effet, selon Marks, *"PTSD et phobie focale supposent des peurs de stimuli spécifiques"*, et le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), dès lors, peut n'apparaître que comme une phobie focale présentant, néanmoins, une détresse plus généralisée. En définitive, l'association du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) à une agoraphobie et à des phobies spécifiques pourrait sembler, dans la vision de Marks, bien résumée par la notion de *"traumatophobie"* de Rado (1948). Cependant, cette conception est peut-être plus contestable pour le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) que pour les phobies spécifiques focales. En effet, elle ne décrit pas la *"constriction du moi"* présente dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), et l'alternance de phases de répétition et de phases d'évitement qui s'y produisent.

#### **D - DISCUSSION A PROPOS DU SYNDROME TRAUMATIQUE DE TYPE LIMITE**

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Notre étude prospective sur la cohorte des sujets violés du centre médico-légal de Tours a montré que les victimes présentent souvent et précocement un ensemble d'attitudes psychologiques et comportementales qui ressemble à celui des personnalités limites, et qui, de plus, est un facteur de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) douze mois après le viol. Cet ensemble de traits est, bien sûr, lié aux troubles psychiques présents juste après le viol, et il est difficile, à ce point, de dire si ces traits vont subsister. Il est cependant frappant de constater que les attitudes psychologiques et comportementales qu'on désignerait comme traits de personnalité si elles s'inscrivaient dans la durée, sont les mêmes et ce précocement, que celles que l'on décrit longtemps après un traumatisme sévère. C'est dire que la transformation limite de la personnalité se met précocement en marche après le viol.

La pathologie post-traumatique s'exprime à tous les âges par des symptômes psychiques ou somatiques, avec au premier rang le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Cependant, plus le sujet est jeune, plus il a été maltraité tôt et de manière répétée, plus il présente un ensemble d'autres troubles non classés parmi les manifestations du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), ni dans celles du Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique. Il s'agit notamment de troubles du comportement à type d'addictions (alcool, drogues), de tentatives de suicide (souvent répétitives), de comportements auto-agressifs (scarifications, brûlures, automutilations), de troubles du comportement social ou de désinsertion sociale, y compris parfois marginalité ou prostitution.

Plusieurs types de personnalités pathologiques ont été citées comme résultant en tout ou partie d'expériences traumatiques avec au premier rang, les abus sexuels dans l'enfance. Ces assertions ont souvent été mal étayées. Par exemple, la fréquence de comportements antisociaux chez les victimes de viol ne doit pas conduire à les présenter comme des personnalités psychopathiques. Ces comportements antisociaux sont en effet, le plus souvent des passages à l'acte impulsifs dus à un état de qui-vive permanent, et non de froides manipulations. Par contre, il est un type de personnalité pathologique pour laquelle l'existence d'un antécédent traumatique, notamment sexuel, est un fait très documenté. Il s'agit des personnalités limites. Ces personnalités sont marquées par l'impulsivité, une vie chaotique et des comportements de prise de risques. La personnalité limite est en outre la proie de sentiments envahissants et récurrents d'abandon et de mauvaise estime de soi.

### **1. LA PERSONNALITE LIMITE**

Les états limites sont une catégorie nosologique qui a été repérée dès les années trente pour des particularités que ces patients présentaient dans une cure psychanalytique. En effet, ces cas limites ont pour particularité de

s'attaquer au cadre analytique et de présenter dans la cure, des régressions temporaires d'allure psychotique. Les descriptions des patients à pathologie limite indiquent la présence de troubles dans cinq secteurs principaux de fonctionnement : la régulation des affects, le contrôle des impulsions, le sens de la réalité, les relations interpersonnelles, et la formation de l'identité.

Depuis, beaucoup a été écrit sur ce qu'on appelle maintenant les personnalités limites. En particulier, Kernberg (1967) s'est attaché à décrire le fonctionnement psychopathologique de ces patients. Il a placé le mécanisme de clivage au centre de ce fonctionnement. Ce mécanisme, décrit par Mélanie Klein, est d'abord un clivage de l'objet en bon objet et mauvais objet, mais aussi un clivage de l'identité. Le clivage apparaît comme un mécanisme pour assurer une survie psychique à une identité incapable d'intégrer des états fragmentés du soi, et un certain nombre d'identifications et d'introjections ambivalentes et conflictuelles. Le clivage serait consécutif et étroitement lié à d'autres mécanismes de défense : l'idéalisation et la volonté de toute-puissance qui permettent de préserver les bons objets et le bon soi comme tels, mais aussi, à l'inverse, la dévalorisation qui est un moyen de prévenir la transformation de l'objet en persécuteur ; la projection et l'identification projective qui gèrent la haine et la rage en les rendant externes, tout comme elles rendent externes le mauvais moi et les mauvaises images internes ; le déni qui assure la coexistence des états fragmentés du soi clivé. Le recours à ces mécanismes est très coûteux pour la délimitation d'une identité. Il explique la survenue des symptômes dans ces états limites que Kernberg conçoit comme un trouble de la modulation des affects, une difficulté à éprouver de vrais sentiments dépressifs, et une mauvaise intégration du surmoi.

De nombreuses études récentes, répétées et concordantes, ont exploré les antécédents traumatiques des patients présentant une personnalité limite (abus sexuels, agressions physiques et autres traumatismes). Celles concernant les abus sexuels dans l'enfance sont rassemblées dans le tableau 14 tiré de la revue de Perry (1993) et de celle de Paris (1994). La prévalence des abus sexuels dans l'enfance chez les personnalités limites est dans toutes les études, significativement plus élevée que dans les groupes témoins de patients psychiatriques d'un autre type. De plus, cette prévalence est de l'ordre de 70% dans les études les plus fiables sur le plan méthodologique. Par ailleurs il apparaît dans ces études que la sévérité de l'abus sexuel - avec le viol comme pôle extrême - est corrélée positivement à la sévérité du trouble de personnalité limite. Malgré des différences dans les méthodologies et les résultats des études sur les antécédents traumatiques des états-limites, le

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**Tableau 14. - Résumé des études de prévalence des abus sexuels dans l'enfance chez les personnalités limitées  
(d'après Perry (1993) ; Paris (1994))**

Etude	Echantillon	Méthodes	Prévalence
Herman et al. (1989)	55 sujets	entretiens systématiques et prospectifs en aveugle	limite : 67% non-limite : 26%
Zanarini et al. (1989)	50 : limite, 29 : antisocial 26 : autres personnalités (patients ambulatoires)	entretiens systématiques en aveugle	limite : 26% antisocial : 7% autres personnalités : 4%
Ogata et al. (1990)	24 : limite, 18 : dépression (patients hospitalisés)	entretiens systématiques en aveugle	limite : 71% déprimé : 22%
Paris et al. (1994 <sub>b</sub> )	femmes, 150 : limite, 48 : autres personnalités	entretiens en aveugle	limite : 71% (pour viol 30%) autres : 46% (pour viol 6%)
Paris et al. (1994 <sub>a</sub> )	hommes, 61 : limite, 60 : autres personnalités	entretiens en aveugle	limite : 48% autres : 25%
Bryer et al. (1987)	66 femmes hospitalisées	questionnaire	limite : 86%
Brière et Zaidi (1989)	50 femmes : 35 abusées sexuellement	revue de dossiers : données systématiques	abusées vs non abusées : 37% vs 7% avaient un diagnostic d'état sur les abus sexuels non abusées
Goodwin et al. (1990)	20 femmes hospitalisées état limite	questionnaires, victimes d'inceste revue de dossiers	parmi les abusées, 95% avaient un
Ludolph et al. (1990)	jeunes hospitalisées; 27 limite vs 23 non-limite	entretien diagnostique, revue des dossiers	limite : 52% non limite : 19%
Swett et al. (1990)	125 hommes adultes suivis en consultation	questionnaires, contact avec le thérapeute : n=34	16 abusés vs 18 non abusés : diagnostic limite : 25% vs 6%
Stone (1990)	181 : limite, 104 : autres patientes,	rétrospectif, étude des dossiers,	pour l'inceste seulement : limite : 19%

hospitalisées	souvenirs des cliniciens	autres : 14%
---------------	--------------------------	--------------

traumatisme et en particulier le viol sont maintenant reconnus comme un facteur étiologique dans la genèse des états limites (Gunderson et Sabo 1993).

Nous-mêmes présentons au chapitre VIII une étude systématique de quatre-vingt-dix patientes psychiatriques présentant différents types de diagnostics principaux. Nous avons présenté les premiers résultats de cette étude devant la Société Médico-Psychologique (Darves-Bornoz et al. 1995<sub>c</sub>). Nous avons pu noter sur cet échantillon que les victimes de viol présentaient significativement plus souvent un ensemble de troubles psychologiques et comportementaux proches de ce qu'on dénomme personnalité limite et ce, quel que soit le diagnostic principal des patients. Une autre étude présentée au chapitre VIII concernant soixante-quatre femmes schizophrènes (Darves-Bornoz et al. 1995<sub>a</sub>) a montré aussi que les victimes d'abus sexuels présentaient des traits qui marquent un déficit du contrôle des impulsions plus souvent que celles qui n'avaient pas été victimes d'abus sexuels. Après ces deux études, l'état limite nous est apparu, dès lors, comme le pôle extrême d'une dimension liée étroitement à la présence d'un antécédent de traumatisme, en particulier de viol, et d'une dimension applicable à tous les patients quel que soit leur diagnostic principal. D'une manière plus générale, il ressort de l'ensemble de ces études que la personnalité peut changer sous l'effet de certains événements et que ces événements sont de nature traumatique, avec au premier rang le viol.

## 2. LES CHANGEMENTS DURABLES DE LA PERSONNALITE APRES LES TRAUMATISMES

La classification des troubles mentaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM-10) a reconnu la possibilité de changements de la personnalité après un traumatisme et a retenu dans ses catégories diagnostiques une personnalité post-traumatique sous l'intitulé "*Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe*" dont on trouvera les critères diagnostiques plus loin. La CIM-10 en effet, constate qu'il existe des anomalies du comportement et de la personnalité qui surviennent après un facteur de stress soit catastrophique, soit excessif et prolongé, ainsi qu'après des maladies psychiatriques sévères. Cette modification inclut une modification des relations avec autrui, et de la conception de soi et des autres. Le changement de la personnalité n'est pas toujours facile à distinguer de la persistance d'un trouble mental secondaire à un traumatisme.

On voit que le viol, même s'il est viol incestueux, n'est pas mentionné explicitement dans ces critères mais notre étude de la cohorte de Tours a bien montré que les victimes de viols répétés sur un longue période en particulier les victimes d'inceste étaient des personnes ayant vécu un des traumatismes les

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### Tableau 15. - Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (OMS 1993)

A - Arguments déterminants (selon les antécédents personnels ou selon des témoins importants) en faveur d'un changement manifeste et persistant de la personne dans ses modes de perception, de relation et de pensée relatifs à l'environnement et à soi-même, à la suite d'une exposition à un stress catastrophique (par exemple expériences en camp de concentration, torture, catastrophe, exposition prolongée à des situations représentant un danger vital).

B - La modification de la personnalité doit être importante et représenter des caractéristiques inflexibles et mal adaptées indiquées par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

(1) attitude permanente d'hostilité et de méfiance envers le monde chez une personne qui ne présentait pas de tels traits auparavant ;

(2) retrait social (éviter des contacts avec des personnes autres que les quelques proches parents avec qui le sujet vit) qui n'est que

(3) sentiment constant de vide ou de perte d'espoir non limité à un épisode isolé de trouble de l'humeur et absent avant l'expérience du stress catastrophique ; ceci peut être associé à une incapacité à exprimer des sentiments négatifs agressifs et à une humeur dépressive de durée prolongée sans trouble dépressif reconnu avant l'exposition au stress catastrophique ;

(4) sentiment durable d'être "sur la brèche" ou de se sentir menacé sans cause externe, attesté par une vigilance accrue et une irritabilité chez une personne qui ne présentait pas antérieurement de tels traits. Cet état d'hypervigilance chronique, de tension interne et de sentiment de menace peut être associé à une tendance à boire de façon excessive ou à prendre d'autres substances psycho-actives ;

(5) sentiment permanent d'être changé ou d'être différent des autres (d'être étranger) ; ce sentiment peut être associé à une expérience d'engourdissement émotionnel.

C - Le changement doit interférer de façon significative avec le fonctionnement personnel dans la vie quotidienne, ou être à l'origine d'une détresse subjective, ou avoir des répercussions défavorables sur l'environnement social.

D - Le changement de personnalité doit s'être développé après l'expérience de la catastrophe et il ne doit pas exister d'antécédent de trouble ou d'accentuation de traits de la personnalité adulte, ou de

<p>trouble de la personnalité ou du développement durant l'enfance ou l'adolescence, qui seraient susceptibles d'expliquer les traits de personnalité actuels.</p> <p>E - La modification de la personnalité doit être présente depuis au moins deux ans. Elle ne doit pas être liée à des épisodes d'un autre trouble mental (à l'exception d'un état de stress post-traumatique) et elle ne doit pas être attribuable à une lésion ou une maladie cérébrale.</p> <p><b>Tableau 15. - Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (OMS 1993) [suite]</b></p> <p>F - La modification de la personnalité qui répond aux critères ci-dessus est souvent précédée par un état de stress post-traumatique. Les symptômes de ces deux états peuvent être associés et la modification de la personnalité peut être le résultat de l'évolution chronique d'un état de stress post-traumatique. Néanmoins, le diagnostic de modification durable de la personnalité ne doit pas être porté dans ce cas à moins que, outre un état de stress post-traumatique persistant au moins deux ans, il existe une période supplémentaire d'au moins deux ans pendant laquelle les critères ci-dessus ont été remplis.</p>
--

plus sévères qui soient, et entrent bien dans le cadre du critère A de la CIM-10.

Le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) des classifications internationales ne décrit pas tout ce que certains traumatisés ressentent. Horowitz (1986) avait suggéré la catégorie de "caractère post-traumatique". Gelin (1983) décrivait le masque sous lequel les victimes d'abus sexuels dans l'enfance se présentaient, comme une psychopathologie associant une dépression chronique, des troubles dissociatifs, une consommation de toxiques et des comportements suicidaires, impulsifs et auto-agressifs. Cet auteur dénommait ce tableau névrose traumatique compliquée. Goodwin (1988<sub>a</sub>) a remarqué que les séquelles d'abus sexuels prolongés se présentaient sous la forme d'un syndrome post-traumatique sévère qui comprenait des fugues dissociatives et d'autres troubles dissociatifs, une fragmentation du soi, des troubles anxieux et affectifs, des somatisations, des comportements suicidaires, des mises en acte répétées du traumatisme et la survenue de nouveaux sévices. Au cours des discussions autour de la rédaction de la classification américaine des troubles mentaux, le DSM-IV, la plupart des

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

spécialistes du traumatisme avaient souhaité la création d'une nouvelle catégorie de syndrome traumatique complexe à côté du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) et de la Réaction Aiguë à un facteur de Stress. Cette nouvelle catégorie nosologique avait été provisoirement dénommée DESNOS (Trouble des Stress Extrêmes Non Spécifiés Autrement) et s'est beaucoup inspirée des critères de Judith Herman (1992<sub>a</sub>) pour un *Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) complexe* que nous avons reproduit plus bas.

Les caractéristiques cliniques de ce groupe de patients peuvent se répartir en trois domaines : un premier plan symptomatique rassemblant des troubles persistants et sévères, un second plan de changements dans la person-



**Tableau 16. - Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) Complexe (Herman 1992<sub>a</sub>)**

**From *Trauma and Recovery*, by Judith L. Herman. Copyright (c) 1992 by Judith L. Herman. Reprinted by arrangement with BasicBooks, a division of HarperCollinsPublishers, Inc.**

1. Un antécédent d'assujettissement à un contrôle totalitaire sur une période prolongée (mois ou années). Les otages, les prisonniers de guerre, les survivants de camps de concentration, et les rescapés de certains cultes religieux en représentent des exemples. Ceux qui ont été

soumis à des systèmes totalitaires dans la vie sexuelle ou familiale, en particulier les rescapés de violences domestiques, d'abus sexuels ou physiques dans l'enfance, et d'exploitation sexuelle organisée en représentent également d'autres exemples.

2. Altérations de la régulation des affects, incluant :

- dysphorie persistante
- préoccupation suicidaire chronique
- blessures infligées à soi-même
- colère extrêmement inhibée ou au contraire explosive (peut alterner)
- sexualité extrêmement inhibée ou au contraire compulsive (peut alterner)

3. Altérations de la conscience, incluant :

- amnésie ou hypermnésie pour les événements traumatiques
- épisodes dissociatifs transitoires
- dépersonnalisation / déréalisation
- revivre des expériences, soit sous la forme de symptômes du Syndrome Secondaire à

un

Stress Traumatique (PTSD), soit sous la forme de ruminations

4. Altérations dans la perception de soi, incluant :

- sentiment d'impuissance ou paralysie de l'initiative
- honte, culpabilité et auto-accusation
- sentiment d'être sali ou d'être marqué
- sentiment d'être complètement différent des autres (peut inclure : sentiment d'être

spécial,

solitude complète, conviction qu'aucune autre personne ne peut comprendre, ou

sentiment

d'identité non-humaine)

5. Altérations dans la perception de l'agresseur, incluant :

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

<ul style="list-style-type: none"><li>- préoccupation par la relation avec l'agresseur (incluant les préoccupations de vengeance)</li><li>- attribution irréaliste d'une puissance totale à l'agresseur (attention : l'évaluation de la victime des réalités de la puissance peut être plus réaliste que celle du clinicien)</li><li>- idéalisation ou gratitude paradoxale</li><li>- sentiment de relation spéciale ou surnaturelle</li><li>- acceptation du système de pensée ou des rationalisations de l'agresseur</li></ul>
<p><b>Tableau 16. - Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) Complexe (Herman 1992<sub>a</sub>)</b></p> <p>From <i>Trauma and Recovery</i>, by Judith L. Herman. Copyright (c) 1992 by Judith L. Herman. Reprinted by arrangement with BasicBooks, a division of HarperCollinsPublishers, Inc. [suite]</p> <p>6. Altérations dans les relations avec les autres, incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- isolement et retrait</li><li>- rupture dans les relations intimes</li><li>- recherche répétée d'un sauveur (peut alterner avec isolement et retrait)</li><li>- méfiance persistante</li><li>- échecs répétés dans la protection de soi</li></ul> <p>7. Altérations dans les systèmes de signification :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- perte de la croyance réconfortante en la loyauté</li><li>- sentiment de désespoir</li></ul>

nalité, et un troisième plan de vulnérabilité à la répétition des traumatismes, parfois infligés à lui-même par le sujet.

**(a) Plan symptomatique :** comme nous l'avons vu dans notre enquête prospective des victimes de viol de Tours, outre les symptômes du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), on trouve souvent de nombreux autres symptômes. Il s'agit en particulier de troubles somatiques, dépressifs et dissociatifs.

**(b) Des changements du caractère** s'observent chez ces traumatisés : il leur arrive de se haïr eux-mêmes, de se faire des reproches, de se sentir coupables ou de ne pas pouvoir mesurer la distance avec les autres en se sentant trop ou, au contraire, pas assez impliqués avec leur entourage. Ils présentent de manière chronique une mauvaise modulation des affects dont il est difficile de dire si c'est l'effet d'un trouble persistant ou si c'est devenu une caractéristique de personnalité : les traumatisés sont trop en colère ou au contraire sont inhibés ; leur sexualité est perturbée : on observe parfois une sexualité à risques ou

parfois le contraire, une absence de sexualité ; les ruminations dysphoriques alternent avec des comportements impulsifs.

**(c) Une altération des systèmes de signification** est présente dans ce groupe de patients et s'intègre à leur identité : par exemple pour des enfants maltraités par ceux qui étaient censés prendre soin d'eux, il y a une altération du sens de la vie, il est difficile pour eux de sentir que la vie a un sens. Les victimes de traumatismes prolongés se battent, se coupent ou se brûlent souvent. Ils peuvent exercer des mauvais traitements sur autrui ou au contraire être eux-mêmes l'objet de nouveaux mauvais traitements. Cette rubrique tourne autour de la notion de *masochisme*, de ce que Karl Abraham (1907<sub>b</sub>) appelait "*traumatophilie*", et de ce que van der Kolk (1987<sub>a</sub>) dénomme maintenant "*addiction au traumatisme*".

Un des mérites de cette catégorie (DESNOS) était de signaler qu'un certain nombre de troubles mentaux et de changements de la personnalité coexistaient chez des victimes de traumatismes sévères alors que la tendance dans les classifications internationales a longtemps été à l'atomisation de troubles mentaux, autrefois unitaires, comme l'hystérie. Ce nouveau diagnostic (DESNOS) s'était révélé particulièrement pertinent pour deux catégories de sujets : les victimes de traumatismes prolongés d'une part et les adolescents traumatisés d'autre part. On ne peut que remarquer la grande parenté qu'il partage avec la personnalité limite. Le trouble DESNOS n'a cependant pas été retenu par le comité pour la rédaction du DSM-IV chargé des troubles anxieux dans lesquels a été placé le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD).

## E - CONCLUSION

Nous avons montré dans l'étude de la cohorte de Tours que le viol est un traumatisme sévère qui provoque très fréquemment un *Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD)*. Nous avons souligné aussi que l'inceste est le type de viol le plus sévère puisqu'il est celui qui induit le plus souvent des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD) chroniques un an plus tard, et ce, même si tous les autres caractéristiques typologiques des viols sont égales par ailleurs. Le *Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD)* dans sa forme chronique est en association étroite avec deux autres syndromes, fait dont on ne peut affirmer avec certitude pour le moment s'il s'agit d'une liaison touchant à un mécanisme unique de genèse de tous les troubles mentaux après un traumatisme psychique, ou simplement

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

d'une cooccurrence résultant de trois impacts différents induits par un même traumatisme psychique. Ce sont les syndromes que nous avons appelé le *Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique*, avec son cortège de dissociations au sens de Pierre Janet, de somatisations et conversions, d'agoraphobie et de phobies spécifiques, et le *Syndrome Traumatique de type Limite* qui rassemble des attitudes psychologiques et comportementales voisines de celles des états limites. Nos résultats font cependant pencher pour le modèle du mécanisme unique. En effet, dans la cohorte de Tours, le *Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique* et le *Syndrome Traumatique de type Limite* apparaissent précocement et massivement chez les victimes après le viol, et leur survenue est un facteur de prédiction de la présence d'un *Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD)* chronique un an plus tard. C'est dire en premier lieu que la genèse du *Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD)* conçue comme perturbation de l'encodage des souvenirs traumatiques dans une expérience de dissociation est un modèle qui se trouve renforcé par nos résultats. C'est dire aussi que le *Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD)* s'accompagne souvent d'une altération sévère de l'identité, du type de celle observée dans le *Syndrome Traumatique de type Limite*. Le traumatisme du viol induit des clivages de l'identité. Ces clivages apparaissent de la manière la plus paradigmatique dans le trouble mental dénommé "*personnalité multiple*" ou "*identité dissociative*". En ce sens, il n'est pas impropre de parler de cas de "*psychoses hystériques*" pour désigner, au sens de Pierre Janet, certains états dissociatifs post-traumatiques. Cependant, il vaudrait mieux affirmer, à l'inverse, que tout clivage de l'identité n'est pas un signe de psychose. Le terme de "*psychose hystérique*" n'est pas vraiment heureux parce qu'il entretient beaucoup de confusion. En effet, il s'agit là d'un type de trouble typiquement névrotique. Il s'agit de la névrose hystérique.

## **CHAPITRE V**

### **LES VIOLS INCESTUEUX**

Le viol est la première cause de traumatisme psychique dans notre pays. Il revêt une spécificité parmi les autres causes de traumatismes psychiques qui explique la sévérité de son impact psychologique. Cette spécificité tient au caractère interpersonnel du traumatisme dans le viol et à l'intrication dans le même événement de comportements censés habituellement représenter un sentiment positif d'affection ou d'amour, et de comportements qui relèvent de l'agressivité et de l'agression. La confusion des registres est à son comble dans l'inceste, ce viol commis par une personne supposée donner habituellement soins et protection à la victime. En outre, cette caractéristique de l'inceste éclaire le fait qu'il se produise souvent dans le silence sans que la victime se défende.

#### **A - ETUDE DES VIOLS INCESTUEUX DANS LA COHORTE DE TOURS**

La survenue de viols dans l'enfance ou l'adolescence et le caractère incestueux du viol modifient les caractéristiques de l'agression pour de nombreuses raisons dont nous avons présenté quelques-unes plus haut. Il en résulte des conséquences psychopathologiques spécifiques pour les viols incestueux (Darves-Bornoz et al. 1995<sub>b</sub> ; Darves-Bornoz et al. 1995<sub>f</sub>).

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Ce que nous souhaitons présenter dans ce chapitre est précisément l'impact spécifique du viol incestueux, c'est-à-dire les symptômes et les troubles mentaux qui surviennent plus souvent dans un viol incestueux que dans un viol non-incestueux. En effet, on a vu au chapitre IV que les viols, d'une manière générale, entraînent des séquelles psychopathologiques importantes et diverses. Nous n'allons donc pas reprendre ce que nous avons déjà présenté ailleurs.

Nous avons étudié, sur la cohorte de Tours, les trente-neuf sujets violés dont l'agression avait été commise par une personne de la famille même de la victime. Ces sujets sont donc issus de l'enquête prospective des victimes de viol du Centre Médico-Légal de Tours présentée au chapitre IV. Nous les avons comparées aux soixante-trois victimes d'un viol non-incestueux de la même enquête.

Les victimes d'inceste étaient âgées de treize à vingt-quatre ans au moment de l'entretien. Il s'agissait de trente-six filles et trois garçons. Vingt-neuf (74%) étaient des étudiants ou des élèves et les dix autres (26%) travaillaient ou recherchaient un travail. Lors du premier viol qu'elles ont subi, les victimes d'inceste étaient âgées de cinq à dix-neuf ans, et 87% d'entre elles avaient moins de quinze ans. La différence d'âge entre la victime de l'inceste et l'agresseur allait de deux à cinquante-six ans. Elle était de plus de cinq ans dans 90% des cas. L'auteur de l'inceste était le père pour 33% des cas, le beau-père pour 28%, un oncle pour 21%, un frère pour 13%, un grand-père pour 3% et un arrière-grand-père pour 3%. On notera que dans notre étude, 85% des victimes d'inceste (au lieu de 61% des victimes de viol non-incestueux) avaient moins de vingt ans lors de l'enquête (différence significative,  $p=0.016$ ). Chez les victimes d'inceste, 8% sont des garçons (au lieu de 11% chez les victimes de viol non-incestueux) ; cette différence n'est pas significative. Les deux groupes ne sont pas différents non plus pour ce qui concerne la catégorie socioprofessionnelle du père ; 29% étaient cadres chez les victimes d'inceste (au lieu de 25%), les autres pères appartenant à une catégorie socioprofessionnelle moins élevée. Pour les victimes d'inceste, les viols ont été plus souvent répétés que chez les victimes de viols non-incestueux (85% au lieu de 39%,  $p<0.00001$ ). Ces viols ont été aussi chez les victimes d'inceste plus souvent répétés pendant une période prolongée (plusieurs mois) que chez les victimes de viol non-incestueux (64% au lieu de 13%,  $p<10^{-7}$ ). Quarante-neuf pour cent des victimes d'inceste (au lieu de 36%, différence Non Significative au risque 5%) avaient été battues en dehors des viols. Pour 46% des victimes d'inceste (au lieu de 63%, NS) il y a eu pendant les viols, outre la violence sexuelle, une violence physique additionnelle (violence exprimée, menace avec une arme ou un objet, menace d'être frappé). Cette proportion confirme ce que nous disions plus haut, à savoir que l'inceste survient souvent sans violence physique surajoutée.

**Tableau 17. - Troubles différemment représentés chez les victimes de viols incestueux et non-incestueux<sup>a</sup> de la cohorte de Tours**

Cohorte de Tours	viols incestueux	viols non-incestueux	différence		OR <sup>b</sup>	IC 95%
	%	%	$\chi^2$	p		
mauvaise estime de soi	68	37	8.96	0.003	3.92	[1.56 - 9.88]
sentiments de vide	76	56	4.16	0.041	2.91	[1.12 - 7.60]
PTSD	84	61	5.78	0.016	3.81	[1.28 - 11.3]
troubles dissociatifs	84	60	6.13	0.013	3.13	[1.08 - 9.13]
phobie sociale	62	38	5.10	0.024	NS <sup>c</sup>	
troubles psychotiques ou bipolaires	3	16	Fisher exact : p = 0.045		NS <sup>c</sup>	

<sup>a</sup> On considère les troubles ayant été présents pendant les six premiers mois de suivi

<sup>b</sup> Odds ratio (OR) et leurs intervalles de confiance à 95% (IC 95%) calculés par régression logistique portant sur la variable et intégrant dans le modèle l'âge de la victime et le caractère incestueux ou non du viol

<sup>c</sup> NS : non significatif après régression logistique incluant l'âge de la victime

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Quand on compare l'inceste et les viols non-incestueux, presque tous les troubles survenant après les viols sont plus fréquents chez les victimes d'inceste, mais le plus souvent la différence n'est pas statistiquement significative au risque 5%. Nous présentons dans le tableau 17, les symptômes et les troubles significativement plus représentés chez les victimes d'inceste, ainsi que les troubles psychotiques et bipolaires qui sont significativement moins représentés chez elles.

Nous avons effectué des régressions logistiques sur les différents troubles et symptômes en incluant dans le modèle l'âge des victimes et le caractère incestueux ou non-incestueux des viols. De cette façon, apparaît la liaison des troubles à l'inceste, toutes choses égales par ailleurs, c'est-à-dire à âge égal. Nous présentons dans le tableau 17, les odds ratios (qui approchent les risques relatifs) et leurs intervalles de confiance à 95%. La mauvaise estime de soi et les sentiments de vide sont très présents chez les victimes d'inceste. C'est là, sans doute, le témoin d'une dépression narcissique plus sévère chez elles et le témoin de l'identification à l'agresseur très forte qui se met en place. L'inceste apparaît comme un événement plus traumatique que les viols non-incestueux, puisque le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) a un odds ratio voisin de quatre. Les troubles dissociatifs dans leur ensemble (dépersonnalisation, amnésie dissociative, fugue dissociative, personnalité multiple et autres troubles dissociatifs) sont aussi plus fréquents chez les victimes d'inceste. Cela permet de comprendre par exemple que d'autres études, rétrospectives, trouvent souvent un antécédent d'inceste chez les personnalités multiples (Kluft 1985). Nous relevons 14% (n=5) de personnalités multiples chez les victimes d'inceste, résultat que nous avons présenté par ailleurs dans l'American Journal of Psychiatry (Darves-Bornoz et al. 1995<sub>b</sub>). La présence d'une phobie sociale et l'absence de troubles psychotiques et bipolaires, éventualités liées à l'âge, n'apparaissent plus en relation significative avec l'inceste après régression logistique.

### **B - EXISTE-T-IL UNE TRANSMISSION DE L'INCESTE ENTRE LES GENERATIONS ?**

De nombreux professionnels proclament que les mauvais traitements des enfants et des adolescents sont un comportement transmis entre les générations (Friedrich et Wheeler 1982). Cette croyance est souvent relayée dans des articles de journaux pour le grand public qui n'hésitent pas à dire que la plupart des enfants maltraités maltraiteront eux-mêmes leurs enfants. Ce



point de vue, pour sa défense, a peu d'études rigoureuses à mettre en avant. Avoir été maltraité rend la victime à risque pour maltraiter, elle-même, mais c'est loin d'être une condition suffisante (Kaufman et Zigler 1987). En ce qui concerne l'inceste, on entend souvent dire que c'est un phénomène rural qui se transmet de génération en génération dans certaines familles (Association Normande de Criminologie 1977). Notre étude - présentée au paragraphe précédent - montre au contraire que c'est un phénomène universel indépendant des catégories socioprofessionnelles des parents. Que les incestes en milieu rural aient été plus étudiés s'explique peut-être simplement par le fait qu'ils étaient plus révélés.

Il est vrai que certaines études ont relevé des éléments négatifs dans la façon dont les victimes d'inceste se comportaient avec leurs enfants. Goodwin et ses collègues (1982<sub>b</sub>), dans une étude concernant des mères qui ont maltraité leurs enfants, a trouvé que 24% d'entre elles avaient été victimes d'inceste. Concernant la manière d'élever les enfants, Gelinat (1983) a remarqué que les femmes qui avaient été abusées sexuellement, se sentaient débordées, avaient tendance à se montrer très ambivalentes, et avaient des difficultés à poser des limites. En étudiant des sujets à qui l'autorité parentale sur leurs enfants avait été retirée, Schetky et ses collègues (1979) ont remarqué que 37% de ces mères avaient été abusées sexuellement dans l'enfance. Ces indications tendent à confirmer que les victimes d'inceste ont besoin d'aide dans tous les secteurs de la vie psychologique et sociale, y compris d'aide dans la manière d'élever leurs enfants, mais ce ne sont pas des données qui doivent servir à stigmatiser ces victimes déjà suffisamment traumatisées et laissées seules avec elles-mêmes. La transmission entre les générations n'a rien d'une fatalité.

Comment comprendre cependant qu'une minorité non négligeable de victimes d'inceste reproduise sur leurs enfants des mauvais traitements ? Des tenants de l'école de l'apprentissage social (Feshbach 1974 ; Hertzberger 1983) font l'hypothèse que les comportements de mauvais traitements des enfants sont transmis, parce que ces parents qui maltraitent, enseignent à leurs enfants de manière directe ou indirecte qu'être agressif est approprié. Les théoriciens de l'attachement, comprennent d'une autre façon ce phénomène. Ils pensent que les schèmes de représentation de la relation interindividuelle qui sont issus des premières figures d'attachement, déterminent la nature et le développement des relations ultérieures (Bowlby 1973<sub>a</sub>, 1973<sub>b</sub>, 1980 ; Sroufe et Fleeson 1986). Certains psychanalystes considèrent que le "*télescopage des générations*" (Faimberg 1993), c'est-à-dire un type d'identifications inconscientes aliénantes qui condense trois générations, peut survenir chez tout un chacun, mais avec une plus grande fréquence chez les victimes de traumatismes. Cela a été étudié en particulier chez les rescapés des camps de concentration. Dans ce cadre conceptuel, l'identification à un parent qui ne reconnaît pas la blessure narcissique que d'une manière ou d'une autre, lui ont infligée ses propres

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

parents, conduit le patient à résister de manière narcissique à la reconnaissance de la différence des générations.

## **CHAPITRE VI**

### **LE VIOL CHEZ LES ADOLESCENTS**

#### **A - LE SYNDROME SECONDAIRE A UN STRESS TRAUMATIQUE (PTSD) CHEZ LES ADOLESCENTS**

En 1978, rien n'avait été écrit sur le traumatisme en tant que tel pour l'enfant et l'adolescent. Bien que le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) soit une catégorie nosologique créée pour des adultes traumatisés, on sait maintenant que les enfants et les adolescents soumis à des événements traumatiques développent comme les adultes des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD) (Eth et Pynoos 1985). Cependant ce qui est un événement traumatique pour un enfant (Gislasen et Call 1982) et l'intensité de la réponse psychologique au traumatisme (Terr 1985) sont des éléments qui varient avec l'âge et le niveau de développement de l'enfant. La symptomatologie du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chez l'enfant et l'adolescent est très voisine de celle de l'adulte (Lyons 1987) bien que certaines particularités soient observées. Ainsi, le syndrome de répétition peut se manifester par des symptômes spécifiques : rêves éveillés concernant le traumatisme, jeux dont les thèmes se réfèrent au traumatisme, incapacité à parler d'autre chose que de l'événement traumatique, mise en scène répétée de l'événement, ou encore projections dans l'avenir marquées par un grand pessimisme. Le processus par lequel le stress traumatique produit des effets délétères, notamment chez l'adolescent, est complexe. Il s'agit d'un processus étroitement lié au développement du sujet. En effet si l'origine de la pathologie est bien à situer dans le stress traumatique initial, toute la

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

psychopathologie va se développer au sein d'une foule de boucles de régulation avec implications et rétroactions.

### 1. TYPOLOGIE DU STRESS TRAUMATIQUE

Il faut noter d'abord que le moment du traumatisme et le stress traumatique lui-même sont des entités complexes. En effet, dans ce moment initial, sont intriqués de nombreuses perceptions et de nombreux sentiments de natures différentes : ressenti somatique douloureux si le sujet est blessé, sentiment d'impuissance devant la force de l'agresseur, fantasme de meurtre de l'agresseur, peur de la mort, solitude, sentiment de trahison ou de perte d'une figure aimée, ou encore vécu dissociatif avec déréalisation et dépersonnalisation. L'événement stressant peut devenir traumatique par l'association d'autres mécanismes que ceux engagés dans l'événement lui-même. C'est le cas, par exemple, quand un sentiment de mort ou de mort psychique surgit devant une menace de mort ou une blessure narcissique. De la même façon, le traumatisme peut conduire secondairement à d'autres événements psychologiquement délétères : sentiments de perte si, par exemple, l'adolescent est hospitalisé et séparé de ses proches, ce qui peut être à l'origine d'une anxiété de séparation ; culpabilité de ne pas s'être suffisamment défendu ; peur que la mise à jour d'un inceste ne fasse perdre aussi la mère par une inculpation pour complicité ; réactivation de la détresse d'un précédent abus sexuel dans l'enfance chez un adolescent violé. Il n'est pas non plus indifférent que le traumatisme soit unique, répété ou chronique. Non pas qu'un traumatisme unique ne soit suffisant pour créer un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) de longue durée, mais la répétition a son propre retentissement sur le développement du sujet. En effet un environnement où la menace de répétition du traumatisme est permanente, produit une altération, chez le sujet, de la conception de ce que peut être une aire de sécurité, or ces aires de sécurité sont le préalable à la construction des aires de jeux et des aires de formulation de pensées, et conditionnent leur forme. Cette menace de répétition, par exemple dans le cas de violence familiale, connote la notion de vie de famille, de celle d'agression, et intrique la violence, la protection et les soins parentaux dans une même représentation. La menace de répétition induit aussi le maintien du secret, enlève toute possibilité de communication à l'intérieur de la famille, et du coup, isole la victime du reste de sa famille comme de ses amis.

### 2. CONTEXTE DU TRAUMATISME

Un stress traumatique n'est pas seulement le produit d'un événement traumatique perçé comme tel de manière externe, c'est le point de convergence

d'une menace externe et d'une menace interne. Un stress traumatique provoque certes des symptômes notamment des symptômes de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), mais surtout il perturbe le développement d'un individu placé dans un environnement qui lui est personnel. Ce trouble du développement du sujet peut conduire à des phénomènes plus complexes que les symptômes comme, par exemple, la récurrence des traumatismes. Le stress traumatique initial s'insère dans des séquences traumatiques, et il n'est pas indifférent, par exemple, que le traumatisme initial soit suivi d'autres traumatismes secondaires dans la suite immédiate du traumatisme initial. Dans la cohorte de Tours, les exemples de ce type sont nombreux : une adolescente victime d'un viol de son beau-père a indéniablement subi un traumatisme secondaire en étant placée dans un foyer où régnait promiscuité et violence ; une enquête ouverte sur le viol d'une autre jeune fille a créé un traumatisme secondaire chez elle parce que cette victime n'a pas été crue, et que la procédure a été rapidement interrompue. Dans des cas comme ceux-là, la situation est bien différente de celle d'un jeune qui aurait été victime d'un traumatisme unique, par exemple un accident de voiture, puis qui aurait été abstrait de la situation traumatique par une famille très protectrice et très chaleureuse. Il n'est pas indifférent, non plus, du point de vue du devenir du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), d'avoir eu ou non à vivre, peu après le traumatisme, des scènes qui ont déclenché des souvenirs traumatiques. Ces événements-gâchettes peuvent jouer le rôle de traumatismes additifs si les réponses simultanées de l'environnement ne sont pas adéquates. Ainsi, pour une adolescente violée, voir des films de violence ou mettant en scène des séquences sexuelles, sans accompagnement d'un entourage marquant sa bienveillance, ne serait-ce que par un échange verbal sur les scènes du film, sera vécu comme un nouveau traumatisme. Dans un cas comme celui-ci, ce qui aurait pu apparaître, si l'accompagnement avait été adéquat, comme une exposition et une désensibilisation visant l'extinction de la peur, produit en fait une exacerbation des "flashbacks" et augmente le sentiment d'insécurité. La psychopathologie qui va se développer à distance du stress initial, dépend aussi de la personnalité en formation et de l'environnement de l'adolescent avec lesquels cette psychopathologie va interagir fortement. L'environnement de l'adolescent résulte en partie de ce qu'il a su créer lui-même avec : son tempérament (de nombreux enfants timides et peu assertifs sont victimes) ; son stade de développement (de ce point de vue, il importe beaucoup que la victime ait des moyens d'abstraction de la situation traumatique) ; ses moyens de fantasmer des issues différentes à celles effectivement vécues ; ses capacités (une difficulté cognitive ou psychopathologique antérieure compliquera la possibilité de trouver les réponses adéquates aux peurs qui ont surgi) ; son histoire (notamment, l'apprentissage qu'il a réussi à engrammer auparavant face à d'autres situations stressantes ou traumatisantes, par exemple s'il a déjà été battu ou abusé sexuellement). L'environnement du sujet dépend aussi de l'état

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

psychologique des parents. Il est défavorable que les parents aient été eux-mêmes traumatisés, ou aient vécu des pertes brutales, et que ces parents vivent le traumatisme de l'adolescent comme une réactivation de leur propre traumatisme, ou comme un événement-gâchette qui déclenche des réminiscences. En effet, cette configuration les paralysera et les empêchera de développer des attitudes adéquates de réceptivité et de protection envers l'adolescent. Si les parents avaient des difficultés psychopathologiques auparavant, cela peut compliquer aussi le traumatisme de l'adolescent, et engendrer des traumatismes secondaires à cause des comportements inadéquats des parents. C'est ainsi que nous avons vu dans la cohorte de Tours, une mère qui a réagi au traumatisme de sa fille par une tentative de suicide. Le devenir de l'adolescent traumatisé sera parfois étroitement lié à cette part de son environnement que constituent ses frères et ses soeurs. La famille et la place que l'adolescent occupe dans celle-ci pourront, selon les cas, contribuer à une abréaction ou au contraire susciter des événements-gâchettes. Dans tel cas, le sentiment de communauté et de front commun avec une soeur qui a vécu aussi mauvais traitements ou inceste prévaudra. Ailleurs, la détresse et le sentiment de solitude survenus lors de la naissance d'un cadet reprendront vigueur. Le milieu scolaire peut atténuer le traumatisme et en faciliter l'abréaction, en offrant une réceptivité au malaise, ou au contraire compliquer le traumatisme en adoptant des attitudes rigides à l'égard de la victime, notamment lors d'écarts de conduite. Les amis jouent souvent un rôle important, et les victimes d'inceste ou de viol s'adressent volontiers aux jeunes de leur âge pour se confier. Cependant, les pairs des jeunes victimes créent parfois un surcroît de traumatismes secondaires et d'événements-gâchettes : paroles ou gestes déplacés, voire prises de position en faveur de l'agresseur quand il est de leur âge. Le corps social réagit souvent envers les victimes de manière négative en se focalisant sur leurs troubles du comportement. La patience des débuts de la part des travailleurs sociaux, des juges ou des psychiatres se transforme rapidement en rejet de ces sujets qui ne savent pas trouver les mots pour exprimer leur malaise. C'est l'ensemble de ces éléments qui façonne le contexte du traumatisme, et qui va accroître ou diminuer les effets de celui-ci.

### **3. LE TROUBLE DU DEVELOPPEMENT DE L'ADOLESCENT TRAUMATISE**

L'atteinte de la personnalité en formation suit précocement le traumatisme chez les adolescents. De plus, les changements de la personnalité observés sont marqués et durables (Gislason et Call 1982). En effet, les réponses précoces au traumatisme psychique affectent les émotions, les relations avec autrui, le contrôle des impulsions et les processus cognitifs (ce qu'attestent troubles de mémoire et difficultés scolaires). La maturation psychologique et la

maturation cognitive sont déterminantes pour le devenir de la psychopathologie. Nous avons pu remarquer dans la cohorte de Tours et dans notre pratique personnelle que des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD) avec un déclenchement différé surviennent avec une relative fréquence chez les adolescents. Typiquement, la scène traumatique se produit dans l'enfance et le syndrome de répétition se déclenche quand le niveau de développement cognitif et affectif permet une représentation adéquate de ce qui s'est passé, et qui n'avait pas vraiment de sens auparavant. L'apprentissage de compétences pour acquérir des réactions adéquates dans l'action face à des événements potentiellement traumatiques, et après l'action dans la détresse qui suit, est un défi pour les sujets en devenir. De surcroît, la personnalité en formation de l'adolescent traumatisé élabore et intègre des conceptions spécifiques sur la vie sociale, par exemple sur ce qu'est le danger ou la sécurité, sur ce qu'est une blessure, une perte ou, au contraire, une protection et une action pour se protéger. Il est possible aussi de voir apparaître des conceptions morales inadéquates sur la peur et le courage qui conduisent à une intrépidité face au danger et à des prises de risques. C'est le cas en particulier chez le garçon. Ces changements sont toujours sous-tendus par la formation initiale de fantasmes qui tentent de maîtriser l'événement traumatique et de lui donner une nouvelle issue. Ce sont par exemple des fantasmes de revanche. Si l'enfant ou l'adolescent a dû supporter passivement une violence, le fantasme pourra consister à susciter des situations violentes où il ne se soumet pas et où il ne se rend pas. Le fantasme peut s'écrire alors *"Plus-jamais-je-ne-me-rendrai"*. Le processus d'identification à l'agresseur est dès lors en marche et le sujet va se développer dans cette voie en valorisant les conduites violentes. Les victimes imaginent parfois des issues pour échapper en pensée au traumatisme, par exemple elles imaginent qu'elles vont prendre une arme. Ce fantasme peut être à l'origine de conduites agressives ultérieures. L'examen des fantasmes qui ont surgi au moment du traumatisme est une question centrale pour la compréhension des conduites ultérieures et pour le traitement. Quand des fantasmes traumatiques ont été isolés, le traitement consiste précisément à trouver avec l'adolescent des réponses plus constructives que celles conçues dans le fantasme. Cependant, en l'absence de traitement, la personnalité de l'adolescent est marquée par le développement d'une image de soi et des autres tout à fait spécifiques. La perturbation du développement affectif engendre la honte, le sentiment d'incompétence, le reproche ou le sentiment de culpabilité, et elle fonde une image particulièrement négative de soi-même. Dans le même temps se font jour des conduites antisociales dont l'apparition coïncide avec une perte d'empathie et une perte de conduites de réparation comme le sont les attitudes favorisant le lien social. Ce processus aboutit à une inhibition de l'identification aux autres et à la douleur des autres, et à la constitution d'une rigidité de type narcissique dans une personnalité d'où l'entre-deux est chassé.

#### **4. DYNAMIQUE DE L'ADAPTATION A UNE REACTION AIGUË DE**

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### STRESS

C'est dans le cadre que nous venons de décrire que se développe la réaction aiguë de détresse. Les réactions aiguës secondaires à un stress traumatique sont à la fois somatiques, psychologiques et comportementales. Ces trois secteurs seront mobilisés par les stress ultérieurs. Sur le plan somatique, on peut constater par exemple, lors d'épisodes d'auto-agressivité et d'automutilation, des états dissociatifs et une insensibilité à la douleur physique reliés probablement à la biologie des endorphines. Sur le plan psychologique, il faut insister à nouveau sur le rôle important des fantasmes traumatiques, notamment des fantasmes agressifs de revanche. Sur le plan comportemental, le clinicien sait que les comportements antisociaux sont souvent à la mesure de ce que l'adolescent a ressenti quand le socius a refusé de reconnaître ses sévices, par exemple quand un non-lieu a clos une histoire de violence sexuelle. L'avenir est parfois déterminé, au stade de la réaction aiguë de détresse, par les efforts précoces déployés par l'individu pour changer son environnement et son état intérieur. Souvent ceux dont les efforts sont adéquats à ce stade sont aussi ceux dont les stratégies pour faire face au traumatisme ont été les meilleures, par exemple ceux qui ont tenté de négocier avec l'agresseur, ou ceux qui ont tout fait pour ne pas provoquer la violence.

Ultérieurement, les mécanismes de réparation et d'adaptation de l'adolescent auront à composer avec la symptomatologie psychiatrique post-traumatique d'une part, et avec les nécessités de son développement d'autre part. Outre les troubles psychiatriques qui se développent après le viol et que nous avons déjà décrits (PTSD, troubles dissociatifs, dépression, phobies, somatisations, troubles du sommeil), peuvent se développer chez les adolescents d'autres troubles comme un déficit de l'attention, des troubles du comportement alimentaire, des abus de toxiques, des troubles de l'attachement et des conduites, ou d'autres troubles anxieux que ceux que nous avons mentionnés. Pour ce qui concerne les tâches de développement de l'adolescent, les exigences d'adaptation devront s'appliquer à des problèmes multiples : les difficultés scolaires et de cognition ; l'individuation et la construction du soi, particulièrement à l'ordre du jour, qui ont tendance à donner place chez l'adolescent à une représentation alternativement dévalorisée et idéalisée, de ses capacités et de celles des autres ; la montée des passages à l'acte qui se substituent à l'expression de ressentiments très profonds et indicibles ; la nécessité d'élaborer des solutions efficaces aux problèmes quotidiens dont le terrain d'expression est souvent celui de la vie scolaire.

L'adolescent entre enfin dans une phase où les processus d'adaptation devront constamment être en transaction avec des événements-gâchettes qui déclenchent des souvenirs traumatiques (ainsi, les relations sexuelles) et avec des stress secondaires (ainsi, le placement hors de la famille dans un cas de violence familiale). A ce point, de nouvelles séquences traumatiques, et



notamment de nouveaux traumatismes physiques ou sexuels, peuvent survenir pour différentes raisons qui tiennent à l'environnement, à un mauvais développement du sujet - comme par exemple la mauvaise intégration de l'agressivité et de la régulation des impulsions - et déjà à une transformation pathologique du soi dans le sens d'une auto-dépréciation, d'une rigidité et d'un masochisme. L'ensemble de ces interactions peut entraîner, quant au développement du sujet, une altération du fonctionnement dans les relations avec autrui et dans les activités sociales. Cependant, les contradictions se résolvent parfois de manière contraire dans un surinvestissement d'activités sociales, politiques ou artistiques, ou encore dans un surinvestissement du rôle de parent.

## **B - ETUDE DU VIOL CHEZ LES ADOLESCENTS DANS LA COHORTE DE TOURS**

Ce que nous souhaitons présenter dans ce paragraphe est le caractère et l'impact spécifiques du viol survenu chez un enfant ou un adolescent, c'est-à-dire les caractères socio-démographiques, les caractéristiques typologiques de l'agression et les troubles psychologiques qui surviennent plus fréquemment lorsque le premier viol est survenu avant l'âge de vingt ans que lorsqu'il est survenu après vingt ans. On pourra se reporter au chapitre IV pour apprécier les caractéristiques des sujets violés qui ne diffèrent pas entre ces deux groupes d'âge, mais qui diffèrent notablement de ceux d'une population non exposée au viol comme la population générale.

Nous avons étudié les quatre-vingt sujets issus de la cohorte de Tours présentée au chapitre IV, pour lesquels le premier viol est survenu avant l'âge de vingt ans. Nous les avons comparés aux vingt-deux sujets de la même cohorte victimes d'un premier viol après l'âge de vingt ans. Certains résultats ont déjà été évoqués ailleurs (Darves-Bornoz et al. 1994<sup>e</sup>).

Le premier élément de cette comparaison est la proportion des viols précoces dans la cohorte. Les premiers viols de la cohorte de Tours surviennent massivement avant l'âge de vingt ans (dans 78% des cas). Nous présentons dans le tableau 18, les éléments qui apparaissent significativement différents dans le groupe des victimes de viols précoces et dans le groupe des victimes de viols plus tardifs.

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**Tableau 18. - Caractères socio-démographiques, typologiques et cliniques différemment représentés chez les victimes d'un premier viol survenu avant l'âge de vingt ans et après l'âge de vingt ans dans la cohorte de Tours.**

Cohorte de Tours	Age au 1 <sup>er</sup> viol < 20 ans N=80	Age au 1 <sup>er</sup> viol ≥ 20 ans N=22	Différence □_ p	
<b>Caractéristiques socio-démographiques :</b>				
- âge au premier viol inférieur à 15 ans	65%	0%	28.7	<10 <sup>-7</sup>
<b>Typologie des viols :</b>				
- intrafamilial	49%	0%	17.4	<10 <sup>-4</sup>
- répétés	65%	27%	9.7	0.002
- répétés sur une longue période <sup>a</sup>	38%	14%	4.5	0.034
- pas de plainte immédiate	73%	30%	13.2	<10 <sup>-3</sup>
- mauvais environnement	75%	50%	5.1	0.024
<b>Manifestations psycho-comportementales :</b>				
- difficultés scolaires ou universitaires <sup>b</sup>	92%	63%	Fisher	0.004
- crainte du SIDA	44%	19%	4.3	0.038
- agressivité <sup>c</sup>	54%	23%	6.7	0.010
- PTSD différé de plus de 6 mois <sup>b,d</sup>	22%	0%	Fisher	0.033

<sup>a</sup> Au moins plusieurs mois

<sup>b</sup> Comparaison effectuée par le test de Fisher exact

<sup>c</sup> Se battre, casser des objets

<sup>d</sup> Après le premier viol

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Les données rassemblées dans le tableau 18 montrent que la typologie des traumatismes subis par les adolescents victimes de viols est tout à fait spécifique. Chez les adolescents, outre que l'âge de survenue du traumatisme est plus précoce, et se produit à une période où la personnalité est en formation, on peut observer que les viols sont plus souvent incestueux, plus souvent répétés y compris de manière prolongée, et plus souvent méconnus, notamment de la justice. De plus, le contexte familial et social dans lequel survient le traumatisme, qui est le plus souvent mauvais, permet mal de modérer l'impact psychologique du viol. L'ensemble de ces traits permet de rapprocher un grand nombre des viols qui surviennent à l'adolescence, de traumatismes prolongés aussi sévères que ceux des victimes de la terreur politique ou de l'univers concentrationnaire. A ce titre les viols d'adolescents sont susceptibles d'engendrer des troubles de la personnalité comme ceux repérés pour les autres types de traumatismes répétés et prolongés. Quant aux troubles psychologiques et comportementaux spécifiques des adolescents victimes de viols - comparés aux victimes de viols plus âgées - on notera les comportements agressifs et les craintes excessives concernant le SIDA qui confinent parfois à l'hypocondrie et à l'atteinte de l'image du corps. Ces deux traits sont en rapport avec les transformations négatives de la personnalité après les viols. De plus, les adolescents victimes de viols deviennent une population à risque pour l'échec scolaire. C'est un reflet du trouble du développement induit par le viol. Enfin, la prévalence importante chez les adolescents de Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD) différés plus de six mois après le viol délimite la validité de la théorie freudienne de l'après-coup. Cette théorie semble avoir sa pertinence chez les enfants et les adolescents les plus jeunes chez qui le traumatisme initial ne fait pas sens immédiatement.

### **C - ETUDE DU VIOL CHEZ LES ADOLESCENTS DANS L'ENQUETE DE L'INSERM**

**[étude réalisée par M Choquet, JM Darves-Bornoz, S Ledoux]**

Il est présenté ici une étude du viol chez les jeunes scolarisés de l'enquête nationale effectuée par l'INSERM (Santé de l'adolescent). Cette étude semblait particulièrement nécessaire parce qu'il était constaté que dans la proportion de quatre sur cinq, les victimes du Centre Médico-Légal de Victimes de Violences sexuelles de Tours avaient été violées pour la première

fois avant vingt ans. Nous voulions vérifier que les troubles importants observés dans les centres médico-légaux pouvaient être retrouvés dans la population générale. Le travail présenté se propose d'analyser la fréquence du viol et d'un certain nombre de facteurs associés, à partir d'une enquête nationale en population générale portant sur la santé des jeunes en général. En particulier, la présente étude veut apprécier chez les victimes : les caractéristiques socio-démographiques ; le mode de vie et la vie relationnelle et scolaire ; les troubles des conduites et les troubles mentaux. Le caractère post-traumatique des perturbations observées sera discuté.

## 1. METHODES

L'étude réalisée fait suite à une enquête effectuée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en partenariat avec l'Education Nationale portant sur de multiples aspects de la santé des jeunes (Choquet et al. 1994). Un échantillon représentatif des jeunes scolarisés dans le cycle secondaire a été constitué par tirage au sort à trois niveaux : académies, établissements scolaires et classes. Au total, huit académies, 186 établissements et 578 classes ont été tirés au sort pour l'étude : 359 dans les collèges, 138 dans les lycées d'enseignement général et technique, et 81 dans les lycées professionnels. L'ensemble des classes tirées au sort représentait un échantillon initial de 14 278 adolescents. Au total, 87.3% de ces élèves ont participé à l'enquête. Le questionnaire, rempli par les sujets eux-mêmes, comportait 274 questions sur des domaines divers concernant la vie et la santé des adolescents. Il était anonyme. La passation durait environ une heure et se faisait en la présence du médecin, de l'infirmière ou de l'assistante sociale du service de la santé scolaire.

Les questions sur les violences subies n'ont pas été posées dans leur version complète aux élèves des classes de sixième et de cinquième. Ce questionnaire a donc été rempli par 8255 adolescents âgés pour la plupart de treize à vingt ans. Les items étaient formulés ainsi : "*Au cours de ma vie, j'ai été victime d'une agression sexuelle (oui/non)*" ; si oui, "*j'ai subi une tentative de viol (oui/non), un viol (oui/non), une autre agression sexuelle (oui/non)*". Soixante-deux sujets ont déclaré avoir été victimes d'un viol.

La présente étude, après avoir observé la liaison entre le groupe de sujets violés et les caractéristiques socio-démographiques, a comparé les réponses des victimes de viols et des sujets n'ayant pas été victimes de viol. Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de tableaux de contingence (effectifs, pourcentages) et les associations ont été mesurées à l'aide de tests statistiques ( $\chi^2$  de Mantel-Haenszel ajusté sur la variable garçon/fille). On notera qu'on a utilisé aussi le score de Kandel, qui fournit un score composite de symptômes anxieux et dépressifs (Kandel 1982, 1986).

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### 2. PREVALENCE DES VIOLS ET CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES SUJETS DE L'ENQUETE

Dans la présente étude, 0.8% des adolescents (0.6% des garçons et 0.9% des filles) déclarent avoir été victime d'un viol. Les garçons représentent donc 38% des adolescents qui déclarent avoir été victimes d'un viol dans leur vie. Dans leur ensemble, l'âge des victimes (âge moyen 16.08 ans) au moment de l'enquête, diffère peu de celui des non-victimes (âge moyen 16.21 ans). La prévalence des victimes et des non-victimes selon les types d'établissement scolaire est de 0.95% dans les collèges, 0.51% dans les lycées d'enseignement général et technique et 0.82% dans les lycées professionnels ( $p < 0.001$ ). Il y a moins de victimes de viols à la campagne (0.43%), plus dans les villes (0.83%) et surtout dans les banlieues (1.07%) ( $p < 0.001$ ).

La comparaison des victimes et des non-victimes montre que parmi les autres caractéristiques socio-démographiques, seuls le statut matrimonial des parents et la nationalité diffèrent significativement, la catégorie socioprofessionnelle du père n'étant par contre pas liée au fait d'avoir été victime ou de ne pas l'avoir été. Sont plus souvent victimes de viol, les étrangers (16% chez les victimes de viol au lieu de 7% chez les non-victimes,  $p < 0.01$ ) ainsi que les adolescents dont les parents ne vivent plus ensemble à cause d'un décès, d'une séparation ou d'un divorce (37% chez les victimes de viol au lieu de 21%,  $p < 0.01$ ).

### 3. CONTEXTE ET RETENTISSEMENT GENERAL DES VIOLS

Des éléments affectant la vie de l'adolescent semblent favoriser la survenue d'un viol. Il s'agit en particulier de la présence d'une maladie chronique ou d'un handicap (20% chez les victimes au lieu de 9% chez les non-victimes,  $p < 0.01$ ). Le style de vie du jeune influe sur l'exposition au risque de viol. Il est difficile, cependant, d'affirmer que ce style de vie est cause ou conséquence du viol. Par exemple, les jeunes qui disent "*aller souvent au café*" ou "*aller souvent en boîte*" ou "*traîner souvent dans les rues*" ont plus souvent été victimes de viol (73% des victimes au lieu de 46%,  $p < 10^{-4}$ ).

Le retentissement général du viol sur les victimes semble important. Ainsi, les victimes ont été plus souvent hospitalisées dans l'année (39% au lieu de 12% des non-victimes,  $p < 10^{-6}$ ). Les victimes ont plus souvent aucun ou un seul copain que les non-victimes (16% au lieu de 7%,  $p < 0.01$ ). L'absentéisme scolaire est plus important chez les victimes. Un indicateur d'absentéisme scolaire a été construit selon que le jeune a eu dans l'année "*jamais ou une fois*", "*de temps en temps*" ou "*souvent*" au moins une des trois conduites : "*sécher*", "*être en retard*", "*absence d'un jour ou plus*". Les victimes sont 46% (au lieu de 50% des non-victimes) à avoir de l'absentéisme "*de temps en*

**Tableau 19. - Troubles mentaux associés au viol dans l'enquête INSERM Adolescents**

	victimes de viols	non-victimes de viols	différence <sup>a</sup>
<b>Troubles du sommeil :</b>			
- dort mal <sup>b</sup>	34%	14%	p<10 <sup>-5</sup>
- cauchemars <sup>b</sup>	29%	8%	p<10 <sup>-6</sup>
- réveils nocturnes <sup>b</sup>	56%	19%	p<10 <sup>-10</sup>
<b>Troubles anxieux :</b>			
- nervosité <sup>c</sup>	37%	15%	p<10 <sup>-5</sup>
- inquiétude <sup>c</sup>	26%	11%	p<10 <sup>-3</sup>
<b>Troubles de l'humeur :</b>			
- se sent déprimé <sup>b</sup>	48%	20%	p<10 <sup>-6</sup>
- n'a pas le moral <sup>b</sup>	47%	13%	p<10 <sup>-9</sup>
- ne voit pas les choses du bon côté <sup>b</sup>	34%	16%	p<10 <sup>-4</sup>
- désespéré par rapport à l'avenir <sup>b</sup>	50%	24%	p<10 <sup>-5</sup>
- a envie de pleurer <sup>b</sup>	56%	21%	p<10 <sup>-9</sup>
- idées suicidaires <sup>b</sup>	42%	10%	p<10 <sup>-9</sup>
- score anxio-dépressif de Kandel <sup>d</sup>	7.2	5.1	p<10 <sup>-4</sup>
<b>Troubles somatoformes :</b>			
- plaintes somatiques <sup>e</sup>	35%	18%	p<10 <sup>-3</sup>

<sup>a</sup> Après ajustement sur la variable garçon/fille ;

<sup>b</sup> Souvent ;

<sup>c</sup> Très souvent ;

<sup>d</sup> Comparaison de moyennes par le test t de Student ;

<sup>e</sup> Depuis un an, présence fréquente de plus de trois plaintes somatiques parmi les cinq suivantes : fatigue, maux de tête, douleurs digestives (estomac, ventre), envie de vomir ou mal au dos.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

*temps*", mais 34% (au lieu de 14% des non-victimes) "*souvent*" ( $p < 10^{-5}$ ). Les redoublements de classe sont plus fréquents chez les victimes (44% ont eu un redoublement et 28% plusieurs redoublements, au lieu de 33% et 18% chez les non-victimes,  $p < 0.01$ ) ce qui fait des victimes de viol une population à risque pour l'échec scolaire.

### 4. TROUBLES MENTAUX ASSOCIES AU VIOL

Des troubles mentaux ont été observés chez les jeunes étudiés. Leur fréquence est reportée dans le tableau 19, pour les groupes de victimes de viol et de non-victimes. Quel que soit le trouble concerné : sommeil, anxiété, dépression ou somatisation, les victimes sont nettement plus touchées que les non-victimes. On notera en particulier l'importance des *idées suicidaires* (quatre fois plus fréquentes), des *cauchemars* (trois fois et demi plus fréquents) et de "*l'absence de moral*" (trois fois et demi plus fréquente).

### 5. TROUBLES DES CONDUITES ASSOCIES AU VIOL

Le Tableau 20 compare la fréquence des troubles des conduites dans les groupes de victimes de viol et de non-victimes. Les jeunes victimes de viols ont plus fréquemment que les non-victimes des troubles des conduites, quel que soit le type de trouble étudié. La différence entre les victimes et les non-victimes est particulièrement sensible pour les antécédents de *fugues* (treize fois plus fréquentes chez les victimes). Il est à noter aussi que 8% des jeunes de l'enquête qui ont fait une fugue dans l'année étaient des victimes de viol. La différence entre les victimes et les non-victimes est également nette pour la présence de *conduites de violence* (six fois plus fréquentes), de *tentatives de suicide* (cinq fois plus fréquentes) et de *consommation régulière de drogues illicites* (trois fois et demi plus fréquentes). Parmi les victimes, 18% (au lieu de 1% des non-victimes) ont consommé au moins une fois de l'héroïne dans leur vie ( $p < 10^{-11}$ ). Sur ce point des drogues illicites, l'enquête de l'INSERM accentue la psychopathologie qui avait pu être relevée dans la cohorte de Tours. La proportion plus importante de garçons dans l'enquête de l'INSERM a joué un rôle dans cette différence. En effet, les garçons présentent plus souvent des conduites addictives que les filles. On peut se demander, en outre, si de telles conduites ne se développent pas tardivement, plusieurs années après les viols, alors que l'enquête prospective de Tours n'avait qu'une seule année de suivi.

---



**Tableau 20. - Troubles des conduites associés au viol dans l'enquête INSERM Adolescents**

	victimes de viols	non-victimes de viols	différence <sup>a</sup>
fugue (dans l'année)	39%	3%	$p < 10^{-18}$
conduites violentes fréquentes <sup>b</sup>	55%	9%	$p < 10^{-9}$
vol dans un lieu public (dans l'année)	38%	16%	$p < 10^{-5}$
accès de violence survenant facilement	45%	20%	$p < 10^{-5}$
tentative de suicide (dans la vie)	34%	7%	$p < 10^{-9}$
drogue : consommation régulière <sup>c</sup>	25%	7%	$p < 10^{-6}$
alcool : consommation régulière <sup>d</sup>	26%	16%	$p < 0.05$
tabac : consommation régulière <sup>e</sup>	53%	20%	$p < 10^{-9}$
absentéisme scolaire <sup>f</sup> (dans l'année)	34%	14%	$p < 10^{-5}$
accident <sup>g</sup> (dans l'année)	65%	46%	$p < 10^{-3}$

<sup>a</sup> Après ajustement sur la variable garçon/fille

<sup>b</sup> Rackette ou souvent se bagarre, frappe ou casse

<sup>c</sup> Sur la vie, a consommé plus de dix fois un toxique

<sup>d</sup> Consommation plusieurs fois par semaine ou plus de trois ivresses par an

<sup>e</sup> Plus de dix cigarettes par jour

<sup>f</sup> Souvent, sèche, est en retard, ou est absent un jour ou plus

<sup>g</sup> Circulation, atelier, sport ou autres

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### 6. ACCES AUX SOINS

L'accès aux soins peut être mesuré par le fait d'avoir consulté au moins une fois un médecin dans l'année. De ce point de vue, on peut remarquer que 90% des victimes (au lieu de 80% des non-victimes) ont consulté un généraliste ou un psychiatre. Elles ne sont donc pas en général hors du système de soins et on peut même constater qu'elles consultent un psychiatre plus souvent que les non-victimes (24% au lieu de 4%,  $p < 10^{-6}$ ). De la même façon, le recours à l'assistante sociale ou à l'infirmière scolaire est fréquent chez les victimes (63%) même si les non-victimes les consultent souvent aussi (47%,  $p < 0.02$ ). Les troubles psychologiques que ces victimes présentent, ne sont pas passés inaperçus puisque dans l'année précédant l'enquête, les victimes ont plus souvent consommé des médicaments psychotropes prescrits par un médecin (45% au lieu de 18% des témoins,  $p < 10^{-6}$ ). L'enquête nous a appris que les victimes avaient des préférences sur leur interlocuteur pour se confier à propos d'un problème de santé ou de sexualité. Pour la santé c'est plus souvent un adulte (65%, avec 12% qui ne se confient à personne), pour la sexualité c'est plus souvent un jeune de leur âge (49%, avec 18% qui ne se confient à personne). Ces résultats nous pointent des éléments en vue de prévenir les viols et leurs conséquences.

### 7. DISCUSSION

La présente étude sur le viol est la première enquête sur un échantillon issu de la population générale de France et représentatif des adolescents scolarisés. A ce titre, elle est la première tentative française pour approcher la prévalence et la morbidité du viol chez les jeunes scolarisés de cet âge.

La prévalence trouvée dans la présente étude signifie qu'il y a actuellement dans les établissements scolaires de France plusieurs dizaines de milliers de victimes de viol. De manière analogue, l'enquête de Breslau et al. (1991) sur les événements traumatiques vécus par une population de jeunes adultes de Détroit recensait une prévalence du viol comparable. A titre de comparaison, on peut signaler que la prévalence du viol chez les adolescents est du même ordre de grandeur que la prévalence de la consommation d'héroïne dans la même tranche d'âge. Sa morbidité ne justifie pas moins de mesures de prévention et de soins. L'enquête confirme que le viol est un phénomène qui survient plus souvent dans les villes et, en particulier, dans les banlieues. Le viol semble donc s'inscrire préférentiellement parmi les phénomènes de violence urbaine, alors qu'il avait parfois été associé par des auteurs, notamment pour ce qui concerne l'inceste, à une vie rurale rétrograde. Les étrangers apparaissent plus souvent victimes de viol. Ce pourrait être lié à la précédente constatation. Des éléments affectant la vie de l'adolescent semblent favoriser la

survenue d'un viol. Il s'agit notamment de la présence d'un handicap ou d'une maladie chronique.

Comme la présente étude est une étude transversale, il n'est pas possible d'apprécier le retentissement psychologique du viol mais simplement d'étudier si les jeunes qui ont été victimes de viol se plaignent plus d'un certain nombre de symptômes que les autres. De ce point de vue, avant même d'entrer en discussion sur des symptômes psychopathologiques précis, on constate qu'avoir été victime de viol est associé à des caractères généraux négatifs : être plus souvent hospitalisé dans l'année ; avoir eu plus de redoublements ; avoir un absentéisme scolaire plus important.

Les troubles psychologiques relevés chez les victimes de viol dans notre échantillon sont de deux ordres : des troubles qui semblent relativement spécifiques du stress traumatique induit par un traumatisme et des troubles mentaux moins spécifiques.

Il a pu être constaté le caractère très traumatique du viol dans des populations de patients psychiatriques (Darves-Bornoz et al. 1994<sup>b</sup>, 1995<sup>c</sup>) et dans les populations qui portent plainte ou cherchent de l'aide (Darves-Bornoz et al. 1996<sup>c</sup>). La question est de savoir si dans la population générale aussi, un traumatisme psychique comme le viol produit fréquemment un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), avec son cortège de reviviscence douloureuse du traumatisme en pensée, de conduites d'évitement et de retrait, et de symptômes témoignant d'une hypervigilance. Des manifestations secondaires à un stress traumatique chez les victimes de viol de la présente étude peuvent être repérées au moment de l'enquête, alors même que le viol peut être beaucoup plus ancien. Il s'agit en premier lieu, de phénomènes de répétition sous la forme de cauchemars fréquents. D'autres manifestations peuvent être comprises comme des conduites d'évitement : les victimes de viols ont moins de copains ; elles semblent souvent ne pas envisager l'avenir et se disent même souvent "désespérées par rapport à l'avenir" ; elles consomment plus fréquemment de l'alcool et de la drogue (héroïne comprise) ce qui a été repéré dans d'autres études comme un moyen utilisé par les victimes pour éviter de penser à l'agression. Enfin, on peut discerner chez les victimes de viol des manifestations actuelles attestant d'une hypervigilance : troubles du sommeil (en particulier sous forme de réveils nocturnes), accès de violence, nervosité. L'ensemble de ces éléments suggère la persistance de Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD) chez nombre de victimes de viol de la présente étude.

Si le viol d'une manière générale est un événement traumatique, le viol à l'adolescence est particulièrement traumatique parce que l'agresseur d'un adolescent est plus souvent une personne de la famille, et que les agressions sont plus souvent répétées. De ce fait, d'autres troubles psychologiques peuvent se faire jour comme les somatisations et les troubles dissociatifs (au sens de Pierre Janet) qu'autrefois la nosologie rattachait à la névrose hystérique, terme

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

abandonné depuis, pour la valeur stigmatisante qu'il comporte. Certains symptômes et certains comportements suggèrent l'existence d'une dissociation somato-psychique ou intra-psychique chez les victimes de la présente étude. Ainsi, elles ont plus souvent des troubles somatoformes. On peut aussi évoquer la prévalence extrêmement importante des fugues chez ces victimes. En effet, il est vraisemblable qu'un nombre important de ces fugues est à rapporter au cadre des "fugues dissociatives" dans lesquelles le sujet perd à des degrés divers son sentiment d'identité et qui ont été décrites comme fréquentes chez les victimes de traumatisme.

La présence de certains comportements chez les victimes de viol de la présente étude, témoigne d'une véritable altération de leur identité et de leur personnalité en formation. Ces comportements comprennent tous une part d'impulsivité et une part de rupture de liens d'attachement, se manifestant en opposition et en violences sur les autres et sur soi-même (tentatives de suicide, accidents, violences, vol, fugue comme conduite d'opposition, consommations de toxiques). En effet, l'agression d'un enfant ou d'un adolescent par un adulte qui, en outre, est souvent un proche, est vécue comme une trahison par l'adolescent. De ce fait, des liens d'attachement se rompent dans la réalité mais aussi dans le psychisme. C'est cela qui permet de comprendre la perte d'attitudes favorisant le lien social et l'apparition d'attitudes antisociales notamment violentes.

A ces syndromes relativement spécifiques d'une origine traumatique qui viennent d'être décrits chez les victimes, s'ajoute une comorbidité importante de troubles, notamment la dépression. Ces dépressions revêtent des traits particuliers, notamment une hostilité, que certains auteurs ont déjà souligné (Féline 1991). Cependant, la présence de ces éléments dépressifs ne doit pas créer l'illusion que les troubles psychologiques des victimes sont avant tout une dépression, c'est-à-dire un trouble psychologique pour lequel il existe des recours thérapeutiques relativement efficaces, comme certaines psychothérapies et certains antidépresseurs. Chez l'adolescent, l'élément psychopathologique le plus inquiétant n'est pas la dépression ni même d'ailleurs les symptômes de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), pourtant si invalidants ; l'élément psychopathologique de plus grande gravité est avant tout, l'altération du développement de l'adolescent notamment des points de vue psychologique, cognitif, scolaire et social, car c'est cela qui grève le pronostic du stress traumatique.

On a vu que les victimes ne sont pas hors du système de soins, et qu'elles rencontrent des médecins et des travailleurs sociaux. Cependant, cela ne signifie pas que les soins qui leur sont prodigués sont adaptés. Il n'est pas rare que des médecins ou même des psychiatres apprennent le viol d'un de leurs patients de manière indirecte et après des années d'entretiens. De même, la prescription de psychotropes à ces victimes n'est pas nécessairement un élément rassurant car il peut s'agir d'une prescription à l'aveugle, en l'absence de

connaissance de la cause des troubles. L'enquête nous a appris que les victimes avaient des préférences sur leur interlocuteur pour se confier à propos d'un problème de santé ou de sexualité. Il s'agit parfois d'adultes et parfois de jeunes de leur âge. C'est dire l'intérêt qu'il pourrait y avoir à sensibiliser non seulement les adultes mais aussi les jeunes sur les possibilités qui s'offrent aux victimes en matière de soins.

## **8. CONCLUSION**

L'étude de cet échantillon aléatoire de 8255 adolescents scolarisés de France permet de dire que le viol est un traumatisme qui touche de nombreux jeunes. En effet, 0.6% des garçons et 0.9% des filles ont rapporté avoir été victime d'un viol.

Parmi les résultats, on relève la forte association entre le viol et les comportements de fugue, de conduites violentes, de tentative de suicide, de consommation de drogue, d'alcool et de tabac, d'absentéisme scolaire et de vol. On remarque aussi la forte association entre le viol et les idées suicidaires, les cauchemars, les idées dépressives et les plaintes somatiques. Les victimes de viol n'apparaissent pas, en outre, hors du système de soins ce qui ne préjuge pas du caractère adapté des traitements qu'elles reçoivent.

Les adolescents de la population générale qui rapportent un antécédent de viol, souffrent de troubles mentaux et du comportement sévères. Cela ne manque pas d'altérer leur vie sociale, en particulier leur vie scolaire. Cette lourde morbidité psychopathologique s'avère de même nature que celle observée dans les populations des centres médico-légaux d'accueil de victimes de viol, et dans les populations de patients psychiatriques.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### CHAPITRE VII

#### LE VIOL CHEZ L'HOMME

De nombreuses idées reçues circulent encore à propos du viol chez l'homme. Les croyances concernent notamment sa fréquence et son retentissement. Dans ce chapitre, ces deux points qui sont peu étudiés (Darves-Bornoz 1995), seront examinés. Pour mener à bien ce projet, ce chapitre repose sur deux comparaisons hommes-femmes. La première compare les femmes et les hommes violés âgés de plus de treize ans dans la cohorte de Tours (cf. chapitre IV). La deuxième concerne les filles et les garçons violés issus de l'enquête nationale INSERM sur les adolescents scolarisés (cf. chapitre VI).

#### A - FREQUENCE DU PHENOMENE

La prise en compte des victimes d'abus sexuel de sexe masculin reste rare. Il y a une difficulté à admettre que des sujets de sexe masculin puissent être victimes d'une agression sexuelle, alors qu'un stéréotype de l'homme est la force physique et la capacité de protéger. En outre, alors que le viol est avant tout un acte d'agression et d'humiliation, il est considéré le plus souvent comme l'acte d'un homme qui assouvit un désir sexuel. Le tabou sur le viol se double donc chez l'homme du tabou sur l'homosexualité. La tendance est aussi de limiter la question du viol chez l'homme à un problème concernant des institutions masculines comme la prison (Sagarin 1976 ; Rideau et Sinclair 1982), comme l'armée ou comme les pensionnats (Goyer et Eddleman 1984).

Pour les hommes, plus encore que pour les femmes, il existe une stigmatisation et une incrédulité par rapport à de telles agressions. L'homophobie générale désignera l'homme violé comme un homosexuel si l'agresseur était un homme, et la bienséance fera diagnostiquer chez lui une mythomanie si l'agresseur était sa mère. Le caractère incestueux de l'abus sexuel, ou le fait que l'agresseur est une femme, peuvent aussi contribuer au maintien du silence sur ces affaires. Tout cela explique que les plaintes concernant des abus sexuels d'hommes soient d'un nombre particulièrement restreint.

Bien qu'il y ait une grande variation dans l'appréciation de la prévalence des abus sexuels d'enfants ou d'adolescents de sexe masculin, même les estimations les plus basses de ce phénomène révèlent que ces expériences sont loin d'être rares. Finkelhor et ses collègues (1990), dans une étude nationale américaine portant sur la population générale estime la prévalence de l'abus sexuel parmi les garçons à 16%. De leur côté, Cameron et ses collègues (1986) trouvent aussi 16% dans un échantillon national de population générale, alors que pour Murphy (1989) cette prévalence serait de 11%. Pour ce qui concerne le viol, Sorenson et ses collègues (1987) ont rassemblé des données complémentaires au Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Project qui est un des cinq sites du programme mis en route par le National Institute of Mental Health américain. Selon eux, 2.7% des hommes auraient subi un viol dans leur vie. Contrairement à l'opinion généralement admise, la proportion des garçons parmi les victimes d'abus sexuel pourrait n'être que peu inférieure à celle des filles (Finkelhor 1984<sub>c</sub> ; Kercher et McShane 1984 ; Baker et Duncan 1985). D'ailleurs, dans l'étude sur le viol chez les adolescents de l'enquête INSERM, cette proportion s'élevait à 38% (cf. chapitre VI).

Il est à noter que certaines populations de garçons ont des antécédents particulièrement fréquents d'abus sexuels. Il s'agit des adolescents qui font des fugues (McCormack et al. 1986 ; Stiffman 1989), or le phénomène des fugues concerne par exemple un à deux millions d'adolescents chaque année aux Etats-Unis. McCormack écrit dans son article que 38% des fugueurs de sexe masculin (comme 73% des fugueuses d'ailleurs) présentent un antécédent d'abus sexuels. Une autre population à risque est celle des enfants ou des adolescents qui ont eu besoin d'une hospitalisation psychiatrique (Emslie et Rosenfeld 1983 ; Husain et Chapel 1983 ; Kohan et al. 1987 ; Livingston 1987 ; Kolko et al. 1988 ; Singer et al. 1989). Sansonnet-Hayden et ses collègues (1987) ont recensé dans leur échantillon de cinquante-quatre adolescents hospitalisés, 24% de garçons (ainsi que 38% de filles) qui affirmaient avoir été abusés sexuellement. Un autre groupe a des antécédents fréquents d'abus sexuels : les garçons qui ont des expériences de prostitution (James et Meyerding 1977). Enfin, de manière connexe à la prostitution, il faut évoquer le cas des participants à ce que les américains appellent "*sex ring*", c'est-à-dire à "*des cercles d'enfants et d'adultes qui ont des réunions en vue d'activités sexuelles, tout en étant pleinement conscients de ce qu'ils font*" (Burgess 1984<sub>a</sub>). Trois types de "cercles sexuels"

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

existeraient : ceux constitués autour d'un unique adulte ; ceux centrés sur la pornographie ; ceux, plus structurés, où les enfants sont recrutés activement, sur une base commerciale, par une organisation. Certaines de leurs activités sont parfois associées à des réunions rituelles et sataniques, comprenant éventuellement une composante sadique très marquée. Dans l'enquête sur la cohorte de Tours, il a été rapporté des pratiques de messe noire dans une communauté où l'un des membres était victime d'inceste. Focaliser des interventions sur ces populations à risque pourrait être une façon appropriée de s'attaquer dans un premier temps à ce trop vaste problème.

### **B - IMPACT DU VIOL CHEZ LES HOMMES**

Les abus sexuels des garçons sont moins rapportés que ceux des filles, mais leurs conséquences sont aussi moins bien connues. La question de savoir si le traumatisme du viol provoque des réactions psychologiques et des troubles mentaux différents chez les garçons et les filles est une question d'actualité. Bolton et ses collègues (1989) ont publié une revue de la littérature sur l'impact de l'abus sexuel chez les hommes. Neilsen (1983) concluait que les deux tiers des garçons victimes faisaient l'expérience d'un trouble émotionnel d'une forme ou d'une autre secondairement à leur agression. Les réactions émotionnelles les plus courantes étaient le sentiment de culpabilité, la dépression, la mauvaise estime de soi, les troubles du sommeil et le retrait social. D'autres études ont noté la grande anxiété des garçons (Burgess et al. 1981 ; Dixon et al. 1978 ; Rogers et Terry 1984 ; Mendel 1995). D'autres remarquent les peurs intenses des garçons victimes (Sebold 1987). Les réactions de colère et d'agressivité sont notées par Summit (1983). Ainsi, dans l'ensemble des études, comme le remarquent Browne et Finkelhor (1986), la détresse psychologique ne semble pas s'exprimer avec une moindre intensité chez les garçons. Plusieurs auteurs ont souligné que, parmi les victimes de violences sexuelles, les troubles des conduites étaient plus fréquents chez les garçons que chez les filles (Sebold 1987 ; Friedrich et al 1988 ; Bolton 1989). Les tentatives de suicide ont aussi été trouvées élevées chez les garçons (Spencer et Dunklee 1986). Des préoccupations concernant l'identité sexuelle ou l'orientation sexuelle pourraient être fréquentes (Johnson et Shrier 1987).

### **C - ETUDE DU VIOL CHEZ L'HOMME DANS LA COHORTE DE TOURS**



Nous rappelons que les cent deux sujets de la cohorte de Tours ont eu des entretiens avec un psychiatre, répétés sur une période de douze mois après l'agression et que leur psychopathologie a été évaluée par un ensemble d'instruments cliniques structurés pour le diagnostic de troubles mentaux (cf. chapitre IV)

Dans l'enquête du centre médico-légal de Tours, la proportion d'hommes parmi les victimes de viols venant de survenir s'élève à 14%, et à 21% chez les sujets âgés de treize à vingt ans (au lieu de 10% et 14% dans l'ensemble de la cohorte où des viols anciens sont aussi inclus). Cela montre que si le viol touche en premier lieu les femmes, les hommes sont loin d'être en proportion négligeable. La comparaison des fréquences qui précèdent avec celles de l'enquête nationale INSERM, effectuée dans la population générale, suggère aussi que le viol chez l'homme est plus souvent méconnu que chez la femme.

L'enquête de Tours a donc exploré dix hommes victimes de viol. Il va être présenté des portraits rapides de ces victimes car ils peuvent au fond constituer autant de types qui sont retrouvés régulièrement.

- CAS 1.** Garçon de treize ans. Viols répétés pendant plusieurs années de son grand-père et de son père. Pas de violences physiques surajoutées.
- CAS 2.** Garçon de treize ans. Viol unique par un pédophile dans les vestiaires d'une piscine. Pas de violence physique surajoutée.
- CAS 3-4-5.** Trois garçons de quatorze ans dans une même institution de garçons. Viols multiples par un autre pensionnaire. Violences physiques surajoutées.
- CAS 6.** Garçon de quinze ans. Viols répétés pendant plusieurs années par un oncle pédophile. Pas de violence physique surajoutée.
- CAS 7.** Homme de dix-huit ans. Viol unique par un ami homosexuel de même âge. Violence physique surajoutée.
- CAS 8.** Homme de dix-huit ans. Jeune psychotique vivant dans une institution et allant chez sa mère le week-end. Viol unique par son beau-père. Pas de violence physique surajoutée.
- CAS 9.** Homme de 19 ans. Sans domicile fixe. Victime d'un viol lors d'une fête dans un squat. Avait beaucoup bu.
- CAS 10.** Homme de 20 ans. Viol unique par un ami de rencontre dans un concert rock. Avait beaucoup bu. Pas de violence physique surajoutée.

A ces dix cas, on peut en ajouter un onzième qui n'a pas pu être interrogé, mais qui est instructif pour le ressenti violent qu'il dénote chez les victimes. Il s'agit d'un

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**Tableau 21. - Différences socio-démographiques et cliniques significatives entre les femmes et les hommes victimes de viol dans la cohorte de Tours.**

Cohorte de Tours	Toute la cohorte	Hommes	Femmes	Différence significative
Age moyen	20.5 ans	15.8 ans	21.1 ans	test de Student : $p=0.041$
Age $\geq$ 20 ans	69%	100%	65%	test de Fisher exact : $p=0.029$
Elèves ou étudiants	61%	100%	58%	test de Fisher exact : $p=0.012$
Anxiété généralisée <sup>a</sup>	10%	38%	7%	test de Fisher exact : $p=0.029$

<sup>a</sup> Le trouble a été présent continûment pendant les six premiers mois de suivi

homme qui est arrivé au Centre alors qu'il venait de tuer celui qui avait abusé de lui quand il était enfant.

Nous n'avons noté dans le tableau 21, que les différences significatives apparues en comparant les femmes et les hommes de la cohorte de Tours. Sur le plan socio-démographique, seuls l'âge et le statut socioprofessionnel des sujets diffèrent. Les hommes qui se présentent au Centre de Tours sont plus jeunes que les femmes. Les garçons sont plus souvent des élèves ou des étudiants ce qui est à mettre en relation avec la précédente constatation. Les autres variables comme le statut matrimonial, la catégorie socioprofessionnelle du père, ou l'absence, dans l'enfance des victimes, d'un des parents auprès d'eux, ne sont pas significativement différentes. Hormis l'âge plus jeune des hommes, l'étude ne permet pas de repérer chez les garçons une typologie de l'événement traumatique, ou des séquences traumatiques aboutissant aux viols, qui soient spécifiques comparées à la typologie des viols chez les femmes. En particulier, la typologie des viols ne diffère pas significativement entre les hommes et les femmes sur le plan de son caractère incestueux, de son caractère répété, et éventuellement prolongé pendant plusieurs mois ou plusieurs années, de la survenue avant le viol d'une autre agression sexuelle ou physique, du sexe et de la proximité de l'agresseur, de l'environnement social et familial après le traumatisme, de la suite judiciaire qui a été donnée à l'agression, ou de la présence d'une violence physique surajoutée pendant l'agression. Pour apprécier l'importance de ces éléments communs aux victimes des deux sexes, on se reportera au chapitre IV.

Hormis la plus grande prévalence de l'anxiété généralisée chez les garçons, aucun autre trouble mental comme ceux que nous avons décrits au chapitre IV n'a une fréquence significativement différente chez les hommes comparés aux femmes. De même aucune des attitudes psychologiques et comportementales explorées chez les victimes n'est apparue spécifique d'un sexe, que cela concerne les tentatives de suicide, les fugues, les difficultés sexuelles, les difficultés scolaires, l'incapacité à faire confiance, l'incapacité à faire face à l'agressivité, la crainte du SIDA, la consultation d'un psychiatre ou l'absence de discernement dans le choix de ses amis. Ainsi, une moins grande prévalence des troubles mentaux chez les garçons n'apparaît pas dans cette étude. Cela peut tenir à la puissance insuffisante de la comparaison du fait du petit nombre de garçons dans l'échantillon mais cela peut tenir aussi au manque d'évidence de l'assertion que les garçons ont moins de troubles que les femmes.

En définitive, et pour conclure, on a pu voir avec cette étude de la cohorte de Tours que :

- (a) la proportion des hommes parmi les victimes de viol est loin d'être négligeable ;
- (b) l'évaluation des troubles mentaux présents six mois après le viol montre que les garçons n'ont pas moins de troubles mentaux que les femmes ce qui s'oppose

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

à la croyance en un impact du viol moindre chez les hommes que chez les femmes ;

(c) les hommes victimes sont en moyenne plus jeunes que les femmes victimes et, en définitive, sont tous des adolescents scolarisés qui ont un âge inférieur ou égal à vingt ans. Cette dernière remarque justifie l'intérêt qu'il y avait à effectuer une étude sur le viol des garçons, dans l'enquête de l'INSERM auprès des adolescents scolarisés.

### **D - ETUDE DU VIOL CHEZ LE GARÇON DANS L'ENQUETE DE L'INSERM**

**[étude réalisée par M Choquet, JM Darves-Bornoz, S Ledoux]**

La deuxième comparaison d'hommes et de femmes victimes résulte de l'étude du viol dans l'enquête de l'INSERM (Santé de l'adolescent) auprès d'un échantillon national représentatif des jeunes scolarisés (cf. chapitre VI). On rappelle que l'échantillon comprenait des adolescents scolarisés de la quatrième à la terminale, et qu'ils ont été interrogés de manière transversale avec un questionnaire à compléter par eux. Soixante deux sujets ont déclaré avoir été victimes de viols. Trente-huit pour cent étaient des garçons. Le tableau 22 montre les variables socio-démographiques, scolaires ou cliniques pour lesquelles il existe des différences significatives entre les garçons et les filles victimes de viol. Pour les autres variables, on pourra se reporter aux résultats présentés au chapitre VI.

Deux caractéristiques socio-démographiques des victimes de viol chez les adolescents sont différentes chez les filles et chez les garçons. Ce sont l'âge plus jeune des garçons qui déclarent avoir été victime de viol, et le fait que les garçons victimes sont plus souvent des collégiens et moins souvent des lycéens que les filles, ce qui est une autre façon de dire qu'ils sont plus jeunes que les filles victimes. Cela rejoint les constatations effectuées sur la cohorte de Tours. Aucune différence significative n'est relevée entre les garçons et les filles pour le lieu d'habitation (ville, banlieue, campagne), la catégorie socioprofessionnelle du père, la nationalité, ou sur le fait d'avoir été séparé d'un de ses parents dans l'enfance.

Concernant le mode de vie et la vie relationnelle et scolaire, la comparaison des garçons et des filles victimes de viol ne montre pas de différence entre eux sur le plan de l'isolement (avoir aucun ou un seul copain), du style de vie (souvent, aller au café, aller en boîte ou traîner dans la

**Tableau 22. - Différences socio-démographiques, scolaires et cliniques significatives entre les filles et les garçons victimes de viol dans l'enquête INSERM Adolescents.**

	Garçons victimes de viol	Filles victimes de viol	Différence
<b>Variables socio-démographiques :</b>			
- âge actuel < 16 ans	61%	32%	p<0.03
- élève dans un collège (versus lycée général ou professionnel)	74%	40%	p<0.02
<b>Troubles psychiques :</b>			
- cauchemars fréquents	13%	37%	p<0.05
- nervosité	50%	77%	p<0.03
- souvent désespéré face à l'avenir	35%	61%	p<0.05
- score anxio-dépressif de Kandel > 7	48%	78%	p<0.02
<b>Troubles des conduites :</b>			
- fugue (dans l'année)	65%	21%	p<0.001
- conduites violentes fréquentes <sup>a</sup>	73%	43%	p<0.05
- vol dans un lieu public (dans l'année)	62%	24%	p<0.01
- accès de violence survenant facilement	70%	29%	p<0.01
- tentative de suicide (dans la vie)	52%	22%	p<0.02
- plusieurs tentatives de suicide (dans la vie)	30%	0%	p<0.01
- drogue: consommation régulière <sup>b</sup>	52%	8%	p<10 <sup>-4</sup>
- alcool: consommation régulière <sup>c</sup>	48%	11%	p<0.001
<b>Vie scolaire :</b>			
- n'aime pas l'école (versus aime bien ou moyennement)	52%	21%	p<0.02
- absentéisme scolaire <sup>d</sup> (dans l'année)	27%	5%	p<0.05

<sup>a</sup> Rackette ou souvent, se bagarre, frappe ou casse

<sup>b</sup> Sur la vie, a consommé plus de dix fois un toxique

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- <sup>c</sup> Consommation plusieurs fois par semaine ou plus de trois ivresses par an
- <sup>d</sup> Souvent, sèche, est en retard ou est absent un jour ou plus

ruie) ou sur l'échec scolaire (avoir redoublé une ou plusieurs fois). Par contre, les résultats indiquent que les garçons victimes perdent le goût de l'école et ont plus d'absentéisme scolaire. Cela est à mettre en parallèle avec des données qui existent dans d'autres enquêtes de l'INSERM, et qui suggèrent que les garçons victimes de viol sortent fréquemment du système scolaire.

Les troubles psychiques sont presque toujours plus fréquents chez les victimes filles mais pas toujours de manière significative. Pour certains d'entre eux ils sont plus forts significativement chez les filles. Il s'agit des cauchemars, de la nervosité, du désespoir face à l'avenir et du score global anxio-dépressif de Kandel. Cependant, les autres troubles ne diffèrent pas significativement que ce soit les troubles du sommeil (mal dormir, réveils nocturnes), certains items de type dépressif (se sentir déprimé, n'avoir pas le moral, ne pas voir les choses du bon côté, avoir envie de pleurer ou idées suicidaires), ou encore les somatisations et le fait d'avoir été hospitalisé dans l'année. On peut rappeler que l'ensemble de ces troubles étaient significativement plus fréquents chez les victimes considérées globalement, que chez les non-victimes, avec un risque inférieur à un pour mille. Sur le plan des troubles psychiques, il ne se dégage donc qu'une tendance légère pour une plus grande fréquence de ces troubles chez les filles.

Les troubles du comportement étudiés dans l'enquête de l'INSERM sont beaucoup plus souvent présents chez les garçons violés que chez les filles violées. Il s'agit des comportements de fugue, de conduites violentes, de vol, de tentative de suicide et notamment de tentatives de suicide répétées, de consommation de produits toxiques légaux ou illégaux, et d'absentéisme scolaire. Tous ces troubles avaient été montrés significativement plus fréquents chez les victimes dans leur ensemble, que chez les non-victimes de viol, à un risque inférieur à un pour mille (cf. chapitre VI).

Ainsi, l'ensemble de ces résultats indique que chez les adolescents violés de la population générale, si les troubles psychiques sont légèrement plus fréquents chez les filles, par contre, les troubles du comportement sont massivement prédominants chez les garçons. Pour répondre aux deux questions que nous posions au début de ce chapitre, ces résultats, à confirmer sur de plus grands échantillons, notamment des échantillons de non-scolaires, suggèrent que :

- (a) les viols ne sont pas rares chez les hommes ;
- (b) non seulement l'impact du viol n'est pas moindre chez ces garçons, mais au contraire il est important et plus important que chez les filles pour certains troubles particulièrement difficiles à traiter, les troubles qui s'expriment dans le comportement ;
- (c) les garçons victimes sont plus jeunes en moyenne que les filles victimes.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### **E - CONCLUSION**

L'étude de la cohorte de Tours et celle de l'enquête de l'INSERM sont concordantes pour affirmer, à propos des viols d'hommes, leur relative fréquence, leur précocité et leur retentissement important. L'intensité de la détresse psychologique et surtout des passages à l'acte, observée dans ces deux enquêtes, ne trouve pas de démenti, bien au contraire, dans les quelques travaux publiés actuellement sur le sujet (cf. sous-chapitre B).



## CHAPITRE VIII

### LE VIOL CHEZ LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES

#### A - POSITION DU PROBLEME

La place des traumatismes psychiques, notamment ceux d'origine sexuelle, dans la pathogenèse des troubles mentaux est une vieille question de la psychiatrie (Briquet 1859 ; Charcot 1884 ; Janet 1889 ; Freud 1893). Après une longue période de quiescence, et pour différentes raisons scientifiques et sociales, la question des sévices sexuels resurgit de manière massive (Hobbs et al. 1987). On a vu au chapitre III, qu'une femme sur trois et un homme sur six pourraient avoir eu des contacts sexuels dans l'enfance avec une personne beaucoup plus âgée (Sheldrick 1991 ; Demause 1991), et que si l'âge adulte est pris en compte au même titre que l'enfance, c'est 7% des femmes de moins de trente-cinq ans qui disent avoir été victimes de viol ("*relations sexuelles imposées par la contrainte*") selon la récente enquête française sur la sexualité des français (Spira et al. 1993).

Il a été vu dans les chapitres précédents que les violences sexuelles peuvent provoquer un certain nombre de troubles mentaux assez spécifiques. De fait l'existence de traumatismes, en particulier de traumatismes sexuels, dans l'histoire des patients psychiatriques atteints de ces troubles mentaux est très documentée. C'est le cas pour les états limites (Herman et al. 1987 ; Ogata et al. 1990 ; Shearer et al. 1990). Plusieurs auteurs du siècle dernier (Briquet 1859 ; Charcot 1884 ; Janet 1889 ; Freud 1893) ont noté de tels épisodes traumatiques dans de nombreux états hystériques et ces résultats sont aujourd'hui redécouverts (Chu et al. 1990). La façon dont ces troubles mentaux

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

sont liés au Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) et à la comorbidité de ce syndrome est un problème non résolu. Le caractère étiologique du traumatisme sexuel pour certains troubles mentaux reste l'objet de nombreuses controverses. C'est le cas pour les troubles du comportement alimentaire (Oppenheimer et al. 1985 ; Hall et al. 1989 ; Lacey 1990 ; Miller 1990 ; Palmer et al. 1990 ; Steiger et Zanko 1990 ; Pope et Hudson 1992 ; Herzog et al. 1993 ; Berger et al. 1994) et plus généralement pour les troubles addictifs (Cottler et al. 1992).

Inversement des résultats récents de recherches empiriques indiquent que les antécédents de violences sexuelles, notamment dans l'enfance, sont fréquents chez tous les types de patients psychiatriques quel que soit leur diagnostic principal (Rosenfeld et al. 1979 ; Husain et al. 1983 ; Carmen et al. 1984 ; Bryer et al. 1987 ; Jacobson et al. 1987 ; Goodwin et al. 1988<sub>b</sub> ; Briere et al. 1989). L'étude de Bryer et de ses collègues (1987) constitue un tournant pour cette question. Dans leur échantillon de soixante-six patientes psychiatriques, ces auteurs trouvent cinquante-quatre pour cent de victimes d'abus sexuels (définis comme "*être contrainte de faire plus sur le plan sexuel qu'elles ne le voulaient*"). Cette fréquence est de quarante-quatre pour cent pour les événements survenus dans l'enfance. De plus, ces auteurs montrent une corrélation entre l'existence d'abus sexuels dans l'enfance et la sévérité des symptômes psychiatriques à l'âge adulte. Cette observation redonne de l'actualité aux questions de la place du traumatisme dans la psychopathologie, de la "*traumatophilie*" de sujets prédisposés (Abraham 1907<sub>b</sub>), et du caractère structurant du traumatisme pour un trouble mental chez des patients présentant un type particulier de constitution. Il n'est pas possible d'attribuer une étiologie traumatique à l'ensemble des troubles psychiatriques, et l'effet du traumatisme semble aspécifique dans la plupart des troubles mentaux. Par contre, il n'est pas invraisemblable que ces traumatismes sexuels puissent déstabiliser une structure pathologique, ou imprimer une forme à un trouble déjà là, ou encore compliquer une pathologie du fait de la difficulté à gérer les relations humaines que présentent toutes les victimes de violences sexuelles.

Dans ce chapitre sont présentées deux études concernant les traumatismes sexuels de patientes psychiatriques. Historiquement la première a été celle consacrée à des femmes atteintes de schizophrénie et de troubles bipolaires<sup>1</sup> (Darves-Bornoz 1990 ; Darves-Bornoz et al. 1995<sub>a</sub>). Cette première

---

<sup>1</sup>DARVES-BORNOZ JM, LEMPERIERE T, DEGIOVANNI A, GAILLARD P (1995) Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 30, 78-84.

Les éditions Springer-Verlag ont autorisé la reproduction d'extraits de cet article mais continuent d'en détenir les droits de reproduction.

étude a trouvé des fréquences élevées de violences sexuelles. Une deuxième étude a dès lors été conçue auprès de patients psychiatriques tout-venant pour savoir si ces fréquences élevées étaient spécifiques des schizophrènes et des bipolaires ou si elles étaient retrouvées chez tous les patients psychiatriques (Darves-Bornoz et al. 1994<sub>b</sub>, 1995<sub>c</sub>, 1995<sub>d</sub>, 1996<sub>b</sub>).

## **B - ENQUETE SYSTEMATIQUE AUPRES DE QUATRE-VINGT-DIX FEMMES ATTEINTES DE SCHIZOPHRENIE ET DE TROUBLE BIPOLAIRE**

Il y a eu peu de recherches effectuées sur les sévices sexuels exercés sur des femmes atteintes de schizophrénie, que le traumatisme survienne dans l'enfance ou à l'âge adulte. Les psychiatres cliniciens, particulièrement ceux qui sont responsables des traitements au long cours des schizophrénies chroniques, ainsi que les chercheurs intéressés par ce champ commencent à apprécier l'importance éventuelle de telles violences (Friedman et Harrison 1984 ; Beck et van der Kolk 1987).

Le but de notre présente étude est de situer deux populations, les femmes atteintes de schizophrénie et celles atteintes de trouble bipolaire, à propos des sévices sexuels (Darves-Bornoz 1990, 1992<sub>d</sub> ; Darves-Bornoz et Lempérière 1992<sub>a</sub>, 1992<sub>b</sub>, 1992<sub>c</sub> ; Darves-Bornoz et al. 1993<sub>a</sub>, 1993<sub>b</sub>, 1994<sub>d</sub>, 1995<sub>a</sub> ; Darves-Bornoz 1995<sub>h</sub>, 1996<sub>a</sub>). La schizophrénie et le trouble bipolaire à un moindre degré, sont des troubles psychiatriques graves qui conduisent à une grande vulnérabilité sociale. Pour cette raison, il apparaît intéressant de les étudier simultanément. L'étude rapporte des traumatismes psychiques d'origine sexuelle survenus durant deux périodes de la vie des femmes schizophrènes et bipolaires : l'enfance et l'âge adulte. En effet, l'origine des abus sexuels chez ces patientes peut être de différente nature selon qu'ils sont survenus dans l'enfance avant le déclenchement manifeste du trouble mental ou à l'âge adulte, éventuellement longtemps après le début des troubles. Nous mettons aussi en perspective les traumatismes sexuels et certaines caractéristiques cliniques développées par des sous-groupes de femmes schizophrènes, comme le début précoce ou la chronicité de leur psychose ainsi que les comportements auto-agressifs ou addictifs. En effet, ce sont des traits cliniques souvent attribués aux victimes de traumatismes quelles qu'elles soient.

### **1. METHODES**

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Douze services hospitaliers de psychiatrie du secteur public et situés dans la région de Paris et à Tours se sont portés volontaires pour l'étude. Les sujets étudiés résultent d'une inclusion systématique dans l'enquête, sur une courte période (de quelques jours à quelques mois selon les centres), des femmes âgées de dix-huit à quarante-cinq ans, hospitalisées ou suivies en consultation dans ces services pour une schizophrénie ou un trouble bipolaire.

Parmi les soixante-dix-neuf femmes atteintes de schizophrénie et les vingt-sept femmes atteintes de trouble bipolaire susceptibles d'être incluses dans l'enquête, quinze femmes schizophrènes (19%) et une femme bipolaire (4%) ont refusé d'emblée de participer à ce travail. Dès lors, les échantillons ont été composé de 64 schizophrènes (âge moyen 34.3 ans, étendue 18-45 ans) et de 26 bipolaires (âge moyen 32.7 ans, étendue 18-44 ans). L'âge moyen à la première hospitalisation est de 26.9 ans (étendue 14-41) pour les schizophrènes, et de 28.2 ans (étendue 16-43) pour les bipolaires. Les durées d'évolution du trouble mental pour les deux types de patientes ne sont pas trop différentes. Par contre, les patientes dont les durées cumulées des hospitalisations s'élevaient à moins de six mois représentent 36% des patientes atteintes de schizophrénie et 65% de celles atteintes de trouble bipolaire. Au moment de l'entretien, la proportion de patientes hospitalisées est de 48% dans le groupe des schizophrènes et de 50% dans celui des bipolaires. Le diagnostic des troubles mentaux est fondé sur les critères DSM-III-R de trouble bipolaire et de schizophrénie (paranoïde 34%, désorganisée 16%, indifférenciée 36%, résiduelle 14%), et a été porté par leur psychiatre habituel et l'auteur. De plus, l'échelle PANSS (Kay et al. 1987) et les critères de schizophrénie déficitaire de Carpenter et al. (1988) ont été utilisés (28% du groupe de schizophrènes). Les psychiatres traitants ont demandé à leurs patientes si elles accepteraient d'avoir un entretien avec un clinicien sur "*plusieurs aspects de leur vie sexuelle*". Les données ont été rassemblées dans des entretiens semi-structurés (durant plus d'une heure) conduits par un même psychiatre (J.-M. Darves-Bornoz). Pour les schizophrènes, les entretiens ont eu lieu dès qu'elles ont pu répondre à des questions, et pour les bipolaires, à la fin des épisodes pathologiques ou pendant les périodes intervallaires. Le questionnaire inclut environ deux cent cinquante questions concernant des éléments socio-démographiques et cliniques (approximativement 60% des questions), la vie sexuelle (25%) et les sévices sexuels (15%).

Afin d'être consistant avec l'objectif de l'étude, seuls les abus sexuels dans l'enfance relativement graves et les viols à l'âge adulte sont répertoriés. Les abus sexuels dans l'enfance (avant seize ans) peuvent être classés selon trois niveaux de gravité (Russell 1983 ; Wyatt 1985). Un premier niveau est constitué par les abus sexuels sans contact corporel : appels téléphoniques, présentation de photos pornographiques, proposition de relations sexuelles ou exhibitionnisme. Puisque ce sont les abus sexuels les plus sévères qui sont

recherchés, ce niveau n'a pas été retenu. Un second niveau est constitué par des abus sexuels avec contact corporel avec l'agresseur : attouchements, caresses, masturbation de l'agresseur, participation à des scènes pornographiques ; il sera désigné à partir de maintenant comme le *niveau 2*. Le troisième niveau d'abus sexuel est constitué par le viol et la tentative de viol c'est-à-dire des incidents sexuels qui impliquent une pénétration sexuelle ou une tentative de pénétration sexuelle ; il sera désigné à partir de maintenant comme le *niveau 3*. La première question de dépistage concernant les abus sexuels était : *"avez-vous jamais été victime d'abus sexuel quand vous étiez un enfant ou un adolescent ?"* Les relations sexuelles de jeunes filles consentantes quand elles avaient treize ans ou plus n'ont pas été comptabilisées, bien que légalement le consentement n'existe pas avant quinze ans. Un cas particulier est l'abus sexuel incestueux. Ce qui est en cause ici, est moins la prohibition du mariage et des relations sexuelles avec tel ou tel apparenté, que le traumatisme additionnel causé par des agressions sexuelles commises par des personnes supposées être des protecteurs et non des agresseurs.

Le viol est une pénétration sexuelle contre la volonté de la femme. Le viol n'est pas la seule agression sexuelle à l'âge adulte mais c'est la plus sévère. Les statistiques de viol que nous présentons ici n'incluent pas par exemple les tentatives de viol. Ainsi, ces statistiques représentent un indicateur de sévices sexuels graves et ne sont pas un inventaire exhaustif des agressions sexuelles. La première question de dépistage concernant ce sujet était : *"avez-vous jamais été victime d'un viol ?"*

## **2. LES ABUS SEXUELS DANS L'ENFANCE OU L'ADOLESCENCE (AVANT SEIZE ANS)**

Les abus sexuels dans l'enfance ou l'adolescence de niveau deux et trois sont présentés dans le tableau 23. Ce tableau recense le nombre de patientes qui ont été victimes (une ou plusieurs fois) et non le nombre d'épisodes d'abus sexuels. Si plusieurs incidents sont survenus, la victime est classée selon le niveau de sévérité le plus élevé. Le tableau 23 intègre les résultats de deux études de référence dans la population générale (Russell 1983 ; Wyatt 1985). Des méthodes analogues aux leurs ont été utilisées (entretiens durant plus d'une heure, classification analogue des abus sexuels). Malheureusement, il n'existe pas d'enquête française équivalente. En effet, même l'enquête de Spira et de ses collègues (1994) qui a étudié les viols et les agressions verbales, n'a pas recherché les autres types d'abus sexuels dans l'enfance.

Trente-six pour cent des schizophrènes (n=23) et 28% des bipolaires (n=7) ont été victimes d'abus sexuels dans l'enfance (niveaux 2 et 3). Parmi ces

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**Tableau 23. - Abus sexuels dans l'enfance ou l'adolescence (avant seize ans) chez les femmes atteintes de schizophrénie et de trouble bipolaire**

Abus sexuels dans l'enfance	Schizophrènes (N=64)		Bipolaires (N=26)		Population Générale <sup>a</sup>	
	n	%	n	%	Russell (1983) %	Wyatt (1985) %
Sans réponse	---	---	1	4%		
Niveau 2 (contact corporel)	11	17%	3	12%	21%	29%
Niveau 3 (pénétration ou tentative)	12	19%	4	16%	17%	16%
Total	23	36%	7	28%	38%	45%
Abus sexuel incestueux	12	19%	4	16%	11%	13%
Abus sexuel extra-familial	11	17%	3	12%	27%	32%
Age de l'enfant au premier abus sexuel						
<13 ans	18	28%	4	16%		pic à
13 - 16 ans	5	8%	3	12%		9 ans

<sup>a</sup> Les résultats de Russell et Wyatt dans la population générale incluent des abus jusqu'à l'âge de dix sept ans.

**Tableau 24. - Manifestations cliniques et abus sexuels dans l'enfance ou l'adolescence (avant 16 ans) chez les femmes atteintes de schizophrénie**

Schizophrènes (N=64)	Abusées avant 16 ans (N=23)		Non abusées avant 16 ans (N=41)		Différence
	n	%	n	%	
Manifestations cliniques					
1 <sup>ère</sup> hospitalisation avant 26 ans	16	70%	18	44%	S, $\chi^2=3.89$ , p<0.05
Alcool	10	43%	8	20%	S, $\chi^2=4.19$ , p<0.05
Drogues <sup>a</sup>	11	48%	8	20%	S, $\chi^2=6.32$ , p<0.02
Alcool ou drogues	13	57%	12	29%	S, $\chi^2=4.60$ , p<0.04
Tentatives de suicide	18	78%	21	51%	S, $\chi^2=4.53$ , p<0.04
Forme paranoïde	10	43%	12	29%	NS, $\chi^2=1.32$
Forme non-déficitaire	19	83%	27	66%	NS, $\chi^2=2.05$

<sup>a</sup> Une femme abusée n'a pas répondu à cette question

S : Significatif, NS : Non Significatif

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

agressions, certaines sont des viols avec pénétration vaginale : pour une schizophrène (à l'âge de 14 ans avec un inconnu) et pour deux bipolaires (à l'âge de 13 ans avec un grand-père pour l'une et à l'âge de 15 ans avec un inconnu pour l'autre). Ces pourcentages peuvent apparaître élevés (dans les deux groupes) mais ils ne sont pas significativement différents entre eux, et pas significativement différents de celui observé dans la population générale, 33% selon Sheldrick (1991).

Dans les deux groupes cliniques, les abus sexuels incestueux représentent approximativement la moitié des abus sexuels (contre trente pour cent dans les deux enquêtes de référence en population générale). L'inceste père-fille est rapporté une fois (sans tentative de pénétration c'est-à-dire de niveau 2, chez une schizophrène). Les abus sexuels incestueux de niveau 2 (contact corporel) affectent trois cas (12%) pour les femmes atteintes de trouble bipolaire (avec un frère, un cousin et un grand-oncle), et pour celles atteintes de schizophrénie huit cas (13%) qui concernent outre le père mentionné plus haut, deux grands-pères, deux oncles, deux frères et un beau-père. Pour ce qui concerne le niveau 3 (pénétration ou tentative de pénétration), les abus affectent un cas (4%) chez les femmes atteintes de troubles bipolaires (avec un grand-père), et quatre cas (6%) chez les femmes atteintes de schizophrénie (avec un grand-père, un oncle, un frère et dans une agression conjointe d'une soeur et d'un cousin).

Le tableau 24 présente quelques manifestations cliniques associées aux abus sexuels survenus avant seize ans. Les données suggèrent que chez les schizophrènes, les victimes de tels abus sexuels deviennent des patients psychiatriques plus tôt. En effet, si les schizophrènes sont divisées en deux groupes selon que leur première hospitalisation s'est produite avant l'âge médian de vingt-six ans (n=34) ou après (n=30), la première hospitalisation des victimes d'abus sexuel dans l'enfance ou l'adolescence se trouve être survenue plus souvent avant vingt-six ans qu'après. De plus, chez les schizophrènes, les victimes d'abus sexuel dans l'enfance ou l'adolescence sont significativement plus sujettes aux addictions - actuelles ou passées, comprenant dépendance ou abus, par consommation d'alcool ou de drogues - que les non-victimes. L'autodestructivité repérée par les tentatives de suicide est plus fortement représentée chez les schizophrènes qui ont été victimes d'abus sexuels avant seize ans que chez les non-victimes. Enfin, il doit être noté que les femmes atteintes de schizophrénie qui ont été victimes d'abus sexuels, n'appartiennent pas plus fréquemment à des formes cliniques productives que les non-victimes.

### **3. LES TRAUMATISMES SEXUELS APRES L'AGE DE SEIZE ANS**

A cet âge, au sein des différents types d'abus sexuels, c'est principalement le viol qui constitue un événement traumatique. La prévalence



du viol après l'âge de seize ans est de 22% chez les femmes atteintes de schizophrénie, et de 15% chez celles atteintes de trouble bipolaire.

En outre, il peut être noté ici que des relations sexuelles incestueuses sont survenues à l'âge adulte chez certains sujets issus des deux groupes cliniques. Ces relations sexuelles ont été parfois consenties mais ce consentement ne les rend pas ipso facto anodines. Elles ont été rapportées par trois schizophrènes soit 5% d'entre elles (deux incidents de niveau 3 avec des cousins et un incident de niveau 2 avec la mère) et par deux bipolaires soit 8% d'entre elles (un incident de niveau 2 et un incident de niveau 3 avec des frères).

#### 4. LE VIOL AVANT OU APRES L'AGE DE SEIZE ANS

Le viol mérite d'être étudié spécifiquement parce que c'est le traumatisme sexuel le plus sévère. C'est pourquoi le tableau 25 inclut les viols survenus après l'âge de seize ans mais aussi des cas plus rares de viols survenus avant l'âge de seize ans qui ont été déjà mentionnés dans un paragraphe précédent pour une femme atteinte de schizophrénie et deux femmes atteintes de trouble bipolaire. La prévalence du viol s'élève alors à 23% (n=15) chez les femmes atteintes de schizophrénie, et également à 23% (n=6) chez celles atteintes de trouble bipolaire, alors que la prévalence dans la population générale pour cette tranche d'âge peut être estimée à 7% ou 8% (Di Vasto et al. 1984 ; Winfield et al. 1990 ; Spira et al. 1993). Des tests de comparaison avec les femmes de la population générale - supposées avoir été violées dans la proportion de 8%, ce qui est l'hypothèse la plus défavorable d'après les trois études référencées plus haut - donnent dans ces conditions pour les femmes atteintes de schizophrénie :  $\chi^2=5.57$ , dl=1,  $p<0.02$ , et pour les femmes atteintes de trouble bipolaire, en appliquant la correction de Yates :  $\chi^2=6.11$ , dl=1,  $p<0.02$ . Ces deux populations cliniques sont donc des populations à risque pour la survenue de viols. Les schizophrènes et les bipolaires qui rapportent des viols (et qui sont traitées dans les mêmes services) sont nombreuses - avec un même niveau de fréquence dans les deux groupes - et significativement plus nombreuses que dans la population générale.

Il faut noter que chez les schizophrènes, les victimes de viol n'appartiennent pas à la forme clinique paranoïde (n=5 contre n'=17,  $\chi^2=0.01$ , dl=1) ou à une forme clinique productive (n=11 contre n'=35,  $\chi^2=0.02$ , dl=1) plus souvent que les non-victimes. Nous avons constitué un groupe de malades ayant une tendance aux addictions en rassemblant les sujets qui ont consommé abusivement de l'alcool ou une drogue à un moment de leur vie. Le comportement addictif étant approché ainsi, les femmes schizophrènes qui ont été victimes de viol apparaissent significativement plus sujettes aux addictions que les non-victimes (n=10 contre n'=15,  $\chi^2=4.42$ , dl=1,  $p<0.04$ ).

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**Tableau 25. - Les viols chez les femmes atteintes de schizophrénie et de trouble bipolaire**

Les viols	Schizophrènes (N=64)		Bipolaires (N=26)	
	n	%	n	%
Viol survenu une fois	6	9%	6	23%
Viols survenus plusieurs fois	9	14%	—	—
Total	15	23%	6	23%
Age lors du viol (première fois)				
13 - 19 ans	7	11%	3	12%
19 - 25 ans	3	5%	1	4%
25 - 40 ans	5	8%	2	8%
Viol incestueux	1	2%	1	4%
Par qui ? Quand ?	oncle, à 16 ans		grand-père, à 13 ans	
Le viol comme premier acte sexuel	4	6%	2	8%

Le groupe de schizophrènes chez lesquelles la durée cumulée des hospitalisations dépasse six mois (n=41, âge moyen 34.1 ans, étendue des âges 18-45) est plus sujet au viol que l'autre groupe (n=23, âge moyen 32.6 ans, étendue des âges 19-42). En effet, il y a treize victimes de viol dans le premier groupe et deux dans le second ( $\chi^2=4.35$ , dl=1,  $p<0.04$ ). Ce résultat suggère l'existence d'un lien significatif entre la survenue de viols et une plus grande chronicité du trouble mental. Une régression logistique avec les variables suivantes : abus sexuel dans l'enfance, type de trouble mental, chronicité (attestée par une durée cumulée des hospitalisations dépassant six mois), expériences de prostitution, viol et répétition des viols, montre que, toutes les autres variables étant égales par ailleurs, il y a deux facteurs de risque pour la chronicité, le trouble schizophrénique (Odds ratio = 3.65, IC 95% = [1.32 - 10.],  $p=0.011$ ) et la survenue d'un viol (Odds ratio = 3.63, IC 95% = [1.12 - 11.8],  $p=0.021$ ).

### 5. LA REPETITION DES TRAUMATISMES

La proportion des sujets affectés par un abus sexuel dans l'enfance ou l'adolescence, ou par un viol après l'âge de seize ans est de 47% (n=30) chez les schizophrènes et de 35% (n=9) chez les bipolaires. Chez 33% (n=10) des schizophrènes maltraitées de cette façon, le premier traumatisme (abus sexuel dans l'enfance ou viol après seize ans) est suivi par une autre agression sexuelle extrême à savoir un viol. Une régression logistique portant sur les variables suivantes : abus sexuel dans l'enfance, type de trouble mental, chronicité (appréciée sur la présence d'une durée cumulée des hospitalisations supérieure à

six mois), expériences de prostitution, viol et répétition des viols, montre que, toutes les autres variables étant égales par ailleurs, la survenue d'un abus sexuel dans l'enfance est un facteur de risque pour la survenue ultérieure de viols répétés (Odds ratio=6.88, IC 95% =[1.26 - 37.4], p=0.014).

Le tableau 25, d'une part, confirme que les femmes schizophrènes sont à risque pour le viol (mais pas plus que les bipolaires) et d'autre part, indique que le phénomène de répétition des viols est important chez les femmes schizophrènes (à la différence des bipolaires). Chez les femmes atteintes de schizophrénie qui ont été victimes de viol (n=15), soixante pour cent (n=9) sont victimes d'un autre viol ultérieurement alors que chez les femmes bipolaires aucune répétition de cette sorte ne se produit. Cette différence entre ces deux populations cliniques est significative (en appliquant la correction de Yates,  $\chi^2=4.08$ , dl=1, p<0.05).

Onze femmes schizophrènes (17%) et une femme bipolaire (4%) rapportent avoir eu une expérience de prostitution ("*recevoir de l'argent pour une relation sexuelle*"). Ces expériences ont été répétées et régulières pour trois schizophrènes (5%), mais ne se sont produites qu'une fois pour les huit autres femmes atteintes de schizophrénie et pour l'unique femme atteinte de trouble bipolaire. Les expériences de prostitution chez les femmes atteintes de schizophrénie surviennent uniquement chez des patientes qui ont une durée cumulée des hospitalisations supérieure à six mois, ce qui rend l'association au groupe des patientes les plus chroniques (n=41), statistiquement significative (après la correction de Yates,  $\chi^2=5.68$ , dl=1, p<0.02). L'expérience de prostitution peut être rapprochée de la notion de comportements de répétition des traumatismes. En effet, dix de ces onze femmes atteintes de schizophrénie ont été auparavant victimes d'abus sexuels dans l'enfance ou l'adolescence, ou de viol après seize ans ( $\chi^2=10.33$ , dl=1, p<0.01).

De plus, la répétition des traumatismes et la prostitution doivent être mises en perspective avec la notion de *comportements de prise de risques*. En effet, comme il est mentionné plus haut, certains comportements de prise de risques (addictions, tentatives de suicide) sont associés avec les sévices sexuels des femmes atteintes de schizophrénie.

## 6. LES DIFFICULTES DE TRAITEMENT DES SCHIZOPHRENES VIOLEES

Pour évaluer la difficulté à traiter ces malades, nous proposons quelques indicateurs témoins de la difficulté à traiter des psychotiques :

- (a) la chronicité,  
appréciée sur l'existence d'une durée cumulée des hospitalisations supérieure à six mois ; il faut noter que ce critère mesure bien une

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- certaine chronicité, les âges moyens des hospitalisées plus de six mois et moins de six mois étant très proches (un an de différence) ;
- (b) l'impulsivité dans des comportements risqués  
du type : fugue, problèmes avec la justice, consommation de drogue, alcoolisme, sexualité à risque, troubles du comportement alimentaire ;
  - (c) l'auto-agressivité,  
appréciée sur l'existence d'antécédents de tentative de suicide ;
  - (d) l'hétéro-agressivité,  
appréciée par l'existence de comportements passés du type : se battre ou casser des objets ;
  - (e) la désinsertion sociale,  
repérée par : avoir perdu tout lien avec le monde du travail, ou ne pas avoir de logement autonome ;
  - (f) l'isolement affectif,  
apprécié par le fait de : ne pas avoir de compagnon, ou ne pas avoir rencontré d'amis dans le dernier mois.

Si on observe ces six indicateurs dans leur ensemble, on constate qu'en moyenne, les malades schizophrènes de l'enquête présentent 3.5 de ces six indicateurs de difficulté de traitement. On admet que les patientes qui présentent simultanément au moins quatre de ces six indicateurs de difficulté de traitement sont le groupe de patientes les plus difficiles à traiter. Quatre-vingt pour cent des schizophrènes violées (au lieu de 51% des schizophrènes non violées) appartiennent à ce groupe des patients les plus difficiles à traiter ( $\chi^2 = 3.96, p < 0.05$ ). Ainsi, ces résultats suggèrent que le groupe de femmes schizophrènes qui a été victime de viol dans sa vie, est un groupe de malades significativement plus difficile à traiter que celles qui n'ont pas été victimes de violences sexuelles extrêmes comme le viol.

## 7. DISCUSSION

Afin d'établir et d'interpréter avec solidité les résultats qui viennent d'être présentés, la crédibilité des victimes doit être mise en question et plusieurs types de facteurs explicatifs doivent être avancés : les facteurs familiaux, les facteurs sociaux et les facteurs individuels. De plus, il faut élucider les raisons du surcroît de difficulté à traiter les patientes qui ont été des victimes sexuelles.

### **La crédibilité des victimes**

La prévalence des sévices sexuels trouvée chez les femmes atteintes de schizophrénie, est concordante avec celles de deux autres publications (Friedman et al. 1984 ; Beck et van der Kolk 1987). Ces auteurs trouvent des

taux plutôt plus élevés pour des populations légèrement différentes (seulement des patientes hospitalisées dans leur cas).

Cependant, une question méthodologique importante concerne le biais du souvenir avec, peut-être, une expression spécifique chez les psychotiques. Avant de commencer une telle étude, les cliniciens expriment souvent des doutes sur la validité du matériel qui peut être rassemblé parmi des personnes si perturbées. Néanmoins, dès que le travail commence, le clinicien réalise que les entretiens sont de bonne qualité, avec une bonne coopération de la part des patientes et que, comme P.B. Schneider (1964) l'a dit, c'est une *"idée préconçue"* de croire *"que le patient psychiatrique n'est pas capable de répondre valablement à de si délicates questions"*. A l'appui de ce point de vue, les présents résultats indiquent qu'il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la présence d'une schizophrénie productive et l'allégation d'une agression sexuelle. De plus, il doit être souligné que pendant un entretien, les femmes schizophrènes (tout comme les femmes bipolaires) ne parlent pas de leurs sévices avec quérulence ; aucune n'a d'ailleurs jamais porté plainte pour ces mauvais traitements, et même très souvent elles n'en ont jamais parlé à qui que ce soit. Cela affaiblit, dans leur cas, l'hypothèse de fantasmes qui ont été mises en avant pour d'autres populations. De plus, les femmes bipolaires étaient lors de l'entretien dans un état psychologique stabilisé, donc parler de propos délirants ne peut pas s'appliquer à leur cas ; cependant, elles rapportent des fréquences d'abus sexuel et de viol proches de celles des schizophrènes. Enfin, les allégations d'agressions sexuelles faites par les schizophrènes ont un même niveau de fréquence (et sont même plutôt moins fréquentes) que celui trouvé par exemple par Bryer et ses collègues (1987) dans une population de patients psychiatriques tout-venant. Ainsi, le problème des allégations infondées d'agressions sexuelles ne semble pas devoir être posé d'une façon radicalement différente pour les schizophrènes et pour la population générale. Puisqu'il n'a pas été possible jusqu'à maintenant de conduire une quelconque étude prospective de longue durée sur le devenir psychiatrique des victimes d'abus sexuels, des études rétrospectives contrôlées dans ces populations cliniques et dans la population générale gardent leur intérêt. De surcroît, il doit être noté que les allégations infondées, si elles existent, sont marginales. De ce point de vue, Herman et ses collègues (1987) montrent que 80% d'un échantillon de femmes rapportant un abus sexuel dans l'enfance, ont été capables d'appuyer leurs dires par des confirmations de plusieurs sources. Deltaglia (1986) arrive aussi à la conclusion qu'en matière judiciaire, 76% des témoignages d'enfants concernant des abus sexuels dans l'enfance ont une crédibilité très élevée.

#### **Les facteurs familiaux**

Il doit être nettement relevé que dans les cas étudiés, l'inceste père-fille reste une exception, même si d'autres types d'abus sexuels intra-familiaux existent. Ce qui ressort de la présente étude est que la prévalence d'agressions

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

sexuelles incestueuses chez les schizophrènes n'est pas plus élevée que dans d'autres groupes cliniques et que dans la population générale.

### **Les facteurs sociaux**

Trouver des fréquences élevées d'agressions ne doit pas conduire à concentrer la discussion sur les stigmates psychopathologiques laissés par les sévices et à ignorer un facteur premier dont ces sévices pourraient être une conséquence. Par exemple, il est connu que les femmes schizophrènes, comme les femmes bipolaires d'ailleurs, sont des sujets vulnérables dans leurs vies sociales. Des facteurs sociaux (liés à la chronicité des troubles et à la dérive sociale qui en résulte) tels que l'absence de moyens de transport et de logement sûrs, ou les faibles revenus (voire l'absence complète de logement et de revenu), jouent par eux-mêmes un rôle important dans l'exposition au risque d'agression sexuelle. De ce point de vue, il doit être noté que dans nos échantillons, il y a deux fois plus de patientes chroniques chez les schizophrènes que chez les bipolaires ce qui peut être considéré comme le signe de la plus grande sévérité du trouble schizophrénique. Les expériences de prostitution parmi les femmes schizophrènes sont généralement d'une nature occasionnelle. Elles peuvent aussi être considérées comme une prostitution mineure à la frontière d'autres formes de vénalité. Elles sont rarement organisées par un tiers (logeuse, famille). Cette pratique ne semble pas ostentatoire ni révéler des traits psychopathiques, elle témoigne plutôt d'un grand appauvrissement, dans tous les sens du terme. Elle se produit dans les unités d'hospitalisation psychiatrique plus fréquemment que le personnel médical ne le pense habituellement. La chronicité est fortement associée avec de telles pratiques. Ces expériences ne sont pas à proprement parler des agressions mais elles ne sont pas non plus des choix libres.

### **Les facteurs individuels**

Parmi les facteurs individuels qui permettent la compréhension des présents résultats, on en trouve certains qui peuvent être observés chez toutes les victimes, quelle que soit la catégorie nosologique à laquelle elles peuvent être rattachées par ailleurs. Ces aspects transnosographiques concernent la tendance à la répétition des traumatismes (y compris éventuellement la prostitution), et la tendance aux addictions et à l'auto-destructivité comme dans les tentatives de suicide. Cela conduit à examiner l'éventualité d'une tendance masochiste chez une catégorie de patients qui accepteraient la souffrance afin d'obtenir quelques satisfactions fantasmatiques. Cette caractéristique n'est pas rare dans d'autres troubles où est présente une dimension addictive. Elle est voisine de la tendance "*traumatophilique*" qu'Abraham avait identifiée chez les hystériques. Un tel comportement d'*addiction au traumatisme* et de prise de risques pourrait avoir une base organique acquise (van der Kolk 1993<sub>a</sub>).

Les femmes atteintes de schizophrénie semblent particulièrement à risque pour cette répétition des traumatismes. Au delà des déterminants partagés par toutes les victimes, les victimes atteintes de schizophrénie développent aussi leurs propres raisons de répéter toutes sortes de traumatismes. De ce point de vue, il doit être noté que les circonstances dans lesquelles le viol des femmes schizophrènes se produit, ne sont pas toujours simples. C'est ainsi que Bardet-Giraudon, Benoît et Locquet, dans leur étude de psychiatrie légale (1983), ont mis en valeur combien l'attitude pathologique d'une femme psychotique dans son histoire de viol a pu conduire l'auteur de l'agression à la commettre. *Elle avait l'air étrange et il a pensé qu'elle avait fumé du haschich ; elle était silencieuse et il a compris cela comme un signe de consentement.* Nous pouvons imputer la survenue de plusieurs viols de femmes schizophrènes de notre échantillon à ce type de mécanismes, c'est-à-dire au caractère inadéquat de leurs comportements et de leur affects dans les relations intersubjectives (accru parfois par la passivité de patientes souffrant d'une forme déficitaire de schizophrénie). Le trouble schizophrénique lui-même devient dans de tels cas, un facteur individuel qui induit des situations à risque et explique la survenue de traumatismes sexuels. En outre, la présence auprès de la malade d'une famille elle-même pathologique n'est pas rare. Cette situation ne crée pas de bonnes conditions pour promouvoir une éducation qui accroisse l'acquisition de capacités à faire face aux situations d'adversité.

#### **Les difficultés de traitement des femmes schizophrènes violées**

Les résultats sur les difficultés de traitement des femmes schizophrènes victimes de viols posent des questions. Le traumatisme sexuel est-il la cause du surcroît de psychopathologie chez des schizophrènes qui seraient par ailleurs également touchées par la maladie ? Le traumatisme sexuel est-il la conséquence d'une forme plus sévère de schizophrénie qui handicaperait les sujets dans tous les aspects de leur existence ?

Il est vraisemblable que la réponse à ces questions est positive pour les deux, c'est-à-dire que le traumatisme sexuel est à la fois conséquence d'une vulnérabilité sociale accrue chez les formes les plus sévères de schizophrénie qui sont bien incapables de faire face et de se défendre, et cause de troubles psychopathologiques qu'on voit chez toutes les victimes quel que soit le diagnostic qu'on peut poser par ailleurs. Pour discuter ce point, nous pouvons nous référer à deux types de sources : les études de psychiatrie sociale anglo-saxonnes actuelles et les écrits anciens des auteurs fondateurs de la nosologie psychiatrique. De nombreux auteurs américains relèvent la fréquence des traumatismes que subissent les patients psychiatriques dans leur ensemble et à fortiori les plus gravement atteints, à tel point que leurs constatations ont été suivies de mesures concrètes pour assurer la prise en charge de ces patients psychiatriques victimes (Bell 1991). Et d'un autre côté, il faut se souvenir que Kraepelin (1899) écrivait des déments précoces : *"les malades de sexe féminin*

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

*se donnent volontiers au premier venu, se laissent entraîner par le premier venu".* Cependant, dans le même temps on ne voit pas pourquoi des traits cliniques que présentent les victimes d'une manière générale, comme par exemple l'impulsivité dans des comportements risqués et l'agressivité, ne pourraient être expliqués dans les populations de psychotiques de la même façon que dans la population générale.

### 8. CONCLUSIONS

L'exposition de populations atteintes de psychose à des événements traumatiques - avec parmi eux les traumatismes sexuels - est peu étudiée. De plus, les traits cliniques développés par les victimes atteintes de psychose après un événement traumatique sont rarement pris en compte.

Soixante-quatre femmes atteintes de schizophrénie et vingt-six femmes atteintes de trouble bipolaire (diagnostic DSM-III-R, 18-45 ans, patientes de consultations ou hospitalisées) ont eu un entretien avec un clinicien, fondé sur un ensemble d'instruments cliniques qui comporte notamment un questionnaire semi-structuré concernant les sévices sexuels et leur impact.

Dans l'enfance ou l'adolescence, trente-six pour cent des femmes atteintes de schizophrénie (contre vingt-huit pour cent de celles atteintes de trouble bipolaire) ont été victimes d'abus sexuels impliquant un contact corporel. Il est vraisemblable que les femmes atteintes de schizophrénie et de trouble bipolaire ne sont pas plus sujettes aux abus sexuels dans l'enfance que la population générale, mais chez les femmes atteintes de schizophrénie, l'existence d'un antécédent d'abus sexuel est associé avec les addictions, les tentatives de suicide et le fait de devenir patient psychiatrique plus tôt. Par contre, sur leur vie, la prévalence du viol est de vingt-trois pour cent dans les deux groupes cliniques. Il en résulte que ces deux populations sont, plus souvent que la population générale, victimes de viols. Ces viols surviennent habituellement à la fin de l'adolescence ou à l'âge adulte. Les sévices sexuels sont associés avec des comportements de prise de risques et avec la répétition de traumatismes. Une régression logistique a permis de montrer que la survenue d'un abus sexuel dans l'enfance est un facteur de prédiction de la survenue de viols répétés ultérieurs. Chez les femmes atteintes de schizophrénie, le viol est associé avec une plus grande sévérité de leur trouble, et avec les addictions. Les schizophrènes qui ont été violées, appartiennent préférentiellement au groupe de schizophrènes avec les plus longues durées d'hospitalisation, c'est-à-dire probablement au groupe le plus sévèrement et le plus chroniquement malade. Ce fait est en partie la conséquence et en partie la cause des traumatismes psychiques auxquelles elles ont été exposées. En effet, une régression logistique a permis de montrer que le viol est, au même titre que la maladie schizophrénique, un facteur de risque de chronicité. Chez les schizophrènes



adultes, le viol et la prostitution apparaissent, avant tout et en même temps que de nombreux autres facteurs, comme des indicateurs de leur vulnérabilité sociale. Leur expression émotionnelle émoussée ou inadéquate crée des situations à risque, et à cause de ce qu'on nomme absence de capacités à faire face, les empêche de se protéger.

Les résultats suggèrent donc que ces deux groupes cliniques ont un risque accru de viol, et mettent en lumière, chez les victimes atteintes de schizophrénie, des caractéristiques cliniques décrites pour d'autres groupes de victimes sexuelles.

### **C - ENQUETE SYSTEMATIQUE AUPRES DE QUATRE-VINGT-DIX PATIENTES PSYCHIATRIQUES HOSPITALISEES**

En dehors de toute préoccupation d'étiologie des troubles mentaux, on constate fréquemment en clinique mais aussi dans des recherches menées ces dernières années, que les patients psychiatriques ont subi au cours de leur vie des traumatismes psychiques. Cependant peu d'études ont essayé d'évaluer systématiquement l'incidence et l'impact psychologique des traumatismes chez les patients psychiatriques considérés dans leur ensemble quel que soit leur diagnostic principal. C'est ce que la présente étude se propose d'explorer en particulier dans le cas des traumatismes sexuels.

#### **1. METHODES**

L'étude a été menée dans le service universitaire de psychiatrie de la ville de Tours. Il a été demandé à tous les sujets de sexe féminin hospitalisés consécutivement sur une période de quatre mois si elles accepteraient d'avoir un entretien. De cette façon, soixante femmes ont pu être incluses dans l'enquête et avoir un entretien avec deux psychiatres (Jean-Michel Darves-Bornoz et Patricia Benhamou). De plus, pendant deux mois supplémentaires, une fois par semaine, toutes les femmes présentes dans le service ont été évaluées. De cette façon, trente autres patientes ont été incluses dans l'enquête et interrogées par un troisième psychiatre (Isabelle Delmotte). Ces quatre-vingt-dix patientes doivent être comparées au trente-quatre patientes (27%) qui n'ont pu participer à l'étude, le plus souvent à cause de troubles cognitifs (en particulier des démences) ou à cause d'hospitalisations trop courtes, plus rarement à cause d'un

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

refus (trois cas), à cause d'une activité délirante (un cas), ou à cause d'un trouble de conscience (un cas de mélancolie stuporeuse). Les patientes étaient âgées de dix-huit à quatre-vingt-quatre ans (avec une moyenne d'âge à 39.4 ans). Les diagnostics ayant conduit à une hospitalisation se réfèrent aux critères du DSM-IV. Ils concernent dans 40% des cas des troubles mentaux sévères de type psychotique (des troubles schizophréniques, schizophréniformes, schizo-affectifs, schizoïdes et paranoïaques ainsi que des troubles psychotiques brefs et des troubles bipolaires). Dans 11% des cas il s'agit de troubles de la personnalité de type limite ou narcissique. Dans les 49% de cas restant nous avons affaire à d'autres type de troubles : troubles anxieux, de l'humeur, du comportement alimentaire, somatoformes, dissociatifs, factices, de la personnalité ou consécutifs à la prise d'alcool. Les données ont été rassemblées avec un ensemble d'instruments cliniques cotés par le clinicien. Parmi ces instruments il y avait le SI-PTSD, Structured Interview for Post-Traumatic Stress Disorder (Davidson et al. 1989), l'échelle EGF d'Evaluation Globale du Fonctionnement (axe V du DSM-IV) et un questionnaire semi-structuré spécifiquement construit pour l'étude et relatif à des données socio-démographiques et cliniques.

### **2. PREVALENCE DES TRAUMATISMES ET DU SYNDROME SECONDAIRE A UN STRESS TRAUMATIQUE (PTSD)**

Cinquante huit pour cent des quatre-vingt-dix patientes psychiatriques interrogées ont présenté dans leur vie un événement stressant majeur. Au premier rang de ces traumatismes, figurent les agressions sexuelles qui ont affecté 43% des sujets. L'âge moyen lors de l'agression sexuelle était de 14.5 ans (87% des agressions sexuelles sont survenues avant l'âge de vingt ans et 67% avant l'âge de 15 ans). Ces agressions sexuelles ont été répétées dans 56% des cas. Elles concernaient des abus sexuels intra-familiaux dans 41% des cas. Il s'agissait d'abus sexuels dans l'enfance ou l'adolescence dans 62% des cas. Parmi l'ensemble des patientes, 21% ont été victimes de viols (et parmi elles 68% ont été victimes de plusieurs viols) et 27% ont été victimes d'abus sexuel avec contact corporel dans l'enfance ou l'adolescence. Les agressions physiques ont concerné 30% des patientes. Dix pour cent des patientes ont vu mourir quelqu'un d'une manière violente, 2% ont assisté à une scène de guerre, 2% ont été blessées dans un accident, 1% a été victime d'une catastrophe naturelle et 1% a échappé à la mort.

A la suite de ce traumatisme, 52% des victimes d'un traumatisme, soit 30% de l'ensemble de l'échantillon, ont développé un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Le diagnostic de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) était toujours présent chez 19% des victimes, soit 11% de l'ensemble de l'échantillon. Dans 22% des cas de Syndrome Secondaire

à un Stress Traumatique (PTSD), la survenue du syndrome s'est produite plus de six mois après le traumatisme.

Nous allons maintenant présenter des résultats cliniques pour l'ensemble de l'échantillon et pour les sous-groupes de traumatisées les plus nombreux, les abusées sexuellement dans l'enfance ou l'adolescence et les violées. Ces résultats concernent des indicateurs de psychopathologie générale, des troubles assez spécifiquement post-traumatiques, des conduites addictives, des troubles affectifs et comportementaux de type limite et des facteurs cliniques de prédiction de la persistance d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) après un viol .

### 3. INDICATEURS DE PSYCHOPATHOLOGIE GENERALE

Les résultats sont présentés dans le tableau 26.

La durée cumulée des hospitalisations des psychotiques est plus longue que celle des autres patientes puisqu'elle est de treize mois en moyenne (S,  $p=0.001$ ). Le score EGF des psychotiques est plus bas que pour les autres patientes puisqu'il se situe à 44.5 (S,  $p=0.001$ ). C'est pourquoi nous avons ajusté par analyse de variance, la durée des hospitalisations et le score de l'échelle EGF d'évaluation globale du fonctionnement (axe V du DSM-IV), non seulement selon l'âge des patientes mais aussi selon la présence ou l'absence d'une psychose. Cependant on notera qu'il n'y a pas significativement plus de psychotiques parmi les victimes de violences sexuelles et que l'âge des abusées n'est pas significativement différent de celui des autres patientes.

Nous avons recherché des facteurs de prédiction de chronicité. Pour ce faire, nous avons fait une régression logistique sur la variable *avoir une durée cumulée des hospitalisations supérieure à 6 mois* avec dans le modèle : âge, psychose, viol et abus sexuel dans l'enfance. La régression logistique garde comme facteur de risque de chronicité le viol (Odds Ratio=8.4, Intervalle de Confiance à 95%=[2.2 - 32.3]) et la psychose (Odds Ratio=8.3, Intervalle de Confiance à 95%=[2.5 - 28.1]) avec des risques relatifs qui sont approchés par les odds ratios. L'abus sexuel dans l'enfance n'est plus significativement lié à la chronicité après régression logistique c'est-à-dire toutes choses égales par ailleurs.

Nous avons recherché des facteurs de prédiction de la sévérité actuelle des troubles mentaux. Pour ce faire, nous avons fait une régression logistique sur la variable *avoir un score EGF inférieur à cinquante* (47% des patientes ce qui fait du score de cinquante la médiane) avec dans le modèle : le viol, l'abus sexuel dans l'enfance et la psychose. La régression logistique garde comme facteur de risque de sévérité actuelle des troubles mentaux, la psychose (OR=5.0, IC 95%=[1.9 - 12.9]) et le viol (OR=4.4, IC 95%=[1.4 - 14.1]).

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**Tableau 26. - Psychopathologie générale dans l'ensemble de l'échantillon de patientes psychiatriques, et dans les sous- groupes de violées et d'abusées dans l'enfance ou l'adolescence.**

Psychopathologie générale	Ensemble des patientes N=90	Abusées sexuellement dans l'enfance N=24	Violées N=19
Durée cumulée des hospitalisations <sup>a</sup> (en mois)	7.6	12.5 S, p=0.045	13.7 S, p=0.005
Score EGF <sup>a,b</sup>	50.7	45.5 S, p=0.038	45.8 S, p=0.038
Age actuel <sup>c</sup> (en ans)	39.4	33.8 NS	38.6 NS
Psychotiques (y compris bipolaires) <sup>d</sup>	40%	50% NS	32% NS

<sup>a</sup> Ajusté (sur l'âge actuel et la présence ou l'absence de psychose) par analyse de variance

<sup>b</sup> Score de l'échelle d'Evaluation Globale du Fonctionnement (axe V du DSM-IV)

<sup>c</sup> Comparaison par le test t de Student

<sup>d</sup> Comparaison par le test de  $\chi^2$

S (NS) : résultat Significatif (Non Significatif au risque 5%) comparé à l'ensemble des patientes

Ainsi, que ce soit du point de vue de la chronicité, comme de la sévérité actuelle des troubles mentaux, le viol au même titre que les psychoses est un facteur de risque.

#### **4. LES TROUBLES MENTAUX SECONDAIRES AUX TRAUMATISMES PSYCHIQUES**

Les résultats sont présentés dans le tableau 27.

Une régression logistique sur chacun des trois troubles mentaux : *PTSD*, *troubles dissociatifs* et *troubles somatoformes* avec dans le modèle : âge, viol et abus sexuel dans l'enfance a permis de déterminer les facteurs de risque. Le viol (OR=6.5, IC 95%=[1.7 - 25.1]) et l'abus sexuel dans l'enfance (OR=4.3, IC 95%=[1.3 - 14.8]) restent l'un et l'autre, après régression logistique, des facteurs de risque de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Concernant les troubles dissociatifs, seul le viol reste facteur de risque indépendant (OR=5.5, IC 95% = [1.6 - 19.0]). Pour les troubles somatoformes, seul le viol apparaît, après régression logistique, un facteur de risque indépendant (OR=4.2, IC 95% =[1.4 - 12.8]).

#### **5. LES TROUBLES AFFECTIFS ET COMPORTEMENTAUX DE TYPE LIMITE**

Pour évaluer le comportement de cette population clinique, nous avons considéré sept caractéristiques cliniques :

- (1) des sentiments récurrents d'abandon ;
- (2) une mauvaise estime de soi ;
- (3) un sentiment permanent de vide ;
- (4) un trouble de l'identité sexuelle ;
- (5) des épisodes d'hétéro-agressivité ;
- (6) des épisodes d'auto-agressivité ;
- (7) une impulsivité dans des comportements risqués.

L'échantillon dans son ensemble a une moyenne de 3.4 symptômes sur les sept que nous venons de mentionner. Les patientes qui souffrent d'au moins cinq des sept symptômes, représentent 63% du groupe de patientes violées contre 34% de l'ensemble de l'échantillon (S, p=0.003). Ce groupe de patientes avec au moins cinq symptômes sur les sept ressemble beaucoup aux groupes de sujets qui sont diagnostiqués comme personnalité limite. Les résultats sont détaillés dans le tableau 28.

On a effectué une régression logistique sur la variable *présenter au moins cinq symptômes de type limite sur les sept* avec dans le modèle : âge,

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**Tableau 27. - Les troubles mentaux secondaires aux traumatismes psychiques dans l'ensemble de l'échantillon de patientes psychiatriques et dans les sous-groupes de violées et d'abusées dans l'enfance ou l'adolescence.**

Troubles mentaux post-traumatiques <sup>a,b</sup>	Ensemble des patientes N=90	Abusées sexuellement dans l'enfance N=24	Violées N=19
PTSD	30%	67% S, p<0.000 01	74% S, p<0.000 01
Troubles dissociatifs	41%	67% S, p=0.013	68% S, p=0.006
Troubles somatoformes	42%	54% NS	68% S, p=0.009

<sup>a</sup> Sur la vie

<sup>b</sup> Comparaisons par le test de  $\chi^2$

S (NS) : résultat Significatif (Non Significatif au risque 5%) comparé à l'ensemble des patientes

**Tableau 28. - Les troubles affectifs et comportementaux de type limite dans l'ensemble de l'échantillon de patientes psychiatriques et dans les sous- groupes de violées et d'abusées dans l'enfance et l'adolescence.**

Les troubles de type limite <sup>a</sup>	Ensemble des patientes N=90	Abusées sexuellement dans l'enfance N=24	Violées N=19
Sentiments récurrents d'abandon	51%	63% NS	58% NS
Mauvaise estime de soi	46%	58% NS	68% S, p=0.024
Sentiment permanent de vide	69%	63% NS	68% NS
Trouble d'identité sexuelle	22%	46% S, p=0.001	37% NS
Hétéro-agressivité <sup>b</sup>	38%	54% NS	68% S, p=0.002
Auto-agressivité <sup>c</sup>	56%	58% NS	68% NS
Impulsivité dans des comportements risqués <sup>d</sup>	58%	83% S, p=0.003	79% S, p=0.035
dont fugue :	22%	38% S, p=0.036	47% S, p=0.003
Au moins 5 symptômes de cette dimension limite sur les 7	34%	50% NS	63% S, p=0.003

<sup>a</sup> Comparaisons par le test de  $\chi^2$

<sup>b</sup> Se battre, casser des objets

<sup>c</sup> Tentative de suicide, se couper ou se brûler

<sup>d</sup> Parmi : fugue, problèmes avec la justice, abus d'alcool, consommation de drogue, sexualité à risque ou trouble du comportement alimentaire  
S (NS) : résultat Significatif (Non Significatif au risque 5%) comparé à l'ensemble des patientes



viol et abus sexuel dans l'enfance. Seul le viol est alors désigné comme facteur de risque (OR=7.6, IC 95% = [2.0 - 28.9]).

## **6. LES CONDUITES ADDICTIVES**

La notion d'addiction étend la catégorie de toxicomanie à d'autres objets que l'alcool et la drogue, notamment à la nourriture (dans les troubles du comportement alimentaire) ou aux achats pathologiques, et même à ce que Fenichel (1945) a appelé "*addiction sans drogue*", comme chez les gens qui de manière répétitive font des tentatives de suicide ou se blessent. Le comportement addictif est un comportement répété, dans lequel prévaut la dépendance, soit à une situation soit à un objet qui est recherché et consommé avec avidité en dépit de l'utilisation risquée du corps (Pedinielli 1991). Les résultats sont présentés dans le tableau 29.

Une régression logistique portant sur la variable *avoir au moins une conduite addictive* a été effectuée avec dans le modèle : âge, viol et abus sexuel dans l'enfance. Elle montre que pour cette variable seul le viol reste facteur de risque indépendant (OR= 3.9, IC 95%=[1.1 - 13.6]), l'abus sexuel dans l'enfance perdant cette qualité. De plus une régression logistique effectuée sur cette variable *addiction* avec les variables : âge, viol et PTSD après un viol montre que c'est le PTSD après un viol qui est le facteur de risque indépendant (OR=5.9, IC 95% =[1.2 - 29.6]) et non le traumatisme du viol indépendamment du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). De fait, 86% des patientes affectées d'un PTSD après un viol présentent au moins une conduite addictive (contre 57% dans l'ensemble de l'échantillon,  $p=0.017$ ). Ces prévalences sont de 57% pour l'abus d'alcool, 57% pour la consommation de drogue, 64% pour les tentatives de suicide répétées et 43% pour les troubles du comportement alimentaire. C'est donc par l'intermédiaire de l'émergence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) que les événements stressants engendrent des conduites addictives, les populations touchées par ces événements sans développer de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) échappant à ce phénomène.

## **7. FACTEURS DE PREDICTION DE LA PERSISTANCE D'UN SYNDROME SECONDAIRE A UN STRESS TRAUMATIQUE (PTSD) APRES UN VIOL**

La liaison des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD) après un viol avec les troubles mentaux dissociatifs au sens de Pierre Janet, les troubles somatoformes, les troubles addictifs et le trouble de type limite sont présentés dans le tableau 30.

**Tableau 29. - Les conduites addictives dans l'ensemble de l'échantillon de patientes psychiatriques et dans les sous-groupes de violées et d'abusées dans l'enfance ou l'adolescence.**

Conduites addictives <sup>a,b</sup>	Ensemble des patientes N=90	Abusées sexuellement dans l'enfance N=24	Violées N=19
Abus d'alcool	32%	50% S, p=0.030	53% S, p=0.032
Consommation de drogue	28%	46% S, p=0.021	47% S, p=0.032
Tentatives de suicide répétées	32%	46% NS	58% S, p=0.007
Troubles du comportement alimentaire	19%	38% S, Fisher exact : p=0.013	37% S, Fisher exact : p=0.043
Au moins une des quatre conduites addictives	57%	75% S, p=0.034	79% S, p=0.027

<sup>a</sup> Sur la vie

<sup>b</sup> Comparaisons par le test de  $\chi^2$  (ou de Fisher exact si petits effectifs)

S (NS) : résultat Significatif (Non Significatif au risque 5%) comparé à l'ensemble des patientes

**Tableau 30. - Liaison des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD) succédant à un viol avec les troubles mentaux dissociatifs, somatoformes, addictifs et de type limite chez les patientes psychiatriques.**

Comorbidité <sup>a</sup> du PTSD <sup>b</sup>	Ensemble des patientes N=90	Patientes avec PTSD succédant à un viol N=14
Troubles dissociatifs	41%	79% S, p=0.002
Troubles somatoformes	42%	79% S, p=0.003
Conduites addictives <sup>c</sup>	57%	86% S, p=0.022
Trouble de type limite <sup>d</sup>	34%	64% S, Fisher exact : p=0.015

<sup>a</sup> Sur la vie

<sup>b</sup> Comparaisons par le test de  $\chi^2$  (ou de Fisher exact si petits effectifs)

<sup>c</sup> Au moins une conduite addictive

<sup>d</sup> Au moins cinq symptômes de type limite sur les sept

S (NS) : résultat Significatif (Non Significatif au risque 5%) comparé à l'ensemble des patientes

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

On recherche les troubles mentaux liés à la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) après un viol. Pour ce faire, on a fait une régression logistique sur la variable *PTSD après un viol* avec dans le modèle : les troubles dissociatifs, les troubles somatoformes, les conduites addictives et le trouble de type limite. Les quatre troubles mentaux restent des facteurs de risque après régression logistique, avec :

pour les troubles dissociatifs : OR=37.5, IC 95% = [2.3 - 613.],  
pour les conduites addictives : OR=23.4, IC 95% = [1.2 - 458.],  
pour le trouble de type limite : OR=18.9, IC 95% = [1.9 - 188.],  
et pour les troubles somatoformes : OR=12.6, IC 95% = [1.7 - 96.2].

### 8. DISCUSSION

La prévalence des agressions sexuelles dans cet échantillon de patientes psychiatriques hospitalisées est élevée mais plutôt moins que dans des études américaines comparables (Bryer et al. 1987). Lorsque cette étude a été présentée à Philadelphie (Darves-Bornoz et al. 1994<sub>b</sub>), nous avons même eu l'occasion de parler avec une collègue américaine qui présentait une étude très voisine dans ses méthodes et qui trouvait des résultats similaires (Zlotnick et al. 1994). Son étude avait été réalisée dans un hôpital du Bronx, quartier de New York dont la réputation n'égale pas celle de la douceur tourangelle. Cela relativise l'idée couramment répandue selon laquelle les violences seraient bien moins fréquentes dans notre pays qu'aux Etats-Unis d'Amérique. La prévalence de la présente étude est très proche de celle que nous avons trouvée précédemment dans l'enquête sur les femmes schizophrènes et bipolaires. Cette étude réplique donc cette première enquête sur les psychotiques et la valide ainsi a posteriori. Elle étend aussi ces résultats à l'ensemble des patientes psychiatriques. Toutes les patientes psychiatriques sont donc des sujets à risque pour les agressions sexuelles et celles-ci conduisent fréquemment à des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD).

La psychopathologie générale de l'échantillon a été évaluée sur la chronicité des troubles et sur la sévérité des symptômes au moment de l'entretien. Nous n'avons pas été surpris de constater après régression logistique que les troubles de type psychotique sont des facteurs de risque pour la chronicité et la sévérité des troubles, mais nous avons pu mettre en évidence qu'avoir été victime de viol est aussi facteur de risque pour la chronicité et la sévérité des troubles mentaux associés. On avait déjà montré dans la première étude sur les femmes schizophrènes et bipolaires après régression logistique que la chronicité était associée au viol. Cette deuxième étude réplique ainsi ce résultat et le valide. La chronicité et la sévérité des troubles mentaux des patientes victimes de viol sont donc dus au traumatisme du viol et non à leur

maladie mentale préexistante qui n'apparaît pas comme un facteur prédisposant aux troubles post-traumatiques.

Il est confirmé que si l'abus sexuel dans l'enfance - contact corporel abusif - est souvent un événement traumatique, le viol l'est plus encore. Nous observons donc que les troubles mentaux que nous avons repérés au chapitre IV comme spécifiques des syndromes traumatiques du viol et fortement liés à lui, sont retrouvés tels dans cet échantillon de patientes psychiatriques tout-venant. En effet, le groupe de patientes qui ont vécu un viol, présente une plus grande psychopathologie spécifiquement post-traumatique que le groupe de celles qui n'ont pas vécu de viol. En particulier le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), les troubles dissociatifs et les troubles somatoformes sont très liés au viol. Cela met en valeur l'unité du champ traumatisme-dissociation-somatisation qui a été traditionnellement attribué à la névrose hystérique. Le groupe de patientes avec cinq symptômes de type limite est très lié à l'existence d'un antécédent de viol. Il ressemble beaucoup aux descriptions des personnalités limites mais également à ce que certains auteurs spécialistes du traumatisme (Herman 1992<sub>b</sub>) proposaient récemment d'appeler DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified). Nous voulons dire que ce groupe ressemble bien en définitive à ce que Judith Herman décrit simplement et de manière condensée comme un "*PTSD plus*". Les états de type limite, au même titre que les états de type hystérique que nous avons observés, apparaissent comme le pôle extrême d'une dimension post-traumatique transnosographique c'est-à-dire applicable à tous les patients psychiatriques quel que soit leur diagnostic principal.

Nous avons recherché des facteurs cliniques de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) après un viol dans cette population de patientes psychiatriques. En effet, nous avons trouvé dans l'enquête prospective des sujets violés de Tours que le Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique et le Syndrome Traumatique de type Limite apparus précocement après le viol étaient des facteurs de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) douze mois après le viol. Nous retrouvons dans cette étude de patientes psychiatriques, après régression logistique, que les troubles dissociatifs, les troubles somatoformes et les troubles de type limite sont des facteurs de prédiction de la persistance d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique. De plus, nous trouvons que les conduites addictives sont, elles aussi, des facteurs de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD).

Les cliniciens ont souvent noté l'abus de toxiques chez les victimes de traumatisme (Cottler et al. 1992). Par ailleurs, l'abus de toxique est fréquemment observé dans la comorbidité des patients psychiatriques (Ades 1989). Notre présente étude montre qu'il y a un lien entre ces deux observations. Les conduites addictives (alcool, drogue, tentatives de suicide

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

répétitives, troubles du comportement alimentaire) sont très liées à l'antécédent de viol dans la présente étude. C'est un fait que nous avons déjà noté dans la première étude sur les femmes schizo-phrènes. Le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) complique souvent des troubles mentaux préexistants. Puisque le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) se trouve lié aux tendances addictives dans leur ensemble et à chaque forme d'addiction, l'étude renforce la pertinence du concept d'addiction et suggère que le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) pourrait être un facteur prédisposant aux conduites addictives parmi l'ensemble des facteurs conduisant aux addictions. Ce dernier fait n'était pas aussi net dans la cohorte de Tours mais cette enquête prospective s'arrêtait à un an, et on peut penser que les comportements addictifs continuent à apparaître plus tard, alors que le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) continue à produire ses effets délétères.

### 9. CONCLUSIONS

Quatre-vingt-dix femmes hospitalisées dans le service universitaire de psychiatrie de Tours ont eu un entretien fondé sur un ensemble d'instruments cliniques structurés. Le diagnostic qui a conduit à l'hospitalisation concernait des affections graves de type psychotique dans 40% des cas (troubles mentaux schizo-phréniques, schizo-phréniformes, schizo-affectifs, schizoïdes, paranoïaques ainsi que des troubles psychotiques brefs et des troubles bipolaires), des personnalités limites ou narcissiques pour 11%, et d'autres troubles mentaux pour 49% .

Les résultats indiquent que les patientes psychiatriques dans leur ensemble ont été exposés très souvent dans leur vie à des traumatismes psychiques et notamment aux abus sexuels dans l'enfance ou l'adolescence (27%) et au viol (21%). Il en a résulté chez 30% des patientes à un moment ou à un autre de leur vie des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD). Ce diagnostic était encore présent au moment de l'enquête chez 11% des patientes.

L'étude montre qu'à côté d'autres facteurs comme la présence d'un trouble de type psychotique, le viol est un facteur de risque pour la chronicité et la sévérité des troubles mentaux observés. Les troubles post-traumatiques comme le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), les troubles dissociatifs et les troubles somatoformes sont confirmés dans cette étude comme très liés à l'existence d'un antécédent de viol. Le comportement addictif qu'on peut observer dans l'abus d'alcool, la consommation de drogue, les tentatives de suicide répétées et les troubles du comportement alimentaire, se révèle fortement associé au groupe des patientes violées.

Les résultats suggèrent qu'il y a des traits affectifs et comportementaux communs trouvés chez les victimes de traumatismes en dehors des troubles post-traumatiques proprement dits, et ce, quel que soit leur diagnostic principal. La spécificité des victimes notamment celles qui ont vécu des traumatismes sexuels, est de cumuler ces traits (abandonnisme, mauvaise estime de soi, sentiment permanent de vide, trouble d'identité sexuelle, agressivité et auto-agressivité, impulsivité dans des comportements risqués). L'étude confirme que les patientes qu'on qualifie de personnalité limite ont été pour la plupart victimes de traumatismes (souvent répétés) et qu'à ce titre elles pourraient aussi bien être nommées personnalités post-traumatiques. Les états de type limite, au même titre que les états de type hystérique que nous avons observés, apparaissent comme le pôle extrême d'une dimension trans-nosographique c'est-à-dire applicable à toutes les catégories de patients psychiatriques, une dimension secondaire à un stress traumatique. Finalement, les troubles dissociatifs, les troubles somatoformes, le syndrome de type limite mais aussi les comportements addictifs sont confirmés dans cette étude comme des facteurs cliniques de prédiction des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD) qui persistent après un viol.

Cette étude clinique invite à examiner plus profondément la façon dont le champ psychopathologique du traumatisme, et notamment du viol, joue un rôle dans de nombreuses catégories nosologiques qui ne sont pas directement liées aux traumatismes.

#### **D - LA SPIRALE DE LA CHRONICITE PSYCHIATRIQUE DANS LE CHAMP TRAUMATIQUE DU VIOL**

Nous avons montré sur la cohorte de Tours que les victimes de viol développent des troubles psychiatriques sévères mais aussi une altération de leur identité. Dans les deux enquêtes sur les populations psychiatriques, nous avons vu que les patientes psychiatriques dans leur ensemble sont souvent victimes d'agressions sexuelles et de viol, et dès lors souffrent d'une psychopathologie accrue. Comment relier ces deux observations ? Comment expliquer que nos services de psychiatrie débordent de victimes de viol qui, en outre, compliquent leurs difficultés d'une chronicité croissante ? Quel est le modèle, en définitive, qui permet de rendre compte de l'ensemble des phénomènes observés ? Est-ce le viol qui transforme les victimes en des patients psychiatriques, ou est-ce le trouble mental qui rend vulnérable

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

socialement et provoque l'exposition à des traumatismes de tous types, et notamment au viol ?

La réponse ne peut être univoque. Probablement les deux réponses sont-elles exactes. Comme on l'a vu avec les femmes atteintes de schizophrénie, trouble qui est largement considéré comme d'origine organique, le trouble mental induit des situations à risque pour de nombreux types de traumatismes dont le viol. Cependant, une fois le viol survenu, des troubles mentaux nouveaux et une altération de l'identité se mettent en place qui engendrent une spirale de chronicité psychiatrique. En effet, l'aggravation des troubles mentaux et des troubles de l'identité va elle-même produire de nouvelles raisons pour un surcroît de chronicité psychiatrique et pour l'exposition à de nouveaux traumatismes psychiques. Pour les sujets qui n'étaient pas des patients psychiatriques avant le viol, il faut affirmer nettement avec tous les spécialistes du traumatisme psychique que leurs troubles mentaux post-traumatiques se sont développés de novo sans qu'il soit besoin de supposer chez eux un état psychiatrique antérieur prédisposant. Cependant, il arrive fréquemment que certaines victimes aient, avant le viol, des difficultés psychologiques discrètes, primaires ou secondaires à un environnement difficile, qui ont prédisposé non pas aux troubles post-traumatiques mais à l'exposition aux traumatismes. C'est le cas par exemple quand préexiste une phobie sociale donc une difficulté à faire face à des situations sociales difficiles. La survenue de troubles mentaux et d'une altération de l'identité post-traumatiques peut alors précipiter le sujet dans une "psychiatisation", puis accroître encore son exposition à des traumatismes ultérieurs. Cette situation qui n'est pas cependant l'éventualité la plus fréquente, ramène au cas précédent de la spirale de chronicité des patients psychiatriques dans le champ traumatique du viol.

La représentation qui vient d'être esquissée, permet selon nous de produire un modèle de l'histoire naturelle de nombreux troubles mentaux eu égard aux traumatismes sexuels. Elle semble articuler de manière valide, les deux enquêtes sur les patientes psychiatriques et les deux autres enquêtes que nous avons présentées dans ce document et dont les populations d'étude étaient issues de la population générale.



CONGRES DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE - TOULON 1996

## **CHAPITRE IX**

### **MODELES ETIOLOGIQUES DES TROUBLES MENTAUX SECONDAIRES AU TRAUMATISME DU VIOL**

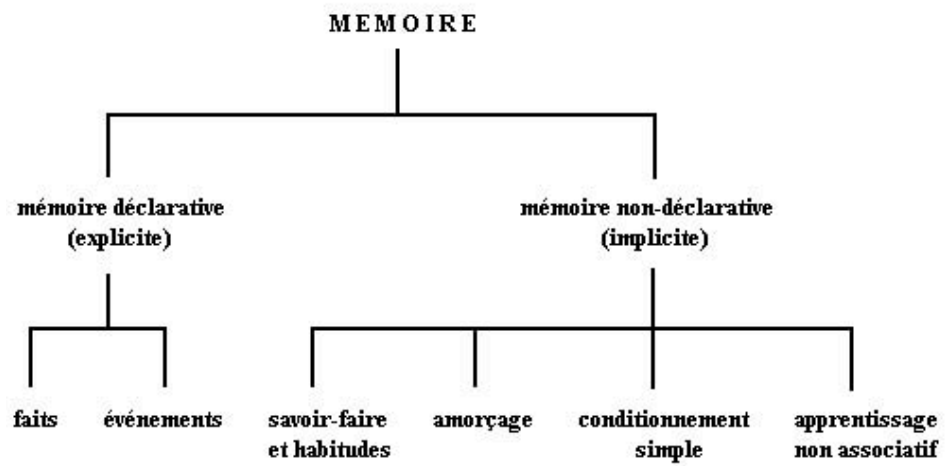
#### **A - NEUROPSYCHOLOGIE DE LA MEMOIRE DANS L'EXPERIENCE TRAUMATIQUE**

##### **1. ENCODAGE ET RECOUVREMENT DES SOUVENIRS D'EXPERIENCES TRAUMATIQUES**

Les souvenirs traumatiques ne sont pas des souvenirs comme les autres. Le traumatisme modifie les mécanismes normaux d'encodage et de recouvrement des souvenirs de l'expérience traumatique. Comme le notait Pierre Janet pour le cas Irène, coexistent chez le sujet traumatisé des phénomènes hypermnésiques et des phénomènes amnésiques (cf. chapitre I).

Cette question a une importance pratique car la controverse sur les vrais et faux souvenirs de violences sexuelles bat son plein. La question est passablement compliquée car lorsque les hommes essaient de se souvenir des événements passés, seuls les souvenirs qui ont été encodés sous une forme langagière (mémoire explicite) sont susceptibles d'être recouverts. La mémoire non langagière (implicite) qui opère de son côté, n'est pas susceptible d'être rappelée à la conscience. Elle peut cependant être mise en évidence expérimentalement après une stimulation subliminale, par un "amorçage" d'associations de mots (Shacter 1994), dans le recouvrement de connaissances

Figure 1. - Classification de la mémoire d'après Squire (1994)



## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

pendant une anesthésie chirurgicale (Gopnik 1993), ou encore en testant la préférence des nouveau-nés pour des comptines (DeCaster et Spence 1986).

L'encodage non-verbal des souvenirs est une fonction qui existe dès la naissance. Il repose sur des images. Il n'est pas affecté par l'altération de la conscience (par anesthésie par exemple). En particulier, pendant un traumatisme, l'état de conscience est altéré à des degrés divers mais l'encodage des expériences vécues sur un mode non-verbal continue à fonctionner pendant la période de perturbation de la conscience. Cela explique aussi que des souvenirs d'expériences traumatiques survenues avant l'âge de deux ou trois ans puissent être présents à la mémoire, même s'ils sont plus flous, fondés sur une imagerie et non sur un récit.

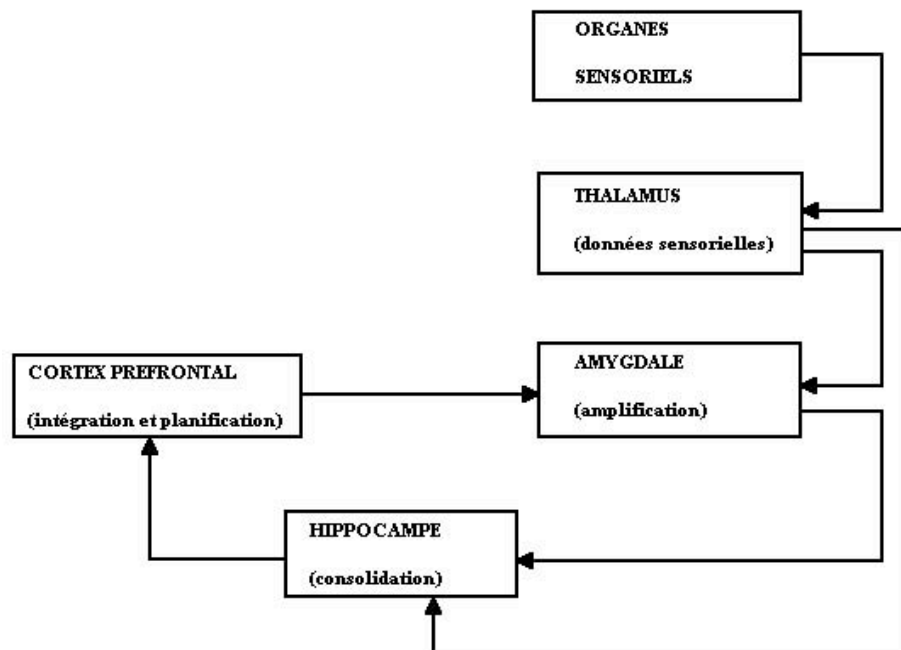
La mémoire déclarative (ou explicite) se réfère à des souvenirs conscients de faits et d'événements. La mémoire autobiographique (Rubin 1986) relève de cette mémoire déclarative. La mémoire non-déclarative (ou implicite) se réfère à un groupe hétérogène de capacités dans lesquelles l'expérience modifie le comportement inconsciemment sans qu'elle donne accès à un quelconque contenu de mémoire (Squire 1994). Ces capacités sont des savoir-faire moteurs, perceptifs ou cognitifs, des habitudes, des amorçages permettant une facilité accrue pour détecter ou traiter un objet perçu sur la base de l'expérience récente, des conditionnements classiques simples (y compris certaines sortes d'apprentissage émotionnel), et des connaissances qui se réfèrent plus à la performance qu'à la mémoire.

Sur le plan anatomique, le rôle de l'hippocampe dans les processus de mémorisation avait été mis en valeur par Delay et Brion (Delay et Brion 1969). On considère actuellement que l'hippocampe fonctionne comme un module de la mémoire dont la fonction est impliquée dans la formation de représentations pour le long terme à partir d'expériences nouvelles et dans la consolidation des souvenirs (Moscovitch et Ulmita 1990). Le cortex pré-frontal joue le rôle de mémoire de travail en utilisant les souvenirs déjà engrammés, et en les intégrant à un contexte afin de planifier de nouvelles activités (Winocur 1992). L'amygdale, en appréciant l'importance des signaux transmis, est impliquée dans la régulation de l'encodage des souvenirs, les stimulations stressantes entraînant la libération de Noradrénaline dans l'amygdale et renforçant de ce fait la rétention du souvenir (McGaugh 1992). Un relais situé sur le thalamus permet de transformer les signaux des organes sensoriels en données sensorielles utilisables par le cortex sensoriel d'un part et l'amygdale d'autre part (LeDoux 1992).

Lors d'un événement traumatique, la conscience est altérée, il s'ensuit que les relations hippocampe-cortex préfrontal et cortex préfrontal-amygdale sont perturbées voire interrompues. Dans le même temps les organes sensoriels fournissent des signaux très importants au thalamus et par suite à l'amygdale. Par conséquent, l'amygdale transmet à l'hippocampe un signal accru pour favoriser la rétention du souvenir de l'événement et ce, sans qu'il y ait de

rétroaction du cortex préfrontal sur l'amygdale. De plus, l'événement est mémorisé sans que l'événement soit replacé dans un contexte, dans une biographie. Le souvenir reste donc puissant mais isolé. Il est de surcroît très sensoriel. Ce n'est qu'avec le temps qu'une mémoire autobiographique de l'événement traumatique peut se construire à l'aide des fragments de mémorisation sensori-motrice. Cet ensemble de concepts permet de comprendre ce qui est à l'oeuvre dans la mémorisation puis dans les souvenirs de sujets atteints d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD).

**Figure 2. - Régulation de la mémorisation**  
(d'après Squire & Zola-Morgan (1991) ; van der Kolk (1994))



## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### **2. LA QUESTION DES ALLEGATIONS INFONDEES DE SOUVENIRS D'ABUS SEXUELS ANCIENS**

Il faut évoquer le débat sur les faux souvenirs qui se focalise sur des personnes qui ne se souvenaient pas d'avoir été victimes d'abus sexuels et qui plus tard retrouvent ces souvenirs, souvent alors qu'elles sont en thérapie. Ce débat est, actuellement, très virulent et chargé d'émotion aux Etats-Unis (Loftus 1993), et les allégations d'abus sexuels dans l'enfance ont été comparées aux procès des sorcières de Salem (Gardner 1991). Il faut avoir à l'esprit d'abord que les victimes d'abus sexuel sont nombreuses et que leur détresse psychologique est grande. Il ne fait pas de doute que les abus sexuels restent dans notre pays, un phénomène minimisé et non amplifié, comme l'attestent par exemple les statistiques de la justice. On ne voit pas bien quel avantage les victimes retireraient de fausses allégations, étant donné la stigmatisation dont elles sont encore l'objet. C'est pourquoi il est regrettable que ce vieux débat conduise certains, y compris parmi les psychiatres, à mettre en doute systématiquement la véracité des plaintes des victimes. Mais dans le même temps, il faut admettre que certaines personnes qui n'avaient pas été victimes d'abus sexuel dans l'enfance, ont été amenées à croire qu'elles l'avaient été. Il en a résulté sans aucun doute détresse et souffrance chez les personnes injustement accusées.

La première question, à ce point de l'exposé, est : les souvenirs refoulés d'abus sexuel existent-ils ? C'est un fait clinique incontestable et nous avons personnellement été amenés à traiter, par exemple, des étudiantes en psychologie qui lors de cours dans leur université se sont rappelées, avec un développement de symptômes de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), un viol oublié, survenu une quinzaine d'années auparavant. De façon plus systématique, l'étude de Williams (1992) réfute l'idée que la plupart des souvenirs refoulés sont inexacts. Elle a interrogé des femmes adultes qui avaient été victimes d'abus sexuels dans leur enfance et qui pour cette raison avaient été hospitalisées à cette époque pour constatations médico-légales et traitement. L'ensemble des détails de l'abus sexuel était répertorié dans une étude du NIMH américain. Lors de l'enquête de Williams, dix-sept ans plus tard, 38% ne se souvenaient pas de l'abus sexuel. En d'autres termes, cette étude montre que dans des cas d'abus sexuels suffisamment graves pour qu'ils aient été hospitalisés, plus d'une femme sur trois en avait refoulé le souvenir. De manière analogue, Briere et Conte (1993) ont trouvé que 59% de sujets en traitement pour un abus sexuel avaient connu des périodes de leur vie pendant lesquelles ils ne se souvenaient pas de l'abus sexuel.

Il doit être clair que ce débat sur les faux souvenirs porte sur des souvenirs différés de plusieurs années voire de plusieurs dizaines d'années, et non sur des faits qui viennent de survenir. En effet, pour les viols récents, les mensonges purs et simples de présumées victimes sont des raretés. Cela s'est

produit une fois sur plus de cent cas dans l'enquête de Tours et il serait dommage qu'à cause d'un cas manifestement empreint de perversité, l'incrédulité soit la réponse opposée aux quatre-vingt-dix-neuf autres victimes comme cela a été le cas pendant des dizaines d'années. Cependant, il n'est pas rare chez les enfants, que l'entourage, notamment dans les affaires de divorce, affirme des faits inexacts, mais ce n'est pas la parole de l'enfant potentiellement victime qui est en cause dans ces cas-là.

Ces éléments ayant été posés, nous allons essayer de comprendre à l'aide de travaux récents (Lindsay et Read 1994, 1995), comment de faux souvenirs peuvent avoir été créés de toutes pièces. Jusqu'à une date récente, la mémoire autobiographique était conçue comme un immense classeur dans lequel chaque enregistrement contenait la représentation d'une expérience passée. Cette conception s'alliait mal avec le fait, par exemple, que des gens peuvent utiliser des souvenirs du passé sans se rendre compte que ce sont des souvenirs, ou, au contraire, d'avoir l'impression de se souvenir de faits passés alors qu'ils ne les ont jamais vécus, comme dans l'impression de *déjà vu*, *déjà vécu* (Roediger et McDermott 1993). C'est pourquoi, des modèles connexionnistes de type "réseaux neuronaux" s'imposent aujourd'hui. Dans les modèles connexionnistes, le souvenir n'est pas stocké dans un lieu précis mais réparti dans un réseau neuronal qu'on peut se représenter comme une sorte de toile d'araignée et qui contient des récepteurs sensoriels aussi bien que des effecteurs destinés à contrôler la motricité. Dans ce modèle, le réseau de neurones sert aussi bien au "souvenir" qu'à la "pensée". La différence entre les deux activités tient aux stimuli différents qui l'activent, ces stimuli entraînant des types particuliers de vibrations du réseau pour chaque stimulus. Dans le cadre de la mémoire, si une donnée concernant certains aspects d'un stimulus passé est présenté, de tels réseaux neuronaux vont retrouver de manière approchée ce qu'avait été la réponse passée à ce stimulus. Dans ces modèles connexionnistes la mémoire n'est pas nettement séparée de la pensée, de la perception, de l'imagination, ni de tous les autres actes mentaux. Il n'est pas rare qu'un sujet se demande s'il a dit quelque chose, s'il a pensé qu'il devait le dire, ou si maintenant il désirerait l'avoir dit. Cette confusion est une confusion sur l'origine de l'activité psychique : "Suis-je en train de me souvenir, de penser ou de désirer ?" Cette question de la confusion sur l'origine des souvenirs (Johnson et al. 1993) rejoint la question fondamentale de la suggestibilité dans des manoeuvres de laboratoire (Loftus et al. 1978) ou dans l'insistance d'une minorité de psychothérapeutes à démontrer à toute force une hypothèse d'abus sexuel chez un patient (cf. Poole et al. 1995). Des recherches sociologiques sur des gens innocents qui s'accusent faussement de crimes (Gudjonsson 1992), montrent que les éléments qui accroissent la suggestibilité pour des événements bénins dans des études expérimentales (comme : être autoritaire, digne de confiance, répétitif ou plausible) sont les ingrédients qui permettent aussi de créer des faux souvenirs pour des événements graves. Cependant, il est

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

beaucoup plus difficile de créer des faux souvenirs pour des événements graves, "mémorables", que pour des événements banals. Les critiques des psychothérapeutes qui prônent un travail de remémoration s'appuient sur de tels résultats, mais il faut cependant distinguer la question unique qui déclenche un souvenir, de la "traque" effrénée du souvenir d'abus sexuel que pratiquent certains "psychothérapeutes" aux Etats-Unis. C'est dire qu'au bout du compte, la recherche actuelle semble indiquer qu'il est peu vraisemblable que quelques questions dans un entretien puissent créer de faux souvenirs d'abus sexuel mais que par contre, on peut craindre fortement que des interventions prolongées et suggestives puissent générer des faux souvenirs chez certaines personnes.

### **B - PSYCHODYNAMIQUE DE LA REPONSE AU TRAUMATISME DU VIOL**

Freud en traitant des troubles mentaux des anciens combattants de la première guerre mondiale avait discerné les deux versants de la psychopathologie du traumatisme, la répétition et le déni (Freud 1939), qu'on retrouve maintenant dans la description du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). L'approche la plus récente des modèles psychodynamiques de la réponse au traumatisme du viol est contenue dans les théories du traitement de l'information. Horowitz (1986) s'est placé dans la continuité de Freud quand il a formulé, pour la réponse au traumatisme, son modèle de la perlaboration ou en d'autres termes, du traitement de l'information concernant le traumatisme. Ce modèle est celui qui a le plus d'influence sur les spécialistes. Pour Horowitz, une phase de perlaboration est caractérisée par un progrès dans la pensée et dans l'affect, dans la communication et la relation avec les autres sur ce qui s'est produit pendant le traumatisme, ou pendant une phase intrusive de répétition du traumatisme en pensée. L'activité de perlaboration suppose de former de nouveaux schèmes ou de mettre en question ses schèmes antérieurs. Il s'agit, en effet, de rendre compatibles les structures internes de réception de l'information, c'est-à-dire sa conception de soi et du monde, avec les données réelles engrammées par le soi, non seulement au moment de l'événement traumatique, mais lors de tous les événements qui ont suivi et qui ont été affectés par le traumatisme. On peut dire que le hiatus entre les informations réelles apportées par l'événement traumatique et la conception du soi antérieure au traumatisme est ce qui produit le stress traumatique. Autrement dit le viol est traumatique parce qu'il contredit les conceptions, parfois naïves et sûres d'elles-mêmes, sur le soi et le monde qui assuraient un équilibre serein de la personne.



C'est une blessure narcissique qui ne peut cicatriser que dans un processus de transformation du soi, comme dans un autre domaine une perte ne peut cesser de provoquer de la souffrance qu'avec une réorganisation du soi. Pour faire image, et bien que le deuil ne puisse être considéré, en général et à proprement parler, comme un traumatisme, le traitement de l'information dans un traumatisme mobilise autant d'énergie pour transformer le soi que ce qu'on appelle un "travail de deuil". Les façons de considérer le traumatisme, le monde dans son ensemble et les relations avec autrui dans ce monde sont passées au crible de la critique dans ce travail de traitement de l'information ou perlaboration. Tant que ce travail est incomplet, le souvenir reste actif dans le psychisme. Il reste actif, mais la représentation utile du traumatisme reste inaccessible à la conscience. L'évitement et l'engourdissement affectif sont des mécanismes qui permettent de ne pas être submergé par la charge affective attachée au souvenir, mais ce mécanisme peut aller à l'encontre de la nécessaire perlaboration. De son côté, la répétition du traumatisme en pensée est une tentative pour traiter et intégrer les informations contenues dans ce souvenir. Les souvenirs et les cauchemars tentent de traiter l'information, de perlaborer le traumatisme. Cependant, le procédé dépasse souvent son but et peut conduire à des épisodes de passages à l'acte ou de souffrance émotionnelle incontrôlables. Au cours d'une phase de perlaboration il y a des moments où les répétitions intrusives reviennent massivement et des moments où le déni fait retour avec force dans des évitements. Ce ne sont pas des bonnes périodes pour la perlaboration. La perlaboration utilise les phases d'accalmie symptomatique pour modifier les schèmes et les idées reçus. A la fin du processus, la perlaboration s'oriente vers une réflexion sur le sens de l'expérience traumatique pour le soi.

Mais donnons un exemple de ce qu'est cette perlaboration post-traumatique. Dans un premier temps on verra souvent que la victime de viol s'identifie à l'agresseur dans l'auto-accusation de ne pas s'être assez défendue, dans le sentiment de culpabilité, dans la honte ou dans le sentiment d'être sale. Ce peut être un mécanisme pour préserver la tendresse pour les êtres humains de sexe opposé. Ainsi, la victime pourra se dire plus ou moins explicitement : *"Si je ne me suis pas assez défendue, l'homme n'est pas coupable, je peux l'aimer. S'il a trahi ma naïveté et si je ne suis pas coupable, je dois le haïr, mais, alors, je le perds en même temps que je détruis ce pour quoi je croyais être faite"*. Les certitudes s'évaporent. L'identité, notamment sexuelle, est remise en cause. Dans cette transaction, commencent à pointer des possibilités de perlaboration. L'idée préexistante qu'un viol se produit *"avec un inconnu, par surprise, la nuit, dans un endroit désert, avec une victime qui se défend"* pourra être battue en brèche. Cette vision apparaîtra peut-être comme un schéma largement répandu dans la société, ce qui explique que la victime se sente coupable, mais aussi comme un schéma faux. Peut se faire jour, alors,

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

l'idée que cet homme, cet agresseur n'est pas l'Homme avec un grand H, et que la haine pour lui ne remettra pas en cause la propre identité de la victime.

### **C - MODELE COMPORTEMENTAL DES TRAUMATISMES SEXUELS**

Les théoriciens du comportementalisme ont conceptualisé le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) comme une peur conditionnée à un stressor (Kolb 1984<sub>a</sub>) qui se généralise par la suite à une multitude de stressors. C'est la théorie de la généralisation des stressors (Keane et al. 1985 ; Kilpatrick et al. 1979). Selon cette théorie, tout stimulus associé au traumatisme peut devenir lui-même un stimulus stressant susceptible de déclencher une détresse comparable à celle qu'avait produit le traumatisme initial. Selon cette théorie, les évitements peuvent se propager de proche en proche à d'autres stimuli dans des conditionnements d'ordre supérieur pour se généraliser à l'ensemble de l'environnement. Cette théorie explique bien les comportements d'évitement des victimes de traumatisme psychique qui préviennent ainsi la répétition de la détresse associée au traumatisme. Ces comportements phobiques deviennent très difficiles à faire disparaître car ils sont sans cesse renforcés par l'absence de la détresse inoubliable du traumatisme lors du comportement d'évitement. Selon les comportementalistes, de l'anxiété subsiste parce que de nouveaux stimuli conditionnels d'ordre supérieur sont recrutés sans cesse et provoquent des souvenirs pénibles et un état de qui-vive. Keane et ses collègues (1985) ont même tenté d'expliquer par la généralisation des stressors le fait que les symptômes, parfois, empirent avec le temps et que des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD) se déclenchent de manière différée après un intervalle libre. Ainsi les comportementalistes décrivent le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) comme la forme extrême d'une phobie traumatique (Marks 1987). De plus, Barlow (1988) remarque aussi que dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), l'expérience de l'affect lui-même est évitée dans le comportement de constriction de l'affect ("numbing") et que cela le rend proche en cela du trouble panique. En effet, dans le trouble panique, il note que les patients évitent aussi des sentiments aussi variés que l'effroi, la tristesse ou l'excitation y compris ceux suscités, par exemple, par des films. En définitive, la théorie de la généralisation des stressors explique bien les évitements présents dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique

(PTSD), mais elle explique moins bien les phases de répétition. En effet, l'évitement est associé aux peurs conditionnées, c'est-à-dire, en fin de compte, à un phénomène de renforcement à long terme de la réaction à un stimulus aversif. Cependant le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), pour expliquer sa clinique, doit faire appel à d'autres notions comme celle "d'échec des processus d'extinction" à cause des souvenirs "hyper-consolidés" du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) et comme celle de "sensibilisation comportementale" c'est-à-dire une augmentation de la réponse de stress à toutes sortes de stimuli menaçants ou non-menaçants.

## **D - IMPACT PSYCHOBIOLOGIQUE DU TRAUMATISME**

Les connaissances en ce domaine sont encore trop fragmentaires pour pouvoir aller au-delà de la psychobiologie du Stress Traumatique et du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) considérés dans leur généralité. On peut cependant déjà noter des études spécifiques des traumatismes psychiques d'origine sexuelle qui trouvent des particularités dans le fonctionnement neuroendocrinien, endorphinique et catécholaminergique de victimes d'abus sexuels et d'inceste dans l'enfance. L'actualité des découvertes psychobiologiques est souvent rapide et parfois marquée par des controverses. Nous en exposerons les éléments les plus marquants comme ceux que rapportent des publications récentes (van der Kolk 1993<sub>a</sub> ; Bremner et al. 1993 ; Krystal et al. 1993 ; Charney et al. 1994 ; Davidson 1994 ; Leckman 1994 ; Perry 1994 ; Yehuda et al. 1994 ; Southwick et al. 1995).

L'hypothèse que la clinique observée après des traumatismes psychiques, trouve son origine dans des structures nerveuses de l'encéphale, est un des fondements de l'oeuvre de Charcot. Ses continuateurs, à commencer par Janet et Freud, ont tenté de préciser la psychogenèse de cette inscription organique des traumatismes psychiques. Freud avait même essayé avec son "*Esquisse pour une Psychologie Scientifique*" (1895) rapidement abandonnée, de donner une base neurophysiologique aux voies nerveuses en cause.

La conception biphasique des états post-traumatiques de Janet délimite les manifestations cliniques à élucider. Les recherches psychobiologiques ont donc tenté d'éclairer trois phénomènes cliniques principaux :

- le syndrome de répétition et l'hypervigilance ;
- la constriction des affects et le retrait émotionnel ;
- les troubles de la mémoire intervenant dans les deux types de symptômes qui viennent d'être mentionnés.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

D'autres recherches dont nous ne parlerons pas parce qu'elles sont très spécifiques, se sont focalisées sur l'articulation des traumatismes à des phénomènes psychosomatiques et immunologiques. En particulier, une diminution de la fonction immunologique a été rapportée aux niveaux élevés de cortisol dans le stress aigu (Leckman 1994).

### **1. PSYCHOBIOLOGIE DU SYNDROME DE REPETITION ET DE L'HYPERVIGILANCE**

Depuis l'introduction du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) dans les classifications américaines des troubles mentaux, des études ont entrepris de déterminer chez les malades présentant un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), le rôle des neuromédiateurs impliqués dans l'activation neurovégétative, et le rôle des structures neuro-anatomiques qui sont associées à ces neuromédiateurs. Les premières études ont repéré chez des malades présentant un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), des modifications de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et de l'électromyogramme en réponse à la présentation de stimuli rappelant le traumatisme. Puis d'autres études portant sur des sujets souffrant d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) ont induit le déclenchement de flashbacks et d'attaques de panique après administration de lactate (Rainey et al. 1987) ou de Yohimbine qui est un antagoniste  $\alpha$ -2-noradrénergique (Southwick et al. 1991). Ces études suggèrent l'implication du système noradrénergique dans le syndrome de répétition du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), et évoquent la possibilité d'un mécanisme psychobiologique commun au Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) et au Trouble Panique.

Sont concentrés dans le Locus Coeruleus, des neurones, des neuromédiateurs et des hormones qui interviennent dans la psychobiologie du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) : Cortisol Releasing Factor (CRF), endorphines et surtout Noradrénaline. Cela fait du Locus Coeruleus, la localisation principale de l'activation neurovégétative, c'est-à-dire de l'activation des systèmes de réponse aux situations d'urgence et de stress. Ces situations provoquent une libération accrue de Noradrénaline par le Locus Coeruleus et d'ACTH par l'hypophyse. Noradrénaline et Adrénaline stimulent la sécrétion de CRF hypothalamique. Le CRF augmente la production d'ACTH, de bêta-endorphines et d'AMP cyclique (avec une activité adénylate-cyclase augmentée). En périphérie, d'une part les surrénales sécrètent du cortisol sous l'action de l'ACTH, ce qui assurerait une fonction de protection de l'organisme, et d'autre part les innervations sympathiques produisent de la Noradrénaline, tandis que la médullo-surrénale relâche de l'Adrénaline, ce qui favorise l'hypervigilance et l'encodage des souvenirs liés à un stress aigu. Cette production

d'hormones est une réaction physiologique permettant au corps de faire face à la situation de stress. Cependant si elle se prolonge, il se produit une désensibilisation des récepteurs au CRF (phénomène de "down-regulation") entraînant une moindre stimulation de la sécrétion d'ACTH et d'AMP cyclique.

Des études portant sur des malades souffrant d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) ont déterminé des anomalies portant sur les hormones de l'axe CRF-Hypothalamo-Hypophysio-Surrénalien (CRF-HHS). Il a été montré une sécrétion accrue de Noradrénaline et d'Adrénaline chez des sujets souffrant d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) comparés à d'autres patients psychiatriques (Kosten et al. 1987). Il a été mis en évidence dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), une désensibilisation par "down-regulation" des récepteurs  $\alpha_2$ -adrénergiques des plaquettes (Perry et al. 1987) et des récepteurs adrénergiques des plaquettes associés à l'activité adénylate cyclase (Lerer et al. 1987<sub>a</sub>). Cette désensibilisation est due au niveau élevé de sécrétion de Noradrénaline.

**Tableau 31. - Altérations Hypothalamo-Hypophysio-Surréaliennes dans le PTSD et la dépression**

(d'après Yehuda et al. 1991<sub>c</sub> ; Davidson 1994)

	PTSD	Dépression
Excrétion urinaire de cortisol	♩	♩
Réponse du cortisol à la Dexaméthasone	♩	♩
Réponse de l'ACTH au CRF	♩	♩
Récepteurs aux glucocorticoïdes	♩	♩

Par ailleurs, dans une autre étude (Smith et al. 1989), la sensibilité à des perfusions de CRF chez des patients présentant un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), a montré une réponse en ACTH plus faible que dans un groupe contrôle ; de plus, le taux plasmatique de cortisol était positivement corrélé avec la sévérité des symptômes de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Ces résultats auraient pu s'expliquer par des niveaux élevés de cortisol plasmatique dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) et de fait, l'étude de Pitman et Orr (1990a) qui trouvait des taux élevés de cortisol urinaire, allait dans ce sens. Cependant des niveaux bas de cortisol chez des sujets atteints de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique ont été trouvés de manière répétée par d'autres équipes (Mason et al. 1986 ; Yehuda et al. 1990). A l'appui de ce point de vue d'un cortisol bas dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), Yehuda et ses collègues (1991<sub>a</sub>) ont montré que des sujets souffrant

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) ont un plus grand nombre de récepteurs aux glucocorticoïdes sur les lymphocytes. Il s'agirait dès lors d'une adaptation centrale au stress chronique avec des niveaux plasmatiques bas d'ACTH et de cortisol. C'est cette hypothèse que Smith et ses collègues (1989) avaient aussi retenue pour interpréter leur expérimentation rapportée plus haut. Pour eux, l'activité prolongée de l'axe CRF-HHS finirait par produire une réduction centrale d'activité au niveau hypophysaire. Ce point de vue peut être affiné quand on sait que certains sujets souffrant d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) ont une capacité de suppression du cortisol augmentée dans le test à la Dexaméthasone (Yehuda et al. 1991<sub>b</sub>). La suppression observée est le témoin d'une augmentation de réponse à la Dexaméthasone au niveau hypothalamique ou hypophysaire. Ce rétrocontrôle augmenté explique bien la réponse amoindrie de l'ACTH au CRF.

Les interprétations de ces résultats sont encore fragiles et de nouvelles études sur le stress aigu et chronique seront nécessaires pour les étayer et aller plus avant dans ce domaine de recherche qui vient juste d'être ouvert. En effet, malgré les précédentes découvertes, il y a aussi la possibilité d'observer des accroissements substantiels de cortisol chez des patients souffrant de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) en réponse à des agents pharmacologiques ou à des stimuli émotionnels intenses (Mason et al. 1990 ; Southwick et al. 1993).

Dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), d'un certain point de vue, il y a prolongation après l'événement traumatique initial de la réaction biologique au stress mais, d'un autre côté, le stress chronique entraîne ses propres manifestations biologiques. On a vu que cette psychobiologie dépend des hormones agissant sur l'axe Hypothalamo-Hypophysio-Surrénalien. Van der Kolk met en cause, en outre, l'activité de neuromodulation de la réaction au stress. L'information de la présence d'une situation d'urgence et de stress est amenée à toutes les parties du cerveau par les neurones noradrénergiques du Locus Coeruleus (LC). La présence de fibres noradrénergiques particulièrement notables relie le Locus Coeruleus au système septo-hippocampique qui est la partie du système limbique chargée d'évaluer les stimuli afférents. Différents agents peuvent réduire l'activité des neurones du Locus Coeruleus : les opiacés d'une part, la Clonidine et les bêta-bloquants - par un autre mécanisme - d'autre part, mais aussi tous les produits anxiolytiques par l'intermédiaire d'un accroissement de l'inhibition par le GABA des cellules du Locus Coeruleus. Le signal qu'une souffrance va se produire, entraîne deux actions opposées qui vont se contrebalancer pour moduler la réaction de stress. La première, conduite par les neurones noradrénergiques du Locus Coeruleus accroît la réaction au stress en activant notamment l'hypothalamus. La seconde réaction au stress, conduite par des neurones issus du système septo-hippocampique, est au départ, déclenchée par des voies sérotoninergiques afférentes, et vient inhiber les comportements de

réaction à la souffrance et au stress. Dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), une activité sérotoninergique abaissée pourrait conduire à une facilitation des signaux noradrénergiques du Locus Coeruleus émis en réponse à des stress mineurs alors même que la situation traumatique a cessé.

Les troubles du sommeil présents dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) pourraient eux aussi être rattachés à l'hyper-réactivité neurovégétative. En effet, Kramer et al. (1984) rapportent, par exemple, que des bruits non spécifiques déclenchent dans ce Syndrome, des cauchemars qui reproduisent l'expérience traumatique. Ces cauchemars sont accompagnés de signes d'activation du système nerveux autonome. Pour Kramer et ses collègues (1984) comme pour Kaminer et Lavie (1988), le sommeil se caractérise dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) par : une diminution du temps de sommeil total et de l'indice d'efficacité du sommeil, des réveils fréquents, un allongement des latences du sommeil et du sommeil paradoxal, et une diminution du sommeil paradoxal. Van der Kolk (1984) a montré que si des cauchemars peuvent se produire dans tous les stades du sommeil, ils se produisent cependant la plupart du temps en dehors du stade du sommeil paradoxal. Il rapporte aussi que les rêves survenus pendant le sommeil paradoxal sont plutôt des rêves d'angoisse que des cauchemars répétant le traumatisme.

## **2. PSYCHOBIOLOGIE DE LA CONSTRICTION DES AFFECTS ET DU RETRAIT EMOTIONNEL**

L'aspect "négatif" des symptômes post-traumatiques peut être interprété en termes psychobiologiques. En effet, on a pu retrouver chez des patients souffrant d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique et ancien, une analgésie induite par un stimulus évoquant le traumatisme initial. De plus cette analgésie était bien de type endorphinique puisqu'elle était réversible avec la Naloxone. Un relatif engourdissement des réactions émotionnelles était associé à cette analgésie qui pourrait ainsi être le témoin d'une "*analgésie généralisée*" comprenant une véritable "*anesthésie affective*" (Pitman et al. 1990<sub>b</sub>, 1990<sub>c</sub>). Ce phénomène fait écho au vécu de dépersonnalisation associé souvent aux traumatismes qui est un état dissociatif clairement analgésique, psychiquement protecteur vis-à-vis du traumatisme, immédiatement par retrait de la situation, et peut-être ultérieurement par non-mémorisation des événements.

## **3. PSYCHOBIOLOGIE DES TROUBLES DE LA MEMOIRE**

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Comme le remarque D. Widlöcher (1992), des recherches sont actuellement menées sur les troubles de mémoire - d'encodage ou de rappel - présents dans différents secteurs de la psychopathologie (dépression, hystérie, troubles dissociatifs).

Les expériences traumatiques extrêmes pourraient altérer des structures impliquées dans la mémoire, notamment l'hippocampe (Bremmer 1992<sub>a</sub>). Les niveaux élevés de cortisol au niveau de l'hippocampe à certains points de l'histoire naturelle des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD) pourraient jouer un rôle toxique sur l'hippocampe. Par cette voie, l'apprentissage et la mémorisation (en trop ou en trop peu) pourraient être altérés jusque et y compris dans la suppression complète de souvenirs. En effet, les mécanismes de la mémorisation sont liés aux réponses biologiques de stress. Le stress induit en particulier, des signaux noradrénergiques dont le point de départ est le Locus Coeruleus, et le point d'arrivée, le système limbique et en particulier l'hippocampe, localisation où une mémoire de consolidation est mise en oeuvre (Aston-Jones et Bloom 1981). Ce dernier mécanisme permettrait une ultime adaptation pour la préparation aux menaces auxquelles le sujet peut être confronté. Dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), la consolidation des souvenirs stressants dépasserait son but en produisant notamment des souvenirs répétitifs et envahissants qui persistent bien après que tout danger a disparu. Les processus de mémorisation incluent une possibilité de modulation de l'information présentée (Mc Gaugh 1989). On a vu qu'une libération intense de Noradrénaline par le Locus Coeruleus peut favoriser la mémoire d'encodage des expériences traumatiques. Le rôle de la Sérotonine dans cette neuro-modulation a été aussi appréhendé dans un paragraphe précédent.

L'ensemble des données psychobiologiques amassées en quelques années seulement sur les maladies secondaires à un stress traumatique donnent une perspective déjà bien dessinée. Cependant, toutes ces découvertes seront sans doute très rapidement remaniées dans le cadre de théories plus générales qui intégreront d'autres observations en cours.



CONGRES DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE - TOULON 1996

## **CHAPITRE X**

### **TRAITEMENT DES VICTIMES DE VIOL**

Donner place dans des psychismes ravagés et désertifiés par l'effroi, à de nouveaux objets fictifs et réels sur lesquels puissent se reconstruire une histoire et un sens, tel est le programme de tout type de traitement des victimes de traumatismes d'origine sexuelle. La catharsis aristotélicienne des passions dans l'art, et la recherche de sens et de connaissance dans un dialogue de type platonicien constituent les sources de ces traitements. Traiter viols et incestes inclut toujours, sous des formes explicites ou parfois moins apparentes, une dose d'abréaction du traumatisme c'est-à-dire de rappel à la conscience du traumatisme dans un cadre nouveau, qui permette une réaction du sujet différente de la réaction primitive. Dans ces reviviscences avec des thérapeutes, pensée, sens, langage et comportement libre, peuvent à nouveau coexister avec le souvenir du traumatisme.

L'évaluation des traitements proposés pour le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) est un domaine en développement. Cela a supposé de construire des instruments cliniques permettant des diagnostics et une appréciation de la sévérité des troubles (Keane et al. 1988 ; Resick et al. 1988<sub>b</sub> ; Rothbaum et al. 1990 ; Horowitz et al. 1979 ; Blake et al. 1990 ; Di Nardo et al. 1983 ; Di Nardo et al. 1993 ; Davidson et al. 1989). Nous avons parlé de ces instruments par ailleurs. Les violences sexuelles restent souvent méconnues, il en résulte que leurs conséquences psychopathologiques sont peu et mal traitées. En outre, un traitement spécialisé est rarement mis en oeuvre. Il peut être utile, aussi bien pour les praticiens débutants que pour les spécialistes, d'utiliser des instruments cliniques standardisés dans des consultations de victimes de traumatismes sexuels dans le but de faire rapidement le point sur les troubles et leur comorbidité. Le présent chapitre reprend les éléments principaux d'exposés déjà faits par ailleurs (Lépine et Darves-Bornoz 1993 ; Darves-Bornoz 1993<sub>a</sub> ; Darves-Bornoz et al. 1994<sub>a</sub>).

## **A - LES PRIORITES DU TRAITEMENT**

Pour Horowitz (1986), spécialiste et précurseur dans le champ du traumatisme, le traitement doit suivre un processus assez standardisé qu'il est utile de mentionner maintenant.

Lorsque le patient est toujours soumis à l'effet d'un événement externe traumatisant, cet auteur préconise, avant toute chose, de mettre fin à l'existence même de l'événement traumatique ou au moins d'en mettre à l'abri le patient. Il faut aussi proposer une relation thérapeutique adéquate qui dans un premier temps, fournisse une aide au patient dans la formulation de ses décisions et de ses projets, mais déjà aussi dans la mise en route d'une perlaboration du traumatisme.

Lorsque les mouvements affectifs atteignent des niveaux intolérables (intrusions de pensées ou d'émotions, paralysie psychique dans des évitements et une restriction des affects), l'objectif est de réduire ces mouvements à des amplitudes de niveau tolérable, tout en continuant une activité de soutien sur le contenu des pensées et des émotions.

Lorsque le patient est comme gelé dans un état d'hypercontrôle fait d'évitements et d'engourdissement affectif, avec ou sans répétitions envahissantes, il faut aider le patient de manière progressive, à faire venir à l'esprit pour un temps limité - et donc à revivre - le souvenir et les éléments qui amorcent le souvenir de l'événement traumatique, puis à les faire sortir de l'esprit, puis à les rappeler de nouveau à la mémoire pour un temps et ainsi de suite. Pendant les périodes de remémoration, il faut aider le patient à exprimer et à organiser le souvenir de cette expérience. Enfin, il faut à ce point accroître le sentiment de confiance dans la relation thérapeutique pour que le patient puisse entamer la perlaboration de l'événement.

Lorsque le patient devient capable de faire l'expérience et de tolérer les épisodes d'intrusion de pensées et de vagues émotionnelles, le traitement vise à permettre au sujet de perlaborer des associations liées implicitement à l'événement traumatique, qu'elles concernent le champ de ses conceptions de la vie, de ses émotions, de ses relations d'objet ou de son image de lui-même. Il faut aider le patient à relier cet événement traumatique à des menaces plus précoces, à des modèles de relations, à des conceptions de soi-même et à des projets d'avenir.

Lorsque le patient est capable de reconstruire une pensée et des émotions thérapeutiques sur lui-même, il faut travailler la fin et la perte de la relation thérapeutique, puis mettre un terme au traitement.

## **B - LES TECHNIQUES PSYCHOTHERAPIQUES**

### **1. REPERES HISTORIQUES**

Un des premiers traitements des pathologies des traumatismes, en particulier pendant la guerre de 14-18 a été la "Faradisation". Ce traitement a été très controversé dans son efficacité comme dans son éthique. Aujourd'hui, l'hypnose qui avait les faveurs de Janet et Charcot, suscite un regain d'intérêt clinique malgré le petit nombre de recherches scientifiques qui lui sont consacrées (Spiegel 1994). Le recours à la suggestion dans telle ou telle forme de thérapie (hypnose, faradisation) a été fréquent dans le passé mais constitue une voie d'approche différente de celle de l'abréaction dont nous reparlerons plus loin. Le recours à la Narco-Analyse débuta dès la première guerre mondiale (éther, chloroforme) et se prolongea plus tard avec d'autres produits (penthotal après la deuxième guerre mondiale). Plus tard fut utilisée la Sub-Narcose Amphétaminée (Crocq et al. 1966). Ces techniques sont abandonnées aujourd'hui. Louis Crocq en rapporte lui-même la fréquente inutilité car, dit-il, la seule incitation à raconter peut souvent produire un effet analogue.

### **2. L'ABREACTION**

Tous les auteurs insistent à des degrés divers sur le traitement par abréaction. Dans l'abréaction, l'affect attaché au souvenir peut s'en séparer dans une reviviscence cathartique. Cette méthode était au premier plan pour les thérapeutes de la fin du dix-neuvième siècle, avec l'abréaction sous hypnose (Charcot, Janet) ou dans la psychothérapie (Freud). L'abréaction d'un événement traumatique peut être spontanée. Ce fait permet de comprendre l'importance qu'il faut attacher au soutien social et à la qualité de l'environnement des victimes. L'abréaction doit être aussi précoce que possible mais Crocq affirme la valeur thérapeutique du premier entretien cathartique, même tardif. Il faut aussi insister sur la différence entre l'abréaction qui implique une reviviscence et le simple récit, ainsi que sur l'impossibilité pour un sujet d'abréagir en dehors de la présence d'autrui. Certains ont essayé de formaliser une thérapie d'abréaction (Grinker et Spiegel 1945 ; Sargant et al. 1944) dans une méthode ressemblant à l'implosion ou à l'immersion dans d'autres types de fantasmes. Les thérapies de "debriefing" précoce sont une forme actuelle de psychothérapie brève abréactive (Koss et Harvey 1991). Elles sont loin de prévenir constamment le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) mais elles permettent d'amplifier le soutien social ce qui améliore le pronostic. Ce sont toujours des thérapies brèves car il est illusoire

de continuer une thérapie abréactive qui ne produit pas les effets escomptés. Des techniques variées de thérapies brèves individuelles ou de groupe sont en développement (McCann et Pearlman 1990 ; Tinnin 1994).

### 3. LES PSYCHOTHERAPIES

A côté des psychothérapies abréactives, d'autres types de psychothérapies sont utilisées sans qu'aucune ne soit une panacée.

Ce sont, par exemple, les psychothérapies de groupe qui permettent d'éviter parfois des manifestations transférentielles négatives observées en thérapie individuelle. Elles sont utiles surtout au début du traitement, car ultérieurement elles peuvent devenir un frein et favoriser une chronicité.

Les thérapies de relaxation peuvent être très utiles chez les victimes de violences sexuelles. Il faut savoir cependant, que ces victimes ont une volonté d'hypervigilance marquée et refusent souvent ce traitement ; si elles l'acceptent, elles nécessitent une longue persévérance avant d'atteindre la moindre détente.

Les techniques cognitivo-comportementales sont pratiquées et préconisées par de nombreux anglo-saxons (Calhoun et Atkeson 1991 ; Resick et Schnicke 1993). Barlow (1988) conçoit le traitement des pathologies post-traumatiques autour de deux principes : perlaboration et traitement de l'émotion d'une part, et prévention d'un surcroît d'évitement de situations ou d'émotions d'autre part. Il préconise l'exposition à des représentations du traumatisme par exposition ou immersion imaginaire. Il note qu'il est important d'encourager l'abréaction émotionnelle, plutôt que d'essayer d'amortir les réactions émotionnelles et de reconforter le patient. Des études récentes ont testé différentes techniques comportementales : thérapie d'implosion, technique d'exposition, et technique d'entraînement à l'inoculation de stress (Foy 1992). En général, les techniques d'exposition se montrent plus efficaces sur les idées répétitives que les autres techniques comportementales. Cependant, les Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD) chroniques résisteront le plus souvent aux expositions.

Les thérapies psychanalytiques ne sauraient être une indication d'emblée et dans leur forme classique (Rose 1986). Elles sont pourtant utiles à un certain moment de l'évolution du trouble si elles sont adaptées dans leur technique. Les aménagements concernent la valeur d'abréaction de la thérapie, et non, seulement, de remémoration paisible. Les points-clés sont l'établissement d'une relation thérapeutique ayant recours au "*holding*" au sens de Winnicott, et à la "*fonction contenante*" du thérapeute au sens de Bion.

La Psychothérapie Existentielle s'efforce de faire reconnaître la signification existentielle de l'expérience traumatique. Aucune thérapie de victimes de viols ou d'incestes ne peut faire l'impasse sur ces questions. Dans sa pratique, la psychothérapie existentielle peut se fixer des objectifs très

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

pragmatiques comme par exemple, de neutraliser des idées suicidaires secondaires aux cauchemars en réintégrant cet effet de l'expérience traumatique dans la totalité de l'existence psychoaffective du sujet. Cette psychothérapie tente, d'une manière générale, de faire appréhender au sujet à travers ses expériences concrètes, le caractère strictement individuel de son existence et son parcours singulier. Le psychiatre viennois Victor Frankl écrivait à propos de l'expérience traumatique des camps de concentration nazis, des mots qui peuvent tout aussi bien s'appliquer aux victimes d'inceste ou de viol : *"Ce dont nous avons réellement besoin était un changement fondamental dans notre attitude en face de la vie. Nous avons dû apprendre et de plus, nous avons dû enseigner aux hommes désespérés, que ce qui a de l'importance, ce n'est pas vraiment ce que nous attendons de la vie, mais ce que la vie attend de nous. Nous avons eu besoin de cesser de nous demander quel était le sens de la vie, et besoin, à la place, de penser à nous-mêmes comme à des gens qui étaient questionnés par la vie à chaque heure de chaque jour. Au bout du compte, le sens de la vie est de prendre la responsabilité de trouver la réponse qui convient aux problèmes qu'elle pose et de mettre en oeuvre les tâches qu'elle requiert pour chaque individualité."*

## C - LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

### 1. POSITION DU PROBLEME

Différents objectifs peuvent être recherchés avec un traitement pharmacologique des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique comme le viol ou l'inceste. Le succès dans le traitement de tel ou tel aspect de la pathologie n'implique pas le succès dans les autres aspects. Les cibles d'un traitement psychotrope sont : de réduire les symptômes post-traumatiques envahissants de répétition et d'évitement ; de réduire l'hypervigilance ; d'améliorer le sommeil ; de réguler les affects en prévenant les impulsions incontrôlables et les passages à l'acte ; de traiter la comorbidité psychopathologique.

L'histoire des traitements pharmacologiques des névroses traumatiques trouve son origine au cours de la deuxième guerre mondiale avec l'utilisation de barbituriques par voie intraveineuse (Sargant et Slater 1940), de l'insuline (Sargant et Crake 1941) et de la Méthédrine par voie intraveineuse (Shorvon et Sargant 1947) (cités par Crocq et al. 1983).

Nous allons présenter des traitements psychotropes testés dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Plusieurs problèmes méthodologiques sont à prendre en considération pour l'évaluation de l'efficacité de médicaments dans un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Une bonne définition des malades est nécessaire, elle est possible maintenant avec la définition des critères diagnostiques des classifications américaines ou de l'OMS, et l'utilisation de questionnaires structurés de diagnostic comme ceux que nous avons mentionnés. Il faut être attentif, en évaluant les éventuelles améliorations de patients sous traitement, à distinguer ce qui est amélioration du syndrome spécifique ou des manifestations de comorbidité. L'évaluation des troubles sous traitement doit, en effet, appréhender les différentes dimensions du syndrome. Des symptômes cibles distincts peuvent être définis pour déterminer l'efficacité du traitement. L'interaction psychotrope - psychothérapie doit être prise en compte.

## **2. ESSAIS OUVERTS DE PSYCHOTROPES DANS LE SYNDROME SECONDAIRE A UN STRESS TRAUMATIQUE (PTSD)**

Les essais de médicaments ont été guidés par le fait que le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) partage avec d'autres troubles psychiatriques bon nombre de symptômes. Il était donc légitime d'essayer des traitements efficaces sur ces derniers. Ainsi, le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) présente dans ses traits des symptômes attachés à la dépression. Les malades souffrant de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) ont souvent, de surcroît, des troubles anxieux caractérisés comme, par exemple, des épisodes répondant à la définition des attaques de panique bien qu'ils soient déclenchés par des stressseurs ayant un lien associatif étroit avec le traumatisme initial.

Les études disponibles portent sur un nombre limité de patients, avec une durée de traitement variable et sans définition claire des critères d'efficacité. Les résultats n'aboutissent pratiquement jamais à la disparition du syndrome.

Divers antidépresseurs ont été utilisés. Les essais sont résumés dans les tableaux 32 et 33. Parmi les IMAO, seule la Phénelzine a fait l'objet d'essais publiés.

D'autres traitements ont été essayés dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Les benzodiazépines sont en pratique très largement utilisées malgré les inquiétudes qu'on peut avoir vis-à-vis d'une addiction, et malgré l'absence d'études contrôlées démontrant leur efficacité dans les syndromes post-traumatiques.

Les neuroleptiques ne sont pas un traitement des troubles mentaux post-traumatiques sauf si des complications surviennent. Bleich et ses

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**Tableau 32. - Etudes ouvertes de Tricycliques dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD)**  
(d'après Davidson et al. 1990 ; Kosten et al. 1990 ; Lépine et Darves-Bornoz 1993)

Année	Auteurs	Psychotrope	Nombre de sujets	Posologie (mg/jour)	Durée (sem.)	Amélioration	
1983	White	Doxepin	18	25-100	?	Bon effet, utilisation de benzodiazépines	
1984	Burstein	Imipramine	10	50-300	3	Diminution des souvenirs obligés, des flashbacks, des troubles du sommeil	
1985	Falcon et al.	Amitriptyline	10	150-250	6-8	8/10 Globalement,	
		Imipramine	2	150-200	6-8	1/2 82%	
		Desipramine	4	200-250	6-8	4/4 très	
		Doxepin	1	100	6-8	1/1 améliorés.	
1986	Bleich et al.	Amitriptyline	14	139	24	12/14 Effet positif	
		Doxepin	7	100	7	4/7	
		Maprotiline	2	?	?	1/2	
		Clomipramine	2	?	?	1/2	
		Sur l'ensemble des 4 antidépresseurs :				Seulement 5 réponses qualifiées de bonnes	
						Dans les 20 cas où une psychothérapie était associée au traitement, 14 cas ont montré une interaction positive.	
1986	Blake	Doxepin	3				Diminution des sursauts, des cauchemars ;
		Imipramine					Concentration améliorée
1987	Kauffman et al.	Desipramine	8				Diminution des symptômes de dépression et de PTSD dans 50% des cas.



**Tableau 33. - Etudes de la Phénelzine dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD)**  
 (d'après Davidson et al. 1990 ; Kosten et al. 1990 ; Lépine et Darves-Bornoz 1993)

Année	Auteurs	Nombre de sujets	Posologie (mg/jour)	Durée (sem.)	Amélioration	
1981	Hogben & Cornfield	5	45-75	12 +	5/5	Diminution des flashbacks, des réactions de sursaut, des explosions de violence.
1982	Walker	3				Diminution des rêves traumatiques et des flashbacks.
1984	Milanes et al.	10	1mg/kg	8	6/10	Amélioration rapide du sommeil, de l'anxiété et des symptômes du PTSD.
1987	Davidson et al.	11	45-60	6-10	7/11	Effets secondaires à faible dose.
1987 <sub>b</sub>	Lerer et al.	22	30-90	4-18		Bénéfice limité, meilleur devenir après 9 semaines.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

collègues (1986) avaient cependant testé la Methotrimeprazine sur trois patients (aucune amélioration), la Thioridazine sur deux patients (améliorés), le Sulpiride sur deux patients (aucune amélioration) et la Fluphénazine sur un patient (amélioré).

Van der Kolk (1983, 1987<sub>c</sub>) a testé l'intérêt du Lithium dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) : quatorze malades sur vingt-deux rapportèrent "*qu'ils avaient acquis une impression subjective de contrôle sur leur vie*". La Carbamazépine a été étudiée par Lipper et ses collègues (1986) avec une posologie inférieure à un gramme pendant cinq semaines. L'amélioration a concerné pour sept sujets sur dix, les symptômes de reviviscence envahissants, l'hostilité et l'impulsivité. Selon Van der Kolk (1987<sub>c</sub>) les sujets répondeurs doivent rester en psychothérapie de groupe ou individuelle régulière.

Kolb et ses collègues (1984<sub>b</sub>) ont rapporté un essai ouvert de Clonidine à des posologies de 0.2 à 0.4 mg pendant vingt-quatre semaines. Huit anciens combattants sur neuf avaient amélioré leur sommeil, réduit la fréquence de leurs cauchemars, leur irritabilité, amélioré leurs symptômes de reviviscence envahissants et diminué leurs manifestations d'hypervigilance.

Kolb et ses collègues (1984<sub>b</sub>) ont également testé le Propanolol à des posologies de 120 à 160 mg pendant vingt-quatre semaines et amélioré onze sujets sur douze sur les plans des cauchemars, des souvenirs envahissants, de l'hypervigilance, du sommeil, des réactions de sursaut et des accès de colère. Cependant, l'étude de Kinzie (1989) n'a pas confirmé ces résultats.

### **3. ESSAIS CONTROLES DE PSYCHOTROPES DANS LE SYNDROME SECONDAIRE A UN STRESS TRAUMATIQUE (PTSD) —**

A l'heure actuelle, quatre essais contrôlés concernant des antidépresseurs tricycliques et un IMAO comparés entre eux ou à un placebo ont été publiés.

Frank et ses collègues (1988) ont comparé les effets d'un tricyclique, l'Imipramine, d'un IMAO, la Phénelzine et d'un Placebo. L'essai était randomisé et pratiqué en double-aveugle. Il a duré huit semaines et a inclus onze sujets sous Placebo, douze sous Imipramine (dose maximum : 300 mg / jour), et onze sous Phénelzine (dose maximum : 75 mg / jour). L'évaluation a utilisé des instruments diagnostiques conformes au DSM-III-R : SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Endicott et Spitzer 1978), SCID (Structured Clinical Interview for DSM, Spitzer et al. 1990), des échelles spécifiques (Impact of Events Scale) et non spécifiques : Impression Clinique Globale (Guy 1976), Covi (Lipman 1982), Raskin (Raskin et al. 1969). Les taux d'amélioration étaient de trois sur onze (27%) avec le Placebo,

de neuf sur douze (75%) avec l'Imipramine et de sept sur onze (64%) avec la Phénelzine. Il n'y avait pas de diminution symptomatique sur les échelles de Covi, Raskin et sur l'échelle d'évitement. Sur la sous-échelle d'envahissement (par reviviscence du traumatisme), la Phénelzine s'est montrée supérieure à l'Imipramine et au Placebo ( $p < 0.004$ ).

Shestatzky et ses collègues (1988) ont comparé la Phénelzine à un Placebo. L'essai a duré deux fois quatre semaines et a porté sur dix patients. Il était randomisé et pratiqué en double-aveugle (crossover). L'évaluation utilisait le diagnostic d'un observateur selon le DSM-III-R, une échelle spécifique (l'Impact of Events Scale) et des échelles non spécifiques : Hamilton Anxiété (Hamilton 1959), Impression Clinique Globale, Echelles analogiques visuelles. L'amélioration n'a pu être attribuée au produit actif. La Phénelzine n'était pas supérieure au Placebo.

Reist et ses collègues (1989) ont étudié l'effet de la Désipramine en comparaison avec un Placebo à des doses moyennes de 165  $\pm$  22.5 mg (100 - 200) pendant deux fois quatre semaines sur dix-huit malades. L'essai était randomisé et pratiqué en double-aveugle et crossover. Le diagnostic de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) était posé selon le DSM-III. Une évaluation des symptômes post-traumatiques utilisait l'Impact of Events Scale. D'autres instruments non spécifiques complétaient l'évaluation : Hamilton Dépression (Hamilton 1960), Hamilton Anxiété (Hamilton 1959) et Beck Depression Inventory (Beck et Beamesdefefer 1974). L'amélioration a consisté en une réponse à la Désipramine pour quelques symptômes de dépression sans qu'aucun changement ne soit apparu pour l'anxiété et pour les autres symptômes de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD).

Davidson et ses collègues (1990) ont comparé Amitriptyline et Placebo à une dose moyenne de 169 mg / jour pendant huit semaines. L'essai était randomisé et pratiqué en double-aveugle. Il a concerné quarante-huit patients hospitalisés ou non dont seuls quarante ont terminé l'essai. L'évaluation a utilisé pour le diagnostic de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), la SADS (critères du DSM-III) et le Structured Interview for PTSD (SI - PTSD). Elle a fait appel en outre à l'Eysenck Personality Inventory (Eysenck et Eysenck 1964), à l'Impact of Events Scale, aux échelles Hamilton de Dépression et d'Anxiété et à l'Impression Clinique Globale. Une thérapie de soutien était pratiquée de surcroît mais aucune thérapie spécifique ne fut entamée. A quatre semaines ( $n=40$ ), l'Amitriptyline s'est révélée supérieure au Placebo pour l'échelle Hamilton Dépression. A huit semaines ( $n=33$ ), l'Amitriptyline était plus efficace que le Placebo pour les échelles Hamilton-Dépression, Hamilton-Anxiété, Impression Clinique Globale, Impact of Events Scale (IOES). Il n'y avait pas d'effet mesurable sur le SI-PTSD mais un certain effet pouvait être noté sur l'échelle d'évitement de l'Impact of Events Scale. Les différences produit actif - placebo étaient plus

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

nettes si une comorbidité était présente. A la fin du traitement 64% des patients sous Amitriptyline et 72% des patients sous placebo réunissaient toujours les critères de Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Aucune différence n'est apparue en considérant les taux plasmatiques moyens d'Amitriptyline à la fin de l'essai .

### **4 - CONCLUSIONS ACTUELLES SUR L'EFFICACITE DES PSYCHOTROPES**

En résumé, on a vu que les médicaments ne sont pas nettement supérieurs au placebo pour ce qui concerne les symptômes spécifiques du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), et n'aboutissent pratiquement jamais à la disparition du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Cependant, certains produits peuvent se révéler supérieurs au placebo pour l'élément dépressif (Echelle de dépression d'Hamilton), pour l'élément anxieux considéré dans son ensemble (Echelle d'anxiété d'Hamilton), et pour l'Impression Clinique Globale. Par ailleurs, il est à noter que les différences entre le médicament et le placebo deviennent plus importantes quand une comorbidité est présente : épisode dépressif majeur, trouble panique, alcoolisme ou toxicomanie. A travers des études récentes (Davidson et al. 1991<sub>b</sub> ; Nagy et al. 1993), et l'expérience quotidienne auprès des traumatisés, les antidépresseurs sérotoninergiques ne se révèlent pas non plus un traitement incontestable des Syndromes Secondaires à un Stress Traumatique (PTSD). C'est dire que dans leur ensemble les médicaments psychotropes sont peu efficaces dans le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) et n'en sont pas jusqu'à présent le traitement.

Pour l'avenir, il faudra tenir compte du fait que la présence d'une comorbidité affecte l'impression d'amélioration clinique sous traitement, alors que le centre du trouble, le syndrome de répétition, peut n'être que peu modifié. Cette réalité devra être clairement affirmée pour déterminer si un psychotrope traite positivement le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). Dans cette optique, des médicaments spécifiques de symptômes-cibles particuliers du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) pourront éventuellement être isolés. Les pharmacothérapies devront également être testées pour ce qui concerne la durée adéquate du traitement. Enfin, l'articulation entre la pharmacothérapie et les psychothérapies méritera d'être testée pour valider des programmes de traitement qui font toujours appel à une composante psychothérapique.

Depuis que furent créées les catégories "Hystérie Traumatique" par J.-M. Charcot et "Existences Psychologiques Simultanées" par P. Janet, l'intérêt pour la pathologie des traumatismes et leurs traitements a connu des

hauts et des bas. Il y a une quinzaine d'années, ce champ de recherches est redevenu très actif et a suscité de nombreuses hypothèses psychopathologiques et biologiques. Des faits cliniques et des découvertes physiologiques et biologiques pourraient ouvrir de nouvelles voies de traitement. Il s'agit de l'addiction au traumatisme (van der Kolk et al. 1985), de l'implication dans le trouble du système noradrénergique (van der Kolk et al. 1985) et des endorphines (Pitman et al. 1990c) attestée par l'analgésie réversible sous Naloxone des patients souffrant d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD). En attendant les résultats de ces nouvelles voies, les traitements psychotropes dont nous disposons aujourd'hui restent souvent bien en deçà de nos espérances. Le traitement reste pour l'instant avant tout psychothérapique. Il consiste à essayer de trouver un sens à ce qui s'est produit et continue à se répéter. Parfois le trouble est si sévère que toutes nos possibilités thérapeutiques sont mises en échec et nos efforts doivent alors se limiter à une réhabilitation sociale.

#### **D - PRINCIPES DE TRAITEMENT A LA CONSULTATION DE TRAUMATISES PSYCHIQUES DE TOURS**

Le traitement actif et précoce des victimes est nécessaire pour atténuer les conséquences psychopathologiques des traumatismes (Crocq et al. 1987 ; Lépine et Darves-Bornoz 1993). Pourtant, il est encore rarement placé en bon rang dans les urgences psychiatriques. Après avoir été amenés à nous interroger sur la question du traumatisme psychique chez les patients psychiatriques (Darves-Bornoz 1990), nous avons créé en 1992 une Consultation psychiatrique de traumatisés psychiques, notamment en coordination avec le Centre d'Accueil des Victimes de Violences Sexuelles de Tours. Nous allons présenter une étude de cas unique qui a été entreprise au cours d'un traitement de la Consultation de traumatisés psychiques. Elle condense en elle-même de nombreux aspects des réponses psychologiques aux événements psychiquement traumatisants. Le viol y a induit notamment des troubles dissociatifs (dont une fugue dissociative), un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), des troubles somatoformes et des troubles phobiques. Cette étude de cas unique nous permet de situer l'urgence psychiatrique *traumatisme psychique* et d'illustrer l'exposé de nos principes de traitement des victimes de viol, en urgence et à moyen terme.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

*Alexandra a dix-neuf ans. Elle a été victime d'un viol commis chez elle par son ex-ami, accompagné d'un autre garçon qui l'a immobilisée pendant l'agression. Cette agression a été préméditée ; un troisième complice a pris soin d'écarter le frère d'Alexandra de la maison familiale en l'appelant dans la rue.*

*Enfant, Alexandra a déjà été victime de traumatismes. Elle a été battue par son père à l'âge de sept ans ce qui a motivé plusieurs placements qu'elle a mal supportés (tristesse, malaises) et dont elle a obtenu la levée. Elle a développé depuis cette période une agoraphobie. Dans son enfance passée à Angers, elle voyait peu son père qui était routier. Elle n'a pas que des mauvais souvenirs de lui. Il était gentil et emmenait les enfants se promener quand il ne buvait pas. Alexandra rit même, en pensant aux moqueries des enfants quand son père saoul les poursuivait, en les insultant en polonais ou en allemand. Une de ses soeurs est décédée récemment d'un cancer du foie et ce deuil a été difficile. Trois mois avant le viol, Alexandra a été agressée dans la rue ; elle a porté plainte. Le viol est survenu le jour du premier anniversaire de la mort de sa soeur. Sa mère qui était aussi une émigrée, avait été victime d'un viol collectif à l'adolescence.*

*Après le viol, Alexandra part dans un état second dans les rue d'Angers, elle veut fuir. Elle prend sans billet un train pour Paris, est contrôlée par les agents des Chemins de Fer qui ne semblent pas lui tenir rigueur de l'irrégularité de sa situation (le souvenir qu'elle a de son voyage est flou). Elle n'ignore pas son nom et son adresse mais elle a un désintérêt pour cette question qui lui semble un passé révolu et d'une certaine façon oublié ; elle ne vit plus que le présent. Elle se sent psychologiquement brisée et elle essaie de trouver un moyen pour survivre. Elle ressent le viol et sa fugue comme une entrée dans un monde irréel. Elle a marché des kilomètres, ses pieds saignent mais elle ne sent rien. Son esprit ne semble plus en relation avec son corps. Elle reste quelques heures à Paris puis reprend sans billet un train pour Tours. Elle est contrôlée par les mêmes agents des Chemins de Fer qui sont à nouveau débonnaires avec elle sans qu'elle trouve cela surprenant. Ces messieurs lui indiquent un foyer d'urgence à Tours. Elle s'y rendra après quelques heures d'errance.*

*Alexandra est épuisée, apeurée, hébétée comme si une bombe avait éclaté à côté d'elle. A la question : "Comment vous sentez-vous ?", elle montre une chaise un peu à l'écart de la sienne et dit : "J'ai l'impression d'être assise sur cette chaise et de me regarder. Et puis j'aurais envie de rester tout le temps sous une douche." Elle a, depuis l'agression, des maux de tête, des frissons et des vomissements. Elle est méfiante et se sent abandonnée. Son anxiété la fait trembler. Elle parle peu mais elle a toujours été réservée. Elle se culpabilise déjà : "je n'aurais pas dû les laisser entrer". Elle restera quatre jours dans un état dissociatif aigu.*

*Huit jours plus tard des cauchemars s'installent : "je suis dans un désert, il me regarde avec ce même regard fixe et ce même sourire étrange". Les cauchemars sont accompagnés de crises de panique et de transpiration. Elle ne veut pas porter plainte car elle a été menacée de mort par les agresseurs. "Si tu nous dénonces on dira aux copains de te tuer même si on est en prison". On l'y incite pourtant car c'est seulement*

la peur qui la retient. "C'est un salaud" lui dit-on. Elle regarde, surprise de ce qualificatif et répond : "c'est peu dire". Elle le hait.

Elle est maternée au foyer par une jeune fille victime d'inceste. Nous verrons Alexandra deux ou trois fois par semaine pendant un mois puis les consultations s'espaceront avec son retour à Angers. Elle a de manière récurrente des désirs homicides à l'égard de son agresseur ("je voudrais le tuer") sans qu'il soit possible pour elle de prendre en compte les conséquences judiciaires qu'aurait sa vengeance personnelle. Une visite à sa mère à Angers la "répare" et l'apaise ; les cauchemars cessent pendant quelques jours.

Trois semaines après le viol, alors qu'elle est confrontée tous les matins à la présence d'hommes dans un travail effectué pour payer le foyer, elle ressent systématiquement le désir de donner des coups de ciseaux à l'un d'entre eux. Elle suppose qu'il répand le bruit qu'elle a été violée. "Je suis alors une autre personne" explique-t-elle et c'est bien comme une dissociation de la personnalité que nous comprenons sa manière de percevoir le monde et de s'y mouvoir chaque matin. Elle illustrera encore le mouvement identificatoire à l'agresseur en rapportant que "dès qu'elle est soumise à une tension, l'autre apparaît, méchante, agressive et cette autre veut frapper". L'identité sexuelle elle-même vacille quand elle annonce "j'aurais préféré être un garçon car ils sont plus forts".

Pendant l'agression, Alexandra voyait un radioréveil indiquant 11 h 40. Un mois après, elle a un flashback à 11 h 39 ; elle ressent les émotions déjà ressenties comme si tout recommençait, elle revit le viol. Elle souffre d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) sévère. Son agoraphobie et sa phobie sociale se sont renforcées au point qu'elle a l'impression que les gens dans la rue la jugent. Elle présente aussi des douleurs, des nausées et des étourdissements. Enfin, "l'autre" se manifeste régulièrement : "celle qui veut tuer un mec".

Devant de tels cas, nous évaluons la situation et nous commençons immédiatement le traitement. Notre intervention en urgence et à moyen terme (c'est-à-dire en pratique pour la période couvrant les deux à trois mois suivant le traumatisme) se développe sur une multiplicité d'axes. Plusieurs dimensions sont essentielles : premièrement, la dimension sociale ; deuxièmement, la dimension de crise existentielle ; troisièmement, la dimension symptomatique et médicale ; quatrièmement, la dimension psychodynamique.

La première tâche est d'assurer un contexte social de bonne qualité (y compris au niveau du mode de logement). Surseoir à l'hospitalisation autant que possible, c'est-à-dire jusqu'au point où le suicide semble imminent, facilite l'axe social du traitement. Si l'environnement habituel est bon, nous traitons dans ce cadre, avec reprise au plus tôt des activités habituelles (notamment scolaires pour les adolescents). Nous intervenons parfois sur la famille ou le conjoint afin que l'environnement familial devienne co-thérapeute (par le biais d'une abréaction spontanée), et au contraire contre l'implication dans la crise de gens insuffisamment proches. Nous parlons souvent avec la victime, dans son propre intérêt, du désarroi du conjoint : par exemple lorsqu'il refuse de parler du

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

traumatisme parce que ça signifie que sa compagne est endommagée et que ça le blesse. Nous n'hésitons pas à conseiller le patient sur des choix de vie qui pourraient obérer l'avenir (par exemple perdre un travail ou échouer à des examens) ou créer un surcroît de situations stressantes (par exemple batailler avec un supérieur ou se mettre en ménage avec un partenaire en difficulté). Tout ce qui est du côté de l'humanité et de la vie est favorisé : par exemple, établissement de relations nouvelles ou réalisations d'activités d'expression. Ainsi telle patiente entreprend de faire du théâtre : on peut penser, et c'est ce que nous lui disions, que représenter les sentiments des autres l'aidera à mieux vivre les siens. L'éventuel parcours judiciaire est accompagné. Nous conseillons à la victime la décision qu'elle prendrait selon son propre système de valeurs si elle n'était pas perturbée par le traumatisme. Telle jeune femme victime d'inceste ne veut pas faire condamner sa mère pour complicité, c'est son droit. Telle autre ne veut pas envoyer son agresseur en prison et retire sa plainte, c'est son droit. Par contre, d'autres hésitent dans la procédure, par peur (notamment de représailles), nous les encourageons car ce n'est pas leur système de valeurs qui les retient.

La thérapie du traumatisé qui vit une crise existentielle majeure, ne peut fonctionner sans une empathie fraternelle du thérapeute. Elle a pour ambition de situer l'expérience traumatique dans un système de significations, le sujet remodelant petit à petit sa vision du monde et sa place par rapport à lui. Le sujet abandonne la question "Pourquoi est-ce arrivé à moi ?" pour une autre "Qu'est-ce que je peux devenir maintenant que ça m'est arrivé ?". Le sentiment d'injustice aveugle du traumatisme est parfois renforcé par l'incompréhension ou la médisance de l'entourage, il faut le relier à des sentiments d'injustice vécus antérieurement et orienter le sujet sur la façon dont il les avait traités. Il faut encourager les questions que le patient peut être amené à se poser d'une part sur ce qui a pu causer cet événement traumatique, et d'autre part sur le sens de la vie après le traumatisme. C'est le travail de recherche de sens. Nous nous assurons que les enfants des victimes ne pâtissent pas du malaise de leurs parents ; nous valorisons l'enfant et tentons de l'intégrer au champ de ce qui donne un sens à la vie ; ce faisant, l'enfant peut devenir "antidépresseur". Cette étape du traitement utilise ce qu'on appelle parfois abréaction et parfois debriefing. L'abréaction ne correspond pas à l'image d'Epinal où la victime dégorgerait l'humeur maligne dans des convulsions, mais elle n'est pas non plus un simple récit. L'abréaction implique une certaine reviviscence en notre présence. Nous la favorisons à certains moments par une intervention interlocutoire qui interrompt la répétition. Nous appréhendons tous les détails objectifs et subjectifs du traumatisme : sa violence réelle, son impact subjectif, ses circonstances exactes, les émotions ressenties sur le coup, la nature exacte et la durée du traumatisme, les capacités de défense du sujet au moment du traumatisme que cette défense ait été physique ou qu'elle ait été plus subtile (négociation avec un agresseur par exemple). Nous sollicitons le récit des



modalités concrètes des symptômes : notamment les rêves et les souvenirs récurrents avec leurs variantes, les colères, l'état de qui-vive, les événements-gâchettes qui déclenchent le souvenir, les sensations corporelles lors d'attaques émotionnelles, les méthodes pour ne pas souffrir et éviter les souvenirs, les modalités de l'engourdissement affectif, le déroulement des nuits, ce qui provoque un sentiment de culpabilité. Ce récit permet de contenir les émotions intolérables dans des proportions supportables et c'est parfois urgent si se développe une rage meurtrière chez une victime d'agression.

Notre intervention médicale et symptomatique est assez standardisée même si les lieux de consultation sont divers (services de l'hôpital et visites à domicile). La consultation est toujours centrée sur la victime à qui nous montrons que le traitement est une affaire menée ensemble. Si un proche assiste à une consultation, c'est toujours en présence de la victime, même adolescente. Cela complique le travail parfois, mais c'est la seule façon d'établir une relation confiante. Il arrive que ce dispositif inclue les proches dans une abréaction (à tonalité psychodramatique) lors d'échanges survenus, de manière imprévue, dans la consultation. Une évaluation précise des symptômes, au besoin à l'aide d'entretiens structurés, permet de poser rapidement des diagnostics qui sont communiqués au patient en même temps que les possibilités thérapeutiques. Nous expliquons que le cours des troubles survenus depuis le traumatisme ne peut être prédit, que souvent les troubles s'atténuent progressivement mais que parfois ils augmentent dans un second temps. Nous luttons dans la consultation contre les réponses les plus pathologiques. Par exemple, si l'amnésie complète du traumatisme est peu répandue, en revanche elle est suivie, de manière régulière, d'un évitement du thérapeute. Nous "médicalisons" des temps de la consultation (par exemple réassurance pour les craintes hypocondriaques). Un objectif majeur est de prévenir l'installation de phobies ; le recours à des expositions réglées ou non est indispensable. Les perturbations de la sexualité sont abordées au besoin en présence du partenaire. Nous sommes compréhensifs vis-à-vis de l'agressivité pseudo-caractérielle dont les traumatisés nous parlent, et nous la relativisons en la désignant comme un excès de leur qui-vive. Nous prévenons, sans rigidité morale, les addictions en exposant les risques. Nous signalons des moyens thérapeutiques que nous gardons en réserve (psychotropes, relaxation). Dans les premiers temps, nous évitons de prescrire des psychotropes car les victimes ne se vivent pas comme atteintes d'un trouble mental.

Sur le plan psychodynamique, des mécanismes peuvent être signalés dès cette phase du traitement. Cela concerne trois notions principalement : d'abord *l'identification à l'agresseur* (dans les idées suicidaires ou le sentiment de culpabilité par exemple) et *la tentation du repli narcissique*. De ce point de vue, nous tentons de relibidiniser, c'est-à-dire de tourner à nouveau vers un tiers, un psychisme qui se dissocie ou qui se réorganise sur un mode narcissique et masochiste. Enfin, *le transfert négatif* (par exemple le thérapeute comme "le

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

violeur") est signalé dès la première consultation pour prévenir des ruptures. Nous sommes aussi amenés à expliquer le sens de somatisations ou de dissociations de la personnalité.

Notre traitement des traumatisés met au premier rang la préservation de l'intégration sociale. En effet, spontanément, à cause de leur difficulté à moduler les affects, leur devenir social se dégrade et grève le pronostic médical lui-même.



## CONCLUSION

La clinique nous a appris que le traumatisme induit une altération de l'identité et un changement dans la personnalité. Les hommes le savent si bien qu'ils ont inventés des rites de passages qui représentent des traumatismes, pour scander les étapes du développement de la personnalité dans l'existence du sujet. Le danseur d'origine albanaise Angelin Preljocaj raconte comment se déroulent les mariages en Albanie et dans la diaspora albanaise, et comment s'y accomplit un rituel de rapt. La famille du mari vient avec des armes enlever la jeune fille. Pendant le temps de l'affrontement, elle fait le bilan de tout ce qu'elle va perdre et tout le monde pleure avec elle. C'est alors la tragédie du rituel dans lequel la représentation du traumatisme et celle de la perte sont mêlées. Représenter le rapt n'est pas le rapt. Exercice symbolique et langagier, il est à l'opposé de l'acte. Au contraire il l'exorcise. De la même façon, le fantasme de viol n'est pas le viol, il en protège, et la rêverie tendre et fusionnelle qu'on appelle Oedipe n'a rien à voir avec l'acte sexuel brutal de l'inceste. Le fantasme d'être réifié qui subsume le fantasme de viol, est sans doute une production commune. Qui n'a rêvé d'abdiquer sa liberté pour ne plus devoir assumer les blessures de l'existence ? Cependant, dans la réalité, personne ne revendique l'esclavage.

Il faut affirmer nettement que le viol et l'inceste appartiennent au champ psychopathologique du traumatisme. Cependant, dans le viol et l'inceste, c'est une blessure narcissique qui cause le traumatisme, et c'est la survie psychique qui est en jeu. Cette spécificité de l'origine et du point d'application du traumatisme modifie notablement son impact.

L'inceste est le plus souvent un traumatisme répété. L'étude de Tours a montré que l'inceste est un traumatisme à la fois plus sévère que les autres viols et induisant plus souvent le recours au mécanisme de défense dissociatif. L'inceste provoque aussi la plus grande dépression narcissique. *"Les viols m'ont vidée"* disait une victime. Dire qu'elle était suicidaire représente mal la réalité. Elle était au-delà des idées suicidaires comme ceux qui ont déjà fait le deuil

d'eux-mêmes. Dans les viols répétés comme dans l'inceste, à la révolte du premier traumatisme succède une incapacité à se défendre, une résignation et une analgésie affective qui transforment le sujet en esclave, et qui trouvent parfois une justification dont on ne sait si elle est plausible ou incongrue. Ainsi cette femme violée régulièrement par son ex-mari qui acceptait la destruction de son existence sous le prétexte qu'il fallait préserver aux yeux de l'enfant l'image de son père.

Le sentiment de culpabilité des agressés - *"au tréfonds de moi-même, je me dis que je ne suis pas une victime"* disait l'une d'entre elles - n'est pas le signe d'une ambiguïté. C'est parfois une culpabilité de n'avoir pas su se défendre efficacement. C'est exceptionnellement une culpabilité d'avoir malgré tout éprouvé du plaisir quel qu'en soit la forme, par exemple pour un enfant le plaisir qu'un adulte prête attention à lui. C'est, beaucoup plus souvent, une identification à l'agresseur c'est-à-dire un réinvestissement sur la personne propre de l'hostilité à l'agresseur, coûteux subterfuge destiné à préserver les partenaires sexuels potentiels et l'identité sexuelle. Cela fait trop longtemps qu'on met en doute la parole des sujets qui se plaignent d'un viol, en prétendant qu'il s'agit d'un fantasme. Que ceux qui refusent l'évidence mettent en avant pour ce faire, une théorie psychopathologique, rend plus crucial le rôle des psychiatres en cette affaire. Il faut cesser de justifier le viol par le fantasme de viol, et l'inceste par Oedipe. Notre pays a été frappé d'amnésie pour tout le travail de la psychiatrie française du siècle dernier. En effet, tant de choses avaient été pointées. A commencer par la présentation de l'hystérie comme *"existences psychologiques simultanées"* due à Pierre Janet, auteur qui est resté, ailleurs de par le monde et à juste titre, un emblème du traumatisme. C'est aussi la théorie de la séduction, la première Neurotica de Freud. Pourtant le terme même de séduction entraîne confusion car il s'agit en vérité avec cette "séduction", d'un anéantissement de l'identité. Ces théories, ce travail les reconnaît comme fondements. La névrose hystérique c'est le syndrome des femmes et des hommes traumatisés. Les syndromes du viol et de l'inceste recouvrent la vieille névrose hystérique. Nous n'utilisons pourtant plus ce terme car il stigmatise.

Le viol incestueux ou non-incestueux est si fréquent qu'il imprègne toute la psychopathologie. Le traumatisme du viol et de l'inceste est un organisateur psychologique qui se superpose aux tempéraments et tendances psychologiques spontanés. Il structure l'hystérie chez tout un chacun. En outre, l'effraction du traumatisme produit le souvenir traumatique qui est un quasi-irreprésenté, incapable de lier de manière civilisée les impulsions ultérieures, et qui laisse toute la place pour des courts-circuits psychiques s'exprimant dans des actes comme ceux des addictions de toute nature. C'est particulièrement vrai chez les enfants et les adolescents, sujets en développement s'il en est. En effet, chez eux la répétition ne se fait pas seulement en pensée mais aussi en acte, que ce soit dans des jeux répétitifs ou dans des passages à l'acte. Si l'on est

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

optimiste on pensera que ce qui a été subi passivement est répété activement pour tenter de contrôler l'effroi. Si l'on est plus pessimiste on concevra la répétition des traumatismes ou "*addiction au traumatisme*" ou "*traumatophilie*", comme une perversion acquise dans le traumatisme du viol et de l'inceste par le mélange des registres érotiques et agressifs. La répétition du cauchemar évoque le scénario unique et mille fois répété du pervers. "*Aimer le violeur atténue la souffrance du traumatisme*" dit l'une. Celui qui a désiré au point d'agresser est strictement inoubliable. Personne ne pourra jamais désirer un sujet à ce point. Dans cette perspective, il est proprement inacceptable que le viol se soit produit par hasard. L'admettre adjoindrait le désespoir à la blessure. Ce pourrait être la signification existentielle de l'expérience de viol.

La psychologie de la mémoire est au centre de la compréhension de la psychopathologie des traumatismes sexuels. Pierre Janet disait dans *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps* que les "*réminiscences traumatiques*" sont comme hors du temps, comme si tout était survenu hier. Avant Freud, il avait compris la multiplicité des états de conscience dans le psychisme, et le défaut de mémoire de certains états de la personne où existe un "*rétrécissement du champ de la conscience*". Ce sont là, également, des postulats de Freud qui affirmait que les hystériques souffrent de réminiscences et que dans l'Inconscient les faits ne se réfèrent pas à une chronologie historique. L'étude de Tours a montré que la dissociation est associée au traumatisme comme syndrome complet c'est-à-dire comme état, et non comme symptôme élémentaire aspécifique c'est-à-dire comme trait. La dissociation secondaire à un viol est un mécanisme de défense du psychisme qui empêche la mémorisation explicite du traumatisme. Sa grande efficacité fraye la voie chez le traumatisé à sa reproduction ultérieure dans des événements de moins grande intensité et à des troubles de mémoire qui dépassent les circonstances du traumatisme.

Aucun traitement ne pourra réparer ce qui n'a pas été vécu normalement. "*Mon beau-père m'a privée des premiers amours et des aventures d'adolescents*" dit l'une. C'est, cependant, pour soigner au mieux les victimes de viol et d'inceste que les études ici exposées ont été entreprises. Un centre spécifique de traitement de victimes de traumatismes psychiques s'avère nécessaire pour elles, notamment pour les victimes de traumatismes prolongés comme l'inceste. Pour les traiter, la première règle est de les croire sans douter. Sinon, tout est fini avant de commencer. Il faut savoir aussi supporter que le transfert fasse de nous le violeur. Dans les rêves de l'agressée, les viols se succèdent parfois, avec une multiplicité de visages. "*Dans le rêve, le dernier visage de violeur était celui de mon père, puis il s'est estompé pour faire place au vôtre*" dit une autre. Le traitement des traumatisés sexuels, conçu comme activité de représentation symbolique d'un irreprésenté ou d'un représenté de manière si ténue, renvoie à celui des patients qui présentent des manifestations psychosomatiques. Le Moi est l'origine et l'accomplissement de ce travail de

symbolisation des traces mnésiques implicites. *"Là où était le ça, le Moi doit advenir"* écrivait Freud. Traiter une victime de viol, c'est transformer les images des souvenirs traumatiques en une histoire. La distance entre ces deux pôles est celle qui sépare le pictogramme du langage, le sensoriel de l'idée.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### REFERENCES

- ABRAHAMK (1907<sub>a</sub>) Signification des traumatismes sexuels juvéniles pour la symptomatologie de la démence précoce. In : *Oeuvres complètes*. Paris, Payot, 1965.
- ABRAHAMK (1907<sub>b</sub>) Les traumatismes sexuels comme forme d'activité sexuelle infantile. In : *Oeuvres complètes*. Paris, Payot, 1965.
- ABRAHAMK (1908) Les différences psychosexuelles entre l'hystérie et la démence précoce. In : *Oeuvres complètes*. Paris, Payot, 1965.
- ADAMS-TUCKER C (1982) Proximate effects of sexual abuse in childhood : a report on 28 children. *American Journal of Psychiatry* 139, 1252-1256.
- ADES J (1989) *Les relations entre alcoolisme et pathologie mentale*. Rapport au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris, Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- ANDERSON JC, MARTIN JL, MULLEN PE (1993) Prevalence of childhood sexual abuse experiences in a community sample of women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32, 911-919.
- ARMSWORTH MW, HOLADAY M (1993) The effects of psychological trauma on children and adolescents. *Journal of Counseling & Development* 72, 49-56.
- ARNOLD RP, ROGERS D, COOK DAG (1990) Medical problems of adults who were sexually abused in childhood. *British Medical Journal* 300, 705-708.
- ASSOCIATION NORMANDE DE CRIMINOLOGIE (1977) *L'inceste en milieu rural*. Paris, Vrin.



- ASTON-JONES G, BLOOM FE (1981) Norépinephrine-containing locus coeruleus neurons in behaving rats exhibit pronounced responses to non-noxious environmental stimuli. *Journal of Neuroscience* 1, 887-900.
- ATKESON B, CALHOUN K, RESICK P (1982) Victims of rape : repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50, 96-102.
- AZAME (1876) Amnésie périodique ou dédoublement de la vie. *Annales Médico-Psychologiques* 16, 5-35.
- AZAME (1876) Periodical amnesia or double consciousness. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 3, 584-612.
- AZAME (1876) Le dédoublement de la personnalité. Suite de l'histoire de Felinda X. *Revue Scientifique* 18, 265-269.
- AZAME (1877) Le dédoublement de la personnalité et l'amnésie périodique. Suite de l'histoire de Felinda X. Relation d'un fait nouveau du même ordre. *Revue Scientifique* 7:2, 575-581.
- AZAME (1887) *Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité*. Paris, Baillière.
- AZAME (1892) Double consciousness. In : D Tuke (Ed), *A dictionary of psychological medicine*. Philadelphia, Blakiston.
- AZAME (1893) *Hypnotisme et double conscience*. Paris, Alcan.
- BAGLEY C, RAMSEY R (1986) Sexual abuse in childhood : psychological outcomes and implications for social work practice. *Journal of Social Work & Human Sexuality* 4, 33-47.
- BAKER AW, DUNCAN SP (1985) Child sexual abuse : a study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse & Neglect* 9, 457-467.
- BARDET-GIRAUDON C, BENOIT G, LOCQUET D (1983) *Viol et crédibilité*. Rapport de Médecine Légale à la LXXXIème session (Poitiers) du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris, Masson.
- BARLOW DH (1988) *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New-York, The Guilford Press.
- BARLOW DH (1993) *Clinical handbook of Psychological Disorders*, 2nd edition. New-York, The Guilford Press.
- BARRIER G (1994) Préface. In : JH Soutoul & O Chevrant-Breton (Eds), *Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur*. Paris, Ellipses.
- BARROIS C (1970) Le concept de névrose traumatique au regard de la psychopathologie de guerre. *Revue des corps de santé* 11, 505-513.
- BARROIS C (1988) *Les Névroses Traumatiques*. Paris, Dunod.
- BEAUNIS H (1887) *Le somnambulisme provoqué*. Paris, Baillière.
- BECHHOFFER L, PARROT A (1991) What is acquaintance rape ? In : A Parrot & L Bechhofer (Eds), *Acquaintance Rape. The hidden crime*. New York, John Wiley & Sons.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- BECK AT, BEAMESDEFER A (1974) Assessment of depression : the Depression Inventory. In : P Pichot (Ed), *Psychological measurements in psychopharmacology*. Mod Probl Pharmacopsychiat 7, 151-169. Krager, Basel.
- BECK JC, VAN DER KOLK BA (1987) Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. *American Journal of Psychiatry* 144, 1474-1476.
- BECKER JV, SKINNER LJ, ABEL GG (1982) The incidence and types of sexual dysfunctions in rape and incest victims. *Journal of Sex and Marital Therapy* 8, 65-74.
- BELL CC (1991) Victims' services in community mental health centers. *Hospital and Community Psychiatry* 42, 1093.
- BELLANGER A (1854) Histoire d'une somnambule douée d'une double existence intellectuelle et morale. In : *Le magnétisme : vérités et chimères de cette science occulte*. Paris, Guilhermet.
- BERGER D, SAITO S, ONO Y, TEZUKA I, SHIRAHASE J, KUBOKI T, SUEMATSU H (1994) Dissociation and child abuse histories in an eating disorder cohort in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90, 274-280.
- BERNSTEIN EM, PUTNAM FW (1986) Development, reliability and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 174:12, 727-734.
- BINET A (1889) Les altérations de la conscience chez les hystériques. *Revue Philosophique* 1, 135.
- BINET A (1889 - 1890) *On double consciousness*. *Experimental psychological studies*. Chicago, Open Court Publishing Company. Deuxième édition : Washington, University Publications of America, 1977.
- BINET A (1892) *Les altérations de la personnalité*. Paris, Felix Alcan.
- BION WR (1961) *Recherches sur les petits groupes*. Paris, Presses Universitaires de France, 1965.
- BLAKE DD, WEATHERS FW, NAGY LM, KAPOULEK DG, KLAUMINZER G, KAENE TM (1990) A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD : the CAPS. *The Behavior Therapist* 13, 187-188.
- BLAKE DJ (1986) Treatment of acute posttraumatic stress disorder with tricyclic antidepressants. *Southern Medical Journal* 79, 201-204.
- BLEICH A, SIEGEL B, GARB R, LERER B (1986) Post-Traumatic Stress Disorder following combat exposure : clinical features and psychopharmacological treatment. *British Journal of Psychiatry* 149, 365-369.
- BOETEAU M (1892) Automatismes somnambuliques avec dédoublement de la personnalité. *Annales Médico-Psychologiques 7ème série, V*, 63-79.
- BOLTON FG, MORRIS LA, MACEACHRONAE (1989) *Males at risk : the other side of child sexual abuse*. Newbury Park, CA, Sage.

- BOUHOUTSOS J, HOLROYD J, LERMAN H (1983) Sexual intimacy between psychotherapists and patients. *Professional Psychology : Research and Practice* 14, 185-196.
- BOURGEOIS M (1991) *Sexualité et institution psychiatrique*. Communication personnelle.
- BOURRU H, BUROT P (1885) De la multiplicité des états de conscience. *Revue Philosophique de la France et de l'Etranger* 20, 411-416.
- BOURRU H, BUROT P (1888) *Les variations de la personnalité*. Paris, Baillière.
- BOWLBY J (1969) Attachment and loss, vol 1 ; *Attachment*. New York, Basic Books.
- BOWLBY J (1973<sub>a</sub>) Attachment and loss, vol 2 ; *Separation*. New York, Basic Books.
- BOWLBY J (1973<sub>b</sub>) Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *American Journal of Psychoanalysis* 44, 9-27.
- BOWLBY J (1980) Attachment and loss, vol 3 ; *Loss*. New York, Basic Books.
- BOWNES IT, GORMAN EC, SAYERS A (1991) Assault characteristics and post-traumatic stress disorder in rape victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83, 27-30.
- BREMMER JD, SEIBYL JP, SCOTT TM (1992) Decreased hippocampal volume in posttraumatic stress disorder. In : *New Research Abstracts of the American Psychiatric Association* (Abstract N° 155). Washington DC, American Psychiatric Association.
- BRENNER JD, STEINBERG M, SOUTHWICK SM, JOHNSON DR, CHARNEY DS (1993) Use of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders for systematic assessment of dissociative symptoms in Post-Traumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry* 150:7, 1011-1014.
- BREMMER JD, DAVIS M, SOUTHWICK SM, KRISTAL JH, CHARNEY DS (1993) Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder. In : JM Oldham, MB Riba & A Tasman (Eds), *Review of Psychiatry* 12. Washington DC, American Psychiatric Press.
- BRESLAU N, DAVIS CG, ANDRESKI P, PETERSON E (1991) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 48:3, 216-222.
- BRESLAU N, DAVIS GC (1992) Post-Traumatic Stress Disorder in a urban population of young adults : risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry* 149:5, 671-675.
- BREUER J, FREUD S (1893/5) *Etudes sur l'hystérie*. Paris, Presses Universitaires de France, 1956.
- BRIERE J, ZAIDI LY (1989) Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *American Journal of Psychiatry* 146, 1602-1606.
- BRIOLE G, LEBIGOT F, LAFONT B, FAVRE JD, VALLET D (1994) *Le traumatisme psychique*. Rapport de psychiatrie à la LXXXXIIème session (Toulouse) du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris, Masson.
- BRIQUET P (1859) *Traité Clinique et Thérapeutique de l'Hystérie*. Paris, Baillière.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- BROMET E, HARROW M, KASL S (1974) Premorbid functioning and outcome in schizophrenics and nonschizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 30, 203-207.
- BROUARDEL P (1909) *Les attentats aux moeurs*. Paris, Librairie JB Baillière.
- BROWN GR, ANDERSON B (1991) Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry* 148:1, 55-61.
- BROWNE A, FINKELHOR D (1986) Impact of child sexual abuse : a review of the research. *Psychological Bulletin* 99, 66-77.
- BROWNMILLER S (1975) *Against our will : men, women and rape*. New-York, Simon & Schuster.
- BRIERE J, CONTE J (1993) Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress* 6, 21-31.
- BRYER JB, NELSON BA, MILLER JB (1987) Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry* 146, 1602-1606.
- BURGESS AW, HOLMSTROM LL (1974) Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry* 131, 981-986.
- BURGESS AW, HOLMSTROM LL (1978) Recovery from rape and prior life stress. *Research in Nursing and Health* 1, 165-174.
- BURGESS AW, GROTH AN, MCCAUSLAND MP (1981) Child sex initiating rings. *American Journal of Orthopsychiatry* 51, 110-118.
- BURGESS AW (1984<sub>a</sub>) *Child pornography and sex rings*. Lexington, MA, Lexington Books.
- BURGESS AW (1984<sub>b</sub>) Response patterns in children and adolescents exploited through sex rings and pornography. *American Journal of Psychiatry* 14, 656-662.
- BURKHART B (1983) *Acquaintance rape statistics and prevention*. Communication, Rape Prevention on Colleges Campuses Conference. Louisville, KY, decembre 1983.
- BURSTEIN A (1984) Treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics* 25, 683-687.
- CALHOUN KS, ATKESON BM (1991) *Treatment of rape victims. Facilitating psychosocial adjustment*. New York, Pergamon Press.
- CAMERON P, PROCTOR K, COBURN WJ, FORDE N, LARSON H, CAMERON K (1986) Child molestation and homosexuality. *Psychological Reports* 58, 327-337.
- CAMUSET L (1882) Un cas de dédoublement de la personnalité. *Annales Médico-Psychologiques* 7, 75-86.
- CARLSON EB, PUTNAM FW, ROSS CA, TOREM M, COONS P, DILL DL, LOEWENSTEIN RJ, BRAUN BG (1993) Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for Multiple Personality Disorder : a multicenter study. *American Journal of Psychiatry* 150:7, 1030-1036.

- CARMEN E, RECKER PP, MILLS T (1984) Victims of violence and psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry* 141, 378-383.
- CARPENTER WT, HEINRICHS DW, WAGMAN AMI (1988) Deficit and nondeficit forms of schizophrenia : the concept. *American Journal of Psychiatry* 145, 578-583.
- CHABERT MJ (1910) La dissociation d'une personnalité. *Archives d'Anthropologie Criminelle* 25, 596-617.
- CHARCOT JM (1870 - 1889) *L'hystérie*. Textes choisis. Toulouse, Privat, 1971.
- CHARCOT JM (1884) *Oeuvres complètes*, Leçons sur les maladies du système nerveux, III, 299-359. Paris, Progrès médical, 1890.
- CHARNEY DS, SOUTHWICK SM, KRYSAL JH, DEUTCH AY, MURBURG MM, DAVIS M (1994) Neurobiological mechanisms of PTSD. In : MM Murburg (Ed), *Catecholamine function in Post-Traumatic Stress Disorder*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- CHOQUET M, LEDOUX S [avec la collaboration scientifique de MANFREDI R, MARECHAL C, CHAVANCE M, DARVES-BORNOZ JM, MOREAU T, AMNESI I] (1994) *Adolescents. Enquête nationale*. Paris, Les Editions INSERM - La Documentation Française.
- CHU JA, DILL DL (1990) Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry* 147, 887-892.
- CICCHETTI D, CARLSON V (1989) *Child maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge, Cambridge University Press.
- CICCHETTI D (1989) How research on child maltreatment has informed the study of child development : perspectives from developmental psychopathology. In : D Cicchetti & V Carlson (Eds), *Child maltreatment, Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge, Cambridge University Press.
- CLAUDE H (1937) Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques* 95:II, 1-14 et 141-164.
- COLE PM, PUTNAM FW (1992) Effect of incest on self and social functioning : a developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60:2, 174-184.
- COTTLER LB, COMPTON WM, MAGER D, SPITZNAGEL EL, JANCA A (1992) Post-Traumatic Stress Disorder among substance users from the general population. *American Journal of Psychiatry* 149:5, 664-670.
- CRAINE LS, HENSON CE, COLLIVER JA, MACLEANDG (1988) Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry* 39:3, 300-304.
- CROCQ L, LEFEBVRE P, GIRARD V, CLEMENT J (1965) *Hystérie et névrose traumatique*. Communication à la LXIIIème session (Lausanne) du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris, Masson.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- CROCQ L, LEFEBVRE P, BAZOT M (1966) *Recherche sur l'expérience vécue névrotique et sa signification dans le langage sous narco-analyse. Au sujet de 50 observations de névrose L'Étiologie sexuelle* (Grenoble) Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris, Masson.
- CROCQ L, SAILHAN M, BARROIS C (1983) Névroses traumatiques. In : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 37239 A 10. Paris, Editions techniques.
- CROCQ L, DOUTHEAU C, SAILHAN M (1987) Les réactions émotionnelles dans les catastrophes. In : *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37113 D10. Paris, Editions techniques.
- CROCQ L (1992) Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles. *Psychologie Médicale* 24:5, 427-432.
- CURTIS LA (1976) Present and future measures of victimization in forcible rape. In : Walker & Brodsky (Eds), *Sexual Assault*. Lexington, Heath.
- DALIGAND L, GONIN D (1993) *Violence et victimes*. Lyon, Méditations.
- DALY M, WILSON J (1981) Child maltreatment from a sociobiological perspective. *New Directions for Child Development* 11, 93-112.
- DARCOURT G (1993) *Economie psychique de la dépendance*. Conférence au congrès "Addictions. Dépendance et conduites de dépendance". Lille, 25-26 mars 1993.
- DARVES-BORNOZ JM, LEMPERIERE T (1996<sub>a</sub>) Sexual abuse in the childhood and adolescence of schizophrenics. In : *International Annals of Adolescent Psychiatry*, vol 3. Chicago, University of Chicago Press (à paraître).
- DARVES-BORNOZ JM, DELMOTTE I, BENHAMOU P, DEGIOVANNI A, GAILLARD P (1996<sub>b</sub>) Le Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) et les conduites addictives. *Annales Médico-Psychologiques* (à paraître).
- DARVES-BORNOZ JM, BERGER C, DEGIOVANNI A, GAILLARD P (1996<sub>c</sub>) Traumatic syndromes of incestuous and non-incestuous rape (soumis pour publication).
- DARVES-BORNOZ JM (1996<sub>d</sub>) *Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste*. Thèse de doctorat de l'Université Pierre et Marie Curie (Paris VI). Paris, Université Paris VI.
- DARVES-BORNOZ JM, LEMPERIERE T, DEGIOVANNI A, GAILLARD P (1995<sub>a</sub>) Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 30, 78-84.
- DARVES-BORNOZ JM, DEGIOVANNI A, GAILLARD P (1995<sub>b</sub>) Why is dissociative identity disorder infrequent in France ? *American Journal of Psychiatry* 152:10, 1530-1531.
- DARVES-BORNOZ JM, BENHAMOU P, DEGIOVANNI A, LEPINE JP, GAILLARD P (1995<sub>c</sub>) Les traumatismes psychiques et les troubles mentaux. *Annales Médico-Psychologiques* 153:1, 77-80.

- DARVES-BORNOZ JM, DELMOTTE I, BENHAMOU P, DEGIOVANNI A, GAILLARD P (1995<sub>d</sub>)  
Is Post-Traumatic Stress Disorder an etiological factor in addictive behavior.  
In : *New Research Abstracts of the American Psychiatric Association*  
(Abstract n° 388). Washington DC, American Psychiatric Association.
- DARVES-BORNOZ JM (1995<sub>e</sub>) *The trauma of rape in male victims*. Fourth European  
Conference on Traumatic Stress of the European Society for Traumatic Stress  
Studies (ESTSS). Paris, 7-12 mai 1995.
- DARVES-BORNOZ JM, DEGIOVANNI A, BERGER C, SOUTOUL JH (1995<sub>f</sub>) *Incestuous rape  
in adolescence*. Fourth International Congress of the International Society for  
Adolescent Psychiatry (ISAP). Athènes, 5-8 juillet 1995.
- DARVES-BORNOZ JM (1995<sub>g</sub>) *La névrose traumatique : la reconnaître, la traiter*.  
Trente-troisièmes Journées de Formation Médicale Continue de la Faculté de  
Médecine de Tours. Tours, 25-28 septembre 1995.
- DARVES-BORNOZ JM (1995<sub>h</sub>) *Les victimisations sexuelles des femmes schizoéphrènes*.  
Troisième Salon International Psychiatrie et Système Nerveux Central. Paris,  
8-11 novembre 1995.
- DARVES-BORNOZ JM, BERGER C, DEGIOVANNI A, SOUTOUL JH, GAILLARD P (1994<sub>a</sub>)  
Traiter les traumatismes psychiques : une urgence psychiatrique. *Annales  
Médico-Psychologiques* 152:9, 649-652.
- DARVES-BORNOZ JM, BENHAMOU P, DEGIOVANNI A, LEPINE JP (1994<sub>b</sub>) Trauma and  
Post-Traumatic Stress Disorder in female psychiatric inpatients. In : *New  
Research Abstracts of the American Psychiatric Association* (Abstract n°  
242). Washington DC, American Psychiatric Association.
- DARVES-BORNOZ JM, BERGER C, DEGIOVANNI A, LEPINE JP, SOUTOUL JH, GRATEAU  
MT, GAILLARD P (1994<sub>c</sub>) Les états de stress post-traumatiques chez les victimes  
de viol. *European Psychiatry* 9, suppl 1, 30s.
- DARVES-BORNOZ JM, DEGIOVANNI A, LEMPERIERE T, GAILLARD P (1994<sub>d</sub>) Les femmes  
atteintes de schizoéphrénie difficiles à traiter et les sévices sexuels. In :  
*Comptes-rendus de la LXXXIIème session (Toulouse) du Congrès de  
Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*. Paris, Masson.
- DARVES-BORNOZ JM, BERGER C, DEGIOVANNI A, SOUTOUL JH, GAILLARD P (1994<sub>e</sub>)  
*Long term outcome of victims of rape in childhood or adolescence*.  
Thirteenth International Congress of the International Association for Child  
and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP). San Francisco,  
24-28 juillet 1994.
- DARVES-BORNOZ JM (1994<sub>f</sub>) Place des traumatismes sexuels dans la genèse des  
troubles mentaux. In : JH Soutoul & O Chevrant-Breton (Eds), *Les  
agressions sexuelles de l'adulte et du mineur*. Paris, Ellipses.
- DARVES-BORNOZ JM (1994<sub>g</sub>) *Etats de stress post-traumatiques : pathologie anxieuse,  
pathologie dépressive ou ... pathologie du traumatisme ?* Intervention au  
Regroupement Inter-régional des Universitaires et des Internes de Psychiatrie  
de l'Ouest. Rennes, 17 mars 94.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- DARVES-BORNOZ JM (1994<sub>h</sub>) *Psychopathologie des victimes de violences sexuelles*. Trente-deuxièmes Journées de Formation Médicale Continue de la Faculté de Médecine de Tours. Tours, 21 septembre 1994.
- DARVES-BORNOZ JM, DEGIOVANNI A, LEMPERIERE T (1993<sub>a</sub>) Rape and attempted rape in women with schizophrenia and bipolar disorder. In : *New Research Abstracts of the American Psychiatric Association* (Abstract n° 288). Washington DC, American Psychiatric Association.
- DARVES-BORNOZ JM, DEGIOVANNI A, GAILLARD-SIZARET C, LEMPERIERE T (1993<sub>b</sub>) *Viol et addiction au trauma*. Congrès "Dépendance et conduites de dépendance". Lille, 25-26 mars 1993.
- DARVES-BORNOZ JM (1993<sub>c</sub>) Traiter les états de stress post-traumatiques. *Revue de Médecine de Tours* 27:6, 181-183.
- DARVES-BORNOZ JM, LEMPERIERE T (1992<sub>a</sub>) *Sexual abuse in childhood and adolescence of schizophrenics-to-be*. Third International Congress of the International Society of Adolescent Psychiatry (ISAP). Chicago, 12-15 juillet 1992.
- DARVES-BORNOZ JM, LEMPERIERE T (1992<sub>b</sub>) *Pensée volée, femmes violées*. Deuxième congrès de l'Association Mondiale de Psychiatrie et Psychologie Légales. Paris, 18-20 décembre 1992.
- DARVES-BORNOZ JM, LEMPERIERE T (1992<sub>c</sub>) The sexual functioning of schizophrenic women. In : *New Research Abstracts of the American Psychiatric Association* (Abstract n° 442). Washington DC, American Psychiatric Association.
- DARVES-BORNOZ JM (1992<sub>d</sub>) *Sexualité manifeste et devenir social chez les femmes schizoéphrènes : de l'adolescence à l'âge adulte*. Thèse de médecine. Tours, Université François Rabelais (Faculté de médecine de Tours).
- DARVES-BORNOZ JM (1990) *Recherche sur la sexualité des femmes schizoéphrènes*. Mémoire de DEA. Paris, Université Pierre et Marie Curie (Paris VI).
- DAVIDSON JRT, WALKER JI, KILTS C (1987) A pilot study of Phenelzine in the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. *British Journal of Psychiatry* 150, 252-255.
- DAVIDSON JRT, KUDLER HS, SMITH RD (1989) Validity and reliability of the DSM-III criteria for Post-Traumatic Stress Disorder : experience with a structured interview (SI-PTSD). *The Journal of Nervous and Mental Disease* 177, 336-341.
- DAVIDSON JRT, KUDLER HS, SMITH RD (1990) Assessment and pharmacotherapy of Post-Traumatic Stress Disorder. In : EL Giller (Ed), *Biological assessment and treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- DAVIDSON JRT, HUGHES D, BLAZER D (1991<sub>a</sub>) Post-traumatic stress disorder in the community : an epidemiological study. *Psychological Medicine* 21, 1-9.
- DAVIDSON JRT, ROTH S, NEWMAN E (1991<sub>b</sub>) Treatment of post-traumatic stress disorder with fluoxetine. *Journal of Traumatic stress* 4, 419-423.



- DAVIDSON JRT (1994) *Traumatic stress, PTSD and depression*. Mixed Anxiety-Depression Symposium, American Psychiatric Association, 147th Annual Meeting. Philadelphia 21-26 mai 1994.
- DE BONIS M, CHARLOT V, HARDY P, FELINE A (1988) Identité personnelle et personnalité multiple. *Annales Médico-Psychologiques* 146:7, 593-607.
- DE CASTER AJ, SPENCE MJ (1986) Prenatal maternal speech influences newborn's perception of speech sounds. *Infant Behavior and Development* 9, 133-150.
- DEGIOVANNI A, GAILLARD-SIZARET C, GAILLARD P (1980) *Psychopathologie et identité*. Rapport de Psychiatrie au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris, Masson.
- DELAY J, BUISSON JF, SADOUN R (1955) Aux frontières du délire, la rêverie morbide. *L'Encéphale* 44:4, 336-349.
- DELAY J, BRION S (1969) *Le syndrome de Korsakoff*. Paris, Masson.
- DELTAGLIA L (1986) Etude psychosociale de 44 dossiers d'expertise d'enfants victimes d'abus sexuels. In : *Enfants Maltraités*. Paris, Vigot.
- DEMAUSE L (1991) The universality of incest. *Journal of Psychohistory* 19:2, 123-164.
- DESPINE A (1840) *De l'emploi du magnétisme animal et des eaux minérales dans le traitement des maladies nerveuses, suivi d'une observation très curieuse de guérison de névropathie*. Paris, Baillière.
- DESPINE P (1880) *Le somnambulisme*. Paris, F Savy.
- DE YOUNG M (1981) Case reports : the sexual exploitation of incest victims by health professionals. *Victimology* 6, 92-101.
- DI NARDO PA, O'BRIEN GT, BARLOW DH, WADELL MT, BLANCHARD EB (1983) Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview, the ADIS. *Archives of General Psychiatry* 40, 1070-1074.
- DI NARDO PA, MORAS K, BARLOW DH, RAPEE RM, BROWN TA (1993) Reliability of DSM-III-R anxiety disorders categories : using the Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry* 50, 251-256.
- DI VASTO PV, KAUFMANN A, ROSNER L (1984) The prevalence of sexually stressful events among females in the general population. *Journal of Sexual Behavior* 13, 59-67.
- DIXON KN, ARNOLD LE, CALESTRO K (1978) Father-son incest : underreported psychiatric problem ? *American Journal of Psychiatry* 135, 835-838.
- DOLERIS M (1920) Sur le dédoublement de la personnalité. *Bulletin de l'Académie de Médecine* 83, 323-324.
- DOUTHEAU C (1984) Prévention et réduction des paniques en milieu militaire. *Annales Médico-Psychologiques* 142:2, 241-247.
- DUCHE DJ, ENGELS C (1959) Les tests projectifs dans l'étude de l'hystérie infantile et juvénile. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile* 7, 221-229.
- DUCHE DJ (1989) L'inceste. *Journal de Médecine Légale Droit Médical* 32:5, 375-388.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- DUFAY M (1883) Le dédoublement de la personnalité. *Revue Scientifique* 32, 703-704.
- DUGAS L (1898) Un cas de dépersonnalisation. *Revue Philosophique* 45, 500-507.
- DWORKIN RH (1990) Patterns of sex differences in negative symptoms and social functioning consistent with separate dimensions of schizophrenic psychopathology. *American Journal of Psychiatry* 147, 347-349.
- ELLIOTT M (1994) What survivors tell us. In : *Female sexual abuse of children*. New-York, The Guilford Press.
- ELLIS EM, ATKESON BM, CALHOUN KS (1981) An assessment of long-term reaction to rape. *Journal of Abnormal Psychology* 90, 263-266.
- EMSLIE GJ, ROSENFELD A (1983) Incest reported by children and adolescents hospitalised for severe psychiatric disorder. *American Journal of Psychiatry* 140, 708-711.
- ENDICOTT J, SPITZER RL (1978) A diagnostic interview : the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 35, 837-844.
- ENSINK BJ (1992) *Confusing realities. A study on child abuse and psychiatric symptoms*. Amsterdam, VU University Press.
- ERICHSEN JE (1864) *A science and art of surgeon being a Yreatise on surgical injuries, diseases and operations*. London, Walton and Maberly.
- ESTRICH S (1987) *Real rape : How the legal system victimizes women who say no*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- ETH S, PYNOOS R (1985) *Post-Traumatic stress disorder in children*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- EVERT K, BIJKERK I (1987) *When you're ready : A woman's healing from childhood physical and sexual abuse by her mother*. Walnut Creek, CA, Launch Press.
- EYSENCK HJ, EYSENCK SBG (1964) *Manual of Eysenck Personality Inventory*. Londres, University of London Press.
- FAIMBERG H (1993) Le télescope des générations. A propos de la généalogie de certaines identifications. In : R Kaës, H Faimberg, M Enriquez & JJ Baranes (Eds), *Transmission de la vie psychique entre générations*. Paris, Dunod.
- FALCONE S, RYAN C, CHAMBERLAIN K, CUTIS G (1985) Tricyclics : a possible treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 46, 385-388.
- FBI (Federal Bureau of Investigation) (1982) *Uniform crime reports*. Washington, DC, US Department of justice.
- FBI (Federal Bureau of Investigation) (1991) *Uniform crime reports*. Washington, DC, US Department of justice.
- FELDMAN-SUMMERS S, JONES G (1984) Psychological impacts of sexual contact between therapists or other health care practitioners and their clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52, 1054-1061.
- FELINE A (1991) Les dépressions hostiles. In : A Féline, P Hardy & M de Bonis (Eds), *La dépression. Etudes*. Paris, Masson
- FENICHEL O (1945) *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris, PUF, 1953.

- FERENCZI S (1918) *Psychanalyse des névroses de guerre*. In : *Psychanalyse III*. Paris, Payot, 1990.
- FERENCZI S (1932) Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion. In : *Psychanalyse IV*, 125-135. Paris, Payot, 1990.
- FESHBACH S (1974) The development and regulation of aggression : Some research gaps and a proposed cognitive analysis. In : J De Wit & W Hartup (Eds), *Determinants and origins of aggressive behavior*. Paris, Mouton.
- FINKELHOR D (1979) *Sexually victimized children*. New-York, Free Press.
- FINKELHOR D, HOTALING GT (1984<sub>a</sub>) Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect : an appraisal. *Child abuse & neglect* 8, 22-33.
- FINKELHOR D, RUSSELL D (1984<sub>b</sub>) Women as perpetrators. In : D Finkelhor (Ed), *Child sexual abuse : new theory and research*. New-York, Free Press.
- FINKELHOR D (1984<sub>c</sub>) Boys as victims : review of the evidence. In : D Finkelhor (Ed), *Child sexual abuse : new theory and research*. New York, Free Press.
- FINKELHOR D (1987<sub>a</sub>) The sexual abuse of children : current research reviewed. *Psychiatric Annals* 17, 233-241.
- FINKELHOR D, STRAPKO N (1987<sub>b</sub>) Sexual abuse prevention education : a review of evaluation studies. In : D Willis & M Rosemberg (Eds), *Child abuse prevention*. New-York, Wiley.
- FINKELHOR D, HOTALING G, LEWIS IA, SMITH C (1990) Sexual abuse in a national survey of adult men and women : prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse & Neglect* 14, 19-28.
- FINKELHOR D (1994) Abus sexuel et santé sexuelle chez l'enfant : nouveaux dilemmes pour le pédiatre. *Journal Suisse de Médecine* 124:51/52, 2320-2330.
- FLETCHER KE (1995) Childhood post-traumatic stress disorder. In : EJ Mash & RA Barkley (Eds), *Child psychopathology*. New York, The Guilford Press.
- FOA EB, ROTHBAUM BO, RIGGS D (1991) Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 715-723.
- FOA EB, ZINBARG R, ROTHBAUM BO (1992) Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder. *Psychological Bulletin* 112, 218-238.
- FOLLIN S, CHAZAUD J, PILON L (1961) Cas cliniques de psychoses hystériques. *L'Evolution Psychiatrique* 26, 257-286.
- FOLLIN S (1963) *Les états oniroïdes. Essai de psychopathologie et phénoménologie clinique*. Rapport de psychiatrie à la LXI<sup>ème</sup> session (Nancy) du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris, Masson.
- FOY DW (1992) *Treating PTSD. Cognitive-behavioral strategies*. New York, The Guilford Press.
- FRANK E, TURNER SM, STEWART B (1980) Initial response to rape : the impact of factors within the rape situation. *Journal of Behavioral Assessment* 62, 39-53.
- FRANK E, TURNER SM, STEWART BD (1981) Past psychiatric symptoms and the response of sexual assault. *Comprehensive Psychiatry* 22, 479-487.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- FRANK E, ANDERSON BP (1987) Psychiatric disorders in rape victims : past history and current symptomatology. *Comprehensive Psychiatry* 28, 77-82.
- FRANK JB, KOSTEN TR, GILLER EL, DAN E (1988) A preliminary study of Phenelzine and Imipramine for Post-Traumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry* 145, 1289-1291.
- FREUD S (1887-1902) *La naissance de la Psychanalyse, lettres à Wilhelm Fliess*. Paris, Presses Universitaires de France, 1956.
- FREUD S, BREUER J (1893) *Les mécanismes psychiques des phénomènes hystériques*. Frankfurt am Main, S. Fisher Verlag. In : Etudes sur l'hystérie, Paris, Presses Universitaires de France, 1956.
- FREUD S (1897) Lettre à Wilhem Fliess du 21/09/97. In : *La naissance de la Psychanalyse*. Paris, Presses Universitaires de France, 1956.
- FREUD S (1911) Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Dementia Paranoïdes (Le Président Schreber). In : *Cinq Psychanalyses*. Paris, Presses Universitaires de France, 1954.
- FREUD S (1914) Pour introduire le narcissisme. In : *La vie sexuelle*. Paris, Presses Universitaires de France, 1969.
- FREUD S (1916-1917) *Introduction à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1965.
- FREUD, S (1920) Au-delà du principe de plaisir. In : *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1979.
- FREUD S (1923) Le moi et le ça. In : *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris, Payot, 1951.
- FREUD S (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, Presses Universitaires de France, 1954.
- FREUD S (1939) *Moïse et le monothéisme*. Paris, Gallimard, 1948.
- FRIEDMAN S, HARRISON G (1984) Sexual histories, attitudes and behavior of schizophrenic and normal women. *Archives of Sexual Behavior* 13, 555-567.
- FRIEDMAN MJ, SCHNEIDERMAN MA, WEST AN, CORSON JA (1986) Measurement of combat exposure, post-traumatic stress disorder and life stress among Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry* 143, 537-539.
- FRIEDRICH W, WHEELER K (1982) The abusing parent revisited : A decade of psychological research. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 170, 577-587.
- FRIEDRICH WN, BEILKE RL, URQUIZA AJ (1988) Behavior problems in young sexually abused boys : a comparison study. *Journal of Interpersonal Violence* 3, 21-28.
- GABBARD GO (1989) *Sexual exploitation in professional relationships*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- GAILLARD P (1993) L'apprentissage. In : P Basgros & B de Toffol (Eds), *Introduction aux sciences humaines en médecine*. Paris, Ellipses.
- GARDNER RA (1991) *Sex abuse hysteria : Salem witch trials revisited*. Cresskill, NJ, Creative Therapeutics.

- GARMA L (1993) Rêves, absence de rêves et traumatismes extrêmes. *Neuro-Psy* 8:4, 191-197.
- GARTRELL N, HERMAN J, OLARTE S, FELDSTEIN M, LOCALIO R (1986) Psychiatrist-patient sexual contact : results of a national survey. *American Journal of Psychiatry* 143, 112-131.
- GELINAS D (1983) The persistent negative effects of incest. *Psychiatry* 46, 312-332.
- GIRELLI SA, RESICK PA, MARHOEFER-DVORAK S (1986) Subjective distress and violence during rape : their effects on long-term fear. *Violence and victims* 1, 35-45.
- GISLASON I, CALL J (1982) Dog bite in infancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 21, 203-207.
- GITTELMAN-KLEIN R, KLEIN DF (1969) Premorbid asocial adjustment and prognosis in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research* 7, 35-53.
- GLASER D (1991) Treatment issues in child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry* 159, 769-782.
- GOLDBERG DP, HILLIER VF (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 9, 139-145.
- GOLDMAN SJ, D'ANGELO EJ, DEMASO DR, MEZZACAPPA E (1992) Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 149:12, 1723-1726.
- GOODWIN DW, GUZE SB (1979) *Psychiatric diagnosis*, 2nd edition. New-York, Oxford University Press.
- GOODWIN J (1982) *Sexual abuse : Incest victims and their families*. Boston, MA, Wright/PSG.
- GOODWIN J, GEIL C (1982<sub>a</sub>) Why physicians should report child abuse : the example of sexual abuse. In : RP Kluft (Ed), *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- GOODWIN J, MCCARTHY T, DIVASTO P (1982<sub>b</sub>) Physical and sexual abuse of the children of adult incest victims. In : J Goodwin (Ed), *Sexual abuse : Incest victims and their families*. Boston, MA, Wright/PSG.
- GOODWIN J (1988<sub>a</sub>) Evaluation and treatment of incest victims and their families : a problem oriented approach. In : JG Howells (Ed), *Modern Perspectives in Psycho-Social pathology*. New-York, Brunner/Mazel.
- GOODWIN J, ATTIAS R, MCCARTY T, CHANDLER S, ROMANIK R (1988<sub>b</sub>) Reporting by adult psychiatric patients of childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry* 145, 1183-1184.
- GOODWIN JM, CHEEVES K, CONNELL V (1990) Borderline and other severe symptoms in adult survivors of incestuous abuse. *Psychiatric Annals* 20, 22-32.
- GOPNIK A (1993) Psychopsychology. *Consciousness and cognition* 2, 264-280.
- GOYER PF, EDDLEMAN HC (1984) Same-sex rape of nonincarcerated men. *American Journal of Psychiatry* 141, 576-579.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- GREEN A (1964) Névrose obsessionnelle et hystérie, leurs relations chez Freud et depuis. *Revue Française de Psychanalyse* 28:5/6, 679-716.
- GREEN AH (1993) Child sexual abuse : immediate and long-term effects and intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32:5, 890-902.
- GRINKER R, SPIEGEL J (1945) *Men under stress*. Philadelphia, Blackstone.
- GROSS M (1979) Incestuous rape : a cause for hysterical seizures in four adolescent girls. *American Journal of Orthopsychiatry* 49, 704-708.
- GUDJONSSON GH (1992) *The psychology of interrogations, confessions and testimony*. Chichester, UK, Wiley.
- GUNDERSON JG, SABO N (1993) The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry* 150, 19-27.
- GUY W (1970) *Assessment manual for psychopharmacology*, 3rd ed. Chevy Chase, National Institute of Mental Health.
- HALLER, FLANNERY PJ (1984) Prevalence and correlates of sexual assault experiences in adolescents. *Victimology* 9, 398-406.
- HALL R, TICE L, BERESFORD T, WOOLEY B, HALL A (1989) Sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Psychosomatics* 30, 73-79.
- HAMILTON M (1959) The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* 32, 50-55.
- HAMILTON M (1960) A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23, 56-62.
- HANSON RK (1990) The psychological impact of sexual assault on women and children : a review. *Annals of sex research* 3:2, 189-232.
- HELZER JE, ROBINS LN, McEVOY L (1987) Post-Traumatic Stress Disorder in the general population. *The New England Journal of Medicine* 317, 1630-1634.
- HERMAN JL (1981) *Father-daughter incest*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- HERMAN J, RUSSELL D, TROCKI K (1986) Long-term effects of incestuous abuse in childhood. *American Journal of Psychiatry* 143:10, 1293-1296.
- HERMAN JL, SCHATZOW E (1987) Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology* 4, 1-14.
- HERMAN JL, PERRY JC, VAN DER KOLK BA (1989) Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 146, 490-495.
- HERMAN JL (1992<sub>a</sub>) *Trauma and recovery*. New-York, Basic Books.
- HERMAN JL (1992<sub>b</sub>) Sequelae of prolonged and repeated trauma : evidence for a complex Post-Traumatic Syndrome (DESNOS). In : JRT Davidson & EB Foa (Eds), *Post-Traumatic Stress Disorder, DSM-IV and beyond*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- HERMAN JL (1995) Crime and memory. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 23:1, 5-17.

- HERTZBERGER S (1983) Social cognition and the transmission of abuse. In : D Finkelhor, R Gelles, G Hotaling & M Strauss (Eds) *Darkside of families : Current family violence research*. Beverly Hills, CA, Sage.
- HERZOG DB, STALEY JE, CARMODY S, ROBBINS WM, VAN DER KOLK BA (1993) Childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa : a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32:5, 962-966.
- HILGARD D (1977) *Divided consciousness : multiple controls in human thought and action*. New-York, John Wiley.
- HOBBS CJ, WYNNE JM (1987) Child Sexual Abuse - an increasing rate of diagnosis. *The Lancet* ii 8563, 837-841.
- HOGBEN GL, CORNFIELD RB (1981) Treatment of traumatic war neurosis with phenelzine. *Archives of General Psychiatry* 38, 440-445.
- HOLLENDER MH, HIRSCH SJ (1964) Hysterical psychosis : clarification of a concept. *American Journal of Psychiatry* 125, 81-87.
- HOLROYD JC, BRODSKY AM (1977) Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and non-erotic physical contact with patients. *American Psychologist* 32, 843-849.
- HOROWITZ MJ (1976) *Stress Response syndromes*. 1st Ed. Northvale, NJ, Jason Aronson.
- HOROWITZ M, WILNER N, ALVAREZ N (1979) Impact of Events Scale : a measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine* 41, 209-218.
- HOROWITZ MJ (1986) *Stress Response syndromes*. 2nd Ed. Northvale, NJ, Jason Aronson.
- HOROWITZ MJ (1992) *Stress Response syndromes*. 3rd Ed. Northvale, NJ, Jason Aronson.
- HOROWITZ MJ (1993) Stress-response syndromes. A review of Post-Traumatic Stress and adjustment disorders. In : Wilson JP & Raphael B (Eds), *International handbook of traumatic stress syndromes*. New-York, Plenum Press.
- HUSAIN A, CHAPEL JL (1983) History of incest in girls admitted to a psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry* 140, 591-593.
- JACOBSON A, RICHARDSON B (1987) Assault experiences of 100 psychiatric inpatients : evidence of the need for routine inquiry. *American Journal of Psychiatry* 144, 908-913.
- JAMES J, MEYERDING J (1977) Early sexual experiences and prostitution. *American Journal of Psychiatry* 134, 1381-1385.
- JANET J (1888) L'hystérie et l'hypnotisme, d'après la théorie de la double personnalité. *Revue Scientifique* 15 (s. 3), 616-623.
- JANET P (1885) Notes sur quelques phénomènes du somnambulisme. *Bulletin de la Société de Psychologie Physiologique* 1, 24-32.
- JANET P (1886) Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité pendant le somnambulisme provoqué. *Revue Philosophique* 22: II, 577-592.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- JANET P (1887<sub>a</sub>) L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques. *Revue Philosophique XXIII (II)*, 449-472.
- JANET P (1887<sub>b</sub>) L'anesthésie hystérique. *Archives de Neurologie 23*, 323-352.
- JANET P (1888) Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme. *Revue Philosophique 25: I*, 238-279.
- JANET P (1889) *L'automatisme Psychologique*. Thèse de doctorat ès lettres. Paris, Felix Alcan.
- JANET P (1892) L'amnésie hystérique. *Archives de Neurologie 24*, 29-55.
- JANET P (1893<sub>a</sub>) *Contribution à l'étude des accidents mentaux chez les hystériques*. Thèse de médecine. Paris, Rueff et Cie.
- JANET P (1893<sub>b</sub>) Quelques définitions récentes de l'Hystérie. *Archives de Neurologie XXV*, 417-438 (et *XXVI*, 1-29).
- JANET P (1893<sub>c</sub>) L'amnésie continue. *Revue générale des sciences 4*, 167-179.
- JANET P (1894/5) Un cas de possession et l'exorcisme moderne. *Bulletin de l'Université de Lyon, Dec 1894-Jan 1895*, 41-57. In : *Névroses et idées fixes*, Vol. 1. Paris, Felix Alcan.
- JANET P, RAYMOND F (1895) Les délires ambulatoires ou les fugues. *Gazette des Hôpitaux 68*, 754-762, 787-793.
- JANET P (1895) Les idées fixes de forme hystérique. *Presse médicale 3*, 201-203.
- JANET P (1897) L'insomnie par idée fixe subconsciente. *Presse Médicale 5:II*, 1-44.
- JANET P (1898<sub>a</sub>) *Névroses et idées fixes*. Paris, Alcan.
- JANET P (1898<sub>b</sub>) Traitement psychologique de l'Hystérie. In : A Robin (Ed), *Traité de Thérapeutique Appliquée*, fasc. XV: 2, 140-216. Paris, Rueff et Cie.
- JANET P, RAYMOND F (1898) Perte du sentiment de la personnalité. *Journal des Praticiens 12*, 625-630.
- JANET P (1903) *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris, Alcan.
- JANET P, RAYMOND F (1904) Dépersonnalisation et possession chez un psychasthénique. *Journal de Psychologie 1*, 28-37.
- JANET P (1904) L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie normale et pathologique 1*, 417-453.
- JANET P (1907) *The major symptoms of hysteria*. New York, Macmillan.
- JANET P (1908) Le sentiment de la dépersonnalisation. *Journal de Psychologie 5*, 514-516.
- JANET P (1909) *Les névroses*. Paris, Flammarion.
- JANET P (1910) Une Felida artificielle. *Revue Philosophique 69, I*, 329-357, 483-529.
- JANET P (1911) *L'état mental des hystériques*. Paris, Alcan. Deuxième édition : Marseille, Laffite, 1983.
- JANET P (1920) Un cas de sommeil prolongé avec perte du sentiment du réel. *Journal de Psychologie 17*, 665-672.
- JANET P (1927) Le sentiment du vide. *Journal de psychologie 24*, 861-887.
- JANET P (1928<sub>a</sub>) *De l'angoisse à l'extase*. Paris, Alcan.
- JANET P (1928<sub>b</sub>) *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris, A. Chahine.



- JANET P (1929) *L'évolution de la personnalité*. Paris, Chahine. Deuxième édition : Paris, Société Pierre Janet, 1984.
- JANET P (1935) Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques* 93, 329-366.
- JOHNSON RL, SHRIER DK (1987) Past sexual victimization by females of male patients in an adolescent medicine clinic population. *American Journal of Psychiatry* 144, 650-652.
- JOHNSON MK, HASHTRUDI S, LINDSAY DS (1993) Source monitoring. *Psychological Bulletin* 114, 3-28.
- JONES DPH (1992) *Interviewing the sexually abused child. Investigation of suspected abuse*. Londres, Gaskell - Royal College of Psychiatrists.
- JUILLET P, MOUTIN P (1969) *Psychiatrie militaire*. Paris, Masson.
- KAMINER H, LAVIE P (1988) Dreaming and long-term adjustment to severe trauma. *Sleep Research* 18, 146.
- KANDEL D (1982) Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Archives of General Psychiatry* 39, 1209-1212.
- KANDEL D (1986) Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry* 43, 255-262.
- KANINEJ (1957) Male aggression in dating-courtship relations. *American Journal of Sociology* 63, 197-204.
- KARDENER SH, FULLER M, MENSCH IM (1973) A survey of physicians' attitudes and practices regarding erotic and non-erotic contact with patients. *American Journal of Psychiatry* 130, 1077-1081.
- KARDINER A (1941) *The traumatic neuroses of war*. New-York, Paul B. Hoeber.
- KARDINER A, SPIEGEL H (1947) *War stress and neurotic illness*. New-York, Paul Hoeber.
- KAUFFMAN CD, REIST C, DJENDEREDJIAN A (1987) Biological markers of affective disorders and PTSD : a pilot study with Desipramine. *Journal of Clinical Psychiatry* 48, 366-367.
- KAUFMAN J, ZIGLER E (1987) Do abused children become abusive parents ? *American Journal of Orthopsychiatry* 57, 186-192.
- KAY SR, FIZBEIN, OPPLER LA (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13, 261-276.
- KEANE TM, ZIMMERING RT, CADDELL JM (1985) A behavioral formulation of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Therapist* 8, 9-12.
- KEANE TM, CADELL JM, TAYLOR KL (1988) Mississippi scale for combat-related post-traumatic stress disorder. Three studies in reliability and validity. *Journal of Clinical Psychology* 56, 85-90.
- KEILSON H (1979) *Sequential traumatization in children*. Jerusalem, Magnes Press, 1992.
- KEMPECH, SILVERMAN FN, STEELE BB, DROEGEMUELLER W, SILVER HK (1962) The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association* 181, 17-24.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- KERCHER GA, MCSHANE M (1984) The prevalence of child sexual abuse victimization in an adult sample of Texas residents. *Child Abuse & Neglect* 8, 495-501.
- KERNBERGO (1967) Borderline personality organisation. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15, 641-685.
- KERNBERGO (1975) *Borderline conditions and pathological narcissism*. Northvale, NJ, Jason Aronson.
- KILPATRICK DG, VERONEN LJ, RESICK PA (1979) The aftermath of rape : recent empirical findings. *American Journal of Orthopsychiatry* 49, 658-659.
- KILPATRICK DG, VERONEN LJ, BEST CL (1985) Factors predicting psychological distress among rape victims. In : CR Figley (Ed), *Trauma and its wake*. New-York, Brunner/ Mazel.
- KILPATRICK DG, SAUNDERS BE, VERONEN LJ (1987) Criminal Victimization : lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency* 33, 479-489.
- KILPATRICK DG, SAUNDERS BE, AMICK-MCMULLAN A (1989) Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 20, 199-214.
- KILPATRICK DG, RESNICK HS, FREEDY JR (1992) *Post-traumatic stress disorder field trial report : a comprehensive review of the initial results*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association. Washington DC, American Psychiatric Association.
- KINZIE JD, LEUNG P (1989) Clonidine in Cambodian patients with post-traumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 177, 546-550.
- KLEIN M (1946) Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In : *Développements de la psychanalyse*. Paris, Presses Universitaires de France, 1966.
- KLUFT RP (1985) *Childhood Antecedents of multiple personality*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- KLUFT RP (1990) Incest and subsequent revictimization : The case of therapist-patient sexual exploitation, with a description of the sitting duck syndrome. In : *Incest-related syndromes of adult psychopathology*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- KNOPP FH (1986) Introduction. In : E Porter (Ed), *Treating the young male victim of sexual assault*. Brandon, VT, Safer Society Press.
- KOHAN MJ, POTHIER P, NORBECK JS (1987) Hospitalised children with history of sexual abuse : incidence and care issues. *American Journal of Orthopsychiatry* 57, 258-264.
- KOLB L (1984<sub>a</sub>) The post-traumatic stress disorders of combat : a subgroup with a conditional emotional response. *Military Medecine* 149, 237-243.
- KOLB LC, BURRIS BC, GRIFFITHS S (1984<sub>b</sub>) Propanolol and Clonidine in treatment of the chronic post-traumatic stress disorders of war. In : B van der Kolk (Ed), *Post-Traumatic Stress Disorder : Psychological and biological sequelae*. Washington DC, American Psychiatric Press.

- KOLKODJ, MOSER JT, WELDY SR (1988) Behavioural / emotional indicators of sexual abuse in child psychiatric inpatients : a controlled comparison with physical abuse. *Child Abuse & Neglect* 12, 529-541.
- KOSS MP, GIDYCH CA, WISNIEWSKI N (1987) The scope of rape : Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50, 455-457.
- KOSS MP (1988) Hidden rape : Incidence, prevalence, and descriptive characteristics of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. In : AW Burgess (Ed), *Sexual assault*, Vol II. New York, Garland.
- KOSS MP, DINERO TE, SEIBEL C (1988) Stranger, acquaintance and date rape : is there a difference in the victim's experience. *Psychology of Women Quarterly* 12, 1-24.
- KOSS MP (1990) The women's mental health research agenda. Violence against women. *American Psychologist* 45:3, 374-380.
- KOSS MP, WOODRUFF WJ, KOSS PG (1991) Criminal victimization among primary care medical patients : prevalence, incidence and physician usage. *Behavioral Sciences and the Law* 9, 85-96.
- KOSS MP, HARVEY MR (1991) *The rape victim. Clinical and community interventions*. Newbury Park, CA, Sage Publications.
- KOSS MP (1992) The underdetection of rape : methodological choices influence incidence estimates. *Journal of Social Issues* 48:1, 61-75.
- KOSTEN TR, MASON JW, GILLER EL, OSTROFF RB, HARKNESS L (1987) Sustained urinary norepinephrine and epinephrine elevation in PTSD. *Psychoneuroendocrinology* 12, 13-20.
- KOSTEN TR, FRANK JB, DAN E, GILLER EL (1990) Treating Post-Traumatic Stress Disorder with Phenelzine or Imipramine. In : EL Giller (Ed), *Biological assessment and treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- KRAEPELIN E (1899) *Psychiatrie*. Leipzig, Barth. In : La psychose irréversible. Paris, Navarin, 1987.
- KRAMER M, SCHOEN LS, KINNEY L (1984) The dream experience in dream disturbed Vietnam veterans. In : B van der Kolk (Ed), *Posttraumatic Stress Disorder: Psychological and biological sequelae*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- KRAMER T, GREEN BL (1991) Post-traumatic stress disorder as an early response to sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence* 6, 160-173.
- KRYSTAL JH, SOUTHWICK SM, KAPER LP, BREMMER JD, CHARNEY DS (1993) *The emerging neurobiology of Dissociation*. 1993 CME Syllabus and Proceedings Summary (Abstract n° 52F). Washington DC, American Psychiatric Association.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- LA BARBERA JD, DOZIER JED (1980) Hysterical seizures : the role of sexual exploitation. *Psychosomatics* 21, 897-903.
- LACEY JH (1990) Incest, incestuous fantasy and indecency : a clinical catchment-area study of normal weight bulimic women. *British Journal of Psychiatry* 157, 399-403.
- LADAME PL (1888) Observation de somnambulisme hystérique avec doublement de la personnalité guéri par la suggestion. *Revue de l'Hypnotisme Expérimental et Thérapeutique* 2, 257-262.
- LA FONTAINE J (1990) *Child sexual abuse*. London, Polity Press.
- LAGACHE D (1964) Fantaisie, réalité, vérité. *Revue Française de Psychanalyse* 28:4, 515-538.
- LAPLANCHE J (1992) *La révolution copernicienne inachevée* ; Travaux 1967-1992. Paris, Aubier.
- LECKMAN J (1994) *The neurobiology of stress and trauma : developmental perspectives*. Lecture, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP), 13th International Congress. San Francisco, 24-28 juillet 1994.
- LEDoux J (1992) Emotional memories in the brain. In : LR Squire & N Butters (Eds), *Neuropsychology of memory*. New-York, The Guilford Press.
- LEGER JM, PLOUGEAUT C, DUMOND JJ, GAROUX R (1992) Le concept de schizophrénie post-traumatique est-il reconnu et utilisé par les psychiatres français ? A propos d'une enquête statistique et d'une étude clinique. *Annales Médico-Psychologiques* 150:6, 429-435.
- LEMPERIERE T, FELINE A, GUTMAN A, ADES J, PILATE C (1977) La névrose traumatique. In : *Psychiatrie de l'adulte*. Paris, Masson.
- LEMPERIERE T, PERSE J, ENRIQUEZ M (1965) *Symptômes hystériques et personnalité hystérique*. Rapport de psychiatrie à la LXIIIème session (Lausanne) du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris, Masson.
- LEPINE JP, DARVES-BORNOZ JM (1993) Traitement des états de stress post-traumatiques. *Acta Psychiatrica Belgica* 93, 121-135.
- LEPINE JP, LELLOUCH J (1994) Classification and epidemiology of anxiety disorders. In : G Darcourt, J Mendlewicz, G Racagni, N Brunello (Eds), *Current therapeutic approaches to panic and other anxiety disorders*. International Academy for Biomedical Drug Research vol 8, 1-14. Basel, Karger.
- LERER B, EBSTEIN RP, SHETATSKY M, SHEMESH Z, GREENBERG D (1987<sub>a</sub>) Cyclic AMP signal transduction in PTSD. *American Journal of Psychiatry* 144, 1324-1327.
- LERER B, BLEICH A, KOTLER M, CARB R, HERTZBERG M, LEVIN B (1987<sub>b</sub>) Post-Traumatic Stress Disorder in Israeli combat veterans : effects of Phenelzine treatment. *Archives of General Psychiatry* 44, 976-981.
- LEWIS WC, BERMAN M (1965) Studies of conversion hysteria. *Archives of General Psychiatry* 13, 275-282.

- LINDBERG FH, DISTAD LJ (1985) Post-Traumatic Disorders in women who experienced childhood incest. *Child Abuse & Neglect* 9, 329-334.
- LINDSAY DS, READ JD (1994) Psychotherapy and memories of childhood sexual abuse : a cognitive perspective. *Applied Cognitive Psychology* 8, 281-338.
- LINDSAY DS, READ JD (1995) Memory, remembering and misremembering. *PTSD Research Quarterly* 6:1, 1-7.
- LIPMAN RS (1982) The Covi anxiety scale. *Psychopharmacology Bulletin* 18, 63-77.
- LIPPER S, DAVIDSON JRT, GRADY TA, EDINGER J, CAVENAR JO (1986) Preliminary study of Carbamazépine in Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychosomatics* 132, 293-295.
- LISKE E, FORSTER FM (1964) Pseudoseizures : a problem in the diagnosis and management of epileptic patients. *Neurology* 14, 41-49.
- LIVINGSTON R (1987) Sexually and physically abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 26, 413-415.
- LOFTUS EF, MILLER DG, BURNS HJ (1978) Semantic integration of verbal information into a visual memory. *Journal of Experimental Psychology : Human Learning and Memory* 4, 19-31.
- LOFTUS EF (1993) The reality of repressed memories. *American Psychologist* 48, 518-537.
- LOO P, LOO H (1986) *Le stress permanent*. Paris, Masson.
- LOPEZ G, COLLE D, CATTIN JM, DIAMANT-BERGER O (1992) Conséquences psychologiques des agressions avec pénétrations sexuelles. Enquête épidémiologique des UMJ-Paris. (436 questionnaires). *Psychologie Médicale* 24:5, 447-451.
- LOPEZ G, PIFFAUT-FILIZZOLA G (1993) *Le viol*. Presses Universitaires de France, Paris.
- LOWENSTEIN RJ, PUTNAM FW (1988) A comparison study of dissociative symptoms in patients with complex partial seizures, MPD and Post-Traumatic Stress Disorder. *Dissociation* 1, 17-23.
- LUDOLPH PS, WESTEN D, MISLE B (1990) The borderline diagnosis in adolescents : symptoms and developmental history. *American Journal of Psychiatry* 147, 470-476.
- LYONS J (1987) Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 8, 349-356.
- MAHLER MS (1971) A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child* 26, 403-426.
- MAIRET A, SALAGER E (1910) *La folie hystérique*. Montpellier, Coulet.
- MALEVAL JM (1981) *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris, Payot.
- MARKS IM (1987) *Fears, phobias and rituals*. Oxford, Oxford University Press.
- MARMOR J (1972) Some psychodynamic aspects of the seduction of patients in psychotherapy. *American Journal of Psychoanalysis* 36:4, 319-323.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- MARTIN PA (1971) Dynamic considerations in the hysterical psychosis. *American Journal of Psychiatry* 128, 101-104.
- MASON JW, GILLER EL, KOSTEN TR, OSTROFF RB, PODEL L (1986) Urinary free cortisol levels in PTSD. *The Journal of Mental and Nervous Disease* 174, 498-502.
- MASON JW, GILLER EL, KOSTEN TR (1990) Psychoendocrine approaches to the diagnosis and pathogenesis of post-traumatic stress disorder. In : E Giller (Ed), *Biological assessment and treatment of post-traumatic stress disorder*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- MASSON JM (1983) *The assault on truth*. New-York, Farrar, Strauss & Giroux.
- MATHEWS R, MATHEWS JK, SPELTZ K (1989) *Female sexual offenders : An exploratory study*. Brandon, VT, Safer Society Press.
- MCCAHERN TW, MEYER LC, FISHMAN AM (1979) *The aftermath of rape*. Lexington, MA, DC Heath.
- MCCANN IL, PEARLMAN LA (1990) *Psychological trauma and the adult survivor : theory, therapy and transformation*. New York, Brunner/Mazel.
- MCCORMACK A, JANUS M, BURGESS AW (1986) Runaway youths and sexual victimization : gender differences in an adolescent runaway population. *Child Abuse & Neglect* 10, 387-395.
- MCDUGALL J (1987) Le roman du pervers : les néo-sexualités. In : *Le divan de Procuste*. Paris, Denoël.
- MCGAUGH JL (1989) Involvement of hormonal and neuromodulatory systems in the regulation of memory storage : endogenous modulation of memory storage. *Annual Review of Neuroscience* 12, 255-287.
- MCGAUGH JL (1992) Neuromodulatory systems and the regulation of memory storage. In : LR Squire & N Butters (Eds), *Neuropsychology of memory*. New-York, The Guilford Press.
- MEISELMAN KC (1978) *Incest : a psychological study of causes and effects with treatment recommendations*. San Francisco, CA, Jossey-Bass.
- MENDEL MP (1995) *The male survivor. The impact of sexual abuse*. Thousands Oaks, CA, Sage.
- MILANES FJ, MACK CN, DENNISON J, SLATER VL (1984) Phenelzine treatment of post-Vietnam stress syndrome. *VA Practitioner* 1:6, 40-49.
- MONTASSUT M, CHERTOK L, GACHKEL V (1953) A propos d'une amnésie hystérique traitée par l'hypnose. *Annales Médico-Psychologiques* 111, 1, 207-214.
- MOREAU DE TOURS JJ (1845) *Du Haschisch et de l'Aliénation Mentale*. Paris, Fortin.
- MOREAU DE TOURS JJ (1855) De l'identité de l'état de rêve et de la folie. *Annales Médico-Psychologiques 3ème série : 1*, 361-408.
- MOREAU DE TOURS JJ (1865) *De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l'hystérie convulsive, à l'hystéro-épilepsie et à l'épilepsie*. Paris, Masson.
- MOREAU DE TOURS JJ (1869) *Traité pratique de la folie névropathique (vulgo hystérique)*. Paris, Baillière.

- MORRISON J (1989) Childhood sexual histories in women with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry* 146, 239-241.
- MOSCOVITCH M, ULMITA C (1990) Modularity and neuropsychology : modular and central processes in attention and memory. In : MF Schwartz (Ed), *Modular deficits in Alzheimer type dementia*. Cambridge, MA, MIT Press.
- MULLEN PE, MARTIN JL, ANDERSON JC, ROMANS SE, HERBISON GP (1994) The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *British Journal of Psychiatry* 165, 35-47
- MURPHY JE (1989) *Telephone surveys and family violence : data from Minnesota*. Communication, Responses to Family Violence Conference. West Lafayette, IN.
- NAGY LM, MORGAN CA, SOUTHWICK SM, CHARNEY DS (1993) Open prospective trial of fluoxetine for post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 13:2, 107-113.
- NEILSEN T (1983) Sexual abuse of boys : current perspectives. *Personnel and Guidance Journal* 62, 139-142.
- NIGGJT, SILK KR, WESTEN D, LOHR NE, GOLD LJ, GOODRICH S, OGATA S (1991) Object representations in the early memories of sexually abused borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 148:7, 864-869.
- OGATA SN, SILK KR, GOODRICH S, LOHR NM, WESTEN D, HILL EM (1990) Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 147, 1008-1013.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1973) *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*. Genève, WHO Press.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1979) *Schizophrenia. An international follow-up study*. New York, John Wiley & Sons.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1992) *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Dixième révision. CIM-10*. Paris, Masson.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1994) *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Dixième révision. CIM-10. Critères pour la recherche*. Paris, Masson.
- ORNITZ EM, PYNOOS RS (1989) Startle modulation in children with post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 146:7, 866-870.
- OPPENHEIM H (1889) *Die traumatischen neurosen*. Berlin, August Hirschwald.
- OPPENHEIMER R, HOWELLS K, PALMER R, CHALONER D (1985) Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders : a preliminary description. *Journal of Psychiatric Research* 19:2/3, 352-361.
- O'SULLIVAN CS (1991) Acquaintance gang rape on campus. In : A Parrot & L Bechhofer (Eds), *Acquaintance rape*. New-York, John Wiley & Sons.
- PALMER RL, OPPENHEIMER R, DIGNON A, CHALONER DA, HOWELLS K (1990) Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders : an extended series. *British Journal of Psychiatry* 156, 699-703.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- PALMER RL, COLEMAN L, CHALONER D, OPPENHEIMER H, SMITH J (1993) Childhood sexual experiences with adults. A comparison of reports by women psychiatric patients and general-practice attenders. *British Journal of Psychiatry* 163, 499-504.
- PARIS J, ZWEIG-FRANK H, GUZDER H (1994<sub>a</sub>) Psychological risk factors for borderline personality disorder in male outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 182, 375-380.
- PARIS J, ZWEIG-FRANK H, GUZDER H (1994<sub>b</sub>) Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry* 34, 410-413.
- PARIS J (1994<sub>c</sub>) *Borderline personality disorder - A multidimensional approach*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- PARROT A (1988) Acquaintance rape and sexual assault prevention training manual. Ithaca, NY, Cornell University.
- PARROT A, BECHHOFFER L (1991) Acquaintance rape. The hidden crime. New York, John Wiley & Sons.
- PAULY MR (1949) Le double en littérature et en médecine. *Journal de médecine de Bordeaux* 126, 309-323.
- PEDINIELLI JL (1991) Statut clinique et épidémiologique du concept d'addiction. In : JL Venisse (Ed.), *Les nouvelles addictions*. Paris, Masson.
- PERRY BD, GILLER EL, SOUTHWICK SM (1987) Altered plasma  $\alpha$ -adrenergic receptor affinity states in PTSD. *American Journal of Psychiatry* 144, 1511-1512.
- PERRY BD (1994) Neurobiological sequelae of childhood trauma : PTSD in children. In : MM Murburg (Ed), *Catecholamine function in Post-Traumatic Stress Disorder*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- PERRY J (1976) Physicians' erotic and nonerotic physical involvement with patients. *American Journal of Psychiatry* 133, 838-840.
- PERRY JC, HERMAN JL (1993) Trauma and defense in the etiology of borderline personality disorder. In : J Paris (Ed), *Borderline personality disorder - Etiology and treatment*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- PERSE J, ENRIQUEZ M (1965) *L'hystérie à travers le test de Rorschach*. VIème Congrès International du Rorschach et des Méthodes Projectives. Paris.
- PITMAN RK, ORR SP (1990<sub>a</sub>) Twenty-four hour urinary cortisol and catecholamine excretion in combat-related post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* 27, 245-247.
- PITMAN RK, ORR SP, FORGUE DF (1990<sub>b</sub>) Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 47, 541-544.
- PITMAN RK, ORR SP, VAN DER KOLK BA, GREENBERG MS, MEYEROFF JL, MOUGEY EH (1990<sub>c</sub>) Analgesia : a new dependant variable for the biological study of Post Traumatic Stress Disorder. In : ME Wolf & AD Mosnaim (Eds), *Post-Traumatic Stress Disorder*. Washington DC, American Psychiatric Press.



- POOLE DA, LINDSAY DS, MEMON A, BULL R (1996) Psychotherapy and the recovery of memories of childhood sexual abuse : US and British practitioners' opinions, practices and experiences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (à paraître).
- POPE KS, LEVENSON H, SCHOVER LR (1979) Sexual intimacy in psychology training : results and implications of a national survey. *American Psychologist* 34, 682-689.
- POPE KS, KEITH-SPIEGEL P, TABACHNICK BG (1986) Sexual attraction to clients : the human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist* 41, 147-158.
- POPE KS, TABACHNICK BG, KEITH-SPIEGEL P (1987) Ethics of practice : the beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist* 42, 993-1006.
- POPE KS (1989) Therapist-patient sex syndrome : A guide for attorneys and subsequent therapists to assessing damage. In : GO Gabbard (Ed), *Sexual exploitation in professional relationships*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- POPE HG, HUDSON JI (1992) Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa ? *American Journal of Psychiatry* 149:4, 455-463.
- POPIEL DA, SUSSKIND EC (1985) The impact of rape : social support as a moderator of stress. *American Journal of Community Psychology* 13:6, 645-676.
- PORTER E (1986) *Treating the young male victim of sexual assault*. Brandon, VT, Safer Society Press.
- PRIBOR EF, YUTZY SH, DEAN JT, WETZEL RD (1993) Briquet's syndrome, dissociation and abuse. *American Journal of Psychiatry* 150, 1507-1511.
- PRIBOR EF, DINWIDDIE SH (1992) Psychiatric correlates of incest in childhood. *American Journal of Psychiatry* 149:1, 52-56.
- PRINQUET G (1977) A propos d'un cas de psychose hystérique. *Nouvelle Presse Médicale* 6, 441-443.
- PUTNAM FW, GUROFF JJ, SILBERMAN EK, BARBAN L, POST RM (1986) The clinical phenomenology of multiple personality disorder : a review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry* 47, 285-293.
- PYNOOS RS (1993) Traumatic Stress and Developmental Psychopathology in Children and Adolescents. In : JM Oldham, MB Riba & A Tasman (Eds), *Review of Psychiatry* 12. Washington DC, American Psychiatric Press.
- RADO S (1948) Pathodynamics and treatment of traumatic war neurosis (traumatophobia). *Psychosomatic Medicine* 4, 362-368.
- RAINEY JM, ALEEM A, ORTIZ A (1987) Laboratory procedure for the inducement of flashbacks. *American Journal of Psychiatry* 144, 1317-1319.
- RAPAPORT K, BURKHART BR (1984) Personality and attitudinal characteristics of sexually coercive colleges males. *Journal of Abnormal Psychology* 93, 216-221.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- RASKIN A, SCHULTERBRANDT J, REATING N, MCKEAN JJ (1969) Replication of factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report rating of hospitalized depressives. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 148, 87-98.
- REGIS E (1906) *Précis de Psychiatrie* (3ème ed.). Paris, Doin.
- REIST C, KAUFFMAN CD, HAIER RJ, SANGDAHL C, DEMET EM, CHICZ-DEMET A, NELSON JN (1989) A controlled trial of Desipramine in 18 men with Post-Traumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry* 146, 513-520.
- RESICK P (1987) *Reactions of female and male victims of rape or robbery* (NIJ Grant MH37296, final report). Washington DC, National Institute of Justice.
- RESICK PA (1988<sub>a</sub>) *Reactions of female and male victims of rape or robbery* (Grant R01-MH37296, final report). Washington DC, National institute of justice.
- RESICK PA, JORDAN CG, GIRELLI SA, HUTTER CK, MARHOEFFER-DVORAK S (1988<sub>b</sub>) A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy* 19, 385-401.
- RESICK PA, SCHNICKE MK (1993) *Cognitive processing therapy for rape victims. A treatment manual*. Newbury Park, CA, Sage Publications.
- RICHMAN J, WHITE H (1970) A family view of hysterical psychosis. *American Journal of Psychiatry* 127, 280-285.
- RIDEAU W, SINCLAIR B (1982) Prison the sexual jungle. In : AM Scacco (Ed), *A casebook of sexual aggression*. New York, AMS Press.
- ROBINS LN, HELZER JE, CROUGHAN JL (1981) *NIMH Diagnostic Interview Schedule : version III* (DHHS Publ No ADM-T-42-3 [5-8] [8-81]). Rockville, MD, National Institute of Mental Health, Public Health Service.
- ROEDIGER HL, MCDERMOTT KB (1993) Implicit memory in normal human subjects. In : F Boller & J Grafman (Eds), *Handbook of Neuropsychology, Vol 8*. Amsterdam, Elsevier Science Publishers.
- ROGERS CM, TERRY T (1984) Clinical interventions with boy victims of sexual abuse. In : I Stewart & J Greer (Eds), *Victims of sexual aggression*. New York, Van Nostrand Reinhold.
- ROSE DS (1986) "Worse than death" : Psychodynamics of rape victims and the need for psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 143:7, 817-824.
- ROSENFELD AA (1979) Incidence of incest among 18 female psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry* 136, 791-795.
- ROSS CA (1989) *Multiple Personality Disorder : Diagnosis, Clinical features and treatment*. New-York, Wiley.
- ROSS CA, HEBER S, NORTON GR (1989) The dissociative disorders interview schedule : a structured interview. *Dissociation* 2, 169-189.
- ROSS CA, JOSHI S, CURRIE R (1990) Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry* 147, 1547-1552.
- ROSS CA (1991) Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. In : Loewenstein J (Ed), *Multiple Personality Disorder, The Psychiatric Clinics of North America, Vol 14*. Philadelphia, WB Saunders Company.

- ROTH S, WAYLAND K, WOOLSEY M (1990) Victimization history and victim-assailant relationships as factors in recovery from sexual assault. *Journal of Traumatic Stress* 3, 169-180.
- ROTHBAUM BO, DANCU C, RIGGS DS, FOA EB (1990) *The PTSD Symptom Scale*. Presented at the European Association of Behavior Therapy Conference, Paris.
- ROTHBAUM BO, FOA EB, RIGGS DS (1992) A prospective examination of Post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress* 5, 455-475.
- ROWLAND J (1985) *The ultimate violation*. New-York, Doubleday.
- RUBIN D (1986) *Autobiographical memory*. New-York, Cambridge University Press.
- RUCH LO, CHANDLER SM (1983<sub>a</sub>) Sexual assault trauma during the acute phase : an exploratory model and multivariate analysis. *Journal of Health and Social Behavior* 24, 184-185.
- RUCH LO, LEON JJ (1983<sub>b</sub>) Sexual assault trauma and trauma change. *Women Health* 8, 5-21.
- RUSSELL DEH (1982) The prevalence and incidence of rape and attempted rape of females. *Victimology* 7, 81-93.
- RUSSELL DEH (1983) The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse & Neglect* 7, 133-146.
- RUSSELL DEH (1986) *The secret trauma. Incest in the lives of girls and women*. New York, Basic Books.
- RUSSELL DEH (1990) *Rape in marriage*, 2nd ed. New York, Macmillan.
- SAGARIN E (1976) Prison homosexuality and its effect on post-prison sexual behaviour. *Psychiatry* 39, 245-257.
- SALES E, BAUM M, SHORE B (1984) Victim readjustment following assault. *Journal of Social Issues* 40, 17-36.
- SANSONNET-HAYDEN H, HALEY G, MARRIAGE C, FINE S (1987) Sexual abuse and psychopathology in hospitalised adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 26, 753-757.
- SARGANT W, SLATER E, HILL D (1944) *Introduction aux méthodes biologiques de traitement en psychiatrie*. Traduction française : Paris, Presses Universitaires de France.
- SAXE GN, VAN DER KOLK BA, BERKOWITZ R, CHINMAN G, HALL K, LIEBERG G, SCHWARTZ J (1993) Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry* 150:7, 1037-1042.
- SAXE GN, CHINMAN G, BERKOWITZ R, HALL K, LIEBERG G, SCHWARTZ J, VAN DER KOLK BA (1994) Somatization in patients with dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry* 151:9, 1329-1334.
- SCHEPPELE KL, BART PB (1983) Through women's eyes : defining danger in the wake of sexual assault. *Journal of Social Issues* 39, 63-81.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- SCHETKY MA, BROOKS B (1979) Factors associated with a history of childhood sexual experience in a nonclinical female population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 23, 215-218.
- SCHNEIDER PB, ABRAHAM G, PANAYOTOPOULOS D (1964) Quelques aspects de la vie sexuelle des psychotiques. *L'Evolution Psychiatrique* 29, 45-73.
- SEBOLD J (1987) Indicators of child sexual abuse in males. *Social Casework : The Journal of Contemporary Social Work* 68, 75-80.
- SHACTER DL, TULVING E (1994) *Memory systems 1994*. Cambridge, The Massachusetts Institute of Technology Press.
- SHACTER DL (1994) Priming and multiple memory systems : perceptual mechanisms of implicit memory. In : DL Shacter & E Tulving (Eds), *Memory systems*. Cambridge, The Massachusetts Institute of Technology Press.
- SHALEV AY, PERI T, CANETI L (1994) *The role of peritraumatic dissociation in PTSD*. Final Program & Proceedings, International Society for Traumatic Stress Studies, 10th Annual Meeting, Chicago 5-9 nov 1994.
- SHEARER SL, PETERS CP, QUAYTMAN MS, OGDEN RL (1990) Frequency and correlates of childhood sexual abuse histories in adult female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry* 147, 214-216.
- SHEARER SL (1994) Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 151:9, 1324-1328.
- SHELDRIK C (1991) Adult sequelae of child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry* 158 (suppl. 10), 55-62.
- SHESTATZKY M, GREENBERG D, LERER B (1988) A controlled trial of Phenezine in Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychiatry Research* 24, 149-155.
- SHORE B, BAUM M, SALES E (1980) *Examination of critical process and outcome factors in rape*. Washington DC, NIMH Center for prevention and control of rape.
- SIEGEL JS, SORENSON SB, GOLDING JM (1987) The prevalence of childhood sexual assault. *American Journal of Epidemiology* 126:6, 1141-1153.
- SINGER MI, PETCHERS MK, HUSSEY D (1989) A relationship between sexual abuse and substance amongst psychiatrically hospitalised adolescents. *Child Abuse & Neglect* 13, 319-325.
- SKRE I, ONSTAD S, TORGERSEN S, LYGREN S, KRINGLEN E (1993) A twin study of DSM-III-R anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 88, 85-92.
- SMITH MA, DAVIDSON J, RITCHIE JC, KUDLER H, LIPPER S, CHAPPELL P, NEMEROFF CB (1989) The corticotrophin releasing hormone test in patients with PTSD. *Biological Psychiatry* 26, 349-355.
- SORENSON SB, STEIN JA, SIEGEL JM, GOLDING JM, BURNAM MA (1987) The prevalence of adult sexual assault. The Los Angeles epidemiologic catchment area project. *American Journal of Epidemiology* 126:6, 1154-1164.
- SOUTHWICK SM, KRISTAL JH, MORGAN CA (1993) Abnormal noradrenergic function in post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 50, 266-274.

- SOUTHWICK SM, KRYSTAL JH, JOHNSON DR, CHARNEY DS (1995) Neurobiology of Post-Traumatic Stress Disorder. In : GS Everly & JM Lating (Eds), *Psychotraumatology*. New York, Plenum Press.
- SOUTOUL JH (1985) Le viol entre époux et ses incidences médico-légales. *Revue Française de Gynécologie Obstétrique* 80:5, 327-329.
- SOUTOUL JH, CHEVRANT-BRETON O (1994) *Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur*. Paris, Ellipses.
- SPENCER MJ, DUNKLEE P (1986) Sexual abuse of boys. *Pediatrics* 78, 133-137.
- SPIEGEL D, FINK R (1979) Hysterical psychosis and hypnotizability. *American Journal of Psychiatry* 136, 777-781.
- SPIEGEL D, HUNT T, DONDERSHINE HE (1988) Dissociation and hypnotizability in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 145, 301-305.
- SPIEGEL D, KLUFT RP, LOEWENSTEIN RJ, NEMIAH JC, PUTNAM FW, STEINBERG M (1993) *Dissociative disorders. A clinical review*. Lutherville, MD, Sidran Press.
- SPIEGEL D (1994) *Out of sight, but not out of mind : dissociation in acute and post-traumatic stress disorders*. International Society for Traumatic Stress Studies, 10th Annual Meeting , Final Program & Proceedings. Chicago 5-9 novembre 1994.
- SPIRA A, BAJOS N ET LE GROUPE ACSF (1993) *Les comportements sexuels en France*. Paris, La Documentation Française.
- SPITZ R (1945) Hospitalism : an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child* 1, 53-74.
- SPITZER RL, WILLIAMS JBW, GIBBON M, FIRST MB (1990) *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- SQUIRE LR, ZOLA-MORGAN S (1991) The medial temporal lobe memory system. *Science* 253, 1380-1386.
- SQUIRE LR (1994) Declarative and nondeclarative memory : multiple brain systems supporting learning and memory. In : DL Shacter & E Tulving (Eds), *Memory systems*. Cambridge, The Massachusetts Institute of Technology Press.
- SROUFE LA, FLEESON J (1986) Attachment and the construction of relationships. In : W Hartup & Z Rubin (Eds), *Relationships and development*. New York, Cambridge University Press.
- STANDAGE KF (1975) The etiology of hysterical seizures. *Canadian Psychiatric Association Journal* 20, 67-73.
- STEELE BF, ALEXANDER H (1981) Long-term effects of sexual abuse in childhood. In : PB Mrazek & CH Kempe (Eds), *Sexually abused children and their families*. Oxford, Pergamon.
- STEIGER H, ZANKO M (1990) Sexual traumata among eating disordered, psychiatric, and normal female groups : comparison of prevalences and defense styles. *Journal of Interpersonal Violence* 5:1, 74-86.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- STEINBERG M (1985) *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders (SCID-D)*. New Haven, CT, Yale University School of Medicine.
- STEINBERG M, ROUNSAVILLE B, CICHETTI DV (1990) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders : preliminary report on a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry* 147, 76-82.
- STEINBERG M (1993) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- STEKETEE G, FOA EB (1987) Rape victims : Post-Traumatic Stress Responses and their treatment. A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders* 1, 69-86.
- STIFFMAN AR (1989) Physical and sexual abuse in runaway youths. *Child Abuse & Neglect* 13, 417-426.
- STONE M (1990) *The fate of borderline patients : successful outcome and psychiatric practice*. New-York, The Guilford Press.
- SUGAR M (1988) Children and the multiple trauma in a disaster. In : E Anthony & C Chilano (Eds), *The child and his family : Perilous development : Child raising and identity formation under stress*. New York, Wiley.
- SUMMIT R (1983) The child sexual abuse accomodation syndrome. *Child Abuse & Neglect* 7, 177-183.
- SUTTER J, STERN H, SUSINI R (1947) Psychonévroses de guerre, étude d'une centaine de cas personnels. *Annales Médico-Psychologiques* II, 496-524.
- SWETT C, SURREY J, COHEN C (1990) Sexual and physical abuse histories and psychiatric symptoms among male psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry* 147, 632-636.
- SYMONDS M (1976) The rape victim : psychological patterns of response. *The American Journal of Psychoanalysis* 36, 27-34.
- TALBOTT JA (1988) Schizophrenia, Schizophreniform disorder and Delusional disorders. In : *Textbook of psychiatry*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- TARDIEU AA (1857-1878) *Etude médico-légale sur les attentats aux moeurs*. Paris, Librairie JB Baillière.
- TARDIEU AA (1860) Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur les enfants. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 2ème série, 13, 361-398.
- TERR L (1985) Psychic trauma in children and adolescents. *The Psychiatric Clinics of North America* 8, 815-835. Philadelphia, WB Saunders Company.
- TERR L (1991) Childhood traumas : an outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 148, 10-20.
- THOMAS E (1986) *Le viol du silence*. Paris, Aubier Montaigne.
- TINNIN L, BILLS L (1994) *Time-limited trauma therapy*. Bruceton Mills, WV, Gargoyle Press.

- TOMB DA (1994) The phenomenology of Post-Traumatic Stress Disorder. In : DA Tomb (Ed), Post-Traumatic Stress Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America* 17:2. Philadelphia, WB Saunders Company.
- TRUE WR, RICE J, EISEN SA, HEATH AC, GOLDBERG J, LYONS MJ, NOWAK J (1993) A twin study of genetic and environmental contributions to liability for post-traumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry* 50, 257-264.
- VAN DEN HART O, WITZTUM E, FRIEDMAN B (1993<sub>a</sub>) From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Traumatic Stress* 6:1, 43-64.
- VAN DEN HART O (1993<sub>b</sub>) Le traitement du désordre de la personnalité multiple. *Annales Médico-Psychologiques* 151:8, 549-561.
- VAN DER KOLK BA (1983) Psychopharmacological issues in post-traumatic stress disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 34, 683-691.
- VAN DER KOLK BA, BLITZ R, BURR W (1984) Nightmares and trauma. *American Journal of Psychiatry* 141, 187-190.
- VAN DER KOLK BA, GREENBERG MS, BOYD H (1985) Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma : towards a psychobiology of post traumatic stress. *Biological Psychiatry* 20, 314-325.
- VAN DER KOLK BA (1987<sub>a</sub>) *Psychological Trauma*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- VAN DER KOLK BA, KADISH W (1987<sub>b</sub>) Amnesia, dissociation and the return of the repressed. In : *Psychological trauma*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- VAN DER KOLK BA (1987<sub>c</sub>) The drug treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders* 13, 203-213.
- VAN DER KOLK BA, PERRY JC, HERMAN JL (1991) Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry* 148-12, 1665-1671.
- VAN DER KOLK BA, SAPORTA J (1993<sub>a</sub>) Biological response to psychic trauma. In : Wilson & Raphael (Eds), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York, Plenum Press.
- VAN DER KOLK BA, PELCOVITZ D, ROTH S (1993<sub>b</sub>) *Dissociation and somatization in PTSD field trials*. 1993 CME Syllabus & Proceedings. 146th APA Annual Meeting. San Francisco, American Psychiatric Association.
- VAN DER KOLK BA, FISLER R, CARDI D (1994) *Traumatic versus ordinary memory in traumatized subjects*. International Society for Traumatic Stress Studies, 10th Annual Meeting , Final Program & Proceedings. Chicago 5-9 novembre 1994.
- VILLECHENOUX C (1968) *Le cadre de la folie hystérique de 1870 à 1918*. Thèse de médecine. Paris, Faculté de Médecine de Paris.
- VOISINA (1885) Note sur un cas de grande hystérie chez l'homme, avec dédoublement de la personnalité. Arrêt de l'attaque par la pression des tendons. *Archives de Neurologie* 10, 212-225.
- WALKER JI (1982) Chemotherapy of traumatic war stress. *Military Medicine* 147, 1029-1033.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- WALKER EA, KATON WJ, NERAAS K, JEMELKA RP, MASSOTH D (1992) Dissociation in women with chronic pelvic pain. *American Journal of Psychiatry* 149:4, 534-537.
- WARSHAW R (1988) *I never called it rape : The Ms. report on recognizing, fighting, and surviving date and acquaintance rape*. New York, Harper & Row.
- WHITE NS (1983) Post-Traumatic Stress Disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 34, 1061-1062.
- WIDLÖCHER D (1992) L'hystérie, maladie de la mémoire. *Revue Internationale de Psychopathologie* 5, 21-41.
- WILLIAMS L (1992) Adult memories of childhood abuse : preliminary findings from a longitudinal study. *The Advisor [American Professional Society on the Abuse of Children] Summer 1992*, 19-21.
- WINFIELD I, GEORGE LK, SWARTZ M, BLAZER DG (1990) Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. *American Journal of Psychiatry* 147, 335-341.
- WINNICOTT DW (1952) L'angoisse liée à l'insécurité. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT DW (1958) *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1969.
- WINOCUR G (1992) The hippocampus and prefrontal cortex in learning and memory : an animal model approach. In : LR Squire & N Butters (Eds), *Neuropsychology of memory*. New-York, The Guilford Press.
- WYATT GE (1985) The sexual abuse of afro-american and white-american women in childhood. *Child Abuse & Neglect* 9, 507-519.
- YEHUDA R, SOUTHWICK S, NUSSBAUM G (1990) Low urinary cortisol excretion in patients with post-traumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 178, 366-369.
- YEHUDA R, LOWRY MT, SOUTHWICK SM (1991<sub>a</sub>) Increased number of glucocorticoid receptors in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 144, 499-504.
- YEHUDA R, GILLER EL, BOISEAUNEAU D (1991<sub>b</sub>) Low dose Dexamethasone in PTSD. In : *New Research Abstracts of the American Psychiatric Association* (Abstract n° 144). Washington DC, American Psychiatric Association.
- YEHUDA R, GILLER EL, SOUTHWICK SM (1991<sub>c</sub>) Hypothalamic pituitary adrenal axis dysfunction in PTSD. *Biological Psychiatry* 30, 1031-1048.
- YEHUDA R, GILLER EL, SOUTHWICK SM, KAHANA B, BOISEAUNEAU D, MA X, MASON JW (1994) Relationship between catecholamine excretion and PTSD symptoms in Vietnam combat veterans and holocaust survivors. In : MM Murburg (Ed), *Catecholamine function in Post-Traumatic Stress Disorder*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- ZANARINI MC, GUNDERSON JG, MARINO MF (1989) Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry* 30, 18-25.



ZLOTNICK C, BEGIN A, SHEA MT, PEARLSTEIN T, SIMPSON E, COSTELLO E (1994)  
Dissociative experiences, psychopathology and maladaptive schemas. In :  
*New Research Abstracts of the American Psychiatric Association* (Abstract  
n° 99). Washington DC, American Psychiatric Association.

**RESUME**

**SYNDROMES TRAUMATIQUES  
DU VIOL ET DE L'INCESTE**

**Jean-Michel DARVES-BORNOZ**

La place des agressions sexuelles dans la genèse des troubles mentaux est une vieille question de la psychiatrie. Pourtant l'incrédulité et la méconnaissance ont longtemps freiné le développement de la recherche et de la thérapeutique en ce domaine.

Après avoir retracé les principales étapes historiques de la notion de traumatisme psychique d'origine sexuelle, l'ouvrage décrit la typologie du traumatisme dans les violences sexuelles. Les points essentiels de l'épidémiologie des violences sexuelles sont exposés ensuite. En effet, depuis une dizaine d'années, de grandes enquêtes épidémiologiques rapportent des fréquences élevées d'abus sexuels, que ceux-ci surviennent dans l'enfance ou à l'âge adulte.

Quatre études cliniques conçues pour explorer les conséquences psychopathologiques des viols incestueux ou non-incestueux sont présentées dans l'ouvrage.

La première d'entre elles est une étude prospective sur un an d'une cohorte de cent deux sujets victimes de viols incestueux ou non-incestueux, âgés de plus de treize ans, qui se sont présentés consécutivement dans un centre médico-légal d'accueil de victimes de viol et d'inceste, situé dans le service de gynécologie de l'hôpital universitaire de Tours (chapitre IV). Les sujets ont eu des entretiens réguliers avec un psychiatre qui les a interrogés avec des instruments cliniques standardisés permettant le diagnostic des troubles mentaux, et d'une manière générale l'évaluation de l'état clinique. Cette étude a

permis de montrer que trois syndromes traumatiques peuvent être observés avec une grande régularité après les viols. Nous les avons appelés :

1. *Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique*, entité nosographique dénommée autrefois névrose traumatique, et ailleurs Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) ;

2. *Syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique*, syndrome qui inclut les troubles somatoformes et les phobies spécifiques, mais aussi et surtout les troubles dissociatifs au sens de *Bleissyndromet* et *Agoraphobie* et l'agoraphobie et l'*Traumatique de type Limite*, syndrome qui décrit l'altération de l'identité et de la personnalité, secondaire à la blessure narcissique induite par le viol.

Il a été déterminé, de plus, que la présence précoce d'un de ces deux derniers syndromes, le caractère incestueux du viol, et le surcroît d'expériences de violences physiques en dehors des viols sont des facteurs de prédiction de la présence d'un Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD) chronique un an après le viol.

Les quatre enquêtes ont permis aussi des études spécifiques qui rendent compte des formes cliniques des troubles consécutifs au traumatisme, chez les victimes d'inceste, chez les adolescents, chez les hommes et chez les patients psychiatriques :

1. pour les viols incestueux (chapitre V), la cohorte de Tours est étudiée de ce point de vue ;

2. pour les adolescents (chapitre VI), sont présentés d'abord les sujets de la cohorte de Tours dont le viol s'est produit avant l'âge de vingt ans (78% de la cohorte) ; ensuite, sont exposées les données sur le viol à l'adolescence étudiées dans le cadre de l'INSERM par Marie Choquet, Jean-Michel Darves-Bornoz et Sylvie Ledoux ; l'enquête de l'INSERM porte sur un échantillon représentatif des adolescents scolarisés de la population générale (8255 élèves de la quatrième à la terminale) ;

3. pour le viol chez l'homme (chapitre VII), sont présentés d'abord les résultats de la cohorte de Tours ; sont exposées ensuite les données sur le viol chez les garçons de l'enquête de l'INSERM, étudiées par Marie Choquet, Jean-Michel Darves-Bornoz et Sylvie Ledoux ;

4. pour les patients psychiatriques (chapitre VIII), nous présentons deux études systématiques de patientes psychiatriques. La première étude porte sur quatre-vingt-dix femmes atteintes de schizophrénie et de trouble bipolaire. La deuxième étude porte sur quatre-vingt-dix femmes hospitalisées consécutivement à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Tours. L'étude tente de comprendre pourquoi les patients psychiatriques dans leur ensemble, et quel que soit leur diagnostic principal, ont souvent été victimes de viols, et présentent, alors, fréquemment dans leur comorbidité les trois syndromes mentionnés plus haut.

L'ouvrage montre ensuite que plusieurs approches (neuro-psychologique, psychodynamique, comportementale et psychobiologique)

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

permettent d'appréhender l'étiopathogénie des troubles. Il envisage, enfin, les différentes modalités de traitement des victimes, et illustre à l'aide d'un cas unique les principes du traitement mis en place depuis l'année 1992 dans la Consultation de Victimes de Traumatismes Psychiques créée par J.-M. Darves-Bornoz à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Tours (chapitre X).

Il est affirmé nettement dans l'ouvrage que le viol et l'inceste appartiennent au champ psychopathologique du traumatisme. Cependant, il y est noté aussi que, dans le viol et l'inceste, c'est une blessure narcissique qui cause le traumatisme, et c'est la survie psychique qui est en jeu. C'est à cette spécificité de l'origine et du point d'application du traumatisme qu'est rapportée la modification notable de son impact.

## **SUMMARY**

### **TRAUMATIC SYNDROMES OF INCESTUOUS AND NON-INCESTUOUS RAPE**

**Jean-Michel DARVES-BORNOZ**

The role played by sexual assaults in the onset of mental disorders is a point which has long been debated in psychiatry. And yet disbelief and ignorance of the facts have long hampered the development of research and therapeutic treatments in this area.

This work first provides a historic overview of the notion of psychological trauma of sexual origin and then describes the typology of trauma in sexual abuse. The main points concerning the epidemiology of sexual abuse are then dealt with. Indeed, over the past decade, major epidemiological surveys have reported high levels of sexual abuse taking place in childhood or adulthood.

Four clinical studies are presented investigating the psychopathological aftermath of incestuous or non-incestuous rape.

The first of these is a year-long prospective study involving one hundred and two subjects over thirteen years of age who were victims of incestuous or non-incestuous rape, and who presented consecutively in the forensic center for victims of rape and incest, within the department of gynecology at the University teaching hospital in Tours, France (chapter IV). The subjects were regularly interviewed by a psychiatrist using a standardized battery of clinical instruments for the diagnosis of mental disorders, and more generally for the assessment of their clinical condition. This study showed that three traumatic syndromes were very frequently observed following rape. These we called :

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

1. *Syndrome Secondary to Traumatic Stress* : this nosographic entity was previously termed traumatic neurosis, and is elsewhere called Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) ;

2. *Dissociative and Phobic Traumatic Syndrome* : this syndrome includes somatoform disorders and specific phobias, but also and especially dissociative disorders, in Pierre Janet's meaning of that term, and agoraphobia;

3. *Borderline-like Traumatic Syndrome* : this syndrome accounts for the alteration in identity and personality, secondary to the narcissistic wound caused by rape.

We moreover determined that the early onset of one of these two latter syndromes, the incestuous nature of the rape and experiences of physical violence apart from rape were factors predictive of chronic Post-Traumatic Stress Disorder one year after rape.

This work further presents specific studies giving an account of the clinical forms of disorders following rape, in incestuous rape, in adolescents, in males and psychiatric patients :

1. for incestuous rape (chapter V), the Tours cohort is studied from this point of view ;

2. for adolescents (chapter VI), firstly those subjects from the Tours cohort are presented for whom rape took place before the age of twenty (78% of the cohort) ; next INSERM<sup>1</sup> survey data on rape in adolescence are presented, as studied Marie Choquet, Jean-Michel Darves-Bornoz and Sylvie Ledoux ; the INSERM survey was carried out using a representative sample of 8255 teenage schoolgoers from the general population ;

3. for rape in males (chapter VII), the results from the Tours cohort are presented first ; data on rape in boys as found in the INSERM survey by Marie Choquet, Jean-Michel Darves-Bornoz and Sylvie Ledoux are then presented ;

4. for the psychiatric patients (chapter VIII), two systematic studies are presented. The first deals with ninety women suffering from schizophrenia and bipolar disorder. The second study deals with ninety women consecutively admitted to the Psychiatric Department in the Tours University Hospital. This study attempts to explain why psychiatric patients as a whole, and whatever their initial diagnosis may be, are frequently rape victims, and so with a comorbidity frequently presenting the three above-mentioned syndromes.

The work then shows that several approaches (neuropsychological, psychodynamic, behavioral and psychobiological) can contribute to an understanding of the etiology in these disorders. Finally, different methods of treating the victims are considered, and the principles applied at the Victims of Psychological Trauma Consultation Unit at the University Teaching Hospital in

---

<sup>1</sup> National Institute of Health and Medical Research

Tours, set up by Jean-Michel Darves-Bornoz in 1992, are illustrated through a single case study (chapter X).

The work firmly concludes that rape and incest form part of the more general field of trauma. However, it is also noted that, in rape and incest, it is a narcissistic wound that causes the trauma, and that it is the subject's psychological survival that is at stake. The significant change in impact of the trauma can therefore be linked to both its specific cause and target.

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

### SYNDROMES TRAUMATIQUES DU VIOL ET DE L'INCESTE

Il faut, certes, affirmer fortement l'unité du champ du traumatisme. Cependant, il faut aussi avancer l'idée qu'une spécificité des traumatismes psychiques d'origine sexuelle existe, non pas tant dans la description générale de la névrose traumatique qu'ils induisent, que dans les prémisses qui conduisent un événement sexuel à prendre le statut de traumatisme psychique. En d'autres termes, la question est : pourquoi un viol ou un inceste sont-ils traumatiques ? Les victimes de viol et d'inceste voudront bien me pardonner de poser ce problème académique, car celui qui n'a pas rencontré les victimes peut, en effet, sans malveillance, s'interroger. Nous nous expliquons, sans trop de peine, le caractère traumatique d'un tremblement de terre, d'un incendie ou d'un accident, par la proximité de la mort que ces expériences charrient avec elles, mais que penser des viols et des incestes sans menace et sans violence physique surajoutée. Ils sont la plupart du temps extrêmement traumatiques et ce, sans que la mort réelle ne soit approchée. C'est dire que si le sentiment de proximité de la mort est présent dans le viol et l'inceste, c'est avant tout une construction psychique, celle de la blessure narcissique mortelle. Cela change tout par rapport à des traumatismes plus externes et plus mécaniques où l'identité n'est pas en jeu. Cette blessure narcissique mortifère des violences sexuelles explique que le viol est l'événement le plus régulièrement traumatique. Quel sens existentiel donner à une expérience qui se pose dans les traces de la sexualité en omettant le consentement, qui prétend désirer au point de commettre un acte de violence, et qui au bout du compte, mélange à l'extrême les registres de l'érotisme et de l'agressivité ? Les victimes mettent effectivement du temps à en construire un qui ne les écarte plus du destin commun.

JEAN-MICHEL DARVES-BORNOZ