



HAL
open science

Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes : une revue systématique de la littérature

I. Denis, M.-J. Brennstuhl, C. Tarquinio

► **To cite this version:**

I. Denis, M.-J. Brennstuhl, C. Tarquinio. Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes : une revue systématique de la littérature. *Sexologies*, 2020, 29 (4), pp.198-217. 10.1016/j.sexol.2020.05.001 . hal-02943461

HAL Id: hal-02943461

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02943461>

Submitted on 7 Nov 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Titre : Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes : une revue systématique de la littérature.

Title: The consequences of sexual trauma on the sexuality of victims: a systematic review of the literature.

Auteurs :

- 1) Ilona Denis^{a, b}, Psychologue
- 2) Brennstuhl Marie-Jo^a, Maitre de Conférences
- 3) Tarquinio Cyril^a, Professeur des Universités

^a APEMAC-EPSAM EA 4360, Centre Pierre Janet. Université de Lorraine, UFR SHS Ile du Saulcy 57000 Metz

^bAuteur correspondant : Adresse e-mail : ilona.denis8@gmail.com ; Téléphone portable : 0610031017 ; Adresse postale : 8 Rue du Faubourg 08110 CARIGNAN.

Résumé

Objectif. – Cette revue systématique de la littérature a pour objectif de synthétiser les différentes études mettant en lien les traumatismes sexuels et leurs conséquences sur la sexualité des victimes. L'objectif principal étant de dégager les spécificités des traumatismes sexuels au regard de leurs répercussions sur la santé sexuelle.

Méthode. – Une revue systématique de la littérature a été réalisée à partir des recommandations PRISMA grâce aux mots-clés suivants : *Sexual Abuse, Sexual Trauma, Sexual Violence, Sexual Assault, Rape and PTSD, Post Traumatic Stress Disorder, Trauma* dans les bases de données PubMed, TaylorAndFrancis ainsi que ScienceDirect.

Résultat. – Au total, 19 articles ont été retenus. Bien que les études varient fortement au niveau méthodologique, elles mettent en évidence un fonctionnement sexuel altéré ainsi qu'une faible satisfaction dans les rapports intimes après un traumatisme de nature sexuel. Des répercussions psychologiques, somatiques et comportementales sont à signaler car elles viennent directement impacter les processus psychobiologiques à l'origine d'une santé sexuelle satisfaisante. Enfin, plusieurs facteurs sont identifiés comme semblant intervenir et moduler les conséquences de ce type d'événement sur la sexualité.

Conclusion. – La victimisation sexuelle relève de spécificités incomparables par nature avec d'autres types d'événements traumatiques au regard de la gravité de ses conséquences délétères sur la vie quotidienne des patients. Ainsi, il convient d'élargir la question du psychotraumatisme à d'autres considérations que la seule symptomatologie du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT). En effet, les résultats obtenus semblent indiquer que certains troubles sexuels peuvent être appréhendés comme des conséquences somatoformes d'une réponse psychotraumatique consécutive aux traumatismes sexuels vécus dans le passé. Si les troubles sexuels n'ont bien entendu pas tous une origine psychotraumatique, cette dernière piste mérite néanmoins d'être considérée par les sexologues comme un facteur étiologique à envisager.

Mots-clés. – Traumatisme sexuel ; Abus sexuel ; Violence sexuelle ; TSPT ; Revue systématique de la littérature.

Abstract

Objectives. - The objective of this systematic review of the literature is to synthesize the various studies related to sexual trauma and its consequences on the sexuality of victims. The

main goal is to identify the specificities of sexual trauma with regard to its repercussions on sexual health.

Methods. - A systematic review of the literature was carried out based on the PRISMA recommendations using the following keywords: Sexual Abuse, Sexual Trauma, Sexual Violence, Sexual Assault, Rape and PTSD, Post Traumatic Stress Disorder, Trauma in PubMed, TaylorAndFrancis and ScienceDirect databases.

Results. - A total of 19 articles were selected. Although the studies vary greatly in terms of methodology, they highlight impaired sexual functioning and low satisfaction in intimate relationships after sexual trauma. Psychological, somatic and behavioural repercussions are highlighted because they directly impact the psychobiological processes that lead to satisfactory sexual health. Finally, several factors have been identified that appear to intervene and modulate the consequences of this type of event on sexuality.

Conclusion. - Sexual victimisation is specific and cannot be compared by nature with other types of traumatic events in view of the seriousness of its deleterious consequences on the daily life of patients. Thus, it is advisable to broaden the question of psychotraumatism to other considerations than just the symptomatology of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Indeed, the results obtained seem to indicate that certain sexual disorders can be apprehended as somatoform consequences of a psychotraumatic response to past sexual trauma. While not all sexual disorders are of course psychotraumatic in origin, this background should nevertheless be considered by sexologists as an etiological factor to be taken into account.

Keywords. – Sexual trauma; Sexual abuse; Sexual violence; PTSD; Systematic literature review.

1. Introduction

La Fédération Française des Centres Ressource pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles (Criavs) s'est portée promoteur en 2018 d'une Audition Publique sur le thème des « Auteurs de Violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge », qui s'est tenue au ministère de la Santé et des Solidarités. Ce travail collectif, accompagné par l'HAS a réuni 15 associations et personnes publiques concernées par le domaine et a abouti à la rédaction d'un rapport contenant 35 propositions de nature à renforcer la lutte contre les violences sexuelles. Les traumatismes sexuels qui en sont les conséquences sont les blessures psychologiques, physiques et émotionnelles qui surviennent après avoir été victime d'une ou plusieurs formes de ces violences sexuelles.

Ces dernières représentent un grave problème de santé publique au niveau mondial qui chaque année concerne des millions de personnes. Les violences sexuelles concernent tous les sexes, tous les âges, tous les milieux quelle que soit l'appartenance sociale des victimes et des agresseurs (Chollier et al., 2019). De plus, elles se manifestent dans des circonstances diverses : au sein d'une même famille, à l'école, dans les milieux professionnels, chez les militaires, au cours des activités physiques et sportives... Selon l'INSEE (2013), une femme sur 5 et un homme sur 14 rapportent avoir été victimes d'agressions sexuelles au cours de leur vie. Concernant les viols et tentatives de viols, il s'agit de plus d'une femme sur 6 et d'un homme sur 20. Ainsi, chaque année c'est plus de 100.000 personnes adultes qui sont victimes de tels actes en France (CVS, INSEE-ONDRP, 2013). Les chiffres qui concernent les enfants sont plus alarmants encore. Selon les résultats de l'enquête intitulée « Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte » (IVSEA, 2015) : 81% des victimes de violences sexuelles ont subi ces premières violences avant l'âge de 18 ans, 51% avant 11 ans et 23% avant l'âge de 6 ans. Les études épidémiologiques semblent indiquer que les filles sont plus souvent victimes d'abus sexuels, généralement perpétrés par des hommes proches de la famille (père, grand-père, parrain ou voisin), alors que les garçons sont quant à eux plutôt victimes d'abus physiques ou émotionnels (souvent par la mère). La fréquence des maltraitances dans l'enfance est relativement élevée, car on estime ainsi qu'environ 30 % des personnes, en Europe, a fait l'objet à un degré divers de sévérité, de négligences, et que plus de 10 % auraient été victimes d'abus sexuels (Afifi et al., 2011). Les travaux dans ce domaine suggèrent d'ailleurs que la grande majorité des violences sexuelles serait commise par des individus issus de la population générale, qui ne sont pas (et ne seront probablement jamais) identifiés par les autorités. À titre d'illustration, les données de l'Enquête sociale générale réalisée en 2004 au Canada suggéraient que seule une agression sexuelle sur 10 avait été rapportée à la police (Brennan et Taylor-Butts, 2008). En France, et sur le seul phénomène du viol, le dernier rapport publié par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes indique que « parmi les 84 000 femmes majeures déclarant chaque année être victimes de viol ou tentative de viol, moins de 10 % déposent plainte, et seule 1 plainte sur 10 aboutira à une condamnation » (Bousquet et al., 2016). Sans doute d'ailleurs que la notion de coercition sexuelle serait plus indiquée pour rendre compte de la réalité relative aux violences sexuelles. En effet, force est de constater que les données statistiques officielles ne permettent pas de se faire une idée juste de l'ampleur du phénomène. Parler de coercition sexuelle, plutôt que d'agression sexuelle ou d'infraction sexuelle, serait alors plus indiqué et permettrait de préciser que les violences sexuelles ne sont pas seulement le fait d'individus identifiés par les

autorités ou judiciairisés, mais également que les violences sexuelles peuvent ne pas toujours impliquer une infraction (Benbouriche et Parent, 2018). La coercition sexuelle permet de décrire l'utilisation de toute tactique ou stratégie dans le but d'engager une autre personne dans un comportement sexuel malgré l'absence de consentement libre et éclairé, ou l'expression manifeste d'un refus (Abbey et al., 2014). Les stratégies dites coercitives peuvent correspondre à l'utilisation de la manipulation (entre autres par l'entremise de promesses ou l'induction de la culpabilité), à des attouchements persistants (qu'il s'agisse de caresses ou de baisers), à l'intoxication du partenaire (qu'il s'agisse de drogues ou d'alcool), ou à l'utilisation de pression verbale ou de la force physique. La coercition sexuelle inclut donc les comportements légalement définis comme une agression sexuelle et comme un viol, mais renvoie également à des faits de violence sexuelle ne rencontrant pas la définition légale d'une agression sexuelle ou d'un viol (Tedeschi et Felson, 1994). Déclarées ou pas, reconnues ou pas, dans tous les cas ces agressions sexuelles ont des conséquences sur ceux qui les subissent

Les violences sexuelles précoces sont associées à des taux plus élevés de troubles d'anxiété généralisée, de troubles d'anxiété sociale et de troubles paniques (Cogle et al., 2009), ainsi qu'au développement d'une phobie ou d'une agoraphobie spécifique. Compte tenu des mécanismes par lesquels ces phénomènes augmentent le dysfonctionnement physiologique et psychosocial en réponse à de nouveaux facteurs de stress, il n'est pas surprenant que les violences sexuelles contribuent à une anxiété, une hypervigilance et une inquiétude permanente de ces sujets.

Définie comme un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité selon l'OMS (2003), la santé sexuelle s'apparenterait alors à la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécurisantes, sans contrainte, discrimination et violence. Au regard de cette définition, la santé sexuelle peut difficilement être atteinte par la majorité des individus. Or, il est peu vraisemblable que cet état de bien-être et d'épanouissement puisse être atteint lorsque l'on a été victime de violences sexuelles. Ce sera l'objectif de cette revue systématique de la littérature qui consistera à fournir une synthèse des différentes études qui ont mis en perspective le fait d'avoir été victime de violences sexuelles et leurs conséquences sur la sexualité.

2. Méthode

2.1. Sélection des articles

La réalisation de cette revue de la littérature a été menée en suivant les recommandations PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Guidances (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & PRISMA Group, 2009) à partir de plusieurs bases de données afin d'aller vers une complémentarité des approches et disciplines. Nous avons choisi PubMed pour son approche médicale et biologique, TaylorAndFrancis pour son expertise dans les sciences humaines et sociales ainsi que ScienceDirect afin d'avoir une vision plus large et globale en intégrant à la fois la recherche scientifique, technique et médicale.

Pour ce faire, nous avons combiné les termes de recherches suivants : « sexual abuse OR sexual trauma OR sexual violence OR sexual assault OR rape AND PTSD OR Post Traumatic Stress Disorder OR trauma ».

2.2. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Dans un souci de limiter la surabondance des données provenant des différentes bases de données, les études éligibles pour cette revue étaient celles qui pouvaient nous fournir des données récentes, à savoir celles publiées entre 2016 et 2020 et uniquement en anglais. Toutes avaient comme objet la victimisation sexuelle au sens large (abus sexuel, trauma sexuel, agression sexuelle, violence sexuelle et viol) et le psychotraumatisme. Il s'agit uniquement d'études quantitatives réalisées sur des sujets majeurs. Nous avons exclu tout document qui ne portait pas directement sur les conséquences de la violence sexuelle sur la sexualité des individus. Par exemple, il s'agissait d'éliminer toutes les études qui portaient uniquement sur les conséquences psychologiques (TSPT, dépression, anxiété...) ou encore somatiques (douleurs chroniques, troubles cardiovasculaires, troubles gastro-intestinaux...) de ces violences et agressions sans lien direct avec l'intimité sexuelle. Il en fut de même pour les études réalisées auprès d'enfants, d'adolescents ou de proches des personnes victimes de traumatismes sexuels.

2.3. Extraction des données

Pour chacun de ces articles retenus, nous avons extraits plusieurs informations à savoir, les caractéristiques propres à l'études (le nom du premier auteur, son année de publication et le pays d'étude) et à l'échantillon étudié (la taille de celui-ci, le pourcentage de femme incluse et l'âge moyen en années des participants). Le pourcentage de femmes incluses dans chaque étude est ici considéré afin d'évaluer la parité hommes/femmes des recherches de notre revue. Nous avons ensuite, relevé l'objectif général de l'étude et son design (méthode employée, critères de jugements principaux et secondaires). Enfin, nous avons collecté les principaux

résultats des recherches sélectionnées, notamment en termes de conséquences sur la sexualité des victimes. Ces différentes données ont été synthétisées dans le tableau 3.

3. Résultats

Un total de 616 articles a été identifié à partir des trois bases de données donnant lieu à un premier tri permettant de supprimer 122 références qui s'avéraient être des doublons et/ou écrits dans une autre langue que l'anglais. Par la suite, 494 articles ont été analysés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion afin d'étudier uniquement ceux pertinents pour notre revue. Pour ce faire, un travail scrupuleux de lecture des titres et résumés a été réalisé par l'ensemble des auteurs, ce qui a permis de croiser les points de vue et de réaliser sur consensus le choix des retenus pour l'analyse finale. Ainsi, la lecture intégrale de 145 études a permis l'inclusion des articles présentant un réel intérêt pour l'élaboration de ce travail. Seuls 19 articles ont in fine été retenus et intégrés pour l'analyse finale (Cf. Figure 1)

INSERER FIGURE 1 ICI

3.1. Caractéristiques des études sélectionnées

INSERER TABLEAU 1 ICI

Les 19 études sélectionnées (cf Tableau 1) proviennent de sept pays différents dont la plupart viennent des Etats-Unis. Il s'agit la plupart du temps d'études transversales puisque seulement 4 relèvent d'une analyse prospective. Presque exclusivement composés de femmes, les échantillons étudiés sont de taille très variable et peuvent varier de 50 à 11 820. L'âge des participants quant à lui peut varier de 18 à 44 ans. Les expériences de traumatismes sexuels considérés dans chacune de ces recherches diffèrent grandement. Certaines d'entre elles vont considérer les agressions sexuelles, d'autres le harcèlement sexuel, les abus sexuels, la violence conjugale ou encore les traumatismes sexuels vécus dans un contexte militaire. De plus, l'âge ou le stade de développement durant lequel les victimes ont été exposés aux violences sexuelles manque de précision. Si certaines études ne font mention d'aucune spécification, d'autres s'attardent aux événements traumatiques survenus durant l'enfance spécifiquement, l'adolescence ou voire au cours de la vie adulte.

3.2. Instruments de mesure et critères de jugement

L'évaluation des traumatismes sexuels dans les différentes études de notre revue a été réalisée par le biais d'instruments d'évaluation variés (cf Tableau 2) qui visent une mesure générale de ces expériences (n=11) comme avec l'utilisation du SES (Sexual Experiences Survey, Koss, Gidycz, & Wisniewski, 1987) ou des mesures plus spécifiques (n=2) comme la violence conjugale avec le CTS (Conflict Tactics Scale, Straus - Hamby, & Warren, 2003). Il s'agit pour la plupart d'instruments de mesure scientifiquement validés qui relèvent pour chacune de ces études de questionnaires auto-administrés qui évaluent de façon rétrospective les expériences de victimisation sexuelle. Pour trois de ces recherches (Aakvaag et al., 2016 ; Martinson et al., 2016 ; Meyer et al., 2017), la mesure des expériences de traumatismes sexuels s'est effectuée par une ou plusieurs questions directement posées par les auteurs, sans l'utilisation d'outil d'évaluation standardisé. Dans certains cas, les chercheurs ont combiné les évaluations (n=3), par exemple en complétant la passation du CTQ (Childhood Trauma Questionnaire, Bernstein et Fink, 1997) avec le CTS (Zerubavel et al., 2018) ou le MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure Scale, Teicher, 2015) (Bornefeld-Ettmann et al., 2018). On peut repérer qu'aucune de ces recherches n'a utilisé de méthodes qualitatives comme les entretiens qui auraient sans doute permis de mieux comprendre le vécu des sujets.

En ce qui concerne les conséquences sur la sexualité (excitation, orgasme, satisfaction et douleur), plusieurs outils auto-administrés ont été utilisés. Le FSI (Female Sexual Function Index, Rosen et al., 2000), le SSS-W (The Sexual Satisfaction Scale for Women de Meston et Trapnell, 2005) ou encore les prises de risque dans le domaine de la sexualité avec le SRS (Sexual Risk Survey de Turchik et Garske, 2009). D'autres paramètres ont également été évalués comme les ressources dans la sexualité et les relations (par exemple : la jouissance en termes d'attrait physique, de tendresse, de désir et de satisfaction sexuelle, d'amour et la communication des besoins et des désirs sexuels) que le RSP (Ressources in Sexuality and Relationship, Klingler, 1996) permet de mesurer, l'assertivité sexuelle avec le SAS (Sexual Assertiveness Scale, Morokoff et al., 1997), l'addiction sexuelle avec le SAST (Sexual Addictoin Screening Test, Carnes, 1989) ou encore les motivations en lien avec la sexualité que dont le SMS (Sexual Motives Scale, Cooper et al., 1998) permet l'évaluation et enfin l'image du corps SWBP (Satisfaction and Dissatisfaction With Body Parts Scale, Berscheid, Walster, & Bohrnstedt, 1973).

A propos des mesures du TSPT, la plupart des études (n=9) ont utilisé la PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5, Weathers et al., 2013). Une minorité ont fait appel (n=3) à des entretiens structurés comme le SCID-I (Structured Clinical Interview, DSM-IV). Dans une

autre recherche (Bornefeld-Ettmann et al., 2018), les auteurs ont combiné l'utilisation du SCID-I et du CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale, DSM-5).

Une partie de ces études (n=8) sont des enquêtes en ligne (DiMauro et Renshaw, 2019 ; Jaconis et al., 2020 ; Meyer et al., 2017) et deux ont été réalisées par entretiens téléphoniques assistés par ordinateur (Ryan et al., 2016) ou non (Aakvaag et al., 2016).

De façon générale d'autres troubles sont également évalués, notamment la dépression, l'anxiété, la dissociation ou encore l'attachement. En effet, ces facteurs psychologiques sont susceptibles d'influer sur la sexualité des victimes.

INSERER TABLEAU 2 ICI

3.3. Conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité

Les résultats des études incluses dans notre revue systématique sont résumés dans le tableau 3.

INSERER TABLEAU 3 ICI

Nous avons tenté de classer les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes selon trois niveaux potentiels de répercussion : somatique, psychologique et comportemental (Cf. Tableau 4). En effet, la victimisation sexuelle affecte des éléments comme le désir, l'excitation ou encore la performance sexuelle dans la mesure où ces mécanismes interfèrent directement avec les circuits biologiques et les processus psychologiques nécessaires à une fonction sexuelle harmonieuse. Ces modifications dans la construction biologique et psychique peuvent avoir comme effet d'influencer les actes et agissements des sujets (à savoir la dimension comportementale).

INSERER TABLEAU 4 ICI

En ce qui concerne les répercussions sur le plan psychologique, il s'avère qu'une bonne partie des études incluses (n=7) dans notre étude s'est attaché à identifier les impacts du traumatisme sexuels sur la satisfaction sexuelle (Blais et al., 2018 ; Bornefeld-Ettmann et al., 2018 ; DiMauro et al., 2019 ; DiMauro et al., 2018 ; Gisladottir et al., 2016 ; Layh et al., 2020 ; Neilson et al., 2017). Cette dernière peut se définir comme un « *état affectif fait de plaisir et de soulagement, éprouvé par celui qui a obtenu ce qu'il souhaitait* » (Centre

National des Ressources Textuelles et Lexicales, 2012). Ainsi, la satisfaction sexuelle pourrait être ce sentiment d'accomplissement suffisant ressenti après une relation intime. Cette composante essentielle d'une sexualité épanouie semble plus faible chez les personnes victimes de violences sexuelles. Tout se passe comme si, les symptômes de TSPT conduisaient à des relations intimes appauvries à cause d'une communication de moins bonne qualité avec le partenaire, engendrant ainsi, une moins bonne « connexion » lors des rapports sexuels et une insatisfaction sexuelle (DiMauro et al., 2019). La psychopathologie des sujets les empêcherait d'être pleinement impliqués dans l'acte sexuel, qui peut devenir un indice de rappel réactivant le souvenir des violences antérieures. Ainsi, les actes sexuels dans la vie adulte sont susceptibles de générer un état de dissociation entre les actes sexuels engagés avec les partenaires et les souvenirs anxiogènes des violences sexuelles subies. Une autre explication (Layh et al., 2020) envisage le fait que certaines victimes de viol trouvent dans leurs rapports sexuels de la vie quotidienne un espace de régulation émotionnelle. La réduction de la détresse serait ainsi visée, même si dans les faits un tel objectif n'est que rarement atteint. Dans une autre étude (Neilson et al., 2017), les chercheurs se sont plutôt intéressés aux douleurs ressenties par les victimes de traumatismes sexuels durant les rapports intimes. Les femmes enceintes avec des antécédents d'abus sexuels seraient plus à risques de présenter un TSPT plus important dont les symptômes peuvent s'aggraver à l'approche de l'accouchement (Sanchez et al., 2017). Les symptômes ayant trait à l'évitement et au repli sur soi empêchent ces victimes de demander de l'aide et des soins, ce qui les éloigne inévitablement des prises en charge prénatales usuelles. Ces dernières ne bénéficient alors pas des soins obstétricaux habituels et nécessaires à une santé sexuelle suffisante après l'accouchement. D'autres conséquences psychologiques ont pour effet d'impacter la sexualité de ces sujets. En effet, ces violences sexuelles ont souvent pour effet de compromettre la stabilité des liens d'attachement : à qui faire confiance lorsque des proches ou des parents ont pu abuser de ces personnes ? Le système d'attachement une fois déstructuré, il devient alors difficile pour ces victimes de s'engager dans une vie de couple dans laquelle le sentiment de sécurité est de mise. C'est alors l'évitement qui prédomine, notamment dans les rapports intimes qui ne permettent en rien de se laisser aller et faire confiance à son partenaire (Granot et al., 2018 ; Meyer et al., 2017). Toujours au niveau des répercussions psychiques, nous pouvons retrouver dans une moindre mesure d'autres conséquences relatives par exemple à une dégradation de l'image corporelle (Jaconis et al., 2020), ainsi qu'une altération des croyances et des cognitions sur la sexualité en général. Bien entendu ces phénomènes ont pour effet de conduire ces victimes à un évitement pur et simple de la sexualité ou des corps

(surtout celui du partenaire), pourtant censés être des objets de jouissance et de plaisir mais qui deviennent les symboles de la violence subie et de la peur (Snipes et al., 2017). Les femmes victimes de violence sexuelle ressentiraient davantage d'insatisfaction liée à l'image de leur propre corps, ce qui serait associée à une diminution de leur assertivité sexuelle (Jaconis et al., 2020). Celle-ci trouve son ancrage dans les appropriations corporelles génitales qui sous-tendent le Sentiment d'Appartenance à son Sexe Biologique (SASB) et dans les postures corporelles face à autrui. Elle s'appuierait sur deux types d'habiletés développementales (Chatton et al., 2005) : le narcissisme (le rapport à soi et à son image) comme la capacité à se percevoir de façon positive et l'exhibitionnisme (le rapport aux autres) comme la faculté de son montrer aux autres avec fierté dans sa féminité/masculinité, désirable et rêvable amoureusement et sexuellement. Une assertivité sexuelle de moins bonne qualité ne permettrait pas d'accéder à une satisfaction sexuelle complète, de développer une fonctionnalité sexuelle satisfaisante, de maintenir du désir sexuel dans le couple et de soutenir une communication intime continue. L'assertivité est une composante essentielle dans l'épanouissement sexuel et donc personnel (Santos-Iglesias et al., 2013).

On note également dans certaines recherches la présence de manifestations dissociatives lors des rapports intimes. Tout se passe comme si les victimes se coupaient d'elle-même et de la situation en activant des états émotionnels qui les replongent dans l'univers et les scènes de violences subies. Ainsi, bien que présent physiquement dans l'acte sexuel, leur esprit est ailleurs. De ce fait les rapports intimes réactivent non seulement les scènes traumatiques, mais les reconnectent aussi un autre soi, celui qui fut abusé et agressé à l'époque du traumatisme. Pas étonnant alors que le vécu de l'intimité sexuelle, y compris avec un être aimé, devienne éprouvant (Zerubavel et al., 2018).

Selon certaines études (Javidi et al., 2012 ; Suris et al., 2004 ; Walsh et al., 2012), la prévalence du TSPT varie de 30 à 80% après un viol. Dans une revue, Chivers-Wilson (2006) met en évidence une prévalence de 50% de femmes ayant été agressées sexuellement et qui ont développés un TSPT au cours de leur vie. Seule une étude de notre revue de la littérature nous fournit une donnée sur la prévalence du TSPT et le traumatisme sexuel. Cette dernière (Martinson et al., 2016) estime à 42% de femmes ayant survécu à un traumatisme sexuel qui présente également un TSPT. Dans une recherche, Sanchez et al. (2017) mettent en avant que 7% des femmes enceintes de la cohorte ont été à la fois victime d'abus sexuel dans leur enfance et présentent également un TSPT. Plus encore, lorsque ces

dernières rapportent également des expériences de violence conjugale, elles sont 14% à présenter à la fois un TSPT et des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance.

Les divers symptômes handicapants et persistants du TSPT peuvent subsister des années après l'événement déclenchant et sont fréquemment associés à des conséquences délétères sur la santé sexuelle des sujets victimes. Ces dernières ne développent pas toutes un tel trouble, sa survenue peut dépendre de la gravité et de la fréquence des violences sexuelles, mais également de facteurs individuels psychologiques (résilience) ou sociaux (soutien social) et même génétiques.

Le TSPT peut affecter la santé sexuelle des victimes en altérant le désir, l'excitation et la performance sexuelle car il interfère avec les circuits biologiques et les processus psychologiques nécessaires à une fonction sexuelle harmonieuse (Bornefeld-Ettmann et al., 2018). Parmi les conséquences du TSPT à la suite d'un traumatisme sexuel directement sur la sphère de l'intimité sexuelle des victimes, on se rend compte que des symptômes spécifiques du TSPT semblent rendre compte de cette relation. Il apparaît qu'une anhédonie et un émoussement affectif seraient en lien avec des difficultés dans le fonctionnement sexuel chez des femmes en service militaire ou vétérans victimes de traumatismes sexuels (Blais et al., 2018). Ces dysfonctionnements sexuels peuvent avoir trait au désir sexuel, à la lubrification ou encore à l'orgasme. En plus de l'incapacité à ressentir du plaisir et à s'intéresser aux choses de manière générale, l'émoussement affectif ainsi que les altérations de la cognition et de l'humeur seraient tout trois liés à une moindre satisfaction dans la sexualité chez ces mêmes sujets. De la même manière, les femmes victimes d'abus sexuels dans leur enfance souffrant également de TSPT présenteraient plus de dysfonctionnements au niveau de leur sexualité pour certains aspects comme l'aversion, la douleur et la satisfaction sexuelle (Bornefeld-Ettmann et al., 2018). Les symptômes intrusifs du TSPT peuvent interférer avec la sexualité car des stimuli liés au trauma sont susceptibles de susciter des émotions et des réactions physiques aversives lors des interactions sexuelles. Néanmoins, cette même étude ne met en évidence aucune différence significative avec les femmes également victimes d'abus sexuels dans l'enfance mais ne souffrant pas de TSPT ainsi que des femmes non-victimes en ce qui concerne l'excitation sexuelle et l'orgasme.

Il semble que la gravité des symptômes du TSPT puisse également conduire à des relations intimes appauvries (DiMauro et al., 2019). En effet, ceux-ci amènent une communication avec le/la partenaire de moins bonne qualité, ce qui conduirait directement à une moindre satisfaction dans les rapports intimes. Ces dysfonctionnements dans la sphère sexuelle

seraient à l'origine d'idéations suicidaires plus fortes ainsi que d'une satisfaction sexuelle moindre et des symptômes de TSPT plus graves (DiMauro et al., 2018). Enfin, il semble que la victimisation sexuelle entraîne des distorsions cognitives (pensées exagérées ou irrationnelles) selon lesquelles le monde est un endroit dangereux accompagnées d'un sentiment d'impuissance et d'incompétence (Snipes et al., 2017). Cette même étude montre que les croyances sur le pouvoir et les relations sexuelles (c'est-à-dire des pensées/cognitions déformées que les relations sexuelles sont une question de domination et de pouvoir, par opposition au plaisir sexuel ou à l'amour) seraient susceptibles d'amplifier les symptômes du TSPT chez les survivants de viol. Par exemple, cela peut conduire les victimes à éviter l'activité sexuelle puisqu'elle serait synonyme de violence et de domination pour elles

On peut faire l'hypothèse que les symptômes intrusifs du TSPT sont susceptibles d'interférer avec la sexualité des personnes victimes (aversion et douleur sexuelle) car les stimuli associés à un trauma peuvent susciter des émotions et des réactions physiques aversives lors des relations sexuelles (Bornefeld-Ettmann et al., 2018). Ainsi, l'acte sexuel peut être entravé par la survenue de pensées négatives réactivant le souvenir des traumatismes antérieurs. La sexualité devient alors un indice de rappel négatif qui peu à peu va conduire ces sujets victimes à l'évitement de tout ce qui a trait à la vie sexuelle. De plus, il apparaît que des problèmes gynécologiques plus importants seraient en lien avec les traumas sexuels (n=2). Par exemple, des difficultés obstétriques avec notamment une probabilité plus importante de présenter des complications pendant la phase de travail et l'accouchement (Gisladdottir et al., 2016). En effet, la violence sexuelle concerne les parties du corps liées à la reproduction humaine et certaines victimes de viol disent avoir revécu l'agression au moment de ces deux phases essentielles. Une étude (Ryan et al., 2016) met en avant davantage de risque de subir une hystérectomie au cours de la vie ainsi qu'une présentation de troubles physiques sexuels plus fréquents (saignements anormaux, douleurs pelviennes...) chez ces femmes victimes. Ces conséquences influenceraient directement la prise de décision en matière de reproduction (absence volontaire d'enfant et problèmes de fonctionnement sexuel, évitement des examens pelviens). Enfin, une augmentation du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA), représentant la réactivité au cortisol, a été observée chez les victimes de traumatisme sexuel (Martinson et al., 2016), ce qui a pour effet un émoussement de la réponse au cortisol et une plus grande anxiété lors des interactions sociales. En effet, ce dysfonctionnement de l'axe HPA engendrerait des difficultés à former et à maintenir des relations affectives et intimes, à créer des liens d'attachement et altèrent ainsi la qualité des

relations de manière générale et plus encore les rapports intimes (on remarque notamment une excitation sexuelle moindre).

Par conséquent, ces répercussions psychologiques et somatiques entraînent des modifications dans les agissements comportementaux des victimes. On aperçoit notamment un engagement plus certain dans des conduites sexuelles à risque (n=3). Dans une étude (Layh et al., 2020), des étudiantes à l'Université victimes de viol seraient plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels afin d'accéder à une meilleure régulation émotionnelle, augmenter leur estime d'elle-même et leur confiance en elle, ainsi que pour obtenir l'approbation de leur partenaire sexuel (conformément à l'hypothèse d'automédication). Elles se sentent moins en capacité d'exprimer avec assurance leur désir sexuel et de refuser des relations non désirées. Ces dernières s'engageraient alors davantage dans des rencontres sexuelles occasionnelles où le plaisir sexuel des femmes n'est généralement pas ce qui prime (Armstrong et al., 2012). Meyer et al., 2017 montre que les victimes d'abus sexuels dans l'enfance sont plus susceptibles de se livrer à des comportements sexuels compulsifs à l'âge adulte, notamment les hommes qui rapportent des scores plus hauts que les femmes. A l'inverse, les femmes vont avoir tendance à diminuer leur participation à ces rapports intimes. Enfin, la victimisation sexuelle entraînerait un risque majoré d'être engagé dans des relations multiples et de participer au commerce du sexe. De plus, les risques liés au VIH (à savoir les comportements à risque tels que les rapports sexuels sans préservatif avec de multiples partenaires) seraient plus fréquents chez les hommes abusés sexuellement dans leur enfance comparativement aux femmes victimes des mêmes sévices. Ces comportements à risque s'expliqueraient par un sentiment de stigmatisation contribuant à la détresse psychologique et à la faible estime de soi (Scheidell et al., 2017).

4. Discussion

4.1. Conséquences à long terme et facteurs aggravants

Au regard des résultats obtenus dans cette recherche, il apparaît que les conséquences (psychiques et physiques) des violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence impactent les victimes toute leur vie. L'ensemble des études incluses dans notre revue indique :

- que les traumatismes sexuels sont susceptibles d'entraîner des modifications majeures et profondes. Par exemple, les abus sexuels seraient liés à des sentiments de honte et de culpabilité plus forts chez les femmes (Aakvaag et al., 2016).
- que les victimes d'abus sont plus à même de ressentir d'importants sentiments de rejet et de dévalorisation d'elles-mêmes ayant pour conséquences de rendre difficiles les

relations avec les autres et plus spécifiquement encore avec les éventuels partenaires sexuels.

- que les personnes ayant été victimes de violences sexuelles portent un regard et un jugement particulièrement moralisateur sur la sexualité (par rapport aux personnes non-victimes) (Arden et Rabinovitz, 2019). Ainsi, ces sujets ressentent plus de dégoût dans le domaine sexuel et sont davantage préoccupés par leur sexualité.

Ensuite, les multiples dysfonctionnements et troubles sexuels peuvent attester de cette caractéristique des violences sexuelles de sévir tout au long de la vie des victimes. Par exemple, il peut s'agir directement du désir, de l'excitation, de la douleur, de la lubrification ou encore de l'orgasme qui peuvent être impactés (par exemple, Blais et al., 2018 ; DiMauro et al., 2019 ; DiMauro et al., 2018) entraînant une moindre satisfaction dans les rapports intimes. En effet, les femmes victimes d'agression(s) sexuelle(s) souffrent fréquemment de dysfonctionnement sexuel et de peur des stimuli sexuels, qui peuvent persister pendant des années après l'agression et contribuent à une diminution de la participation, du plaisir et la satisfaction dans les rapports sexuels (Van Berlo et Ensink, 2000). L'intimité physique peut être déclencheur d'affects négatifs et de souvenirs liés au traumatisme (Byrne et Riggs, 2002). Ainsi, les problèmes sexuels peuvent contribuer à accroître encore plus la détresse des victimes. L'intimité physique et le fonctionnement sexuel font partie intégrante de la satisfaction dans le couple et peuvent en même temps être des déclencheurs potentiels de la symptomatologie du TSPT chez ces victimes.

Enfin, la victimisation sexuelle et notamment lorsqu'elle a eu lieu plus tôt dans la vie des individus, amène davantage de complications obstétriques et gynécologiques. Par exemple, les femmes victimes d'agression sexuelle, en particulier durant l'adolescence, présentent des risques accrus de détresse maternelle pendant le travail et l'accouchement ainsi qu'une plus forte probabilité d'une première phase du travail prolongé, d'une hémorragie ante-partum (avant l'accouchement) et d'une extraction instrumentale d'urgence (Gisladottir et al., 2016). Ces complications durant la grossesse et l'accouchement dues aux antécédents de violences sexuelles ont pour conséquence de diminuer la satisfaction sexuelle des patientes (Robson et al., 1981). Elles seraient également liées à une altération du désir sexuel des femmes et donc une baisse de la libido (Abdool et al., 2009). Une autre étude de notre revue (Ryan et al., 2016) montre un risque majoré d'hystérectomie et à un plus jeune âge chez les victimes d'agressions sexuelles avec pénétration vaginale, comparativement aux non-victimes. La qualité de vie sexuelle s'en retrouve alors directement impactée à moyen et long terme : saignements anormaux, douleurs pelviennes et symptômes gynécologiques multiples. Les

sujets victimes d'abus sont également plus à risque d'être infectés par le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles au cours de leurs vie (Scheidell et al., 2017).

Ces différentes recherches permettent d'identifier plusieurs facteurs susceptibles de moduler les conséquences de ce type de violence sur la santé sexuelle.

Plusieurs études indiquent par exemple que les répercussions de la victimisation sexuelle sont d'autant plus sévères que les violences ont été importantes. Le viol, s'il est commis avec pénétration est alors plus destructeur que les tentatives de viol ou les attouchements (Ryan et al., 2016). De la même manière, la gravité des traumatismes sexuels influence les dysfonctionnements et la satisfaction sexuelle par le biais de relations intimes de moins bonne qualité, de complications dans les communications avec le partenaire, d'une réduction du plaisir sexuel ou encore d'une perception plus grande des douleurs lors des rapports (Blais et al., 2018 ; DiMauro et al., 2019 ; Neilson et al., 2017). Une autre étude met en avant que des antécédents d'abus sexuels durant l'enfance considérés de modéré à sévère augmentent les niveaux de dissociation chez les femmes victimes de violence conjugale, en particulier lorsqu'elles ressentent une peur de l'abandon (Zerubavel et al., 2018). La dissociation peut permettre aux victimes d'une telle violence de se cloisonner ou se détacher des expériences douloureuses avec le partenaire, protégeant ainsi les liens d'attachement dans la relation. Ainsi, les victimes sont moins susceptibles de quitter leur agresseur ou de prendre d'autres mesures pour leur sécurité. Conformément à la théorie du traumatisme de trahison (Freyd, 1996), la dissociation aurait une fonction relationnelle pour maintenir les liens d'attachement. Enfin, contre toute attente, Bornefeld-Ettmann et al., (2018) indique que les abus sexuels dans l'enfance n'entraîneraient pas nécessairement de déficience sexuelle, mais la présentation d'un TSPT conjoint à cette victimisation sexuelle serait à l'origine d'un fonctionnement sexuel moindre. Ainsi, pour ces auteurs la symptomatologie du TSPT aurait un impact plus important sur la sexualité que l'événement traumatique en lui-même.

L'impact de la victimisation sexuelle en fonction du genre n'a pas été beaucoup étudié dans nos différentes recherches. Une certaine disparité apparaît, en effet, pour certaines études on observe une gravité plus importante des conséquences sur la sexualité chez les femmes (Aakvaag et al., 2016 ; Scheidell et al., 2017) alors que d'autres n'énoncent aucune différence trouvée entre les deux sexes (par exemple, Meyer et al., 2017).

Seule une étude de notre revue met en évidence une majoration des risques sur la santé sexuelle d'un traumatisme sexuel survenant plus tôt dans la vie des individus (Gisladottir et al., 2016).

Il est par exemple étonnant de constater le peu d'étude s'intéressant aux hommes en tant que victimes de violences sexuelles. Pourtant, si le niveau épidémiologique à l'âge adulte est identifié comme moindre par rapport à la population féminine, cette différence ne se retrouve pas de manière aussi nette concernant les violences subies durant l'enfance. Nous pouvons alors nous questionner sur le devenir de ces garçons victimes de violences sexuelles et la manifestation de leurs troubles à l'âge adulte.

Les agressions sexuelles ont de particulier de toucher au corps et plus spécifiquement à l'intimité sexuelle, sphère qui, comme nous venons de l'apprécier, une fois impactée, s'avère relever d'une violence extrême pour les victimes. Ces situations rendent compte de phénomènes complexes qui ne limitent pas leurs répercussions à la seule symptomatologie du TSPT. Confrontées à une remise en question de leur propre identité, les victimes de ce type d'événement bouleversant voient se reconfigurer leur existence ayant été gravement menacée. Le rapport qu'elles entretenaient avec elles-mêmes, les autres et le monde va se modifier profondément. Au regard des résultats de cette revue systématique de la littérature et de la proposition de Michelle Gennart (2011) de voir les agressions sexuelles comme des « événements qui portent atteinte à l'intégrité psychosomatique, c'est-à-dire à la possibilité même d'un développement où les dimensions biologiques, psychiques et sociales du sujet se soutiennent et s'accordent réciproquement », nous vous invitons à distinguer en quoi les traumatismes sexuels diffèrent d'autre événement traumatisant tel qu'une catastrophe naturelle, un accident de voiture ou encore l'annonce d'une maladie. Ces derniers viennent en effet impacter d'autres dimensions dans la vie des individus.

De plus, la victimisation sexuelle, notamment lorsqu'elle a eu lieu tôt dans la vie de l'individu et de manière répétée, est susceptible de faire émerger des sentiments tumultueux. Il peut s'agir de sentiment d'impuissance (Snipes et al., 2017) dans la mesure où l'agression a été imposé à la victime. Celle-ci n'ayant pas pu s'extraire de la situation, elle peut ressentir de forts sentiments de faiblesse, de solitude et de désespoir. Dans le cas des abus intrafamiliaux, cette impuissance peut s'exprimer par l'impossibilité de changer de famille, pourtant tout aussi dysfonctionnelle soit-elle.

Zerubravel et al., (2018) font référence à la trahison dans le traumatisme. Effectivement, les victimes peuvent se sentir trahis par l'agresseur si elle le connaissait, mais aussi par ceux qui, par négligence ou complicité ne sont pas intervenus pour faire cesser les violences. Cet aspect est fortement susceptible d'entraîner des difficultés relationnelles et intimes (dans le couple notamment).

4.2. Limites et implications cliniques

Les études sélectionnées pour notre revue présentent des limitations méthodologiques qui entravent la généralisation ainsi que la comparaison de certains résultats. Tout d'abord, nous pouvons relever d'importantes différences socio-démographiques parmi les différentes populations d'études : un manque extrême de parité hommes/femmes, une variation dans les âges des participants ainsi que la présence d'échantillons trop petits et/ou hétérogènes. Concernant l'âge moyen, il a été prouvé que la satisfaction et la fonction sexuelle évoluent au cours de la vie chez les femmes, en particulier après l'accouchement (Barret et al., 1999) et la ménopause (Burri et al., 2015). De plus, la présence d'une instabilité dans les tailles d'échantillonnage peut contribuer aux différences de résultats et au risque d'obtenir des résultats artificiellement augmentés ou diminués.

Une différence importante de dénomination des traumatismes sexuels (agression et/ou harcèlement au cours de la vie, abus sexuels dans l'enfance...), ainsi que la diversité des âges d'apparition des premières violences concourent à un manque de consensus, de précision sur la nature de ces situations et enfin sur leur potentiel traumatogène. La littérature est effectivement assez documentée à propos des conséquences dévastatrices des événements traumatiques survenant durant l'enfance et/ou l'adolescence sur la construction psychique et somatique de l'individu (par exemple, Felitti et al., 2002).

Une autre limitation concerne la possibilité d'induction de biais culturels. Effectivement, la multiplicité des pays d'étude provenant de quatre continents différents (Amérique du Nord, Amérique du Sud, Europe et Asie) nous amène à nous interroger sur les variabilités interindividuelles et culturelles liées au rapport au corps et plus spécifiquement à la sexualité. Stevens (2014) montre à quel point les attitudes culturelles à l'égard de la sexualité et du comportement sexuel se révèlent tout à fait différentes en fonction de l'endroit où nous nous trouvons sur la planète (Stevens, 2014). De plus, cette variabilité interindividuelle est également à retrouver dans les réactions et les conséquences psychologiques suite à l'exposition aux événements traumatiques (Houllé et al., 2017). Le sens donné à la vie et à la mort, les représentations qui y sont associées ou encore le système de valeurs ou le degré de

spiritualité de chacun sont autant de dimensions qui contribuent aux potentialités traumatogènes d'un événement et vont varier d'une culture à l'autre.

L'ensemble des études incluses comporte des évaluations rétrospectives et auto-déclarées provoquant de potentiels biais de rappel auxquels les victimes sont souvent sujettes au regard de la symptomatologie traumatique et dans certains cas de l'ancienneté des faits. De plus, une majorité des recherches ne tient pas compte de la gravité de l'agression sexuelle, ni des caractéristiques propres à l'événement traumatique (durée de l'expérience, avec/sans pénétration, agresseur connu/inconnu...). Nous savons pourtant que les abus perpétrés par un membre de la famille requièrent de conséquences encore plus délétères qu'un événement unique commis par une personne inconnue. Enfin, notre revue présente ses propres limitations méthodologiques. Les résultats auraient été plus précis si nous avions utilisé dans l'équation de recherche documentaire les mots-clés suivants : « *sexuality* » ou « *sexual function* », ceci dans le but d'accéder à des études traitant spécifiquement de cette question. Il aurait été pertinent de s'arrêter sur une période d'apparition des premières violences plus précise (enfance, adolescence ou âge adulte). Comme nous venons de l'apprécier, les conséquences psychopathologiques et sur la sexualité ne sont pas les mêmes si les violences ont été perpétrées tôt dans l'enfance ou à l'adolescence, si l'agresseur était un membre de la famille ou un inconnu ou si les violences étaient répétées ou non. La prise en compte de ces paramètres permettrait sans aucun doute de disposer de données plus précises sur les phénomènes étudiés.

Quant aux futures recherches, il serait intéressant de réaliser davantage d'études longitudinales avec l'objectif d'établir des relations de cause à effet entre les traumatismes sexuels et la sexualité des victimes à plus long terme. Il conviendrait aussi de disposer d'approche qui intègre l'idée de coercition sexuelle, car cette notion renvoie à un spectre plus large de comportements que les seules victimes d'infractions sexuelles qui constituent souvent le principal contingent des sujets inclus dans les études. D'ailleurs rien n'est précisé sur ce point ce qui laisse planer une certaine confusion quant à la portée des résultats observés. Il convient également que ces prochaines études s'intéressent à des échantillons de plus grandes envergures avec une prise en compte des biais culturels (des origines culturelles, de la religion...) ainsi que du genre des participants. Au regard des résultats de cette revue de la littérature, il apparaît essentiel de prêter un œil attentif aux victimes de traumatisme sexuelle aussi précocement que possible afin de prévenir le risque de développement d'une symptomatologie traumatique ainsi que les diverses conséquences sur la sexualité.

5. Conclusion

On se rend bien compte ici que la seule prise en compte du TSPT apparaît comme insuffisante afin de rendre compte de la complexité des traumatismes sexuels. Il convient dans ce domaine de disposer d'une double approche psychopathologique d'une part pour comprendre et réduire la nature des symptômes psycho-émotionnels et sexologiques d'autre part pour accompagner la prise en charge de tout ce qui concerne la sexualité des victimes. Ces deux dimensions ne peuvent se superposer l'une à l'autre et nécessitent des compétences spécifiques. L'un étant dépendant de l'autre.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Références

- Aakvaag HF, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Dyb G, Røysamb E, Olf M. Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *J Affect Disord.* 1 nov 2016;204:16-23.
- Abbey A, Wegner R, Woerner J, Pegram SE, Pierce J. Review of survey and experimental research that examine the relationship between alcohol consumption and men's sexual aggression/perpetration. *Trauma Violence Abuse* 2014;15:265—82.
- Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 1 août 2009;145(2):133-7.
- Afifi TO, Mather A, Boman J, et al. Childhood adversity and personality disorders : results from a nationally representative population-based study. *J Psychiatr Res* 2011 ; 45 : 814-22.
- Arden MD, Rabinovitz S. Child Sexual Abuse and the Moralization of Purity. *Journal of Child Sexual Abuse.* 21 nov 2019;0(0):1-20.
- Armstrong EA, England P, Fogarty ACK. Accounting for Women's Orgasm and Sexual Enjoyment in College Hookups and Relationships. *American Sociological Review.* 2012;77(3):435-62.
- Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's Sexuality After Childbirth: A Pilot Study. *Arch Sex Behav.* 1 avr 1999;28(2):179-91.
- Benbouriche M, Parent G. La coercition sexuelle et les violences sexuelles dans la population générale : définition, données disponibles et implications. *Sexologies.* avr 2018;27(2):81-6.
- Blais RK, Geiser C, Cruz RA. Specific PTSD symptom clusters mediate the association of military sexual trauma severity and sexual function and satisfaction in female service members/veterans. *Journal of Affective Disorders.* oct 2018;238:680-8.

- Bornefeld-Ettmann P, Steil R, Lieberz KA, Bohus M, Rausch S, Herzog J, et al. Sexual Functioning After Childhood Abuse: The Influence of Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma Exposure. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 avr 2018;15(4):529-38.
- Bousquet D, Moiron-Braud E, Ronai E, Ressayot C, Sabathier R. Avis pour une juste condamnation sociétale et judiciaire du viol et autres agressions sexuelles. Final report. Paris: Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes ; Rapport No. : 2016-09-30-VIO-022; 2016.
- Brennan S, Taylor-Butts A. Sexual Assault in Canada, 2004 and 2007. Final report. Ottawa (ON): Canadian Centre for Justice Statistics, Statistics Canada. Ottawa (ON): Canadian Centre for Justice Statistics, Statistics Canada; Rapport No.: 85F0033M, no. 19;2008.
- Burri A, Hilpert P, Spector T. Longitudinal Evaluation of Sexual Function in a Cohort of Pre- and Postmenopausal Women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015;12(6):1427-35.
- Byrne CA, Riggs DS. Gender issues in couple and family therapy following traumatic stress. In : R. Kimerling P, Ouimette, & J. Wolfe (Eds.). *Gender and PTSD*. New York, NY: Guilford Press; 2002: 382-399.
- Chatton D, Desjardins JY, Desjardins L, Tremblay M. La sexologie clinique basée sur un modèle de santé sexuelle. *Psychothérapies*. 2005;25(1):3.
- Chollier M, Maquigeau A, Miele C. La sexologie dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. In R. Coutanceau, M. Lacambre, P. Blachère et J. Truffaut (Eds.). *Sexualité et transgressions*. Paris : Dunod. 2019;137-49.
- Cogle J.R., Timpano K.R., Sachs-Ericsson N., Keough M.E., Riccardi C.J. Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research*. 2010;177(1-2):150-155. doi: 10.1016/j.psychres.2009.03.008.
- DiMauro J, Renshaw KD, Blais RK. Sexual vs. Non-sexual trauma, sexual satisfaction and function, and mental health in female veterans. *Journal of Trauma & Dissociation*. 8 août 2018;19(4):403-16.
- DiMauro J, Renshaw KD. PTSD and relationship satisfaction in female survivors of sexual assault. *Psychol Trauma*. juill 2019;11(5):534-41.
- Felitti VJ. The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *Perm J*. 2002;6(1):44-7.
- Freyd JJ, DePrince AP, Zurbriggen EL. Self-Reported Memory for Abuse Depends Upon Victim-Perpetrator Relationship. *Journal of Trauma & Dissociation*. 29 oct 2001;2(3):5-15.
- Gennart M. Effraction sexuelle et brisure du soi. *Psychothérapies*. 2 déc 2011;Vol. 31(4):271-84.
- Gísladóttir A, Luque-Fernandez MA, Harlow BL, Guðmundsdóttir B, Jónsdóttir E, Bjarnadóttir RI, et al. Obstetric Outcomes of Mothers Previously Exposed to Sexual Violence. *PLoS ONE*. 2016;11(3):e0150726.
- Granot M, Yovell Y, Somer E, Beny A, Sadger R, Uliel-Mirkin R, et al. Trauma, attachment style, and somatization: a study of women with dyspareunia and women survivors of sexual abuse. *BMC Womens Health*. 30 2018;18(1):29.
- Güneş G, Karaçam Z. The feeling of discomfort during vaginal examination, history of abuse and sexual abuse and post-traumatic stress disorder in women. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(15-16):2362-71.
- Haute Autorité de Santé (HAS). *Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans: Argumentaire* [Internet]. Saint-Denis la Plaine: Haute Autorité de Santé ;

2009 juill [cité 27 juin 2018] p. 257. (Recommandations de bonne pratique). Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_argumentaire.pdf.

Houllé WA, Silès J, Tarquinio P, Tarquinio C. Trauma et culture : influence des facteurs culturels dans la rencontre traumatique et perspectives psychothérapeutiques. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 1 avr 2017;1(2):121-9.

Jaconis M, Boyd SJ, Gray MJ. History of Sexual Violence and Associated Negative Consequences: The Mediating Role of Body Image Dissatisfaction. *Journal of Loss and Trauma*. 17 févr 2020;25(2):107-23.

Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic Stress Disorder. 2012;3(1):8.

Layh M, Rudolph K, Littleton H. Sexual Risk Behavior and Sexual Satisfaction among Rape Victims: Examination of Sexual Motives as a Mediator. *Journal of Trauma & Dissociation*. 1 janv 2020;21(1):73-86.

Martinson A, Craner J, Sigmon S. Differences in HPA axis reactivity to intimacy in women with and without histories of sexual trauma. *Psychoneuroendocrinology*. 1 mars 2016;65:118-26.

Meyer D, Cohn A, Robinson B, Muse F, Hughes R. Persistent Complications of Child Sexual Abuse: Sexually Compulsive Behaviors, Attachment, and Emotions. *Journal of Child Sexual Abuse*. 17 févr 2017;26(2):140-57.

Neilson EC, Norris J, Bryan AEB, Stappenbeck CA. Sexual Assault Severity and Depressive Symptoms as Longitudinal Predictors of the Quality of Women's Sexual Experiences. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 4 juill 2017;43(5):463-78.

Robson KM, Brant HA, Kumar R. Maternal Sexuality During First Pregnancy and After Childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1981;88(9):882-9.

Ryan GL, Mengeling MA, Summers KM, Booth BM, Torner JC, Syrop CH, et al. Hysterectomy risk in premenopausal-aged military veterans: associations with sexual assault and gynecologic symptoms. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 mars 2016;214(3):352.e1-352.e13.

Sanchez SE, Pineda O, Chaves DZ, Zhong Q-Y, Gelaye B, Simon GE, et al. Childhood physical and sexual abuse experiences associated with post-traumatic stress disorder among pregnant women. *Ann Epidemiol*. 2017;27(11):716-723.e1.

Santos-Iglesias P, Sierra J-C, Vallejo-Medina P. Predictors of Sexual Assertiveness: The Role of Sexual Desire, Arousal, Attitudes, and Partner Abuse. *Arch Sex Behav*. 2013;42:1043-1052.

Scheidell JD, Kumar PC, Champion T, Quinn K, Beharie N, McGorray SP, et al. Child Sexual Abuse and HIV-Related Substance Use and Sexual Risk Across the Life Course Among Males and Females. *J Child Sex Abus*. juill 2017;26(5):519-34.

Snipes DJ, Calton JM, Green BA, Perrin PB, Benotsch EG. Rape and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): Examining the Mediating Role of Explicit Sex-Power Beliefs for Men Versus Women. *J Interpers Violence*. 2017;32(16):2453-70.

Stevens P. Culture and sexuality. In: *The International Encyclopedia of Human Sexuality* [Internet]. American Cancer Society; 2014 [cité 29 avr 2020]. p. 1-8. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118896877.wbiehs110>

Suris A, Lind L, Kashner TM, Borman PD, Petty F. Sexual assault in women veterans: an examination of PTSD risk, health care utilization, and cost of care. *Psychosom Med* 2004;66:749-56. 6.

Tedeschi J, Felson R. *Violence, aggression & coercive actions*. Washington: American Psychological Association; 1994.

Van Berlo W, Ensink, B. Problems with sexuality after sexual assault. *Annual Review of Sex Research*. 2000;11, 235–257.

Walsh K, Kmett Danielson C, Mc Cauley JL, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnik HS. National prevalence of PTSD among sexually revictimized adolescent, college, and adult household-residing women. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:935-42.

Zerubavel N, Messman-Moore TL, DiLillo D, Gratz KL. Childhood Sexual Abuse and Fear of Abandonment Moderate the Relation of Intimate Partner Violence to Severity of Dissociation. *J Trauma Dissociation*. févr 2018;19(1):9-24.

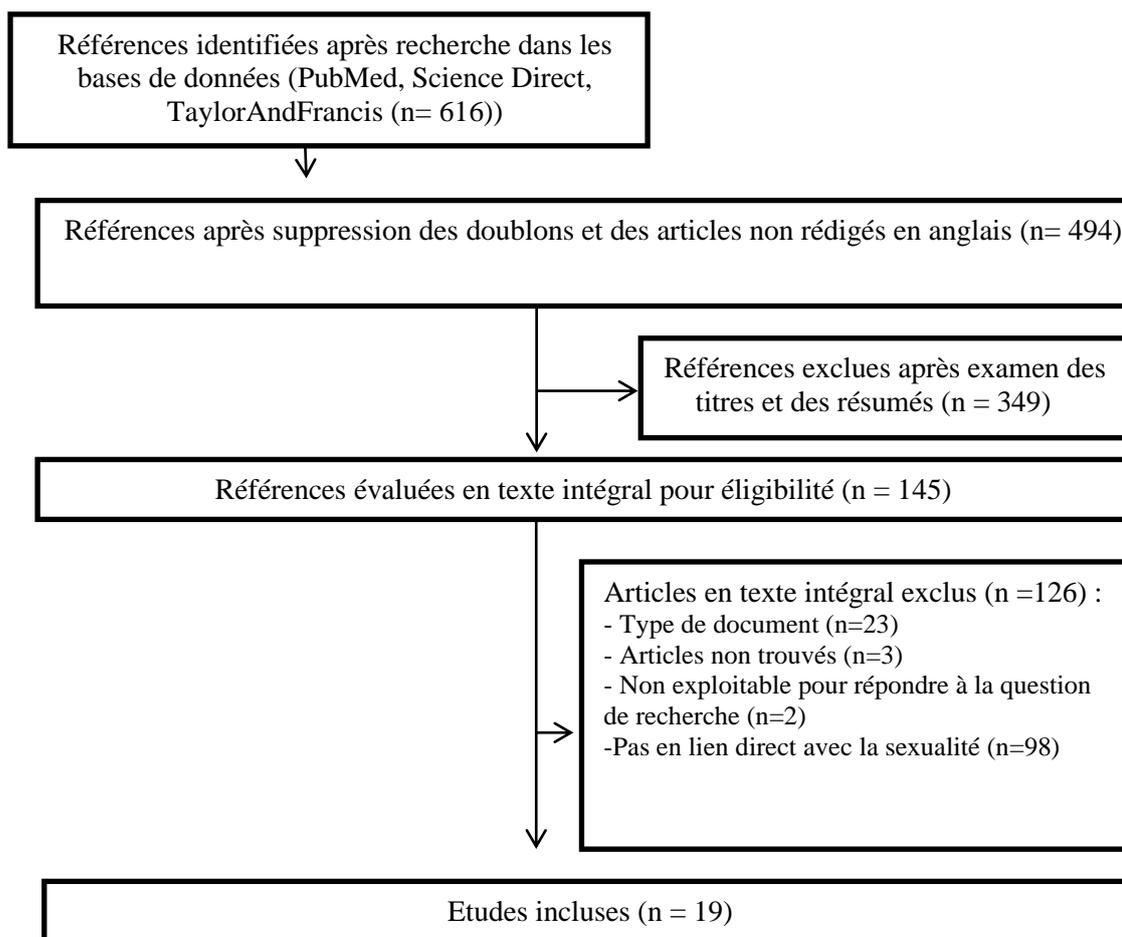


Figure 1. Flow-Chart de la revue de la littérature « Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes »

Tableau 1. Caractéristiques des articles retenus de la revue de la littérature : « Spécificités des traumatismes sexuels »

Caractéristiques des articles	Nombre d'articles n=19 (références)^a
Population	
Femmes victimes d'agression sexuelle	6 (5, 7, 8, 10, 12, 14)
Femmes militaires ou vétérans de guerre	3 (3, 6, 15)
Etudiants à l'université	3 (11, 17, 18)
Victimes d'abus sexuels dans l'enfance	3 (2, 4, 14)
Population générale	2 (1, 13)
Femmes avec au moins un enfant	1 (9)
Femmes enceintes	1 (16)
Femmes en relation avec un partenaire au moment de l'étude	1 (19)
Expérience de victimisation sexuelle	
Aggression et/ou harcèlement sexuel au cours de la vie (pas d'âge spécifié)	9 (1, 5, 6, 8-10, 12, 15, 18)
Abus sexuels dans l'enfance	10 (1, 2, 4, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 19)
Aggression sexuelle à l'âge adulte	3 (1, 7, 14)
Aggression sexuelle à l'adolescence	2 (7, 14)
Violence conjugale	2 (16, 19)
Aggression et/ou harcèlement sexuel dans le contexte militaire	1 (3)
Pays de l'étude	
Etats-Unis	12 (3, 5, 6, 10-15, 17-19)
Israël	2 (2, 8)
Allemagne	1 (4)
Norvège	1 (1)
Islande	1 (7)
Pérou	1 (16)
Turquie	1 (9)
Taille de l'échantillon	

^a La correspondance des numérotations des différentes références est à retrouver dans la première colonne du tableau 3 (cf Tableau 3).

50-349	9 (2, 4-6, 8-10, 12, 19)
350-649	1 (14)
650-949	3 (3, 13, 18)
950-1000	1 (15)
Entre 1500 et 3000	3 (1, 11, 16)
+ 10 000	2 (7, 17)

Echantillon

Uniquement féminin	13 (3-12, 14, 15, 19)
Inclusion d'hommes (mais féminin majoritaire)	2 (2, 13)
Inclusion de femmes (mais masculin majoritaire)	1 (18)
Paritaire	2 (1, 17)

Parité victimes vs. non victimes lors d'études comparatives

Non	5 (3, 7, 8, 10, 11)
Oui	3 (2, 4, 12)

Age moyen des participants

18-24 ans	5 (11, 12, 14, 18, 19)
25-30 ans	4 (4, 8, 9, 16)
31-40 ans	6 (3, 4, 6, 9, 13, 15)
+ 40 ans	1 (1)
Non spécifié	3 (2, 7, 17)

Design des études

Transversal	14 (1-6, 8-11, 13, 15, 18, 19)
Longitudinal	4 (7, 14, 16, 17)

Tableau 2. Outils permettant l'évaluation des méthodes de la revue de la littérature : « Spécificités des traumatismes sexuels »

Dimensions évaluées	
Instruments de mesure	Nombre d'articles n=19 (références)^a
Traumatismes sexuels	
Sexual Experiences Survey (SES)	4 (10, 11, 14, 18)
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	3 (4, 9, 14, 19)
Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure Scale (MACE)	1 (4)
Question des auteurs	3 (1, 12, 13)
Violence conjugale	
Conflict Tactics Scale (CTS)	1 (19)
Demographic Health Survey questionnaire Modules (DHS)	1 (16)
Sexualité	
Sexual Experiences Survey (SES)	4 (10, 11, 14, 18)
Female Sexual Function Index (FSFI)	3 (3, 5, 6)
Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W)	3 (3, 6, 11)
Sexual Risk Survey (SRS)	2 (10, 11)
Ressources in Sexuality and Relationship (RSP)	1 (4)
Sexual Assertiveness Scale (SAS)	1 (10)
Sexual Addiction Screening Test (SAST)	1 (13)
Sexual Motives Scale (SMS)	1 (11)
Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale (SWBP)	1 (10)
TSPT	
PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)	9 (3, 5, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 18)
Structural Clinical Interview (SCID-I)	2 (4, 12)
Clinician-Administred PTSD Scale (CAPS)	1 (4)
Question des auteurs	1 (15)
Dissociation	
Dissociative Expérience Scale (DES)	1 (19)
Attachement	
Experiences in Close Relationships (ECR)	2 (8, 13)
Anxiété	
Beck Anxiety Inventory (BAI)	1 (10)
Dépression	
Patient Health Questionnaire (PHQ)	2 (6, 14)
Beck Depression Inventory (BDI)	1 (10)

^aLa correspondance des numérotations des différentes références est à retrouver dans la première colonne du tableau 3 (cf Tableau 3).

Tableau 3. Principaux résultats des études de la revue de la littérature : « Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes »

Etude Premier auteur, Année, Pays, Numéro d'identification	Echantillon Taille (N), Femmes (%), Age moyen (années)	Objectifs	Design de la recherche Méthode Mesures	Résultats en lien avec l'objectif de la revue
Aakvaag et al., (2016), Norvège (1)	Population générale norvégienne N = 1947 F = 56% A = 44	Etudier les différences de genre dans les expériences d'abus sexuels, ainsi que les liens avec la honte et à la culpabilité.	Etude transversale Entretiens téléphoniques <u>Mesures :</u> Questions des chercheurs : Abus sexuels dans l'enfance / Violence physique grave de la part des parents (ou entre eux) / Violences graves entre les partenaires / harcèlements et agression sexuels et autres événements stressants Viol (enfance et âge adulte) : questions adaptées de la NAD Honte et culpabilité : SGATS	Les abus sexuels sont liés aux sentiments de honte et de culpabilité entraînant des difficultés dans les relations sociales et plus spécifiquement dans la sphère de l'intimité. Ces sentiments augmentent avec la gravité de la violence. Plus de honte et de culpabilité chez les femmes (vs H).
Arden et al., (2019), Israël (2)	Adultes victimes d'abus sexuels dans leur enfance (n=29) comparés à un groupe contrôle sans antécédent de victimisation sexuelle (n=31). N = 60 F = 83%	Examiner la relation entre la victimisation sexuelle durant l'enfance et son impact sur le domaine moral de la pureté et du dégoût.	Etude transversale Questionnaires auto-administrés <u>Mesures :</u> Contrôle des variables sociodémographiques pouvant avoir un lien sur le dégoût (sexe,	Les personnes victimes d'abus sexuels dans l'enfance portent des jugements moraux nettement plus importants à l'égard du domaine de la sexualité par rapport aux sujets non-victimes. Les femmes sont significativement plus sensibles

			statut socioéconomique, orientation politique) Dégoûts (moral, pathogène, sexuel) : TDDS	dans le domaine sexuel par rapport aux hommes. Elles seraient alors plus préoccupées par leur sexualité ce qui peut potentiellement influencer leurs pratiques sexuelles.
Blais et al., (2018), USA (3)	Femmes en service militaire ou vétérans victimes de traumatismes sexuels militaires (n=679) ou non (n=153). N = 832 F = 100% A = 32	Examiner la relation entre la gravité des traumatismes sexuels militaires avec la satisfaction et la fonction sexuelle.	Etude transversale Questionnaires auto-administrés <u>Mesures</u> : Données socio-démographiques Traumas sexuels militaires : questions des auteurs TSPT : PCL-5 Fonction sexuelle : FSFI Satisfaction sexuelle : SSS-W	Les femmes victimes de traumas sexuels militaires font état d'un dysfonctionnement sexuel plus important et d'une satisfaction sexuelle moindre. Des symptômes spécifiques du TSPT médiatisent cette relation : L'anhédonie, l'émoussement affectif et les altérations de la cognition et de l'humeur sont en lien avec une moindre satisfaction liée à la sexualité. Alors que l'anhédonie et l'émoussement affectif seulement sont en lien avec des dysfonctionnements sexuels.
Bornefeld-Ettmann et al., (2018), Allemagne (4)	Femmes victimes d'abus sexuels dans l'enfance souffrant de TSPT (n=32) ou non (n=32) et femmes en bonne santé (n=32). N = 96 F = 100% A = 33	Etudier l'influence de l'exposition aux traumatismes sexuels et du TSPT sur le fonctionnement sexuel et la satisfaction sexuelle en comparant 3 groupes de femmes.	Etude transversale. Interviews et questionnaires. <u>Mesures</u> : TSPT : SCID-I; CAPS-5 Trouble de la personnalité Borderline : IPDE CSA : CTQ ; MACE	Les femmes victimes d'abus sexuels dans l'enfance souffrant de TSPT présentent un fonctionnement sexuel moindre pour certains aspects de la sexualité (aversion, douleur et satisfaction sexuelle), mais ne diffèrent pas des autres groupes en ce qui concerne l'excitation sexuelle et l'orgasme. Les

			<p>Fonctionnement sexuel : questions adaptées par les auteurs</p> <p>Satisfaction sexuelle : RSP</p>	<p>symptômes intrusifs peuvent interférer avec la sexualité car les stimuli liés à un trauma peuvent susciter des émotions et des réactions physiques aversives lors des interactions sexuelles.</p>
DiMauro et al., (2019), USA (5)	<p>Femmes engagées dans une relation significative avec un/une partenaire ayant survécu à une agression sexuelle.</p> <p>N = 164</p> <p>F = 100%</p> <p>A = 28</p>	<p>Etudier le lien entre les symptômes de TSPT et la satisfaction dans les relations ainsi que le rôle de trois processus interpersonnels (sexualité, communication et hostilité).</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Enquête en ligne</p> <p><u>Mesures :</u></p> <p>Variables socio-démographiques</p> <p>TSPT : PCL-5</p> <p>Satisfaction dans le couple : CSI-4</p> <p>Fonctionnement sexuel : FSFI</p> <p>Communication : CPQ-SF</p> <p>Hostilité : RCT</p>	<p>Les antécédents d'agression sexuelle entraînent des dysfonctionnements sexuels ainsi qu'une satisfaction moindre de la sexualité.</p> <p>Les victimes qui ne sont pas engagés dans un traitement et qui présentent des symptômes graves de TSPT sont plus sujettes à des relations intimes pauvres. Des symptômes de TSPT graves entraînent une communication avec le partenaire de moins bonne qualité, ce qui conduit à une satisfaction sexuelle moindre.</p>
DiMauro et al., (2018), USA (6)	<p>Femmes vétérans engagées dans des relations monogames victimes d'agression sexuelle (n=153) ou de traumatismes non sexuels (n=102)</p> <p>N = 255</p> <p>F = 100%</p> <p>A = 33</p>	<p>Etudier le lien entre le type de traumatisme (d'origine sexuelle ou non) avec la satisfaction et le fonctionnement sexuel ainsi que la santé globale.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Enquête en ligne.</p> <p><u>Mesures :</u></p> <p>Satisfaction sexuelle : SSS-W</p> <p>Fonctionnement sexuel : FSFI</p> <p>TSPT : PCL-5</p> <p>Dépression et idées suicidaires : PHQ-9</p>	<p>Les traumatismes sexuels entraînent une satisfaction moindre de la sexualité, des symptômes plus graves de TSPT et de dépression ainsi que davantage d'idées suicidaires.</p> <p>Des dysfonctionnements dans la sphère sexuelle entraînent de plus fortes idéations suicidaires chez les victimes de traumas sexuels (pas chez les victimes de traumas non sexuels).</p>

<p>Gisladottir et al., (2016), Islande (7)</p>	<p>Données de femmes prises en charge dans un centre de traitement des traumatismes liés au viol et inscrites sur le registre médical islandais des naissances (n=1068) et de femmes sans antécédents de violence sexuelle ayant accouché d'au moins un enfant (n=9126). N=10 194 F = 100%</p>	<p>Etudier si les femmes exposées à la violence sexuelle durant l'adolescence (12-19ans) ou à l'âge adulte présentent des résultats obstétricaux différents de ceux des femmes n'ayant jamais subi de telles violences.</p>	<p>Etude prospective. Analyse de données de cohorte nationale. <u>Mesures</u> : Complications liées à l'accouchement : Codes CIM-10 Interventions obstétricales : codes NCSP</p>	<p>Les femmes victimes d'agression sexuelle, en particulier durant l'adolescence, sont plus exposées à certains problèmes obstétricaux. Elles présentent des risques accrus de détresse maternelle pendant le travail et l'accouchement ainsi qu'une plus forte probabilité d'une première phase du travail prolongé, d'une hémorragie antepartum (avant l'accouchement) et d'une extraction instrumentale d'urgence. Ces risques sont majorés lorsque la victimisation sexuelle a eu lieu durant l'adolescence.</p>
<p>Granot et al., (2018), Israel (8)</p>	<p>Femmes victimes d'abus sexuels (n=21) et femmes atteintes de dyspareunie (n=44). N = 65 F =100 % A = 30</p>	<p>Explorer les différences et similitudes des femmes victimes d'abus sexuels et celles atteintes de dyspareunie afin d'examiner si les styles d'attachement insécures et le niveau élevé de somatisation sont associés à un traumatisme chez les femmes atteintes de dyspareunie.</p>	<p>Etude transversale. Questionnaires auto-administrés. <u>Mesures</u> : Style d'attachement : ECR Somatisation : BSI</p>	<p>Les femmes victimes d'abus sexuels ont tendance à présenter des styles d'attachement insécures ainsi que des niveaux élevés d'évitement et d'anxiété ainsi qu'un niveau de somatisation plus élevé. Ainsi, le traumatisme sexuel s'avère être un facteur d'augmentation des symptômes physiques perçus et du style d'attachement insécure.</p>
<p>Güneş et al., (2017), Turquie (9)</p>	<p>Femmes se présentant pour subir des examens vaginaux à la Aydin Maternity and Children's Hospital.</p>	<p>Examiner la sensation d'inconfort lors des examens vaginaux, les antécédents de maltraitance et d'abus sexuel et le TSPT</p>	<p>Etude transversale. Questionnaires auto-administrés et entretien.</p>	<p>Les abus sexuels comparativement aux violences émotionnelles n'ont pas d'impact sur la sensation d'inconfort chez ces femmes présentant un TSPT.</p>

	N = 320 F = 100 % A = 26	chez les femmes afin de déterminer les liens entre ces différentes variables.	<u>Mesures :</u> Données relatives aux antécédents d'abus et examens gynécologiques : questions des auteurs Sensation d'inconfort : échelle visuelle analogique (échelle type Likert) TSPT : PCL	
Jaconis et al., (2020), USA (10)	Femmes adultes représentatives de la population générale avec des antécédents de violence sexuelle (n=88) ou non (n=145). N = 233 F = 100 % A = 33	Explorer les liens entre l'insatisfaction de l'image corporelle et la présence de troubles psychologiques (dépression, anxiété, TSPT) ainsi que des problèmes liés à la sexualité (assertivité sexuelle et comportement sexuel à risque) chez les femmes victimes de violences sexuelles.	Etude transversale. Enquête en ligne : questionnaires auto-administrés. <u>Mesures :</u> Expériences sexuelles : SES-SFV Satisfaction de l'image corporelle : échelle adaptée de la SWBP Dépression : BDI-II Anxiété : BAI TSPT : PCL-5 Risques sexuels : SRS Assertivité sexuelle : SAS	Les femmes victimes de violence sexuelle sont sujettes à ressentir une plus grande insatisfaction liée à leur image corporelle, associée à des symptômes plus importants de dépression, d'anxiété et de TSPT, ainsi qu'une diminution de leur assertivité sexuelle.
Layh et al., (2020), USA (11)	Etudiantes majeures de premier cycle dans une université des Etats-Unis victimes de viol (n=337) ou non (n=1218) qui ont déclaré avoir eu une forme d'activité sexuelle en couple au cours des six derniers mois. N = 1555	Examiner les prédicteurs de la victimisation sexuelle (motivations sexuelles) chez les étudiantes et l'impact de cette dernière sur la santé sexuelle (comportements sexuels à risque, satisfaction sexuelle).	Etude transversale. Enquête en ligne. <u>Mesures :</u> Comportements sexuels à risque : SRS Antécédents d'abus sexuels dans l'enfance : questions des auteurs (OUI/NON)	Les 4 motivations sexuelles étudiées (les stratégies de coping, l'affirmation de soi, la pression des pairs et l'approbation des partenaires) expliquent la relation entre les antécédents de viol, les comportements sexuels à risque et la satisfaction sexuelle. Ainsi, les survivantes victimes de viol qui ont pour motivation à consentir à

	F = 100 % A = 18		Viol : SES-R Satisfaction sexuelle : SSS-W Motivations sexuelles : SMS	un rapport sexuel une meilleure régulation de leurs émotions sont plus susceptibles d'être engagées dans des comportements sexuels à risques et se sentir insatisfaite dans la sphère sexuelle.
Martinson et al., (2016), USA (12)	Femmes ayant survécu à un traumatisme sexuel (n=26) et un groupe contrôle de femmes non-victimes (n=24). N = 50 F = 100% A = 20	Evaluer le rôle du fonctionnement de l'axe HPA (de la réactivité du cortisol) à travers une manipulation expérimentale de la proximité émotionnelle.	Etude expérimentale. Entretiens et tests salivaires. Mesures auto-rapportées et objectives. <u>Mesures</u> : TSPT : SCID-I, PCL-C Comportements spécifiques liés au traumatisme sexuel : question des chercheurs Mesure de la proximité interpersonnelle : IOS Affects transitoires : POMS Mesure cortisol : échantillons salivaires	Les femmes victimes de traumatismes sexuels ont présenté un émoussement dans la réponse au cortisol et une plus grande anxiété durant la tâche d'induction de l'intimité par rapport aux témoins. Implications de l'augmentation de l'axe HPA : difficultés à former et maintenir des relations affectives et intimes ; à créer des liens d'attachement ; altération de la qualité des relations sexuelles (excitation sexuelle moindre).
Meyer et al., (2017), USA (13)	Population générale américaine adulte ayant un accès à internet. N = 812 F = 62% A = 36	Etudier si les comportements sexuels compulsifs, la régulation des émotions et l'attachement sont reliés à des antécédents d'abus sexuels durant l'enfance.	Etude transversale. Enquête en ligne. <u>Mesures</u> : Abus sexuels dans l'enfance : question des auteurs Attachement : ECR Régulation des émotions : NMR	Les victimes d'abus sexuels dans l'enfance présentent davantage d'attachement de type anxieux. Pas de différence trouvée entre les hommes et les femmes. Pas de lien entre les abus et la régulation des émotions, ni la régulation des émotions avec le sexe (population non clinique)

			Comportements sexuels compulsifs : SAST	avec potentiellement des stratégies de régulation efficaces et capacités d'adaptation).
Neilson et al., (2017), USA (14)	Femmes sans problème lié à l'alcool avec des antécédents de victimisation sexuelle durant l'adolescence et/ou à l'âge adulte. N = 419 F = 100% A = 23	Evaluer l'interaction entre les symptômes dépressifs et la gravité de la victimisation sexuelle vécue durant l'adolescence et/ou à l'âge adulte afin de prédire la fréquence et la qualité des expériences sexuelles chez les jeunes femmes.	Etude longitudinale (un an) : mesures trimestrielles. Enquête en ligne. <u>Mesures</u> : Dépression : PHQ-8 Gravité de la victimisation durant l'adolescence/adulte : SES Abus sexuels dans l'enfance : CTQ SSPT : PCL-5 Expérience sexuelle : questions des chercheurs	Pour les femmes dont la gravité de la victimisation sexuelle était plus faible (au cours de la vie), des symptômes dépressifs plus importants étaient associés à une douleur sexuelle plus forte lors des rapports sexuels actuels. En outre, la victimisation sexuelle est associée à une perception plus grande de la douleur sexuelle, à un moindre plaisir sexuel et à une moindre satisfaction sexuelle.
Ryan et al., (2016), USA (15)	Femmes vétérans en âge de la préménopause. N = 989 F = 100% A = 38	Evaluer la prévalence de l'hystérectomie chez les vétérans à l'âge de la préménopause et la comparer à celle dans la population générale afin d'examiner les liens entre l'hystérectomie, les agressions sexuelles, le TSPT et les problèmes gynécologiques.	Etude transversale. Entretien téléphonique assisté par ordinateur. <u>Mesures</u> : Hystérectomie (en tant qu'ablation de l'utérus avec/sans ovariectomie ou salpingectomie) : questions formulées par les auteurs Agression sexuelle : questions des auteurs selon la définition de l'American Medical Association (1995) et l'American College of	La prévalence de l'hystérectomie est significativement plus élevée et l'âge moyen au moment de celle-ci significativement plus bas chez les vétérans féminins, comparativement à la population générale. Les antécédents d'agressions sexuelles avec pénétration vaginale se révèlent être des facteurs de risque important pour l'hystérectomie.

			<p>Obstetricians and Gynecologists (1997) TSPT : question des auteurs sur la présence du diagnostic de TSPT au cours de la vie (OUI/NON)</p>	
<p>Sanchez et al., (2017), Pérou (16)</p>	<p>Femmes enceintes de la cohorte PROMIS (Pregnancy Outcomes, Maternal and Infant Study) ayant débuté les soins prénataux avant la 16^{ème} semaine de gestation. N = 2 928 F = 100% A = 28</p>	<p>Evaluer la mesure dans laquelle les antécédents d'abus physiques et/ou sexuels pendant l'enfance sont associés au TSPT au début de la grossesse et explorer si cette association est médiée ou modifiée par les expériences de violence entre partenaires intimes à l'âge adulte.</p>	<p>Etude prospective. Questionnaires auto-administrés. <u>Mesures</u> : Abus dans l'enfance Violence conjugale : DHS (Module violence domestique) TSPT : PCL</p>	<p>Par rapport aux femmes enceintes n'ayant pas subi de violence pendant l'enfance, les risques de TSPT sont plus élevés pour celles ayant subies des abus sexuels (comparativement aux violences physiques uniquement). Ce risque est majoré lorsqu'elles ont à la fois été victime d'abus sexuels et de violences physiques. De plus, elles présentent des risques plus élevés de présenter un TSPT ainsi que davantage d'expériences de violence conjugale.</p>
<p>Scheidell et al., (2017), USA (17)</p>	<p>Données de la « National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health » : échantillon représentatif des Etats-Unis de sujets à l'Université en 1994-1995.</p>	<p>Mesurer les associations entre les abus sexuels dans l'enfance, la consommation de substances et les comportements sexuels à risque.</p>	<p>Etude prospective Enquêtes à domicile en 3 vagues : à l'adolescence, jeune âge adulte (18-26ans ; 2001-2002) et âge adulte (24-32ans ; 2007-2008).</p>	<p>Les victimes d'abus sexuels avant l'âge de 18ans présentent des risques significativement plus élevés de consommer des substances, d'être atteint de VIH et de présenter des comportements sexuels à risque.</p>

	N = 11 820 F = 50%		<p><u>Mesures auto-déclarées :</u> Questions des auteurs pour : Abus sexuels dans l'enfance Consommation de substances Comportements sexuels à risque Mesure objective (test urinaire pour détecter la chlamydia, gonorrhée et/ou trichomonas) : pour les comportements sexuels à risque dans la deuxième vague</p>	Les effets de cette victimisation durant l'enfance restent constants tout au long de la vie (à l'adolescence, au début de l'âge adulte et à l'âge adulte).
Snipes et al., (2017), USA (18)	Etudiants universitaires. N = 782 F = 32% A = 19	Etudier l'influence des croyances explicites sur le sexe et le pouvoir sur les symptômes du TSPT.	<p>Etude transversale. Enquête en ligne.</p> <p><u>Mesures :</u> Viol : RSES TSPT : PCL-C Mesure du pouvoir sexuel : Explicit Power-Sex Measure (Chapleau et Oswald, 2010)</p>	<p>Les croyances explicites sur le pouvoir et le sexe (c'est-à-dire les croyances conscientes que les relations sexuelles impliquent intrinsèquement le pouvoir) expliquent en partie la gravité des symptômes du TSPT après un viol.</p> <p>Il s'agit de distorsions cognitives (pensées exagérées ou irrationnelles, Beck, 2011) selon lesquelles le monde est un endroit dangereux et se sentent impuissantes et incompetentes. L'idée que le sexe est une question de domination et de pouvoir, par opposition au plaisir sexuel ou à l'amour, peut amplifier les symptômes du SSPT d'un survivant (par exemple, l'évitement de l'activité sexuelle).</p>
Zerubavel et al., (2018), USA (19)	Jeunes femmes adultes engagées dans une	Etudier la relation entre la violence conjugale	Etude transversale.	Des antécédents d'abus sexuels durant l'enfance (de modérés à

	relation avec un partenaire au moment de l'étude. N = 348 F = 100% A = 22	(sexuelle et physique) et la dissociation ainsi que les rôles de la gravité des abus sexuels vécus durant l'enfance et la peur de l'abandon dans la modération de cette association.	Entretien diagnostique et questionnaires auto-administrés (en ligne dans les laboratoires du site de l'étude). <u>Mesures :</u> Violence conjugale : CTS2 Dissociation : DES-II Peur de l'abandon : DIPD (DSM-IV) Abus sexuels dans l'enfance : CTQ	sévères) augmentent les niveaux de dissociation chez les femmes victimes de violence conjugale, en particulier lorsqu'elles ressentent une peur de l'abandon. La dissociation peut permettre aux victimes d'une telle violence de se cloisonner ou se détacher des expériences douloureuses avec le partenaire, protégeant ainsi les liens d'attachement dans la relation. Ainsi, les victimes sont moins susceptibles de quitter leur agresseur ou de prendre d'autres mesures pour leur sécurité.
--	--	--	--	---

Liste des abréviations :

BAI = Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988) ; **BDI** = Beck Depression Inventory (Beck et al., 1996) ; **BSI** = Brief Symptom Inventory (Derogatis et Melisaratos, 1983) ; **CAPS-5** = Clinician-Administered PTSD Scale (DSM-5); **CIM-10** = 10ème révision de la classification internationale des maladies (OMS, **CSA** = Childhood Sexual Abuse; **CPQ** = Communication Patterns Questionnaire (Futris et al., 2010); **CSI** = Couples Satisfaction Index (Funk & Rogge, 2007); **CTQ** = Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein & Fink, 1998); **CTS2** = Conflict Tactics Scale (Straus, Hamby, & Warren, 2003) ; **DES-II** = Dissociative Experience Scale (Bernstein & Putnam, 1986) ; **DHS** = Demographic Health Survey questionnaire Modules ; **DIPD-IV** = Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (Zanarini, Frankenburg, Sickel, & Yong, 1996) ; **ECR** = Experiences in Close Relationships (Brennan et al., 1998) ; **FSFI** = Female Sexual Function Index (Rosen et al., 2000); **IOS** = Inclusion of Other in the Self scale (Aron et al., 1992) ; **IPDE** = International Personality Disorder Examination (CIM-10); **MACE** = Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure Scale (Teicher, 2015); **NAD** = National Adolescent Study (Kilpatrick et al., 2013); **NCSP** = Nordic Medico-Statistical Committee Classification of Surgical Procedures ; **NMR** = Negative Mood Regulation Scale (Catanzaro et Mearns, 1990); **PCL-5** = PTSD Checklist for DSM-5 (Weathers et al., 2013); **PHQ** : Patient Health Questionnaire (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001); **POMS** = Profil of Mood States (McNair et al., 1971) ; **PTSD** = Post Traumatic Stress Disorder; **RCT** = Revised Conflict Tactics Scale (Straus & Douglas, 2004); **RSES** = Revised version of the Sexual Experiences Survey (Koss et al., 1987) ; **RSP** = Ressources in Sexuality and Relationship (Klingler, 1996); **SAS** = Sexual Assertiveness Scale (Morokoff et al., 1997); **SAST** = Sexual Addictoin Screening Test (Carnes, 1989) ; **SCID-I**

= Structured Clinical Interview (DSM-IV); **SES-SFV** = The Sexual Experiences Survey–Short Form Version (Koss et al., 2006; 2007; Moreau, et al., 2015); **SGATS** = Shame and Guilt After Trauma Scale (Aakvaag et al., 2016); **SMS** = Sexual Motives Scale (Cooper et al., 1998) ; **SRS** = Sexual Risk Survey (Turchik et Garske, 2009), **SSS-W** = The Sexual Satisfaction Scale for Women (Meston et Trapnell, 2005); **SWBP** = Satisfaction and Dissatisfaction With Body Parts Scale (Berscheid, Walster, & Bohrnstedt, 1973) ; **TSPT** = Trouble de stress post-traumatique; **TDDS** = The Three Domains of Disgust Scale (Tybur et al., 2009)

Tableau 4. : Impacts des traumatismes sexuels sur la sexualité par niveau

Niveau	Conséquences de la victimisation sexuelle	Nombre d'article n=19^a (Références)
Psychologique	• Satisfaction sexuelle moindre	7 (3-7, 11, 14)
	• Particularités dans les symptômes de TSPT impactant la sexualité	4 (3, 6, 10, 16)
	• Attachement insécuré (anxieux-évitant)	2 (8, 13)
	• Jugements moraux plus importants à l'égard de la sexualité	1 (2)
	• Sentiments de honte et de culpabilité	1 (1)
	• Insatisfaction liée à l'image corporelle	1 (10)
	• Altération des croyances et cognitions sur la sexualité	1 (18)
	• Dissociation	1 (19)
Somatique	• Dysfonctionnements sexuels plus importants	4 (3, 4, 6, 15)
	• Problèmes gynécologiques plus importants	2 (7, 15)
	• Augmentation du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysé surrénalien (HPA) (réactivité au cortisol)	1 (12)
Comportemental	• Engagement dans des conduites sexuelles à risque	3 (11, 13, 17)

^a La correspondance des numérotations des différentes références est à retrouver dans la première colonne du tableau 3 (cf Tableau 3).