

SOMMAIRE

	Page
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : CONCEPTS ET CONNAISSANCES ACTUELLES	
1. DEFINITION.....	2
2. EPIDEMIOLOGIE.....	3
3. MECANISMES NEURO-BIOLOGIQUES.....	4
4. CONSEQUENCES PSYCHOTRAUMATIQUES DES VIOLENCES SEXUELLES.....	4
5. PRISE EN CHARGE DES VICTIMES.....	10
DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL	
1. MATERIELS ET METHODES.....	13
1.1. Matériels.....	13
1.1.1. Description de l'étude.....	13
1.1.2. Cadre de l'étude.....	13
1.1.3. Matériels utilisés.....	13
1.2. Méthodes.....	13
1.2.1. Critères d'inclusion	13
1.2.2. Critères d'exclusion	13
1.2.3. Paramètres étudiés	14
1.2.4. Analyse des données	14
2. RESULTATS.....	14
2.1. CARACTERES EPIDEMIOLOGIQUES GENERAUX DE LA POPULATION.....	14
2.1.1. L'âge.....	14
2.1.2. Le genre.....	15
2.1.3. Domicile.....	15
2.1.4. Niveau d'étude.....	15

2.1.5. Niveau socio-économique.....	15
2.1.6. Situation matrimoniale.....	15
2.2 CARACTERES SPECIFIQUES DES VIOLENCES SEXUELLES....	19
2.2.1. Types de violences sexuelles.....	19
2.2.2. Auteurs des violences sexuelles.....	19
2.2.3. Lieu de l'agression.....	19
2.2.4. Examen psychiatrique des patients.....	20
2.2.5. Diagnostics psychiatriques.....	23
2.2.6. Prise en charge psychologique.....	23
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION-SUGGESTIONS	
1. DISCUSSION	25
2. SUGGESTIONS	40
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE	

LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau I : L'âge des patients.....	16
Tableau II : Domicile des patients.....	16
Tableau III : Types de violences sexuelles.....	21
Tableau IV : Les auteurs des violences sexuelles.....	21
Tableau V : Présentation et contact des patients.....	24
Tableau VI : Diagnostics psychiatriques.....	24

LISTES DES FIGURES

	Page
Figure 1 : Répartition des patients selon le niveau d'études.....	17
Figure 2 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique.....	17
Figure 3 : Situation matrimoniale des patients.....	18
Figure 4 : Lieu de l'agression.....	22
Figure 5 : Impacts psychologiques.....	22

LISTE DES ABREVIATIONS

- AS : Agression Sexuelle
- APA : American Psychiatric Association
- CHUGOB : Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana
- CIM : Classification Internationale des Maladies
- CSF : Contexte de la Sexualité en France
- DSM : Diagnostic and Statistical of Mental Disorders
- EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- ESA : Etat de Stress Aigu
- ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- UNICEF : United Nations Children's Fund

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L’agression sexuelle (AS) est un acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise. La rencontre de cet évènement traumatisant avec un individu entraîne non seulement des conséquences somatiques mais surtout un impact psychologique important. Le viol est une des premières causes de traumatisme psychique parmi les plus sévères, c'est un événement stressant que l'on peut comparer en intensité aux traumatismes majeurs comme les guerres ou les prises d'otage [1].

La violence sexuelle est une réalité très présente à Madagascar, posant ainsi un problème majeur de santé publique. Elle entraîne des conséquences somatiques, sociales et surtout psychologiques importantes. Depuis longtemps, les effets psychologiques ont été sous-évalués car non recherchés chez des patients qui n'en parlent que peu [2], or ils sont très souvent plus importants et persistants dans le temps que les séquelles physiques [3]. La prise en charge psychologique de ces victimes est d'habitude négligée.

Récemment, depuis l'année 2015, un centre de prise en charge spécialisée des victimes d’agression sexuelle est disponible à Antananarivo situé au CHUGOB (Centre Hôpitalier Universitaire de Gynéco-Obstétrique de Befelatanana), permettant ainsi d'accueillir et d'aider les patients. Notre étude s'est fixée alors comme objectifs, de décrire les aspects pathologiques de la clinique psychotraumatique chez les personnes victimes de violences sexuelles, et d'expliquer la nécessité d'une prise en charge psychologique pour aider ces patients.

Ce travail va, dans sa première partie, définir et rappeler les concepts et connaissances actuelles sur l’impact psychologique de l’agression sexuelle.

La deuxième partie expose la méthodologie de notre travail et les résultats obtenus.

La troisième partie sera constituée de la discussion suivie des suggestions découlant des résultats de notre travail.

PREMIERE PARTIE :

CONCEPTS ET CONNAISSANCES ACTUELLES

1. DEFINITION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une violence sexuelle se définit par : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » [4].

La coercition inclut : le recours à la force, l'intimidation psychologique, le chantage et les menaces. La violence sexuelle survient également lorsque la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement.

Une étude multipays de l'OMS [5] a défini la violence sexuelle comme étant des actes par lesquels une femme :

- a été physiquement forcée à avoir des rapports sexuels contre sa volonté
- a eu des rapports sexuels contre sa volonté parce qu'elle avait peur de ce que pourrait faire son partenaire
- a été contrainte à une pratique sexuelle qu'elle trouvait dégradante ou humiliante.

D'après le rapport mondial sur la violence et la santé [6], la violence sexuelle comprend le viol, qui se définit par un acte de pénétration même légère, de la vulve ou de l'anus imposé notamment par la force physique, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet.

Il y a tentative de viol si l'on essaie de commettre un tel acte.

Lorsqu'il y a viol d'une personne par deux ou plusieurs agresseurs, on parle de viol collectif.

L'agression sexuelle peut aussi comprendre d'autres formes dans lesquelles intervient un organe sexuel, notamment le contact imposé entre la bouche et le pénis, la vulve ou l'anus.

2. EPIDEMIOLOGIE

Dans le monde, la violence sexuelle affecte des millions de personnes chaque année posant un problème majeur de santé publique [6]. Selon l'UNICEF, 120 millions de filles, soit 1 sur 10, ont subi des rapports sexuels forcés ou d'autres actes sexuels forcés à un moment de leur vie [7]. Dans son rapport concernant les violences interpersonnelles, l'OMS souligne que 20% des femmes et 5 à 10% des hommes dans le monde rapportent avoir subi des violences sexuelles pendant leur enfance [8,9].

Selon une étude faite au Canada, environ une fille sur cinq et un garçon sur dix risque d'être victime d'une agression sexuelle [10].

L'enquête CSF (Contexte de la Sexualité en France), mentionne qu'en 2006 [11], 20,4 % des femmes et 6,8 % des hommes âgés de 18 à 69 ans interrogés rapportaient avoir été déjà confrontés à une agression à caractère sexuel, dont des tentatives de rapports forcés ou des rapports forcés pour 15,9% des femmes et 4,5% des hommes. Environ 11% des femmes (50 000 par an) de 20 à 59 ans sont victimes d'agression sexuelle au moins une fois au cours de leur vie.

Dans le rapport mondial sur la violence et la santé, des enquêtes ont été faites sur la prévalence des agressions sexuelles au cours des cinq années précédentes [6]. Ces études avaient montré le pourcentage de femmes déclarant avoir été victimes d'agression sexuelle qui va de moins de 2% en Bolivie, au Botswana (0.8%), en Chine (1.6%), aux Philippines (0.3%), à 5% ou plus en Albanie (6%), en Argentine (5,8 %), au Brésil (8%) et en Colombie (5%).

En Afrique du Sud, l'enquête sur la prévalence d'une agression sexuelle a conclu que plus d'un homme sur cinq déclare avoir violé une femme qui n'était pas sa partenaire (une étrangère, une connaissance,...), alors qu'un homme sur sept déclare avoir violé sa partenaire actuelle ou précédente [12].

A Antananarivo, selon le registre du CHUGOB service Vonjy, on a recensé au total 650 cas de victimes de violences sexuelles en 2015.

3. MECANISMES NEURO-BIOLOGIQUES

Lors des traumatismes majeurs comme la violence sexuelle, des mécanismes de survie neuro-biologiques [13] se déclenchent chez la victime pour échapper au risque psychologique, cardiaque et neurologique provoqué par une terreur et un stress extrême impossibles à contrôler par le cerveau, du fait d'un état de sidération et de paralysie psychique de celui-ci [14]. Cet état de sidération, qui peut empêcher la victime de crier, de réagir et de se débattre [15], est provoqué par le caractère insensé, inconcevable et terrorisant des violences, c'est une réaction neuro-psychique normale et universelle.

Ces mécanismes de survie, qui se déclenchent en vue d'échapper au stress extrême, sont assimilables à une disjonction avec la production par le cerveau de drogues dures endogènes proches d'un cocktail morphine-kétamine du circuit émotionnel et de la mémoire qui « éteint » le stress et entraîne un état dissociatif accompagné d'une anesthésie émotionnelle [16].

Cet état dissociatif provoque la sensation d'être absent, déconnecté (déréalisation), et spectateur de la situation (dépersonnalisation), comme indifférent [17]. La disjonction est également à l'origine de troubles mnésiques, par interruption des circuits d'intégration de la mémoire, provoquant des amnésies partielles ou complètes et surtout une mémoire traumatique [18].

4. CONSEQUENCES PSYCHOTRAUMATIQUES DES VIOLENCES SEXUELLES

L'agression sexuelle fait partie des violences qui ont le plus d'impact sur la santé mentale que ce soit à court ou à long termes. Et plus les victimes sont jeunes, plus les conséquences sont lourdes.

3.1 ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE (ESPT)

La définition de l'ESPT reprend la clinique de la névrose traumatique, actuellement connue aussi sous l'appellation de syndrome psychotraumatique. Les séquelles psychologiques des victimes de violences sexuelles, ont été décrites pour la

première fois en 1974 dans la publication de BURGESS A. et HOLMSTROM L. [19] de l'hôpital Boston City View, dénommé « Rape trauma syndrome » ou le syndrome du traumatisme du viol.

C'est à partir de 1980 que l'état de stress post traumatisant a été répertorié dans la troisième édition du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), l'ouvrage de référence publié par l'American Psychiatric Association (APA) [20]. Il est ensuite apparu dans la CIM (Classification Internationale des Maladies), dixième version en 1992 publiée par l'OMS [21].

Selon le DSM IV, six critères permettent de poser le diagnostic d'un ESPT [22] :

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatisant dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

(2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

A noter que chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatisant est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. A noter que chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

(2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. A noter que chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

(3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication spécifique du traumatisme peuvent survenir.

(4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.

(2) efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.

(3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.

(4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien de réduction de la participation à ces mêmes activités.

(5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

(6) Restriction des affects (exemple : incapacité à éprouver des sentiments tendres).

(7) Sentiment d'avenir « bouché » (exemple : pense ne pas pouvoir faire sa carrière, se marier, avoir des enfants ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.

(2) irritabilité ou accès de colère.

(3) difficultés de concentration.

(4) hypervigilance

(5) réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Il conviendra également de spécifier le trouble comme **Aigu**, si la durée des symptômes est de moins de trois mois ; **Chronique**, si la durée des symptômes est de trois mois ou plus ; **Survenue différée**, si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

Il est reconnu aujourd’hui que les agressions sexuelles, avec la torture sont les violences qui ont les conséquences psychotraumatiques les plus graves. Les études montrent ainsi que deux tiers des victimes de viol, de tentatives de viol ou d’agression sexuelle, développent un état de stress post-traumatique. Les violences sexuelles représentent la cause la plus fréquente d’état de stress post-traumatique chez les femmes [23]. Ces troubles psychotraumatiques sont des conséquences normales des violences et sont aussi pathognomoniques, c'est-à-dire une preuve médicale d'un traumatisme subi par une personne.

Une étude menée par une équipe de chercheurs internationaux a mis en évidence que les violences génèrent à part des blessures psychiques, des modifications neurologiques visibles sur IRM de certaines aires corticales du cerveau de femmes adultes ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance, avec des dysfonctionnements importants des circuits émotionnels et de la mémoire [24]. Ces modifications anatomiques sont réversibles grâce à la neuroplasticité du cerveau si la victime bénéficie de soins appropriés et d'un contexte bienveillant et sécurisant [25].

3.2 ETAT DE STRESS AIGU (ESA)

On parle d'un Etat de stress aigu si les symptômes surviennent dans les quatre semaines après l'événement traumatisant et durant au minimum 2 jours. Selon le DSM IV, 8 critères permettent de poser le diagnostic d'un ESA [22] :

- A. idem que les critères d'un état de stress post traumatisant
- B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :
 - (1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle

(2) une réduction de la conscience de son environnement (exemple « être dans le brouillard »)

(3) une impression de déréalisation

(4) de dépersonnalisation

(5) une amnésie dissociative (incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme)

C. L'événement traumatisant est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatisant.

D. Évitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme (exemple : pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neuro-végétative (exemple : difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatisante.

G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatisant.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (exemple : une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant.

3.3 TROUBLES CO-MORBIDES

Des symptômes non spécifiques sont fréquemment associés aux troubles psychotraumatiques. En absence de prise en charge adéquate, les conséquences

psychotraumatiques des violences sexuelles risquent de coloniser et de hanter le psychisme de la victime par l'intermédiaire de la mémoire traumatique.

La mémoire traumatique s'apparente à une véritable torture : elle fait revivre à l'identique lors de réminiscences, des flash-backs et cauchemars qui envahissent le psychisme, les scènes de violences et la mise en scène de l'agresseur, avec les mêmes émotions (terreur, détresse, douleurs, sentiment de n'avoir aucune valeur, d'être nié, de n'avoir aucun droit, d'avoir mérité ces violences). C'est comme une machine infernale à remonter le temps. C'est une mémoire émotionnelle des violences, contenue dans l'amygdale cérébrale, qui n'a pas pu être intégrée par l'hippocampe en mémoire autobiographique [26].

De lourdes conséquences sur la santé peuvent alors apparaître dans les années à venir. Il a été démontré alors, qu'avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance est un des déterminants principaux de la santé, même cinquante ans après, si aucune prise en charge n'est mise en place [27].

Parmi les troubles co-morbides on observe [28] [29] :

- Des troubles de l'humeur dépressifs (dans plus de 50% des cas) avec des risques suicidaires importants par rapport à la population générale
- Des manifestations névrotiques avec des manifestations hystériiformes et la survenue de conversions somatiques.
- Des troubles anxieux généralisés avec des crises d'angoisse, des attaques de panique, des rituels obsessionnels.
- Des manifestations phobiques qui accompagnent très fréquemment la pathologie psychotraumatique : la phobie s'organise généralement aux coordonnées spatiotemporelles de l'événement traumatique.
- Des manifestations psychosomatiques qui touchent les différentes parties du corps [30] : asthénie, douleurs chroniques, des troubles cardio-vasculaires, gastro-entérologiques, dermatologiques, diabète, de l'hypertension artérielle... ou se traduire parfois par des maladies auto-immunes, voire un cancer.
- Des troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie) et de la sexualité

- Des conduites addictives (alcoolisme et toxicomanie) et des conduites à risque
- Des troubles de la personnalité : c'est-à-dire que des modifications de la personnalité peuvent être observées au décours du syndrome psychotraumatique.

4. PRISE EN CHARGE DES VICTIMES

Une prise en charge médicale spécialisée précoce des victimes des violences sexuelles, c'est-à-dire dans les 12 heures qui suivent, permet d'éviter l'installation d'une mémoire traumatique et des troubles psychotraumatiques (ESPT) [31,32].

4.1 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE IMMEDIATE

L'intervention thérapeutique immédiate vise à désamorcer l'angoisse et le stress, cela au moyen d'une présence, d'une attention soutenue, de paroles visant à resituer le sujet dans une communauté d'êtres humains [28]. Elle permet à la victime de verbaliser l'expérience émotionnelle afin de libérer l'affect rattaché aux souvenirs de l'événement traumatique (première ventilation), limitant ainsi le risque d'évolution vers un état de stress post traumatique ultérieurement.

4.2 PSYCHOTHERAPIES SPECIALISEES

4.2.1 Psychothérapie intégrative

Elle consiste à désamorcer la mémoire traumatique, comportant quatre étapes : une étape d'information sur les mécanismes à l'œuvre, une étape de compréhension et de décolonisation qui consiste à comprendre les mécanismes à l'œuvre et à démonter la stratégie de l'agresseur afin de parvenir à déminer la mémoire traumatique, ce qui rend dès lors possible la troisième étape, qui est l'exposition par l'imagination aux événements déclencheurs liés à l'événement traumatique. La mémoire traumatique peut ainsi être enfin intégrée en mémoire autobiographique [33], c'est la quatrième étape.

4.2.2 Thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Ce sont des thérapies de courte durée, validées scientifiquement, qui aident les patients à se confronter à tout ce qui génère chez eux de l'anxiété et visent à remplacer

les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité. Ces thérapies aident les victimes à dépasser progressivement leurs symptômes invalidants, tels que les stratégies d'évitement, le stress, les phobies, les conduites à risques, etc... Elles utilisent des techniques d'exposition : fondées sur les théories de l'apprentissage, qui consistent à se confronter aux stimuli anxiogènes pour diminuer la réponse anxieuse associée. Il s'agit d'utiliser un mécanisme d'habituation qui se fait progressivement et de manière répétée. Les TCC utilisent aussi la thérapie cognitive et de gestion de l'anxiété et sont réputées dans le traitement de l'état de stress post-traumatique, car plusieurs études contrôlées ont montré leur effet sur l'atténuation des symptômes [34].

4.2.3 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

C'est une méthode thérapeutique brève découverte à la fin des années 80 aux Etats-Unis par Francine Shapiro [35]. La technique consiste à demander au patient de penser à la violence subie et en se concentrant sur les émotions qu'il ressent tout en suivant des yeux les mouvements de la main du thérapeute de gauche à droite. Elle est basée sur la constatation que l'exécution de mouvements oculaires saccadés lors de pensées anxiogènes diminue l'intensité de la détresse associée.

L'EMDR a été reconnu par son efficacité dans le traitement du syndrome de stress post traumatisque par la HAS (Haute Autorité de Santé) en France en 2004 [36], et recommandé par l'OMS depuis 2012.

4.2.4 Hypnothérapie

Cette thérapie consiste à induire un état hypnotique bref chez le patient. C'est un « état modifié de la conscience », c'est-à-dire un état entre la veille et le sommeil provoqué par la suggestion. Elle est utilisée dans la prise en charge des névroses traumatiques depuis la fin du 19^{ème} siècle par Freud Sigmund, mais il n'existe que peu d'étude qui montre son efficacité [37].

4.2.5 Psychothérapies psychodynamiques

Ce sont des thérapies brèves et intensives centrées surtout sur la verbalisation plutôt que de se focaliser sur les symptômes. Elles consistent à travailler sur le vécu de l'événement traumatisant, avec comme objectif une modification des rapports qu'entretient le sujet avec son trauma et de l'aider à surmonter ses résistances internes à éprouver des sentiments sur son vécu traumatisant. Cette méthode psychothérapeutique s'attaque à la source des symptômes, mais qui apporte de ce fait des résultats moins spectaculaires que les thérapies uniquement ciblées sur les symptômes.

Peu d'étude montre son efficacité dans le traitement de l'état de stress post traumatisant [38].

4.2.6 Autres thérapies

En compléments, d'autres thérapies peuvent être utiles comme des thérapies corporelles avec médiation : art-thérapie, relaxation, sophrologie...

4.3 PHARMACOTHERAPIE

Les traitements pharmacologiques peuvent être associés à toutes ces méthodes thérapeutiques. D'après des consensus qui se dégagent après une multitude d'études contrôlées et d'essais ouverts depuis près de 20 ans, les antidépresseurs semblent prouvé leurs efficacités. Les antidépresseurs dits sérotoninergiques s'imposent comme le traitement de choix de l'ESPT [39] : sertraline, indication officielle aux Etats Unis, efficacité significativement plus importante selon les études [40,41], paroxétine, fluoxétine. A part l'efficacité, l'intérêt de ces molécules est la bonne tolérance médicamenteuse.

Le traitement des symptômes somatiques peut y être associé comme des anxiolytiques et des hypnotiques en cas d'anxiété importante et de troubles du sommeil [42]. Les benzodiazépines sont à utilisation limitée avec le risque de dépendance et d'accoutumance.

Les bêta-bloquants sont efficaces pour réduire le stress et permettent donc de limiter les conduites dissociantes à risques des sujets en état de stress posttraumatique [43].

DEUXIEME PARTIE :
NOTRE TRAVAIL

1. MATERIELS ET METHODES

1.1. MATERIELS

1.1.1. Description de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective transversale, s'étalant pendant la période du 11 avril au 11 mai 2016.

1.1.2. Cadre de l'étude

L'étude a été réalisée dans le Centre Vonjy, seul service spécialisé accueillant les victimes de violences sexuelles à Antananarivo, qui se trouvait au sein de l'Hôpital Universitaire de Gynéco - Obstétrique de Befelatanana, dans la ville d'Antananarivo.

1.1.3. Matériel utilisé

Pour la collecte des données, nous avons utilisé un canevas d'étude pour chaque patient vu en consultation. Il renseigne sur l'identité, la biographie, les types de violences sexuelles, l'observation psychologique et la prise en charge effectuée.

1.2. METHODES

1.2.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients victimes de violences sexuelles vus en consultation externe dans le centre Vonjy, sans distinction d'âge et de genre et ayant répondu à la définition de l'OMS.

1.2.2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu les patients mineurs ayant des rapports sexuels consentants avec leurs petits amis et les victimes de séquestration ou d'une fugue volontaire sans preuve d'une agression sexuelle.

1.2.3. Paramètres étudiés

Concernant les malades ayant répondu aux critères d'inclusion, nous avons établi les paramètres d'étude :

- L'état civil précisait l'identité du malade avec l'âge, le genre et le lieu de domicile
- L'anamnèse précisait la biographie du patient, les antécédents psychiatriques, les types de violences sexuelles avec l'histoire précise de leur déroulement y compris les renseignements sur l'auteur et le lieu de l'agression.
- L'examen psychiatrique précisait la présentation et le contact avec le patient, suivi de l'analyse séméiologique des symptomatologies présentées par la victime.
- La prise en charge a été classée en 2 catégories : la psychothérapie et la pharmacothérapie essentiellement les anxiolytiques et les antidépresseurs.

1.2.4. Analyse des données

Toutes nos données ont été récoltées sur des fiches d'enquête individuelles, à partir d'un entretien direct avec les patients. La saisie et l'analyse ont été ensuite faites sur le logiciel « Microsoft Excel » version 2010.

2. RESULTATS

2.1. CARACTERES EPIDEMIOLOGIQUES GENERAUX DE LA POPULATION

Parmi les patients reçus en consultation externe pour violence sexuelle durant cette période, 45 ont répondu aux critères d'inclusion et à la définition de l'OMS.

2.1.1. L'âge

L'âge variait de 3 à 71 ans. L'âge médian était de 13 ans, l'âge moyen de 14 ans. La tranche d'âge la plus représentée était entre 11 et 17 ans (Tableau I).

2.1.2. Le genre

Tous nos patients étaient du genre féminin dans 100% des cas.

2.1.3. Domicile

Nous avons retrouvé 24 patientes qui habitent à la périphérie d'Antananarivo ville soit 53%, 12 originaires des bas quartiers du centre-ville (27%) et 9 patientes issus de la haute ville (20%) (Tableau II).

2.1.4. Niveau d'étude

Plus de la moitié de nos patientes soit 25 (56%), ont un niveau d'étude primaire, 12 ont fréquenté le collège (27%), 5 non scolarisés (11%) et 3 ayant un niveau universitaire (7%) (Figure 1).

2.1.5. Niveau socio-économique

Un bas niveau de vie socio-économique était retrouvé dans 78%, soit 35 de nos patientes. Neuf patientes, soit 20% ont un niveau moyen et un seul patient avait un haut niveau socio-économique (Figure 2).

2.1.6. Situation matrimoniale

La majeur partie de nos patientes étaient célibataires (96%), les 4% restantes sont mariées ou veuves (Figure 3).

Tableau I : L'âge des patients

Tranche d'âge	Effectifs N=45	Pourcentage 100%
3 à 10 ans	16	36%
11 à 17 ans	23	51%
18 à 35 ans	5	11%
supérieur à 35 ans	1	2%

La tranche d'âge entre 11 à 17 ans était la plus représentée.

Tableau II : Domicile des patients

Domicile	Effectifs N=45	Pourcentage 100%
Périphérie	24	53%
Bas quartier	12	27%
Haute ville	9	20%

Plus de la moitié des victimes habitent à la périphérie d'Antananarivo.

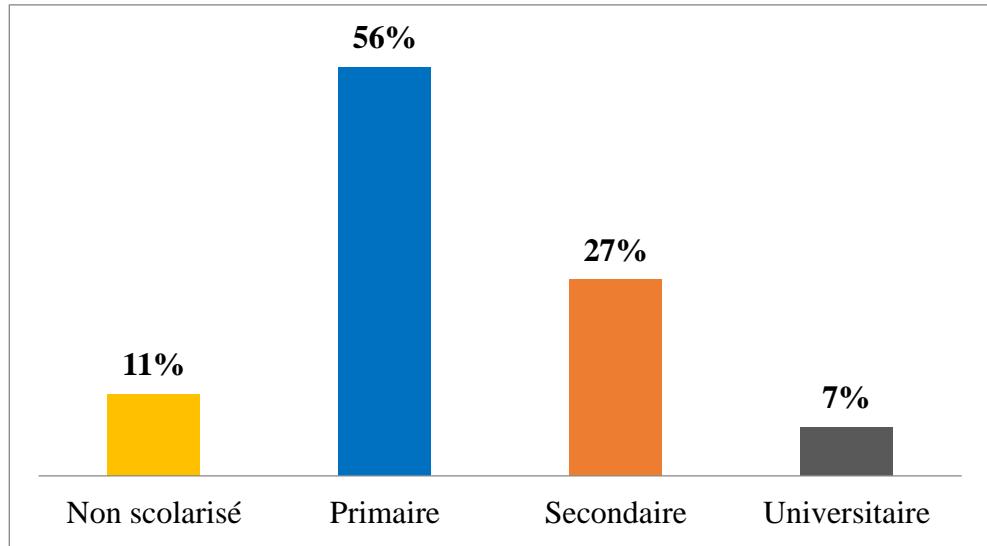


Figure 1 : Répartition des patients selon le niveau d'études

Plus de la moitié des patientes ont un niveau d'étude primaire

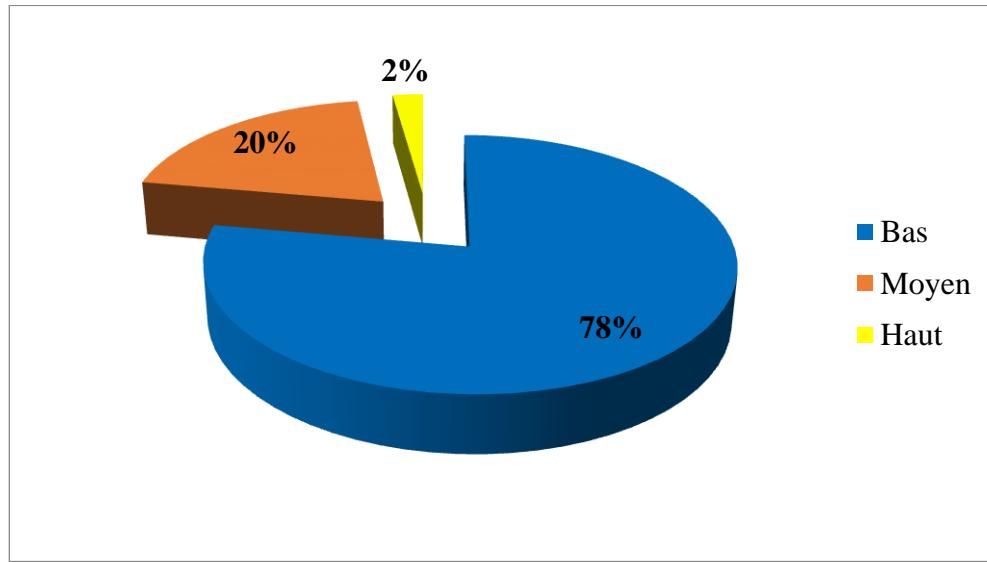


Figure 2 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique

Dans 78% des cas, un bas niveau de vie socio-économique était retrouvé

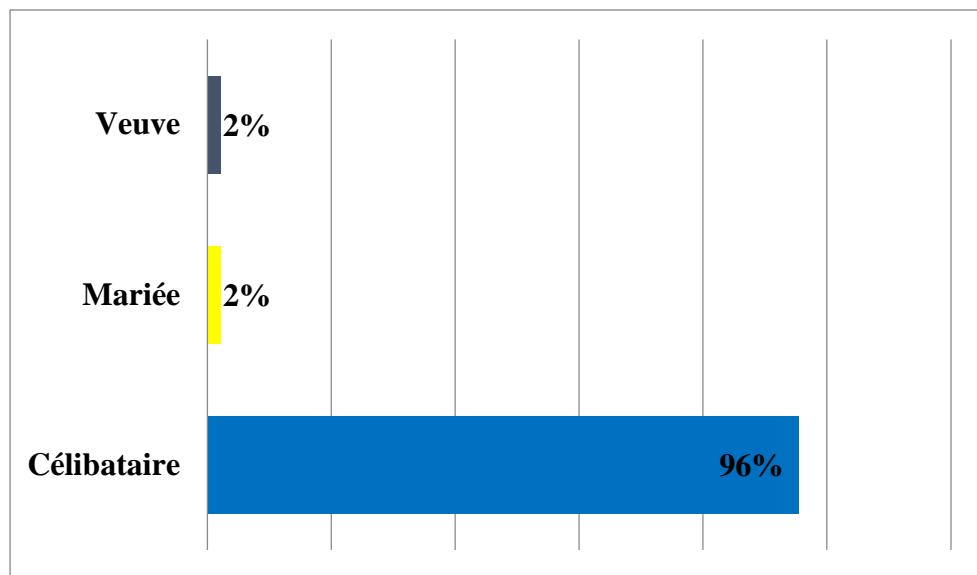


Figure 3 : Situation matrimoniale des patients

La majeure partie de nos patientes étaient célibataire.

2.2 CARACTERES SPECIFIQUES DES VIOLENCES SEXUELLES

2.2.1. Types de violences sexuelles

Le viol avec pénétration prédominait dans 89% des cas soit 40 patientes, seulement les 5 patientes (11%) avaient été victime d'attouchement sexuel (Tableau III).

Un viol collectif avait concerné 3 de nos patientes soit 7%.

2.2.2. Auteurs des violences sexuelles

Tous les auteurs sont du genre masculin dans 100% des cas. Les agresseurs étaient mineurs dans 10 cas, soit 22% leurs victimes le sont aussi. L'âge moyen était de 26 ans, variait de 10 à 50 ans.

Dans 24% des cas soit 11 victimes, l'auteur de l'agression sexuelle était leur voisins, suivi des inconnus au nombre de 6 (13%).

Parmi les victimes, 10 avaient subi un viol incestueux soit 22%, le père biologique était l'agresseur dans 11% des cas (5 patients), le cousin dans 4% des cas (4 patients) et le demi-frère dans 2% des cas (1patient).

Les autres auteurs étaient le beau-père (9%), le beau-frère (4%), le petit ami (4%), un ami (7%), le patron (4%), ou autres (7%) (Tableau IV).

2.2.3. Lieu de l'agression

Plus de la moitié de nos patientes au nombre de 23 (51%) avaient été agressées chez elles, 14 victimes étaient violés chez l'agresseur (31%). 5 patients (11%) avaient été victimes de violences sexuelles dans la rue, 2 patients (4%) dans une chambre d'hôtel et 1 seul (2%) dans les champs (Figure 4).

2.2.4. Examen psychiatrique des patients

a. Présentation et contact

Parmi les 45 victimes, 19 (42%) avaient les larmes aux yeux au cours de l'entretien, 18 (40%) étaient calme et coopérant. Une patiente (2%) avait présenté un état d'agitation et 7 (16%) étaient totalement dans un état de sidération (Tableau V).

b. Symptomatologies psychiatriques

Nous avons pu retrouver :

- Une symptomatologie dissociative dans 36% des cas, soit 16 patients dont 7 étaient mutiques, 4 avaient présentés une amnésie lacunaire des faits, 3 une déréalisation, 1 cas de dépersonnalisation et d'errance.
- Une anorexie mentale dans 20% des cas, concernant 9 patients.
- Un désintérêt pour les activités (émoussement des affects) dans 38% des cas soit 17 patients.
- Une perte d'espoir et de l'estime de soi dans 27%, soit 12 patients.
- Un état délirant chez une patiente.
- Une tentative de suicide dans 13% des cas, concernant 6 patients. Une idéation suicidaire était présente dans 27 % des cas, soit 12 patients.

Tableau III : Types de violences sexuelles

Types de viol	Effectifs N=45	Pourcentage 100%
Viol avec pénétration	40	89%
Attouchement seul	5	11%

Tableau IV : Les auteurs des violences sexuelles

Auteurs	Effectifs N=45	Pourcentage 100%
Voisin	11	24%
Inconnu	6	13%
Père biologique	5	11%
Beau père	4	9%
Beau frère	2	4%
Demi-frère	1	2%
Cousin	4	9%
Petit ami	4	9%
Ami	3	7%
Patron	2	4%
Autres	3	7%

Dans 21% des cas, l'auteur était son voisin, suivi des inconnus dans 13%. Le père biologique était l'agresseur dans 11% des cas.

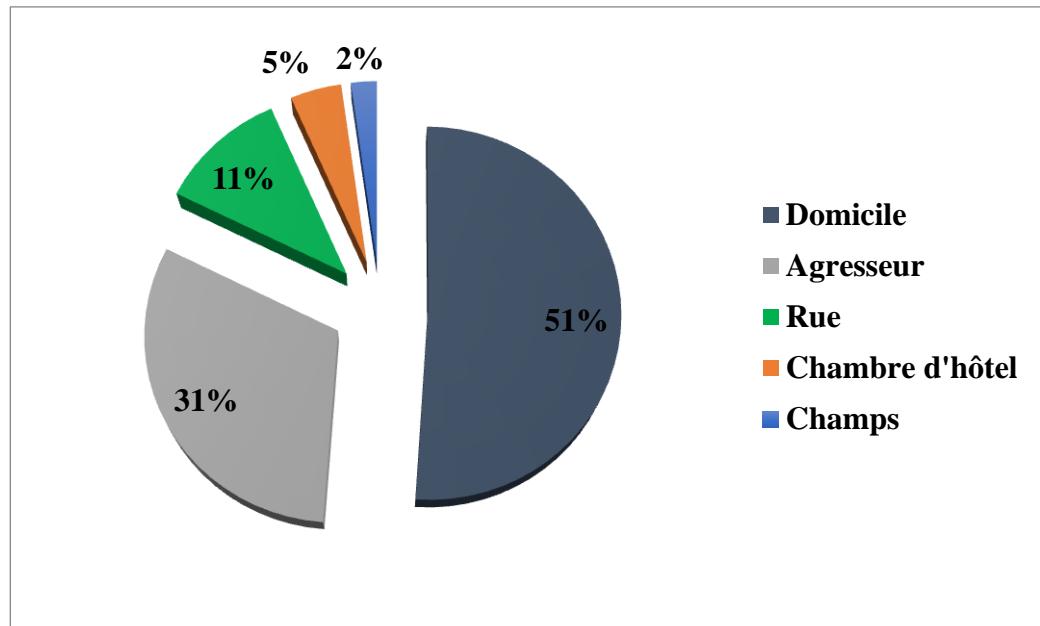


Figure 4 : Lieu de l'agression

Plus de la moitié de nos patientes avaient été agressée chez elle.

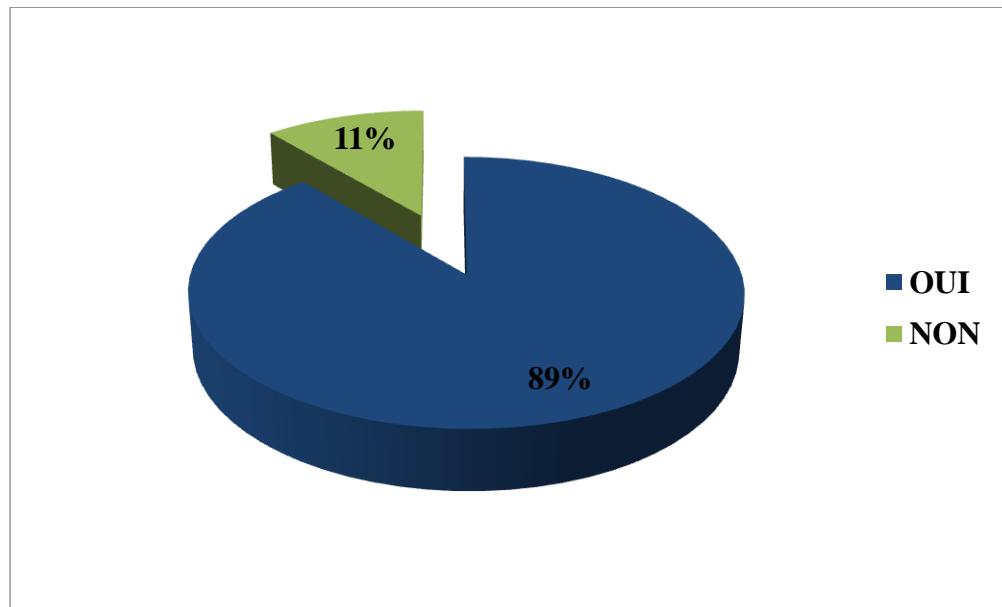


Figure 5 : Impacts psychologiques

89% des victimes avaient présenté un impact psychologique immédiat après l'agression sexuelle.

2.2.5. Diagnostics psychiatriques

Nous avons constaté que 40 patientes, c'est-à-dire 89% avaient présenté un impact psychologique après la violence sexuelle. Seulement 5 patientes, soit 11% étaient indemnes au moment de la consultation (Figure 5).

Parmi les diagnostics :

- Le syndrome psychotraumatique était retrouvé dans 64% des cas (29 patients), dont 47% (21 patients) avaient répondu aux critères diagnostiques d'un état de stress aigu et 18% (8 patients) celles d'un état de stress post traumatique.
- Le syndrome dépressif concernait 5 patients (11%)
- Le trouble anxieux (anciennement appelé névrose), était rencontré dans 9% des cas (4 patients).
- Le trouble somatoforme avait concerné 4% des cas, soit 2 patients.

(Tableau VI)

2.2.6. Prise en charge psychologique

La prise en charge était basée essentiellement sur le soutien psychologique chez tous les patients (100%). Un antidépresseur ou un anxiolytique était associé selon les symptomatologies présentées par la patiente.

Tableau V : Présentation et contact des patients

Présentation	Effectifs	Pourcentage
	N=45	100%
Tristesse, larmes	19	42%
calme et coopérante	18	40%
Sidérée	7	16%
Agitée	1	2%

La plupart de nos patientes avaient les larmes aux yeux durant la consultation, 16% était en état de sidération.

Tableau VI : Diagnostics psychiatriques

Diagnostics	Effectifs	Pourcentage
	N=45	100%
ESA	21	47%
ESPT	8	18%
Syndrome dépressif	5	11%
Troubles somatoformes	2	4%
Troubles anxieux	4	9%
Sans impacts	5	11%

Les syndromes psychotraumatiques (ESA et ESPT) étaient retrouvés dans plus de la moitié des cas.

TROISIÈME PARTIE :
DISCUSSION-SUGGESTIONS

1. DISCUSSION

1.1. COMMENTAIRES GENERAUX DE L'ETUDE

La présente étude a été faite dans le but de décrire les aspects pathologiques des impacts psychologiques chez les personnes victimes de violences sexuelles, et aussi l'importance d'une prise en charge psychologique. Les résultats devraient permettre de proposer une assistance psychologique obligatoire pour tous les cas d'agression sexuelle à Madagascar.

Notre étude a été effectuée avec tous les patients victimes de violences sexuelles vus en consultation externes dans le Centre Vonjy du CHUGOB pendant une période de 1 mois à partir du 11 avril 2016. Nous avons reçu 52 patients enregistrés dans notre canevas d'étude.

Nos critères de sélection ont ciblés tous les patientes victimes de violences sexuelles, sans distinction d'âge et de genre vus en consultation externe ayant répondu à la définition de l'OMS. Nous avons retenu au final 45 patients. Le reste était des patientes mineures ayant des rapports sexuels consentants avec leurs petits amis ou victimes de séquestration ou de fugue volontaire chez lesquels une agression sexuelle était suspectée.

La prise en charge psychologique est obligatoire après une agression sexuelle car l'impact sur la santé mentale est plus important que les conséquences physiques avec un risque de chronicité. Habituellement, les professionnels de santé sont toujours préoccupés seulement par les conséquences somatiques et oublient le côté psychotraumatique qui est aussi grave et peut durer très longtemps. Actuellement la prise en charge conventionnelle d'une victime de violence sexuelle est avant tout psychologique. Une telle prise en charge est encore non réalisée dans la majorité des cas, d'où la justification de notre étude. Le problème est aussi le manque voire inexistence de psychiatre ou même de psychologue dans les centres spécialisés pour accueillir les victimes. En association avec la psychothérapie, un traitement pharmacologique peut être associé en cas de troubles psychiatriques apparents. Selon la symptomatologie, on utilise habituellement les antidépresseurs et les anxiolytiques.

1.2. CARACTERES SPECIFIQUES DE LA POPULATION

1.2.1. L'âge et le genre

La population comptait 45 patients au total, âgés de 3 à 71 ans. La tranche d'âge la plus représentée était entre 11 et 17 ans dans 51% des cas. Seize patients étaient entre 3 à 10 ans soit 36%. Dans 11% des cas soit 5 patients, l'âge était entre 18 à 35 ans. Un patient était supérieur à 35 ans soit 2%. L'âge moyen était de 14 ans.

Cette prédominance des violences sexuelles sur les enfants observée ici est constamment observée dans les autres populations d'études antérieures. D'après BAJOS et al. [11] selon une enquête sur le contexte de la sexualité en France en 2008, 59% des femmes victimes de violences sexuelles ont subi les premiers viols ou tentative de viol avant l'âge de 18 ans. D'après l'étude d'une sociologue LE GOAZIOU et al. [44] conduite à partir de 425 dossiers de viol jugés en cours d'assise à Paris, elle révèle que deux tiers des victimes étaient mineurs au moment des faits et qu'un tiers d'entre elles avaient moins de 10 ans. REZA et al. [45] avaient retrouvés à Swaziland en 2009 que 33,2% des filles et des femmes de 13 à 24 ans ont déclaré avoir vécu un incident de violence sexuelle avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans. Dans trois pays d'Amérique Centrale, une étude de SPEIZER et al. [46] concernant les sévices sexuels pendant l'enfance subis avant l'âge de 15 ans avait ressorti que la prévalence oscille entre 4,7 % au Guatemala, 7,8 % au Honduras et 6,4 % en El Salvador, et que la majorité des cas déclarés ont eu lieu avant l'âge de 11 ans. Une analyse conduite par l'OMS en 2004, sur l'état des recherches à cette époque, a estimé que la prévalence mondiale des violences sexuelles sur enfant était d'environ 27 % chez les filles et avoisinait les 14 % chez les garçons [47]. D'une manière générale les jeunes femmes sont plus exposées à la violence sexuelle que les femmes plus âgées. D'après des données fournies par l'appareil judiciaire et les centres d'aide aux victimes d'agressions sexuelles des pays suivants : Chili, Malaisie, Mexique, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Pérou et Etats-Unis, un à deux tiers des victimes sont âgées de 15 ans ou moins [48,49].

A l'échelle mondiale, malgré l'ampleur des faits, l'Unicef : agence des Nations Unies entièrement dédiée aux enfants et aux adolescents lutte contre tout genre de violence contre les enfants dont les agressions sexuelles. Le rapport de l'UNICEF en

2014 sur la violence contre les enfants révèle que 120 millions jeunes filles ont subi des rapports sexuels ou d'autres actes sexuels forcés dans le monde [7].

A Madagascar, la prise de conscience de l'importance de la prévalence des agressions sexuelles surtout envers les enfants n'est pas encore d'actualité, aucune étude statistique est disponible pour avoir les chiffres exactes. C'est seulement à partir de 2015 que le premier centre de prise en charge spécialisée des victimes de violence sexuelle voit le jour à Antananarivo avec le financement de l'UNICEF, lieu où notre étude s'est déroulée. Ce travail est alors un début pour avoir déjà une idée sur la prédominance des violences sexuelles envers les mineurs, et aussi chez l'adulte.

Notons aussi que le genre féminin était le seul représenté dans notre étude, c'est-à-dire dans 100% des cas.

La prédominance féminine des victimes des violences sexuelles est observée dans les études de la littérature. D'après MEIN et al. [50], WELCH et al. [51] à l'échelle mondiale, selon les estimations, seulement 3% des hommes seraient victimes d'un viol ou tentative de viol au cours de leur vie contre 20% chez les femmes. Selon CHARIOT et al. [52] une étude effectuée en France en 2010, les plaintes pour agression sexuelle chez l'homme adulte ou adolescent sont environ 10 fois moins fréquentes que chez les femmes. A noter que la plupart des études publiées sur les hommes victimes de violences sexuelles concernent les États-Unis [53].

La violence sexuelle envers les femmes est restée sous-estimé depuis longtemps malgré son ampleur, or elle constitue un véritable problème de santé publique majeur. Une campagne d'information est nécessaire pour permettre surtout aux femmes de mieux identifier les violences sexuelles qu'elles ont subi ou qu'elles subissent, et de pouvoir en parler. Un autre chiffre frappant concerne une étude effectuée par SALMONA et al. en France en 2015 [54], qui avait relevé que plus de 80% des femmes interrogés avaient subi les premières violences sexuelles avant 18 ans, 1 sur 2 avant 11 ans et 1 sur 5 avant 6 ans.

On peut en conclure que nos résultats sont comparables à la littérature concernant la prédominance des enfants victimes de violences sexuelles et aussi du genre féminin.

1.2.2 Le domicile, le niveau d'étude et socio-économique

La moitié de notre population d'étude, soit 53% habite à la périphérie du centre-ville. Douze patients habitaient dans les bas quartiers soit 27% et neuf issus de la haute ville soit 20%.

Le lieu de vie est déjà un marqueur du niveau social de la population. D'après une étude faite par BOURGOIS aux Etats Unis [55], l'habitation dans un milieu insalubre est un risque d'en être victime d'agression sexuelle. Prise au piège dans leurs quartiers malsains et sans guère de possibilités d'emploi , les jeunes gens manifestent leurs virilités et leurs agressivités contre les femmes ou les jeunes filles qu'ils ne peuvent plus dominer sur un mode patriarchal ou faire vivre sur le plan économique (crise d'identité masculine).

Le niveau d'étude primaire était le plus représenté chez la moitié de nos patients soit 56%. Douze patients avaient un niveau d'étude secondaire soit 27%, cinq illettrés jamais scolarisés et seulement trois ayant un niveau universitaire soit 7%.

Selon l'OMS, en 2012 à Londres [56], le faible niveau d'instruction est parmi les facteurs de risque d'une agression sexuelle. Or, d'après KRUG et al. [6] dans le rapport mondial sur la violence et la santé, les femmes plus instruites et donc plus autonomes sur le plan économique sont exposés à un risque de violence sexuelle du moins lorsque le partenaire intime est l'auteur. Dans notre population d'étude, la prédominance de ce faible niveau d'instruction est expliquée par la tranche d'âge de nos patients qui sont des enfants dans la majorité.

Dans le résultat de notre étude, 35 patients avaient un bas niveau de vie socio-économique soit 78%. Neuf patient avaient un niveau moyen, soit 20% et un seul avait un haut niveau de vie socio-économique.

La pauvreté est liée à la fois à la violence sexuelle elle-même et au risque d'en être victime [6]. Selon la littérature, plusieurs auteurs comme MORRELL [57], JEWKES [58], SILBERSCHMIDT [59] affirment le lien entre la pauvreté et la perpétration de la violence sexuelle qui s'établit par le biais de formes de crises de l'identité masculine. Il est possible que les femmes et les filles pauvres risquent plus d'être violées dans leurs activités quotidiennes que les autres, par exemple, en rentrant seules à pied chez elles le soir tard après le travail ou en travaillant dans les champs ou en allant ramasser du petit bois seules. Il se peut aussi que les enfants de femmes pauvres soient moins surveillés en dehors de l'école, car leurs mères doivent travailler et n'ont pas les moyens de payer une garderie. Il est possible également que les enfants eux-mêmes travaillent et soient donc exposés au risque d'exploitation sexuelle.

La pauvreté oblige beaucoup de femmes et de filles à exercer des métiers où le risque de violences sexuelles est assez élevé [60], notamment dans l'industrie du sexe [61]. Elle crée également des pressions énormes pour qu'elles trouvent ou conservent un emploi, travaillent dans le commerce et, si elles étudient, pour qu'elles obtiennent de bonnes notes, ce qui les expose à des actes de coercition sexuelle de la part de ceux qui peuvent promettre ces choses [62].

D'une manière générale, que ce soit dans notre étude mais aussi retrouvé dans la littérature internationale, la pauvreté est une des facteurs de risque de la violence sexuelle se manifestant par le faible niveau d'instruction ou l'habitation dans les milieux insalubres et surtout le bas niveau socio-économique.

1.2.3. Situation matrimoniale

La majorité de notre population d'étude étaient célibataires soit quarante-trois patients, c'est-à-dire dans 96% des cas. Seules deux patientes soit 4% étaient respectivement mariées et veuves.

Cette prédominance des célibataires s'explique par la prépondérance des mineurs dans notre population d'étude.

Il est à signaler que l'agression sexuelle au sein du couple existe également mais d'habitude non déclaré ou méconnue. D'après GARCIA et al. [5] selon une étude

multipays de l'OMS, la prévalence de la violence sexuelle infligée par un partenaire au cours de la vie, chez les femmes de 15 à 49 ans interrogées variait de 6 % au Japon à 59% en Éthiopie, les chiffres dans la majorité des lieux étudiés oscillant entre 10% et 50%. Selon JEWKES et al. [63] une étude effectuée en Afrique du Sud en 2011 auprès d'un échantillon aléatoire d'hommes avait montré que 14,3% déclarent avoir violé leur femme ou petite amie actuelle ou précédente. Une étude effectuée en Inde sur un échantillon représentatif de plus de 6000 hommes avait montré que 29% déclarent avoir usé de la violence sexuelle à l'encontre de leur épouse dont 7% associée à une agression physique [64]. La prévalence de la coercition sexuelle exercée par les partenaires intimes commence à se faire connaître. En Angleterre à North London, 23% des femmes déclarent avoir déjà été victimes d'un viol ou d'une tentative de viol de la part d'un partenaire. On arrive à des chiffres similaires à Guadalajara, au Mexique (23,0 %), à Léon, au Nicaragua (21,7 %), à Lima, au Pérou (22,5 %) et dans la province des Midlands, au Zimbabwe (25,0 %) [6].

On peut donc parler de violence sexuelle même au sein d'une couple quand il n'y a pas de consentement, et il ne faut pas oublier qu'elle peut être accompagnée d'une agression physique. Selon notre résultat les célibataires sont plus exposés à la violence sexuelle.

1.2.5. Types et auteurs des violences sexuelles

En ce qui concerne le type de violence sexuelle dans notre étude, quarante patients soit 89% étaient victimes de viol avec pénétration, les cinq restants soit 11% avaient subi un attouchement sexuel seul.

Selon une étude faite par JASPARD et al. [65] en France en 2003, les agressions sexuelles les plus souvent déclarées étaient les tentatives de rapport forcé, suivi des attouchements puis des rapports forcés.

La prédominance des viols avec pénétration dans notre population d'étude peut s'expliquer de deux façons :

- Seulement les victimes d'une agression sexuelle avec pénétration consultent au centre de soins par peur d'une conséquence sur la santé physique comme

une IST (Infection Sexuellement Transmissible), une grossesse non désirée,...d'où sa prédominance.

- La plupart du temps, la mentalité de la famille des victimes considère qu'il n'y a pas de viol, si aucune pénétration n'avait pas eu lieu, donc les tentatives de viol sont d'habitudes non recensés.

Dans la majorité des cas, la victime devient souvent la coupable surtout aux yeux de l'opinion publique, d'où le silence et le déni qui est la culture du viol [66]. C'est un concept établissant des liens entre la violence sexuelle et la culture de la société, dans laquelle prévalent les attitudes et des pratiques qui tendent à tolérer ou excuser le viol [67]. Ce déni est soutenu par une culture qui tend à valider les comportements sexistes, de sorte que nombre de femmes approuvent la domination masculine comme si elle était justifiée. Cela signifie que les hommes sont encore socialisés à soumettre et les femmes à céder. Les victimes sont aussi souvent reprochées par son entourage (famille, amis...) d'avoir été responsable de ce qui s'est passé, qu'elle l'a bien cherchée, qu'elle aurait dû faire ci ou ça, ne pas se comporter ainsi, s'habiller comme cela... Cette culture du viol est alors responsable d'un silence, d'une peur et les agresseurs restent impunis, la victime est considérée comme coupable donc sans prise en charge adéquate.

Concernant les auteurs dans notre population d'étude, ils étaient tous du genre masculin, avec un âge moyen de 26 ans qui variait de 10 à 50 ans. Ils sont mineurs dans 22% des cas soit au nombre de dix et leurs victimes le sont aussi. La majorité des agresseurs étaient des personnes connues dans 87% des cas, seulement 13% étaient des inconnues. Parmi les auteurs connus, un viol incestueux concernait dix victimes, soit 22%.

Selon l'OMS en 2010 [4], le cycle de la violence a été reconnu dans le cadre d'une agression sexuelle. C'est-à-dire que le facteur principal pour commettre des violences est le fait d'en avoir subi. Les victimes risquent alors de devenir ultérieurement des agresseurs pour un petit nombre d'entre elles. La violence est pour l'auteur non seulement un outil de domination, mais également une drogue anesthésiante. L'agresseur instrumentalise les victimes dans le but d'obtenir une

anesthésie émotionnelle, c'est une conduite dissociante parmi d'autres. La violence devient ainsi une usine à fabriquer de nouvelles victimes et de nouvelles violences.

D'après une enquête nationale effectuée en France en 2014 [68], les agresseurs sont des hommes dans 96% des cas, ce sont des proches de la victime dans 94% des cas, un enfant sur deux est agressé par un membre de sa famille et un agresseur sur quatre est mineur. Selon, SNYDER [69], d'après une étude nord-américaine, 24% des auteurs de violences sexuelles sur mineures étaient mineurs au moment des faits et leur victime avait moins de 10 ans dans 62% des cas. Dans 68%, ces enfants et adolescents agresseurs ont commis des viols incestueux dans 23% des cas. Selon, SALMONA et al. [54] les agresseurs sont toujours connus dans la majorité des cas quand la victime est mineure. Dans 94% des cas l'auteur est une proche de la victime dont un membre de la famille dans plus de la moitié des cas soit 52%. Si les violences ont eu lieu avant l'âge de 6 ans, ce taux peut atteindre jusqu'à 70%. D'après cet auteur, plus la victime est jeune, plus le risque d'inceste est élevé, et selon cette même étude le cadre le plus fréquent des violences sexuelles subies dans l'enfance est la famille c'est-à-dire dans 53% des cas, l'entourage est ensuite désigné par 25% des victimes, puis le cadre amical par 16,5% d'entre elles, suivi par l'espace public dans 16% des cas.

On peut en conclure que notre résultat est comparable à la littérature concernant la prédominance masculine des auteurs, la présence non négligeable des mineurs agresseurs et surtout dans le cadre familial qualifié de viol incestueux.

1.2.6. Lieu de l'agression

Le lieu d'agression était le domicile de la victime dans plus de la moitié des cas soit 51%. Quatorze étaient violés chez l'auteur de l'agression soit 31%.

En général, on a peur d'être violé en dehors de chez soi selon MADGE [70] et PAIN [71], mais selon le rapport mondial sur la violence et la santé publié par l'OMS [6] c'est tout à fait le contraire, c'est-à-dire que dans l'immense majorité des cas, les actes de la violence sexuelle se produisent dans le foyer de la victime ou de l'agresseur.

Les résultats de notre étude est alors tout à fait comparable à ceux des études internationales en ce qui concerne le lieu d'agression.

Cependant l'enlèvement par un étranger est assez souvent le prélude à un viol, et les possibilités d'enlèvement dépendent du milieu matériel. Le milieu social au sein d'une communauté est habituellement plus important que l'environnement matériel. Selon que la notion de supériorité masculine et l'idée que l'homme a le droit d'exiger des relations sexuelles seront plus ou moins ancrées dans les croyances communautaires, la probabilité de violence sexuelle sera plus ou moins grande, tout comme la tolérance générale de cette communauté à l'égard des agressions sexuelles et la sévérité des sanctions contre les agresseurs, le cas échéant [72,73]. Ainsi, dans certains endroits, le viol peut même avoir lieu en public, à la vue de passants qui refusent d'intervenir [74]. Il arrive aussi que la police traite avec indulgence les plaintes pour viol, notamment si l'agression a eu lieu pendant un rendez-vous galant ou s'il a été commis par le mari. Si la police enquête et qu'une procédure en justice est entamée, il se peut que celle-ci soit entachée d'une grande négligence voire de corruption, par exemple, que des pièces du dossier se « perdent » contre versement d'un pot-de-vin.

1.2.7. Impacts psychologiques

Notre étude avait montré que dans 89% des cas, les victimes de violences sexuelles ont présentés des conséquences psychologiques importantes. Seulement 11% étaient indemnes au moment de la consultation. Le trouble principal était représenté par le stress post-traumatique dans 67% des cas suivi par le syndrome dépressif dans 11%, le trouble anxieux dans 9% et le trouble somatoforme 4%.

Les statistiques retrouvées dans les différentes études sur les risques de complications psychiatriques suite à un viol font état de risques importants. Le risque de développer un syndrome psychotraumatique comme l'état de stress aigu et l'état de stress post traumatisant est particulièrement élevé en cas de violences sexuelles surtout en cas d'inceste et surtout pendant l'enfance. D'après LOUVILLE et al. en 2013 [75] deux tiers des victimes de viol et de tentatives de viol développent un état de stress post traumatisant et ce sont les violences sexuelles qui représentent la cause la plus fréquente d'état de stress post traumatisant chez la femme. Dans une étude de VAIWA et al. [29]

en 2008, 65% des victimes d'agression sexuelle avaient présentés un état de stress post traumatisante, et même certaines études ont montré que ce chiffre peut monter jusqu'à 94% après un viol à 2 semaines et 47% à 11 semaines [76].

Les conséquences psychiatriques de l'agression sexuelle ne se limitent pas seulement aux syndromes psychotraumatiques. Même dans la littérature on constate également une association avec les troubles anxieux et les troubles dépressifs qui varient de 30 à 90% selon les études [77]. Par ailleurs, l'état de stress post traumatisante serait un facteur de risque de développement d'un état dépressif majeur ultérieurement [78]. Généralement, après l'agression sexuelle plus le sentiment de honte et de culpabilité sont importants, plus le risque de trouble dépressif associé sera important [77]. Une autre conséquence psychologique de l'agression sexuelle est le trouble somatoforme dominé surtout par des plaintes douloureuses chroniques sans explication médicale. Selon une étude nord-américaine [79], l'état de stress post traumatisante après un viol est connu pour être l'un des troubles entraînant le plus de troubles somatiques sans étiologie organiques apparentes comme les douleurs chroniques.

Il est tout à fait possible que les victimes ne présentent aussi aucune manifestation psychique décelable au moment de la consultation, ce qui concernait 11% de nos patients. Une attention particulière doit être alors accordée au suivi longitudinal de ces patients, surtout le cas d'un enfant. Selon TRICKETT et al. [80] en 2011, les conséquences psychologiques chez un enfant victime d'une agression sexuelle peuvent être « dormant », c'est-à-dire ne se manifestent pas immédiatement qu'après un certains délai jusqu'à avoir encore un impact plusieurs années plus tard, alors que l'individu a atteint l'âge adulte. Une autre étude effectuée à l'Université de Cambridge en 2010 [81] avait montré que les violences sexuelles sans prise en charge psychologique appropriées par des professionnelles formées auront de lourdes conséquences même cinquante ans après.

On peut en conclure, que notre résultat est comparable aux études internationales en ce qui concerne les pathologies psychiatriques faisant suite à une agression sexuelle. La prédominance d'un état de stress aigu dans notre étude s'explique par la consultation de la plupart des patients à la phase aiguë de l'agression sexuelle.

Les conséquences psychiques de la violence sexuelle ne se limitent pas seulement à ces pathologies, dans notre étude on avait retrouvé d'autres symptômes associés comme les symptomatologies dissociatives (mutismes, amnésies lacunaires, déréalisation et dépersonnalisation) dans 36% des cas. Une tentative de suicide était retrouvée dans 13% des cas et 27% avaient une idéation suicidaire, faisant suite aux sentiments de hontes et de culpabilité avec un sentiment d'avenir bouché à cause de la violence subie. Une anorexie mentale concernait 20% de nos patients, un désintérêt pour les activités quotidiennes dans 38% des cas et une perte d'espoir et de l'estime de soi dans 27%. Une décompensation psychotique avait été retrouvée concernant un patient qui a présenté un état délirant faisant suite au viol.

Une des conséquences psychologiques de l'agression sexuelle est la dissociation péri-traumatique à la phase aiguë [82], la plupart des auteurs ont montré que cette dernière est un facteur prédictif d'évolution vers un état de stress post traumatisant ultérieurement [83]. Une surveillance médico-psychologique étroite doit être alors faite chez ces patients.

Le suicide est une des conséquences la plus dramatique du viol, les victimes d'une agression sexuelle représentent une population à risque. Le risque de tentative de suicide étant de sept à huit fois plus élevés par rapport à la population générale [84,85]. Selon une étude effectuée en France en 2010, le fait d'avoir subi des violences sexuelles est une des facteurs de risque important dans la survenue d'une tentative de suicide [85]. Un lien existe entre l'âge auquel les premières agressions sexuelles ont été subies et le risque de passage à l'acte suicidaire. Ce risque est plus élevé si la victime est d'autant plus jeune au moment des faits, selon SALMONA et al. [54] dans une étude en 2015, près de la moitié (49%) des victimes de moins de 6 ans ont rapporté avoir fait au moins une tentative de suicide contre 21% pour ceux qui avaient plus de 26 ans au moment des premières violences sexuelles. Un autre facteur de risque est aussi les victimes d'inceste qui sont plus nombreuses à avoir fait une tentative de suicide, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas.

Les idéations suicidaires dues aux violences sexuelles sont aussi fréquentes. Selon BECK et al. [85] en 2010, le fait d'avoir été victime d'une agression sexuelle au cours de la vie est un des facteurs liés à la présence de pensées suicidaires pour les

femmes comme pour les hommes. Plus l'auteur de la violence sexuelle est une proche de la victime, plus la survenue de pensée suicidaire est fréquente.

Chez toutes les victimes de violences sexuelles, il est donc obligatoire de se renseigner sur les antécédents de tentative de suicide ou même la présence d'une idéation suicidaire, qui peut mettre en jeu le pronostic vital.

La liste des conséquences psychologiques des violences sexuelles n'est pas exhaustive. Comme dans notre étude, selon la littérature les victimes peuvent avoir des troubles du comportement alimentaire comme l'anorexie ou la boulimie qui sont très fréquents [86]. On peut aussi avoir d'autres conséquences qui ne sont pas renseignées dans notre étude mais retrouvées dans la littérature comme les conduites addictives qui sont également plus fréquentes chez les victimes d'agression sexuelle par rapport à la population en générale [87]. Les violences sexuelles sont aussi fréquemment associées à un risque de développement ultérieur d'un trouble de la personnalité type borderline appelé également personnalité limite, qui est d'autant plus fréquents si l'agression survienne tôt dans l'enfance [88]. Les troubles psychotraumatiques sont aussi un facteur de risque de décompensation psychiatrique comme dans notre étude, mais aussi une décompensation neurologique, de démences et de troubles du comportement chez les sujets âgés ayant un antécédent de violences sexuelles [89]. Les victimes d'une violence sexuelle développent aussi ce qu'on appelle une mémoire traumatisante, qui est une véritable torture en leur faisant revivre à répétition lors des flash-back ou cauchemars les violences subies dans un état de stress extrême [90]. Cela entraîne des conduites d'évitements ou des conduites dissociantes anesthésiantes qui sont des stratégies de survie entravant la qualité de vie et même impliquer un risque vital en diminuant l'espérance de vie [91].

Il est à savoir que les conséquences de la violence sexuelle ne sont pas seulement psychologiques, mais aussi neurologique à l'origine des dysfonctionnements importants des circuits émotionnels et de la mémoire, dont les lésions sont visibles par IRM [24]. Ces conséquences neuro-psychotraumatiques sont dues à la mise en place par le cerveau de mécanismes neuro-biologiques de survie pour échapper au risque vital cardiaque et neurologique lors d'un stress extrême, impossible à contrôler par un cortex cérébral en état de sidération. Ces mécanismes neuro-biologiques de survie

entraînent une disjonction avec interruption des circuits émotionnels et d'intégration de la mémoire, et sont alors à l'origine d'un état de dissociation (avec une anesthésie émotionnelle, une déréalisation, une dépersonnalisation), des troubles de la mémoire dont une mémoire traumatisante. Et c'est cette mémoire traumatisante non intégrée qui, au moindre lien rappelant les violences, les fera revivre à la victime à l'identique, avec leurs contextes, les émotions telles que la terreur, la détresse et le désespoir, les douleurs et les perceptions qui leurs sont rattachées, ainsi que les mises en scène des agresseurs. Cette mémoire traumatisante colonisera la victime et transformera sa vie en terrain miné, l'obligeant à mettre en place des stratégies de survie coûteuses et souvent handicapantes comme des conduites d'évitement (phobies, troubles obsessionnels compulsifs) et des conduites dissociantes pour s'anesthésier comme lors de la disjonction initiale (conduites addictives, mises en danger, conduites à risques). Les atteintes des structures corticales visibles sur IRM sont réversibles grâce à la neuroplasticité du cerveau si la victime bénéficie de soins appropriés dans un contexte bienveillant et sécurisant [25].

Une prise en charge psychologique adéquate est alors nécessaire pour tous les patients victimes de violences sexuelles, car les impacts peuvent durés toutes une vie.

1.2.8. Prise en charge psychologique et pharmacologique

Dans notre étude, la prise en charge des victimes était basée par un soutien psychologique immédiat. Une prise en charge pharmacologique à type d'antidépresseur et d'anxiolytique était nécessaire pour ceux qui avaient présentés des troubles dépressifs, un état de stress aigu, un état de stress post traumatisante et certains troubles anxieux et troubles somatoformes invalidants.

Le fait de subir une agression sexuelle, est grave et traumatisant et ne représente pas seulement une atteinte de l'intégrité physique mais aussi aux droits, à la dignité et surtout le traumatisme psychique. Les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles ont un impact très lourd sur la santé psychique des victimes et peuvent durer tout une vie quand elles ne sont pas dépistées à temps sans prise en charge adéquate. La plupart des victimes sont livrées à elles-mêmes, souffrant en silence des psychotraumatismes en développant de nombreuses pathologies psychiques. Selon la littérature une prise en charge précoce des victimes dans les 12 heures qui

suivent l'agression est indispensable pour prévenir la survenue d'un syndrome psychotraumatique [31,32]. Plusieurs psychothérapies spécialisées sont disponibles actuellement mais nécessitant tous une formation particulière. On peut citer : la psychothérapie intégrative [33], les Thérapies cognitives et comportementales (TCC), l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) [35], l'Hypnothérapie [36]. En association avec ces méthodes thérapeutiques, on peut ajouter un traitement pharmacologique. Aux Etats Unis, les antidépresseurs sérotoninergiques ont été reconnus pour leurs efficacités dans le traitement de l'état de stress post-traumatique [41,42]. Les anxiolytiques et les hypnotiques peuvent être associés en cas de manifestations somatiques comme l'anxiété ou le trouble du sommeil.

La chronicité des troubles psychotraumatique s'explique surtout par l'absence de prise en charge, qui devrait débuter par un entourage bienveillant qui va soutenir psychologiquement la victime. C'est la culture du viol et ses fausses représentations qui considèrent dans la majorité des cas la victime comme coupable d'avoir menti, d'avoir provoqué le viol ou de ne pas s'être suffisamment protégée. Et même quand l'agression sexuelle est reconnue, leurs conséquences psychotraumatiques ne sont pas reconnues comme telles, ni expliquées, ni traitées spécifiquement car peu de professionnels de la santé sont formés à prendre en charge ou même de faire le lien entre les symptômes présentés par leur patients et d'éventuelles violences subies. Face à des enfants en grande souffrance, des adolescents en crise s'auto-mutilant, ayant fait des fugues ou des tentatives de suicides, devant des adultes alcooliques ou toxicomanes, ayant des troubles alimentaires..., il faut toujours chercher l'origine d'une telle détresse qui peut cacher une violence subie sous-jacente mais non évoquer par peur ou un sentiment de ne pas être compris.

Une prise en charge psychologique immédiate des victimes de violences sexuelles est primordiale pour éviter l'évolution vers un syndrome psychotraumatique. Elle peut être effectuée par tous les professionnelles de santé en aidant la victime à verbaliser et avoir un sens de l'écoute et d'empathie. En cas de trouble constitué, des psychothérapies spécialisées sont actuellement disponible mais peut de psychiatre ou psychologue sont formés à ces thérapies à Madagascar. Celles-ci peuvent être associées à une pharmacothérapie selon la pathologie présentée.

1.3 BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

Notre échantillon est de taille modeste mais il est représentatif de toutes les victimes d'agression sexuelle à Antananarivo car l'étude avait été faite dans le seul Centre de prise en charge spécialisée. Cependant, il n'est pas exhaustif de tous les patients ayant subi une violence sexuelle, car l'échantillonnage concerne seulement les victimes qui avaient consultées à l'hôpital. Il est probable que plusieurs cas de viol sont encore non déclarés à cause de la culture du viol qui mérite d'avoir une campagne de sensibilisation pour déculpabiliser les victimes.

Un biais de recherche prospective longitudinale est souhaitable, permettant de suivre les patients pendant une longue période afin d'évaluer un à un les conséquences psychologiques à long terme.

2. SUGGESTIONS

Au terme de notre étude, on a pu évoqué les aspects pathologiques des conséquences psychologiques de la violence sexuelle chez les victimes, et aussi la nécessité d'une prise en charge médico-psychologique.

Cela nous amène à proposer les suggestions suivantes :

1. Une prise en charge psychologique doit être systématique chez tous les patients victimes d'une agression sexuelle. Ceci afin d'éviter le risque de développer un syndrome psychotraumatique qui peut durer toute la vie, en altérant la qualité de vie et mettant en jeu le pronostic vital en cas de suicide.
2. Les professionnels de santé doivent être formés en matière de psychotraumatologie, afin de mieux prendre en charge les victimes.
3. La création des centres de soins spécialisés pour les victimes de violences sexuelles doit être développée dans tout Madagascar pour être accessible à toute la population.
4. La présence d'un médecin psychiatre et d'un psychologue est nécessaire dans les centres de prise en charge des victimes d'une agression sexuelle pour une meilleure prise en charge psychologique.
5. Une campagne d'information en collaboration avec le ministère de la population est nécessaire en matière de violences sexuelles afin de rompre le silence chez les victimes qui n'osent pas à en parler, donc non pris en charge avec un risque de chronicités des troubles.

CONCLUSION

CONCLUSION

L’agression sexuelle est un des évènements traumatisants le plus pathogène sur le champ des traumatismes psychiques. Sa gravité repose sur les conséquences psychologiques importantes que ce soit à la période péri-traumatique avec un risque majeur de développer un état de stress post traumatisant et un risque suicidaire accru, mais aussi une évolution chronique des troubles qui peuvent durer toute la vie. La nécessité d’une prise en charge psychologique précoce est alors obligatoire pour éviter l’évolution vers les troubles psychotraumatiques.

Dans notre étude, en matière de caractères généraux, de prédominance des enfants victimes et du genre féminin, la population d’étude était comparable à ceux de la littérature. La pauvreté est une des facteurs de risque de la violence sexuelle se manifestant par le faible niveau d’instruction, l’habitation dans les milieux insalubres et le bas niveau socio-économique qu’on retrouvait aussi dans les caractères des populations des autres auteurs. La majorité des agresseurs étaient des personnes connues dans 87% des cas, dont un viol incestueux concernait dix victimes, soit 22%. Le lieu de l’agression était essentiellement le foyer de la victime ou de l’agresseur. Dans 89% des cas, les victimes de violences sexuelles avaient présenté des conséquences psychologiques importantes, dominées par les syndromes psychotraumatiques. Des pensées suicidaires concernaient 27% de nos patients, et 13% avaient tenté de se suicider. Toutes les victimes avaient bénéficié d’une assistance psychologique immédiate associée à une pharmacothérapie en cas de nécessité.

La limite de notre étude est l’absence de suivi longitudinal des patients afin d’évaluer l’impact à long terme, alors qu’il est confirmé que les conséquences psychologiques d’une agression sexuelle sont plus graves et persistantes dans le temps.

Il nous paraît alors nécessaire de mettre en place dans les centres de soins spécialisés accueillant les victimes de violences sexuelles une prise en charge psychologique adéquate par un médecin psychiatre ou un psychologue. Une campagne d’information est aussi souhaitable nécessitant une collaboration avec le ministère de la population afin d’insister sur la prévention de la violence sexuelle, donc éduquer les gens à rompre le silence.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Darves Bornoz J, Pierre F, Lepine J, Degiovanni A, Gaillard P. Screening for psychologically traumatized rape victims. *Europ J Obstet Gynecol Reprod Biology*, 1998 ; 77 (1) : 71-5.
2. Ducrocq F, Vaiva G. De la biologie du trauma aux pistes pharmacologiques de prévention de l'état de stress posttraumatique. *L'Encéphale* 2005 ; 31 (2) : 212-26.
3. Billette V, Guay S, Marchand A. Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : Synthèse des écrits. *Santé Mental au Québec*, 2005 ; 30 (2) : 101-20.
4. World Health Organization. Violence against women – Intimate partner and sexual violence against women. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
5. Garcia-Moreno C et al. Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.
6. Krug E et al. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.
7. United Nations Children's Fund, Hidden in plain sight : A statistical analysis of violence against children, 14 New York, UNICEF, 2014 : 202.
8. World Health Organization, Global Status Report on Violence Prevention, Genève, WHO, 2014 : 70.
9. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. *BMJ*, 2007 ; 334 : 1154-58.

10. Hébert M, Tourigny M, Cyr M, McDuff P, Joly J. Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2009 ; 54(9) : 631-36.
11. Bajos N, Bozon M. *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008 : 388.
12. Jewkes R et al. Gender inequitable masculinity and sexual entitlement in rape perpetration South Africa : findings of a cross-sectional study. *PLOS ONE*, 2011 ; 6(12): 29-59.
13. Yehuda R, Ledoux J. « Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD » in *Neuron*, Octobre 2007 ; 56(1) : 19-32.
14. Shin L, Rauch S, Pitman R. « Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD » in *Annals New York Academy of Sciences*, Juillet 2006 ; 1071 : 67-79.
15. Burgess A, Holmstrom L. « Coping behavior of the rape victim», in *American Journal of Psychiatry*, 1976 ; 133 (4) : 413-18.
16. Zimmerman J, Maren S. « NMDA receptor antagonism in the basolateral but not central amygdala blocks the extinction of Pavlovian fear conditioning in rats» in *The European Journal of Neuroscience*, Mai 2010 ; 31 (9) :1664-70.
17. Salmona M. *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013, 91-93.
18. Salmona M. « La mémoire traumatique et les conduites dissociantes », in Coutanceau R, Lemire S, Smith J. *Traumas et résilience*, Paris, Dunod, 2012.
19. Burgess A, Holmstrom L. Rape Trauma Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, September 1974; 131 : 981-86.
20. Spitzer R, Andreasen N, Arnstein R et al. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed (DSM-III), APA, Washington, DC, 1980.

21. CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Organisation Mondiale de la Santé, Genève et Masson, Paris, 1993.
22. Frances A, Pincus H, First M et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
23. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 1995 ; 52(12) : 1048-60.
24. Oquendo M, Miller J, Sublette E. Neuroanatomical Correlates of Childhood Sexual Abuse : Identifying Biological Substrates for Environmental Effects on Clinical Phenotypes. American Journal of Psychiatry, Juin 2013 ; 170 (6) : 574-77.
25. Ehling T, Nijenhuis E, Krikke A. Volume of discrete brain structures in florid and recovered DID, DDNOS, and healthy controls. Presented at 20th Annual Conference of the International Society for the Study of Dissociation. Chicago, 2003; November 4.
26. Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles, Paris, Dunod, 2013 : 80-4.
27. Lanius R, Vermetten E, Pain C. The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease : the Hidden Epidemic, Cambridge, Cambridge University Press, 2010 : 77-87.
28. Cretnier D, Laurent A. Syndrome de stress post-traumatique : clinique et thérapie. EMC-Toxicologie Pathologie 2, 2005 : 178–84.
29. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. L'Encéphale, 2008 ; 34(6): 577-83.
30. Shin L, Scott L. Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD Ann. N.Y. Acad. Sci, 2006 ; 1071: 67–79.

31. Rothbaum O, Kearns M, Price M, Malcoun E, Davis M, RESSLER K. et al. Early Intervention May Prevent the Development of PTSD : A Randomized Pilot Civilian Study with Modified Prolonged Exposure. *Biological Psychiatry*, Décembre 2012 ; Vol. 72, Issue 1 : 957-63.
32. Vaiva G, Lestavel P, Ducrocq F. Quand traiter le psychotraumatisme ? *La Presse Médicale* 2008 ; 37 : 894-901.
33. Salmona M. Le viol, crime absolu. in doss Le traumatisme du viol, Santé Mentale, Mars 2013, n°176.
34. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD), Cochrane Library, Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group, 2007.
35. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing : Basic Principles, Protocols, and Procedures, New York, Guilford Press, 1995.
36. Haute Autorité de Santé, Guide Haute Autorité de Santé, HAS, Juin 2007 : 18.
37. Foa E, Keane T, Friedman M. Guidelines for Treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2000, Vol.13, Issue 4 : 539-88.
38. Foa E, Olasov R. Traiter le traumatisme du viol, Paris, Dunod, coll. "Psychothérapies Pratiques", 2012 : 45-9.
39. Davidson J. Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder : Treatment options, long term follow-up, and predictors of outcome. *J Clin Psychiatry* 61 2000, (5) : 52-9.
40. Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, Molenda S. Approches psychopharmacologiques de l'état de stress post traumatique. *Stress et trauma* 2001; 1 (2) : 69-82.
41. Davidson J, Pearlstein T, Londborg P, Brady K, Rothbaum B, Bell J, Maddock R, Hegel MT, Farfel GM. Efficacy of sertraline in preventing relapse of PTSD :

- results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1974-81.
42. Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*, Paris, Masson, 2005 : 71.
43. Pitman R, Sanders K, Zusman R et al. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry*, Janvier 2002, 51(2) : 189-92.
44. Le Goaziou V, Jaspard M. *Le viol, aspects sociologiques d'un crime*, Paris, Documentation française, coll. "Perspectives sur la justice", 2011.
45. Reza A et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland : a cluster survey study. *Lancet*, 2009, 373(9679) : 1966-72.
46. Speizer IS et al. Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala. *Child Abuse & Neglect*, 2008, 32(4):455-62.
47. Andrews G et al. Child sexual abuse. Dans : Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJ, éds. *Comparative quantification of health risks : global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
48. Acierno R et al. Risk factors for rape, physical assault, and post-traumatic stress disorder in women : examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, 13 :541-63.
49. Greenfeld LA. Sex offenses and offenders : ananalysis of data on rape and sexual assault. Washington, D.C. United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (NCJ 163392).
50. Mein J, Palmer C, Shand M et al. Management of acute adult sexual assault. *Med J Austr* 2003 ; 178 : 226-30.

51. Welch J, Mason F. Rape and sexual assault. *BMJ* 2007 ; 334 : 1154-8.
52. Chariot P, Scius M, Lorin A, Belmenouar O, Tedlaouti M, Boraud C. Violences sexuelles : examen médical des victimes ayant déposé plainte en 2009 en Seine-Saint-Denis (France). *Bull Epidemiol Hebd* 2010 ; 40-41 : 418-21.
53. Masho S, Anderson L. Sexual assault in men : a population-based study of Virginia. *Violence Vict* 2009 ; 24 : 98-110.
54. Salmoda M. et al. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte, déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge : enquête nationale auprès des victimes. Association Mémoire Traumatique et Victimologie, France : Mars 2015 (www.memoiretraumatique.org)
55. Bourgois P. In search of masculinity : violence, respect and sexuality among Puerto Rican crack dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 1996, 36 : 412-27.
56. OMS/LSHTM. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes : intervenir et produire des données. Genève, Organisation mondiale de la Santé/Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2012.
57. Morrell R. Changing men in Southern Africa. Pietermaritzburg, Natal (Afrique du Sud), University of Natal Press, 2001.
58. Jewkes R. Intimate partner violence : causes and primary prevention. *Lancet*, 2002, 359 :1423- 29.
59. Silberschmidt M. Disempowerment of men in rural and urban East Africa : implications for male identity and sexual behavior. *World Development*, 2001 ; 29 :657-71.
60. Omorodion F, Olusanya O. The social context of reported rape in Benin City, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 1998, 2 : 37-43.

61. Faune MA. Centroamerica : los costos de la guerra y la paz. [Amérique centrale : le coût de la guerre et de la paix] *Perspectivas*, 1997, 8 :14–15.
62. Omaar R, De Waal A. Crimes without punishment : sexual harassment and violence against female students in schools and universities in Africa. *African Rights*, juillet 1994 (Discussion Paper No.4).
63. Jewkes R et al. Gender inequitable masculinity and sexual entitlement in rape perpetration South Africa : findings of a cross-sectional study. *PLoS ONE*, 2011, 6(12): 29-59.
64. Martin SL et al. Sexual behaviour and reproductive health outcomes : associations with wife abuse in India. *Journal of the American Medical Association*, 1999 ; 282 :1967-72.
65. Jaspard M, Brown F, Condon S et al. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris : La Documentation française, 2003.
66. Salmona, Muriel. « La victime c'est la coupable. Complicité institutionnelle dans les crimes de viol » in Blog Mediapart, 5 Septembre 2011,
67. Lonsway K, Fitzgerald L. « Rape Myths. In Review » in *Psychology of Women Quarterly*, Urbana-Champaign, University of Illinois, Department of Psychology, juin 1994 ; 18 :133-64.
68. Enquête nationale (France) auprès des victimes. Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Association Mémoire Traumatique et Victimologie, 2014
69. Snyder H N. Sexual Assault Of Young Children As Reported To Law Enforcement: Victim, Incident, And Offender Characteristics, Juillet 2000, National Center for Juvenile Justice, U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
70. Madge C. Public parks and the geography of fear. *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 1997 ; 88 :237-50.

71. Pain RH. Social geographies of women's fear of crime. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 1997 ; 22 :231-44.
72. Heise L, Moore K, Toubia N. Sexual coercion and women's reproductive health : a focus on research. New York (Etats-Unis d'Amérique), Conseil de la population, 1995.
73. Rozee P. Forbidden or forgiven? Rape in cross cultural perspective. *Psychology of Women Quarterly*,1993 ; 17 : 499-514.
74. Jenkins C. Sexual behaviour in Papua New Guinea. In : Report of the Third Annual Meeting of the International Network on Violence Against Women, January 1998. Washington, D.C. (Etats-Unis d'Amérique), International Network on Violence Against Women, 1998.
75. Louville P, Salmona M et al. Clinique du psychotraumatisme. In *Santé Mentale*, Mars 2013, 176 : 30-33.
76. Darves-Bornoz J.M. Rape-Related psychotraumatic syndromes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997 ; 71 : 59-65.
77. Séguin S A et al. L'Aide-mémoire. Psycho-traumatologie, Paris, Dunod, 2008 :141-46.
78. Breslau N, Davis G et al. A Second Look at Comorbidity in Victims of Trauma : The Posttraumatic Stress Disorder–Major Depression Connection. In *Biological Psychiatry*, Novembre 2000 ; 48 (9) : 902-9.
79. McFarlane A. The long-term costs of traumatic stress : intertwined physical and psychological consequences, in *World Psychiatry*, Février 2010 ; 9(1) : 3- 10.
80. Trickett P, Noll J, Putnam F. The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology* 2011 ; 23 : 453-76.

81. Lanius R, Vermetten E, Pain C. The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease : the Hidden Epidemic, Cambridge University Press, 2010 : 77-87.
82. Bernier M, Hébert M, Collin-Vézina D. Symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une agression sexuelle. Journal International de Victimologie 2011 ; 26 : 318-32.
83. Filipas H, Ullman S. Social reactions to sexual assault victims from various support sources, Violence and Victims, 2001 ; 16 (6) : 673-92.
84. Brown J, Cohen P, Johnson J, Smailes E. Childhood Abus and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. In Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Décembre 1999 ; 38(12) : 1490-96.
85. Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. In Bulletin épidémiologique hebdomadaire, numéro thématique : Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France, InVS, 13 décembre 2011 ; n°47-48 : 488-92.
86. Tice L, Hall R, Beresford T et al. Sexual abuse in patients with eating disorders. In Psychiatric Medicine, 1989 ; 7(4) : 257-67.
87. Fergusson D, Horwood L, Lynskey M. Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood : Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse. In Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Octobre 1996, 35(10) : 1365-74.
88. Mclean L, Gallop R. Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. In American Journal of Psychiatry, Février 2003 ; 160 (2) : 369-71.
89. Yaffe K, Vittinghoff E, Lindquist K, et al. Posttraumatic Stress Disorder and Risk of Dementia Among US Veterans. In Archives of General Psychiatry, Juin 2010 ; 67 (6) : 608-13.

90. Salmona, Muriel. « L'impact psychotraumatique de la violence sur les enfants : la mémoire traumatisante à l'oeuvre » in doss. « La protection de l'enfance », La revue de santé scolaire &universitaire, janvier-février 2013 ; 4 (19) : 21-25.
91. Brown D, Anda R, Tiemeier H, et al. « Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality » in American Journal of Preventive Medicine, Novembre 2009 ; 37 (5) : 389-96.

ANNEXE

CANEVAS D'ENQUETES VIOLENCES SEXUELLES

Date :

I. IDENTITE

- Nom, Prénom(s) :
- Date de naissance : âge :
- Genre : M F
- Lieu de domicile : Rural Urbain Suburbain
- Contact :

II. BIOGRAPHIE

- Rang dans la fratrie : - Situation familiale :
- Profil scolaire : - Situation
- professionnelle:
- Niveau socio-économique :

III. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

- Personnels :
- Familiaux :

IV. TYPES DE VIOLENCES SEXUELLES

- Viol avec pénétrations Inceste Fellation
- Viol sans pénétration Tentative de viol Autres (à préciser)
- Attouchement Sodomie

V. HISTOIRE DE L'AGRESSION SEXUELLE

- Date : - Lieu :
- Auteur(s) : Age Sexe
- Parents Cousin(e) Petit ami Inconnu
- Grands parents Oncle, tante Conjoint Personne avec autorité
(patron)
- fratrie Ami Voisin Autres (à préciser)

- Violences associées :
- Menace :
- A qui en avez-vous parlé :

VI. EVALUATION PSYCHOLOGIQUE INITIALE

- Présentation et contact :
- Calme et coopérant(e)

- Tristesse, larmes, ralentissement psychomoteur
- Agité(e) Agressivité
- Sidéré(e) (parle très peu ou ne parle pas du tout)
- Autres :
 - Comportements :
- Symptomatologies Dissociatives : Mutisme Errance Dépersonnalisation
 Déréalisation Amnésie lacunaire
- Syndrome de répétition : Flash-back Reviviscence
Cauchemars
- Conduites d'évitement : Lieu Situation Circonstances Personne
- Hyper activation neuro-végétative : Hypervigilance Sursaut Irritabilité
 Troubles de la concentration Troubles du sommeil
- Troubles de l'appétit (diminution ou augmentation de l'appétit) : Oui Non
- Désintérêt pour les activités habituelles (scolarité, travail) : Oui Non
- Idéations suicidaires : Oui Non
- Perte d'espoir, perte d'estime de soi : Oui Non
- Etat délirant : Oui Non
- Autres :

VII. PRISE EN CHARGE

- Psychothérapie
- Pharmacothérapie

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de mémoire

Signé : Professeur RAJAONARISON Bertille Hortense

VUS ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur SAMISON Luc Hervé

Name and Christian name: RAKOTOROALAHY Mahery Nantenaina

Title of the report: PSYCHOLOGICAL IMPACT OF SEXUAL ASSAULT AND THE CASE OF ANTANANARIVO

Classification: Psychiatry

Number of pages: 41

Number of tables: 06

Number of figures: 05

Number of appendix : 01

Number of bibliography reference: 91

SUMMARY

Introduction : The meeting of a traumatic event like a sexual assault with one person causes not only somatic consequences, but especially a serious psychological impact. The rape is among one of the first severe causes of psychic traumatism.

Our goal is to describe the pathological aspects of the psychotraumatic clinic to the people victims of sexual violences in order to improve the agreement to bear the medical costs.

Methods : It is about a transversal prospective study, including 45 patients victims of sexual assault, discovered during the consultation at Vonjy Center of the HUGOB, for the period of April 11 at May 11 2016.

Results : The age varied from 3 to 71 years old, the majority of them are female, with 87% of minor predominances in all cases. Most of them had a low socio-economic standard of living (78%). The majority of the victims were still single (96%). In the first rank, the author of the rape is most of time committed by the neighbors (24%), followed by unknown ones (13%) and of the biological father (11%). In 22% of the cases, the rape was incestuous. The psychological consequences had been found in 89% of our patients, suffering by an Acute Stress Disorder (47%), followed by a Post Traumatic Stress Disorder (18%) and of the depression (11%). The suicidal ideation was found in 27% of the cases with 13% of a suicide attempt.

Conclusion : Considering the gravity of the psychological consequences of the sexual assault, an early psychotherapeutic agreement to bear the medical costs must be compulsory for all the victims.

Keywords : Sexual assault - Post Traumatic Stress Disorder - Depression - Suicide - Psychotherapy

President of the report : Professor RAJAONARISON Bertille Hortense

Autor's address : C 16 F Antendro Sabotsy Namehana

Nom et Prénoms: RAKOTOROALAHY Mahery Nantenaina

Titre du mémoire: IMPACT PSYCHOLOGIQUE DE L'AGRESSION SEXUELLE ET ETAT DES LIEUX A ANTANANARIVO

Rubrique: Psychiatrie

Nombre de pages: 41 Nombre de tableau: 06 Nombre de figures: 05

Nombre d'annexe: 01 Nombre de références bibliographiques: 91

RESUME

Introduction : La rencontre d'un événement traumatique comme l'agression sexuelle avec un individu, entraîne non seulement des conséquences somatiques, mais surtout un impact psychologique important. Le viol est une des premières causes de traumatisme psychique parmi les plus sévères.

Notre objectif est de décrire les aspects pathologiques de la clinique psychotraumatique chez les personnes victimes de violences sexuelles, afin d'améliorer la prise en charge.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude prospective transversale, incluant 45 patients victimes d'agression sexuelle, vus en consultation au Centre Vonjy du CHUGOB, pendant la période du 11 avril au 11 mai 2016.

Résultats : L'âge variait de 3 à 71 ans, toutes de genre féminin, avec prédominance des mineurs dans 87% des cas. La majorité avait un bas niveau de vie socio-économique (78%). La plupart des victimes étaient célibataires (96%). L'auteur du viol est représenté en premier rang par les voisins (24%), suivi des inconnus (13%) et du père biologique (11%). Dans 22% des cas le viol était incestueux. Les conséquences psychologiques avaient été retrouvées chez les 89% de nos patients, dominé par l'Etat de Stress Aigu (47%), suivi de l'Etat de Stress Post Traumatique (18%) et de la dépression (11%). L'idéation suicidaire était présente dans 27% des cas avec 13% de tentative de suicide.

Conclusion : Etant donné la gravité des conséquences psychologiques de l'AS, une prise en charge psychothérapeutique précoce doit être obligatoire pour toutes les victimes.

Mots clés : Aggression sexuelle - Etat de Stress Post-Traumatique - Dépression - Suicide - Psychothérapie.

Président de mémoire : Professeur RAJAONARISON Bertille Hortense

Adresse de l'auteur : C 16 F Antendro Sabotsy Namehana