



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Abus sexuels dans l'enfance : intérêt de leur diagnostic pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels, ano-rectaux et vésico-sphinctériens[☆]

Childhood sexual abuse: How important is the diagnosis to understand and manage sexual, anorectal and lower urinary tract symptoms

F. Cour^{a,*}, G. Robain^b, B. Claudon^b,
E. Chartier-Kästler^c

^a Service d'urologie, université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines, hôpital Foch, 40, rue Worth, 92150 Suresnes, France

^b Service de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle, hôpital Rothschild, AP–HP, 5, rue Santerre, 75571 Paris cedex 12, France

^c Service d'urologie, faculté de médecine Paris VI, CHU Pitié-Salpêtrière, AP–HP, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France

Reçu le 13 octobre 2012 ; accepté le 15 octobre 2012

MOTS CLÉS

Abus sexuel ;
Enfance ;
Dysfonction sexuelle ;
Symptômes du bas appareil urinaire ;
Douleurs pelviennes ;
Intestin irritable ;
Anisme

Résumé

Objectif. – Comprendre et savoir prendre en charge les conséquences des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance sur les fonctions sexuelle, ano-rectale et vésico-sphinctérienne.

Matériel et méthodes. – Revue des articles publiés dans la base de données Medline, sélectionnés selon leur pertinence scientifique, et des recommandations publiées sur le sujet, avec une réflexion à partir de notre propre expérience clinique.

Résultats. – Des antécédents d'abus sexuels sont fréquemment retrouvés lors de l'évaluation des troubles du bas appareil urinaire. Dans ce contexte, l'incontinence urinaire d'effort isolée est rarement en cause mais elle peut y être associée pour des raisons épidémiologiques. La dysurie avec urgenturie est le symptôme allégué le plus fréquemment retrouvé. L'existence concomitante de troubles ano-rectaux, de douleurs pelviennes ou d'un trouble sexuel, en

[☆] Cet article fait partie intégrante du Rapport « Médecine Sexuelle » du 106^e congrès de l'Association française d'urologie rédigé sous la direction de Florence Cour, Stéphane Droupy et François Giuliano.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : f.cour@hopital-foch.org (F. Cour).

particulier une dyspareunie, doit faire évoquer des antécédents d'abus sexuels et induire un interrogatoire spécifique. Malgré la fréquence de ces antécédents, qui seraient retrouvés selon les études chez 12 à 33 % des femmes et 8 à 16 % des hommes, très peu de praticiens, quelle que soit leur spécialité, les recherchent en routine. Il est important que le praticien sache diagnostiquer l'existence d'abus sexuels, en particulier lorsque le symptôme allégué par les patients n'a pas trouvé de réponse, malgré un bilan urologique exhaustif. La pénibilité invoquée par les patients lors de l'examen clinique et l'échec des traitements de première intention doivent faire poser la question, si l'interrogatoire initial l'avait omise.

Conclusion. – Des modalités d'entretien maîtrisées, reproductibles, sont accessibles à tout praticien s'intéressant aux troubles fonctionnels périnéaux, pour un bénéfice en temps et en efficacité dans la prise en charge de ces patients, évitant ainsi la surenchère d'exams et la multiplication de consultations inutiles. L'intérêt d'une approche diagnostique et thérapeutique multidisciplinaire est au premier plan, associant une prise en charge psychologique et éventuellement une rééducation périnéale. Cette orientation multidisciplinaire des patients est largement conseillée.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Sexual abuse;
Childhood;
Sexual dysfunction;
Lower urinary tract symptoms;
Pelvic pain;
Irritable bowel;
Anismus

Summary

Objective. – To understand and manage the sequels of childhood sexual abuse on sexual, ano-rectal and lower urinary tract functions.

Material and methods. – Review of articles published in the Medline database, selected according to their scientific relevance and published guidelines on this subject together with our own experience.

Results. – A history of sexual abuse is frequently found when assessing dysfunction or symptoms of the lower urinary tract. In this context, urinary stress incontinence is rarely involved but it can be linked by epidemiological factors. Dysuria with urgency is the most frequent expressed symptom. When associated with ano-rectal disorders and pelvic pain or a sexual disorder in particular dyspareunia, a sexual abuse should be evoked and specific questions asked to the patient. Although these symptoms are frequently encountered in 12 to 33% of women, and 8 to 16% of men, few practitioners, whatever their speciality ask about them as routine. It is important that the physician diagnose the existence of sexual abuse, in particular when the symptoms mentioned by the patient are not conclusive, in spite of thorough urological assessment. Patients finding the initial examination difficult and painful and the failure of the initial treatment should lead to questions concerning abuse, if neglected by the initial medical inquiry.

Conclusions. – Clinicians involved in perineal functional pathology are able to acquire standardized modalities of inquiry about child sexual abuse for a better time management and efficacy in the therapeutic approach. The interest of a multidisciplinary diagnostic and therapeutic approach is primordial, associating psychological therapy and if necessary perineal re-education. This can avoid unnecessary tests and out-patient visits. Directing patients towards a multidisciplinary approach is highly advisable.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance (ASE) sont souvent cités comme cause de troubles sexuels à l'âge adulte. Leur implication est également possible dans les troubles du bas appareil urinaire (TUBA). Ce lien est moins connu et a été moins étudié que pour les troubles digestifs et les syndromes douloureux périnéaux. Si beaucoup d'études se sont intéressées aux conséquences psychologiques, appelées le syndrome de stress post-traumatique, peu ont abordé les conséquences physiques, symptômes psychosomatiques touchant fréquemment la région pelvi-périnéale.

Définition et prévalence des abus sexuels dans l'enfance

Définition

Les définitions de l'abus sexuel de l'enfant sont complexes et non consensuelles [1]. Ces définitions font intervenir la notion d'implication d'enfants ou d'adolescents, dans des actes sexuels en contradiction avec les lois et/ou les tabous de la société. La notion d'abus implique toute forme

d'interaction sexuelle sous contrainte entre deux personnes dont une se trouve en position de pouvoir par rapport à l'autre.

L'acte sexuel inclut les formes de contacts oraux, génital, anal, par ou sur l'enfant, ou un abus qui ne comporte pas de contact mais des éléments d'exhibitionnisme, de voyeurisme ou l'utilisation d'enfants à visée de document pornographique.

D'un point de vue légal, toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise considérée comme une agression sexuelle, est passible des tribunaux des instances pénales. Le viol en est la forme majeure, considéré comme un crime, qui sera jugé en cour d'assises. Il est défini par le Code pénal comme un acte de pénétration sexuelle, sans distinction ni selon le sexe de l'auteur du crime ou de la victime, ni selon la nature de l'acte (la pénétration peut être génitale, anale ou orale).

La notion d'abus sexuel est donc large et recouvre des entités dont on peut penser qu'elles n'ont pas le même degré de gravité, notamment avec ou sans pénétration [2], perpétrés par des étrangers ou des membres de la famille. C'est une des difficultés de l'interprétation des études.

En 2002, Oberg et al., dans une grande étude épidémiologique sur 1355 femmes suédoises, ont défini les abus sexuels comme « des actes ou situations forcées ayant été perçues comme sexuelles, avec 11 actes différents, allant de l'obligation d'exhibitionnisme personnel à la pénétration vaginale » [3].

Si l'abus extrafamilial est souvent unique, pouvant aller de l'exhibitionnisme au viol avec violence, l'inceste lui, répétitif, marquera profondément l'évolution psychique de l'enfant.

Prévalence

Selon ces définitions, l'existence d'un abus sexuel concernerait 12 à 33% des filles et 8 à 16% des garçons à l'âge de 18 ans [4–7]. Il semble que les variations de prévalence retrouvées dans la littérature (de 8 à 33%) soient essentiellement le fait de différences dans la sélection des cohortes étudiées, de la nature des questions posées, de la facilité à y répondre, et surtout de la définition des abus. La prévalence plus faible chez l'homme peut être due au fait que les études épidémiologiques sont plus nombreuses chez la femme. S'agissant de données uniquement déclaratives, celles-ci peuvent être sous-estimées dans les deux sexes :

- une étude suisse [7], réalisée auprès de 1116 adolescents de 13 à 17 ans scolarisés, a rapporté que 33,8% des filles et 10,9% des garçons avaient un antécédent d'au moins un abus sexuel. La prévalence des abus sexuels avec contact physique était de 20,4% chez les filles et de 3,3% chez les garçons. La prévalence des abus ayant comporté n'importe quelle forme de pénétration était de 5,6% chez les filles et de 1,1% chez les garçons ;
- en France, dans l'enquête CSF, sur le comportement sexuel des Français [8], menée en 2006 auprès d'un échantillon aléatoire de la population âgée de 18 à 69 ans par entretien téléphonique, sur 6824 femmes et 5540 hommes, 16% des femmes et 5% des hommes déclaraient avoir subi des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés au cours de leur vie (Tableau 1).

Tableau 1 Taux d'agressions sexuelles au cours de la vie par âge et sexe (%).

| Âge à l'enquête | Tentatives de rapports forcés | | Rapports forcés | |
|-----------------|-------------------------------|--------|-----------------|--------|
| | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes |
| 18–19 | 18,4 | 4,5 | 4,4 | 1,4 |
| 20–24 | 9,8 | 2,7 | 6,0 | 1,9 |
| 25–34 | 10,9 | 2,4 | 8,4 | 1,8 |
| 35–39 | 11,5 | 3,8 | 7,8 | 1,8 |
| 40–49 | 8,6 | 4,1 | 9,1 | 2,1 |
| 50–59 | 8,9 | 2,0 | 5,4 | 0,8 |
| 60–69 | 5,9 | 2,6 | 3,2 | 1,3 |
| Ensemble | 9,1 | 3,0 | 6,8 | 1,5 |

Source : enquête CSF 2006, Inserm/Ined.

Note : effectifs de femmes et d'hommes de 18 à 69 ans interrogés : 5762 et 4641. Lecture : parmi les femmes âgées de 25 à 34 ans, 10,9% ont subi des tentatives de rapports forcés [8].

Toutes générations confondues, 59% des femmes et 67% des hommes ont indiqué des premiers rapports forcés ou tentatives qui se sont produits majoritairement avant 18 ans [9].

Les deux tiers ou les trois quarts des viols, suivant les enquêtes, se déroulent dans des cercles d'interconnaissance affective ou relationnelle : ce sont les viols « familiaux élargis » (viols commis par des pères [10], des beaux-pères, d'autres ascendants, des collatéraux, des conjoints ou des « amis de la famille ») qui viennent largement en tête, suivis par des viols commis par des copains ou des amis des victimes, par des voisins ou bien encore, à une échelle de plus basse intensité relationnelle, par des relations ou des connaissances, du voisinage ou professionnelles. Dans l'enquête CSF de 2006, les femmes qui ont connu un épisode de violence sexuelle avant 18 ans incriminaient principalement leur père, beau-père ou une personne de la famille, puis des personnes connues d'elles (31%), les agresseurs inconnus restant une minorité (17%) [9]. Ce sont d'ailleurs les déclarations d'agressions perpétrées par le père ou le beau-père, ou un homme de la parenté, qui connaissent la plus forte augmentation entre les enquêtes de 2000 et 2006.

Les chiffres de prévalence sont quasiment identiques quelle que soit la catégorie socio-professionnelle du père, la prévalence la plus élevée de 10% ayant été rapportée chez les filles de cadre.

Dans toutes ces enquêtes, les chiffres sont à prendre avec une certaine précaution, car, s'agissant d'un sujet difficile à exprimer, notamment lorsque la personne responsable fait partie du cercle familial proche, la sous-déclaration est possible. Ainsi, dans l'enquête CSF de 2006, à la question « En avez-vous parlé à quelqu'un ? », 46% des femmes et 62% des hommes ayant subi l'un de ces actes disaient n'en avoir parlé à personne avant l'enquête [9].

C'est dans la génération la plus ancienne (les femmes de 60 à 69 ans, et les hommes de 50 à 69 ans) que les personnes en avaient le moins parlé à quelqu'un (respectivement, 33 et 30%). En revanche, dans les plus jeunes générations, par exemple chez les femmes de 18 à 24 ans, 71% en avaient déjà parlé, ce qui indique une modification de la sensibilité,

sans doute liée aux campagnes d'information et aux mesures prises contre la violence faites aux femmes [8].

Les abus sexuels sont très fréquents dans la population générale et doivent rendre prudente l'interprétation des antécédents de ce type dans les études incriminant l'abus comme intervenant dans la genèse d'un symptôme physique ou psychique. En pratique clinique, il est important de différencier :

- les abus survenus à l'âge adulte de ceux survenus dans l'enfance ;
- les abus uniques ou répétés ;
- les abus au sens large (comprenant les simples exhibitionnismes ou atouchements isolés) des viols et des incestes ;
- les abus sexuels isolés ou associés à des violences physiques et/ou psychologiques [6].

Conséquences des abus sexuels

Les ASE exposent à des troubles fonctionnels, en particulier dans les sphères impliquées, génitale, ano-rectale et urinaire. Si le retentissement possible sur la sexualité à l'âge adulte d'un enfant ayant été abusé sexuellement est bien connu des praticiens, de même que le lien avec certains troubles ano-rectaux et syndromes douloureux pelvi-périnéaux, les troubles du bas appareil urinaire font moins souvent évoquer spontanément un ASE.

Les dysfonctions sexuelles

Les ASE peuvent entraîner des dysfonctions sexuelles à l'âge adulte. Ce lien avait été mis en évidence dans l'enquête épidémiologique de Laumann et al. en 1999 [11]. Elles sont sous-tendues par l'anxiété et le stress post-traumatique.

Au maximum, c'est l'aversion sexuelle, véritable phobie de tout contact physique susceptible d'aboutir à une activité sexuelle, quelle qu'elle soit, avec parfois de véritables crises de panique [12]. Kinzl et al. [13] ont rapporté qu'il y avait une diminution du désir et des fantasmes sexuels chez de nombreuses femmes ayant été abusées sexuellement dans l'enfance, allant parfois jusqu'à l'aversion sexuelle. Souvent, le dysfonctionnement sexuel n'est pas lié au partenaire actuel mais est la conséquence de la réminiscence de relations traumatiques antérieures [14].

En dehors de ces cas extrêmes, les dysfonctions sexuelles féminines les plus fréquentes sont les troubles de l'orgasme, rapportés dans tous les types d'abus dans l'étude suédoise de Oberg et al. En cas de pénétration ou de fellation forcée, les troubles du désir étaient également souvent associés, de même que le vaginisme. Quatre-vingt-un pour cent des patientes ayant été abusées plus d'une fois présentaient au moins un trouble [3,15].

La patiente abusée développe fréquemment des schémas anticipatoires négatifs autour de la sexualité. Cela a été mis en évidence dans l'étude de Rellini et al. ayant comparé 48 femmes avec ASE et 48 femmes sans antécédent, âgées de 25 à 35 ans, par questionnaires et par mesures de pléthysmographie vaginale pendant une projection d'un film érotique : l'anticipation négative existait quatre fois plus souvent chez les femmes avec ASE que dans le groupe témoin [16].

L'image de soi, notamment dans la sphère génitale, est très importante pour la construction de la sexualité féminine [17–19]. Celle-ci est également dépendante de l'environnement familial dans l'enfance. Ainsi, un trouble de l'attachement pourra être à l'origine de problèmes de communication ultérieurs, notamment dans le couple [19]. Or, c'est souvent au sein de la famille qu'ont lieu les abus sexuels (incestes).

De façon paradoxale, un sentiment de culpabilité est souvent ressenti par la femme antérieurement abusée, qui l'empêchera de s'épanouir dans sa sexualité future [20]. L'inhibition des pensées sexuelles spontanées ou induites est le résultat de l'intégration de toute activité sexuelle comme quelque chose de sale, de mal [21].

Une anxiété résiduelle est un facteur en soi de troubles du désir et de l'orgasme [22]. Les patientes ayant eu un ASE décrivent une peur de l'intimité, des pensées intrusives angoissantes, avec comme conséquences une relation moins satisfaisante avec leur partenaire et une moins bonne satisfaction sexuelle globale [23]. Une étude récente a rapporté que les femmes ayant eu des ASE avaient des niveaux plus élevés de souffrance autour de la sexualité, même dans un contexte de bon fonctionnement sexuel par rapport à un groupe témoin n'ayant pas eu d'abus [24].

Des symptômes prétextes, comme une dyspareunie, des troubles du bas appareil urinaire et ano-rectaux servent en fait de « paravent » et sont souvent des solutions d'évitement pour une activité sexuelle.

Chez l'homme, où le lien entre ASE et dysfonctions sexuelles a été beaucoup moins étudié dans la littérature, a été rapporté un risque augmenté d'éjaculation prématurée et de trouble du désir [25].

Symptômes somatiques

En dehors des dysfonctionnements sexuels, le lien de causalité entre ASE, certains symptômes somatiques digestifs, avant tout ano-rectaux, mais également urinaires, ainsi qu'avec les syndromes douloureux pelvi-périnéaux, est épidémiologiquement évoqué :

- Scarinci et al. [26] ont rapporté que des ASE entraînaient chez l'adulte une très mauvaise aptitude à se défendre des agressions, qu'elles soient liées à une maladie physique ou au stress, ainsi qu'une fragilité psychologique. Il existe chez les patients ayant eu des ASE une plus grande sensibilité à la douleur par modification de l'intégration centrale de celle-ci, avec survenue fréquente de syndromes douloureux de tous types, d'incapacité fonctionnelle importante et d'hyperconsommation médicamenteuse ;
- Friedriech et al. [27] ont comparé une population de 252 enfants (de trois à 12 ans), chez lesquels on retrouvait la notion d'abus de gravité variable, à une population témoin de 847 enfants n'ayant pas eu d'ASE. Au sein des groupes comparables (familial, éducation, âge, sexe), les filles âgées de trois à six ans et les garçons âgés de sept à 12 ans au moment de l'abus sexuel avaient un plus grand nombre de symptômes somatiques. L'existence de ces symptômes paraissait en relation directe avec la gravité de l'abus et le nombre d'agresseurs. Les symptômes rapportés avec une différence statistiquement significative par rapport au groupe témoin étaient par ordre croissant :

vomissements, maux d'estomacs, céphalées, nausées, douleurs et surtout l'item « malade en cas de tristesse ou d'épisodes émotifs ». Ainsi, les enfants victimes d'abus sexuels avaient des plaintes somatiques subjectives de façon plus fréquente.

Abus sexuels et troubles ano-rectaux

Il y aurait trois à quatre fois plus d'ASE chez les patients présentant des troubles digestifs fonctionnels que chez ceux qui ont une pathologie organique [28]: Drossman [28] a rapporté le premier la prévalence élevée des ASE chez les patients présentant des troubles fonctionnels intestinaux: 44% auraient eu des antécédents d'attouchements sexuels, de menace de viol ou de viol.

Devroede [29] avait mis en évidence un lien entre des ASE, une fragilité psychologique induite et l'existence d'une constipation: 20% des enfants ayant un ASE avaient consulté pour des douleurs abdominales ou une constipation.

La constipation, la diarrhée et surtout l'anisme semblent dominer les manifestations cliniques.

Le syndrome de l'intestin irritable

La connaissance d'une prévalence élevée du syndrome de l'intestin irritable (SII) dans cette population a été décrite depuis de nombreuses années. Walker et al. [30], sur une petite cohorte, ont rapporté que la prévalence d'ASE chez les patients ayant un SII était très élevée par rapport à celle des patients présentant une maladie intestinale inflammatoire (54% versus 5%). Dans une large cohorte de patients présentant des symptômes digestifs, âgés de 30 à 49 ans, Talley et al. [31] ont étudié la prévalence des ASE dans différents groupes, en fonction du symptôme allégué (Tableau 2). Au total, 41% des femmes et 11% des hommes avaient été abusés.

Tableau 2 Prévalence des abus sexuels dans l'enfance (ASE) en fonction des symptômes allégués.

| | Antécédents d'abus sexuel (%) |
|--|-------------------------------|
| <i>Troubles fonctionnels intestinaux</i> | |
| Avec | 43 |
| Sans | 20 |
| <i>Dyspepsie</i> | |
| Avec | 35 |
| Sans | 18 |
| <i>Douleurs thoraciques atypiques</i> | |
| Avec | 33 |
| Sans | 15 |

D'après Talley et al., 1994 [31].

Depuis, plusieurs travaux ont confirmé la prévalence élevée des ASE chez les femmes présentant un SII [32–34] mais aussi d'autres troubles digestifs tels que l'anisme [35] ou la dyspepsie [36]. Très récemment, Bradford et al. ont rapporté des ASE dans 31,2% des cas parmi 294 patients présentant un SII (79% de femmes) contre 17,9% dans le groupe témoin de 435 patients (77% de femmes) [37].

L'anisme

La fréquence des abus serait quatre fois plus importante dans les troubles fonctionnels distaux que dans les troubles proximaux. Au premier plan se situe l'anisme. Ainsi, pour Leroi et al., parmi 344 consultants en gastro-entérologie [38], 40% des patients qui souffraient de troubles digestifs d'origine basse avaient eu un ASE contre 10% seulement chez ceux qui présentaient une pathologie organique. Ces mêmes auteurs [39], en comparant les manométries ano-rectales réalisées chez 40 femmes ayant des ASE à celles de 20 femmes sans trouble digestif dans un groupe témoin et chez 31 consultant(e)s ayant les mêmes symptômes intestinaux mais sans ASE, ont rapporté que 39 des 40 femmes ayant eu un ASE avaient un anisme contre seulement six sur 20 dans le groupe témoin.

D'après toutes ces études, environ 30 à 40% des patients souffrant de troubles gastro-intestinaux auraient subi des ASE.

Abus sexuels et douleurs pelviennes

Chez la femme

Depuis longtemps, de nombreux auteurs ont souligné le rapport entre douleurs pelviennes chroniques et antécédents d'abus physiques et sexuels [40], ainsi que la fréquence des interventions pelviennes chez ces patientes. Dans une étude rétrospective de 100 dossiers de patientes ayant subi une laparoscopie (50 pour douleurs pelviennes chroniques, 50 pour ligature tubaire), Walker et al. [41] ont rapporté que 64% des patientes ayant des algies pelviennes avaient eu un ASE contre 23% dans le groupe témoin. Parmi les patientes avec des algies pelviennes et un ASE, il y avait également un taux élevé de dépression, d'attaques de panique, de phobies, de manifestations somatiques autres et une consommation importante de médicaments.

Dans l'étude de Kirkengen et al. [42] sur une population de 85 consultant(e)s en gynécologie interrogées par une femme médecin à la recherche d'ASE, 28% rapportaient un tel antécédent. Ce taux était nettement plus élevé chez les patientes qui présentaient des douleurs pelviennes chroniques (OR: 4,0 [cl 1,0–15,8]) et chez celles qui avaient un passé de chirurgie gynécologique (OR: 4,1 [cl 1,0–17,0]).

Lampe et al., en comparant 40 femmes ayant des douleurs pelviennes chroniques à 40 femmes présentant des lombalgies chroniques, avec un groupe témoin de 22 femmes sans douleur, ont mis en évidence une corrélation avec des ASE uniquement dans le groupe des algiques pelviennes, confirmant de façon logique la prépondérance des douleurs pelviennes par rapport aux autres sites de douleur possibles chez les femmes ayant eu un ASE [43].

La prévalence des ASE dans la population des femmes souffrant de syndrome douloureux pelvien chronique serait de 50 à 65% contre 20 à 25% dans une population de femmes consultant en gynécologie. Seuls les abus sexuels « graves », avec pénétration, seraient à l'origine de ce phénomène de somatisation douloureux.

En dehors des douleurs pelviennes chroniques, la relation entre des ASE et l'existence d'une dyspareunie ou d'un vaginisme, si elle peut paraître évidente à première vue [44], est en fait insuffisamment documentée dans les études, avec une prévalence de cette association très variable selon celles-ci. Il semblerait que bien plus que du fait d'un

problème physique, ce soit par le biais de l'intensité d'une souffrance psychologique que le lien de causalité existerait, de façon différente selon les patientes : ainsi, Leclerc et al. ont rapporté que les patientes ayant fait elles-mêmes le lien entre leurs antécédents d'ASE et leur dyspareunie rapportaient une sexualité plus perturbée que celles qui ne l'avaient pas fait [45].

Dans leur revue de littérature, Desrochers et al. [46] ont mis en évidence des limitations méthodologiques importantes dans les différentes études, avec également des facteurs psychologiques au premier plan, comme l'anxiété, la dépression, le pessimisme, chez les patientes ayant eu des ASE et présentant une dyspareunie, le lien précis entre ces symptômes psychologiques et le développement et le maintien de la dyspareunie étant insuffisamment documenté [47]. Il en est de même dans le vaginisme [48].

Chez l'homme

Si la relation entre syndrome douloureux pelvien et ASE est souvent méthodologiquement mal documentée chez la femme, elle l'est encore plus chez l'homme.

Dans l'étude BACH, sur 2301 hommes entre 30 et 79 ans, la prévalence globale du syndrome de prostatite chronique/syndrome douloureux périnéal chronique (prostatodynie) était de 6,5%, plus importante chez les patients ayant eu des ASE (OR : 1,7–3,3) [49].

Abus sexuels et symptômes du bas appareil urinaire

Les travaux sur le lien entre troubles urinaires et abus sexuels sont assez récents.

Chez l'enfant

C'est Reinhardt qui, le premier, a établi un lien entre les ASE et les infections urinaires en 1987 [50]. Chez l'enfant, les troubles les plus fréquents étaient l'énurésie, les infections urinaires et la rétention d'urine [51, 52]. En suivant une population d'enfants ayant subi un ASE, Bloom [53] a rapporté que 14% des filles avaient des troubles mictionnels. Dans l'étude de De Lago et al., 37% de femmes étaient dysuriques sur une cohorte de 161 patientes ayant eu des ASE [2]. De façon assez surprenante, Yilgrim et al., dans une étude rétrospective (huit garçons, 44 filles) ayant comparé les 35 enfants abusés sans pénétration et les 17 ayant subi des abus avec pénétration, ont mis en évidence moins de signes urinaires dans ce dernier groupe (42,9/17,6% pour l'urgenterie, 17,1/0% pour l'énurésie) [54].

Le syndrome d'Hinman représente une entité à part. Il s'agit d'une dyssynergie vésico-sphinctérienne fonctionnelle responsable d'infections urinaires, de résidu chronique et parfois d'urétéro-hydronéphrose avec insuffisance rénale. Il est considéré comme étant d'origine psychologique et peut être secondaire à un abus sexuel [55, 56]. En pratique, ce syndrome associe incontinence urinaire, dysurie, infections urinaires et parfois encoprésie, sans cause organique objective.

Chez l'adulte

Tous les types de troubles du bas appareil urinaire sont retrouvés dans le contexte d'ASE : énurésie, infections urinaires, incontinence urinaire, urgenterie très fréquemment, dysurie, rétention chronique d'urines. Davila et al. ont rapporté que 72% des 58 patientes ayant eu un ASE avaient eu

des épisodes de fuites, tout mécanisme confondu, contre 22% des 51 patientes du groupe témoin [57]. L'incontinence urinaire d'effort (IUE) isolée est moins fréquemment retrouvée que les autres symptômes.

Dans l'étude de Klausner et al. [58], 60 femmes sur 121 patientes consécutives présentant des TUBA avaient eu un ASE (49,6%) contre 28,3% des 1298 femmes sans TUBA.

Chez l'homme, dans l'étude BACH ayant concerné 2301 hommes entre 30 et 79 ans, le taux de pollakiurie était augmenté chez les adultes ayant eu des ASE abusés sexuellement dans l'enfance (OR : 1,6–1,9), de même que celui de l'urgenterie (OR : 2–2,3) [59].

Devant le polymorphisme du tableau clinique, il n'y a que peu d'études permettant de savoir si une association de symptômes est plus évocatrice d'abus sexuels qu'une autre. La triade urgenterie, nycturie, rétention d'urines est la plus souvent citée. La fréquence des ASE est d'autant plus grande que le nombre de symptômes allégués est important.

Troubles psychologiques

Un syndrome dépressif, une anxiété importante, soit réactionnelle, soit généralisée rentrant alors dans le cadre d'une personnalité anxieuse, sont fréquemment présents chez des patient(e)s ayant eu des ASE [41]. Le lien de causalité est difficile à préciser, du fait des multiples causes possibles de ces symptômes, il est peu reconnu dans les études plus anciennes [60]. Pour Walling et al., sur une cohorte de 64 femmes présentant des algies pelviennes, l'existence d'un ASE ne serait pas prédictive de la survenue d'une dépression, d'une anxiété ni de phénomènes de somatisation, alors que les antécédents d'abus avec violences physiques le seraient pour tous ces paramètres [61]. Ainsi, les ASE pourraient entraîner la survenue de phénomènes de somatisation essentiellement s'ils sont associés à un abus physique direct.

Les études plus récentes, bénéficiant de la conceptualisation du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), ont mis en évidence, en revanche, une grande fréquence des conséquences psychologiques à long terme des abus sexuels. Ainsi, ces antécédents peuvent être à l'origine d'un véritable SSPT, avec son cortège d'anxiété, de pensées négatives, voire de phobie ou de crises de panique. Ce SSPT a été rapporté chez 107 patientes (31,3%) sur les 345 patientes ayant eu un ASE (46,8%) dans une cohorte de 713 femmes vues de façon consécutive dans un centre référent pour les douleurs pelviennes [62]. Dans l'étude de Klausner et al. [58], sur les 60 adultes ayant eu des ASE et présentant des TUBA, 47 avaient des comorbidités psychiatriques, soit 78,3%.

Le nombre de patient(e)s présentant des troubles psychologiques, en particulier une anxiété, paraît élevé dans les populations consultant pour des troubles fonctionnels aussi bien ano-rectaux qu'urinaires, des algies pelviennes ou une dysfonction sexuelle. Les données épidémiologiques ont rapporté dans ces mêmes populations une prévalence élevée d'ASE.

La fréquence réelle ainsi que les formes cliniques des troubles psychologiques en conséquence directe avec ces antécédents restent difficiles à préciser, les adultes ayant été abusés sexuellement et sans troubles fonctionnels ayant été peu étudiés. Récemment, Talbot et al. ont rapporté que 230 femmes (21%) avaient eu des ASE sur une cohorte de

1100 patientes ayant consulté dans un centre de psychiatrie pour dépression majeure [63].

Le diagnostic d'antécédents d'abus sexuels : état des lieux

En urologie

Même si les urologues savent qu'il peut y avoir une association entre abus sexuels et troubles urinaires, la recherche d'abus sexuel ne fait pas partie, la plupart du temps, de leur interrogatoire standardisé.

Klausner et al. posaient la question de façon claire et directe aux patientes : avez-vous au moins une fois été contrainte à un rapport sexuel non consenti ? [58].

Bekker et al., ayant demandé aux urologues par questionnaire postal s'ils recherchaient des antécédents d'ASE chez leurs patientes, ont rapporté que 94,6% d'entre eux n'interrogeaient pas de façon systématique celles-ci sur l'existence de ces antécédents. Le taux de retour de ce questionnaire était de 46% (190 urologues sur 405) [64].

Les raisons invoquées étaient l'absence de connaissance sur la prise en charge ultérieure, le temps nécessaire à cet interrogatoire et l'impression de ne pas savoir comment aborder cette question. Cependant, ces urologues avaient posé la question lorsqu'il existait une douleur pelvienne dans 77,6% des cas et chez 62% des femmes ayant une urgenterie et/ou une pollakiurie, c'est-à-dire dans les symptômes les plus fréquemment « sentinelles » d'abus sexuels. Ils n'ont, en revanche, été recherchés que chez 41,4% des femmes venant pour incontinence et chez 29,3% des femmes présentant des infections urinaires à répétition.

Dans cette même enquête, 68,8% des urologues avaient déclaré rechercher de façon systématique un abus sexuel avant de faire un examen clinique. Un interrogatoire ciblé sur les abus sexuels était finalement effectué par la majorité des urologues, mais pas de façon systématique, alors que la plupart d'entre eux (73,4%) pensaient que 10% de leurs patientes au minimum avaient subi un ASE.

Une enquête similaire a été réalisée auprès d'infirmières participant à un congrès sur l'incontinence. Le taux de réponse était beaucoup plus bas que chez les urologues. Une petite minorité d'infirmières (11, 8%) n'avait jamais interrogé les femmes sur leur vie sexuelle, 6,5% les interrogeaient de façon systématique, 28% ne posaient jamais la question d'un abus sexuel et 3,4% le faisaient de manière systématique [65].

On voit donc qu'en présence de troubles urinaires, la question est loin d'être toujours posée.

Cette constatation n'est pas spécifique du milieu urologique : elle concerne également la communauté des gynécologues et des gastro-entérologues.

En gynécologie

Alors que les troubles sexuels sont souvent présents chez les femmes ayant été victimes d'ASE, une question à ce propos leur est rarement posée par leur gynécologue. Dans une enquête auprès de gynécologues, seulement 1,3%

d'entre eux avaient posé des questions sur les antécédents sexuels de leur patiente [66]. Pourtant, l'intérêt de cette question est bien compris dans cette spécialité et apparaît depuis longtemps dans des recommandations [67], avec une actualisation récente par un comité spécifique [68]. Malgré la médiatisation et la médicalisation de la sexualité, les études plus récentes ne retrouvent pas plus d'enthousiasme à l'interrogatoire des patientes sur leurs problèmes sexuels en général (sachant que la question sur les abus est encore plus difficile à poser) ni de la part des gynécologues ni de celle des généralistes : dans une enquête rémunérée par mail, le taux de réponse était seulement de 8% sur le questionnement sur la sexualité de leurs patientes [69].

En gastro-entérologie

Une étude récente en gastro-entérologie a rapporté que dans le cas spécifique du SII, dont on sait qu'il est fortement corrélé aux ASE, seulement 50% des gastroentérologues posaient la question de façon systématique [70]. Les freins habituellement invoqués, comme pour les troubles du bas appareil urinaire, étaient les mêmes : le temps, l'inconfort des patient(e)s, le fait de ne pas savoir quoi faire en cas de réponse positive.

Quelle que soit leur spécialité, peu de praticiens posent donc la question de l'existence d'ASE. C'est pourtant bien un souhait des patientes ayant de tels antécédents que le praticien aborde ce sujet. La plupart des femmes n'en parleront pas spontanément, mais attendent en fait qu'une perche leur soit tendue [71,72]. Dans une large étude scandinave multicentrique sur 3641 patientes ayant consulté récemment en gynécologie et ayant répondu à un questionnaire postal (Norvold Abuse Questionnaire), 33% avaient eu des ASE ; 92% de celles-ci n'en avaient pas parlé avec leur praticien [73].

Paradoxalement, les cliniciens sont conscients de l'utilité et de la nécessité de rechercher des ASE en présence de troubles fonctionnels pelvi-périnéaux, mais les freins sont tels qu'ils ne le font pas en pratique courante [70,74].

Pourquoi faut-il diagnostiquer les antécédents d'abus sexuels ?

Fréquence des troubles fonctionnels pelvi-périnéaux induits

Les ASE sont très fréquents, aussi bien chez l'homme que chez la femme et toutes les études épidémiologiques, dans différents pays, ont mis en évidence un lien de causalité fort entre les troubles fonctionnels ano-rectaux et du bas appareil urinaire, les dysfonctions sexuelles et les ASE. L'urologue est au cœur du problème, notamment dans sa prise en charge des troubles de la statique pelvienne et des symptômes vésico-sphinctériens. Parmi eux, la dysurie et l'urgenterie semblent les plus corrélés aux antécédents d'ASE [52,58,75-77].

L'association de plusieurs symptômes doit être un déclic pour poser la question [78].

Difficulté de l'examen physique urogynécologique

Subir un examen urogynécologique est souvent vécu comme une épreuve traumatisante pour un(e) patient(e) ayant des ASE. L'anxiété peut être au premier plan, notamment si le praticien est un homme. Soixante-quatre pour cent des patientes craignaient cet examen et avaient donc arrêté leur prise en charge par peur de celui-ci dans l'étude de Mc Gregor et al. [71]. Lorsqu'elles acceptaient l'examen urogynécologique, beaucoup de ces patientes l'avaient ressenti comme physiquement douloureux, avec apparition d'émotions négatives et de remémoration stressante [79,80].

Des difficultés lors des examens, une anxiété excessive de la patiente doivent faire évoquer ces antécédents, si le praticien n'y avait pas pensé avant. Dans l'étude hollandaise de Beck et al., 68,8% des urologues ayant répondu à un questionnaire par internet (taux de réponse de 46%) s'étaient enquis de ces antécédents juste avant l'examen urologique [5].

Échec des traitements

Du fait du polymorphisme des troubles induits par les ASE, les traitements prescrits peuvent être multiples, non adaptés et donc inefficaces. Leur observance est souvent mauvaise, puisque le problème sous-jacent n'est pas abordé et que la patiente n'en a donc pas de bénéfice. Elle a tendance à multiplier les consultations et fait tomber alors le praticien dans une spirale d'examens et/ou d'essais de nombreux traitements. En revanche, lorsqu'une indication de neuromodulation du nerf tibial postérieur est posée pour un trouble précis, il semble que l'existence d'antécédents d'ASE ne diminue pas son efficacité [81].

Intérêt d'une prise en charge adaptée

Une fois le diagnostic d'ASE posé, l'intérêt d'une prise en charge psychologique est bien démontré, notamment dans les dysfonctions sexuelles secondaires. Elle a été recommandée dans la conférence de consensus de 2004 sur les dysfonctions sexuelles [82]. Travailler en réseau multidisciplinaire, avec tous les spécialistes impliqués, y compris en rééducation périnéale, est la clé de cette prise en charge.

L'intérêt d'une prise en charge spécifique paraît établi.

Dans l'étude de Talbot et al. [63], sur les 230 femmes ayant des antécédents d'ASE consultant en psychiatrie pour dépression majeure, 70 avaient été randomisées en psychothérapie « interpersonnelle », tenant compte de ce problème ($n=37$) ou en psychothérapie « traditionnelle » ($n=33$). Le premier groupe avait, de façon statistiquement significative, une réduction plus importante des symptômes dépressifs, ainsi que des symptômes liés au syndrome de stress post-traumatique (SSPT). En revanche, l'amélioration de la vie relationnelle en société était identique dans les deux groupes.

La revue récente de la Cochrane Database [83] a inclus dix études (847 enfants). Les thérapies cognitivo-comportementales semblent donner de bons résultats à court terme sur la dépression (diminution moyenne de 1,9 points sur le Child Depression Inventory), ainsi qu'une

amélioration sur les différentes échelles évaluant le SSPT et sur l'anxiété, ces améliorations restant cependant modérées, avec un amenuisement possible du bénéfice à distance de l'arrêt de la thérapie.

En pratique, comment aborder ce problème ?

Un réflexe d'interrogatoire sur la possibilité d'abus sexuels doit se déclencher dès que la patiente (ou le patient) présente des symptômes urinaires nombreux, mais aussi des symptômes sexuels à type de dyspareunie par exemple, et/ou des troubles ano-rectaux, et ce d'autant que les explorations sont normales.

On peut commencer par des questions plus « anodines » sur la sexualité actuelle, porte ouverte vers la sexualité antérieure.

Il faut savoir rester neutre, tout en créant un climat de confiance sans exagération dans la confidentialité.

La peur de réactions imprévisibles de la part de la patiente (du patient) à la question des abus sexuels est une des raisons principales invoquées par le clinicien pour expliquer la façon un peu brutale et peu naturelle de rechercher ce problème. En fait, la question posée calmement et avec une empathie maîtrisée ne rencontre pas la plupart du temps d'hostilité de la part de la patiente :

- un exemple de questions :
 - celle de l'enquête CSF de 2006 [8] : « Au cours de votre vie, est-il arrivé que quelqu'un vous force, ou essaye de vous forcer, à avoir des rapports sexuels? »,
 - celles de l'enquête Enveff en 2000 [84], avec une question primaire : « Au cours de votre vie, dans votre jeunesse ou à l'âge adulte, est-ce que quelqu'un a essayé de vous forcer, sans y parvenir, à avoir des rapports sexuels? ».
- Puis, selon la réponse, une seconde question : « Est-ce que quelqu'un vous a forcé(e) à avoir un rapport sexuel? »
- administrer un autoquestionnaire avant la consultation ne paraît pas être une bonne alternative à l'entretien singulier avec le médecin. La plupart des femmes l'avaient vécu d'une façon négative dans l'enquête de Elsevier [85].

En revanche, il existe de nombreux questionnaires administrables, notamment chez l'enfant : ils évaluent souvent les traumatismes en général, y compris physiques non sexuels, et émotionnels [86]. Le plus utilisé en recherche clinique est le Childhood Traumatism Questionnaire, développé par Bernstein et al. en 1994 [87]. Il comporte 60 items. La traduction d'une version courte a été validée dans certains pays [88]. Il y a également le Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC). Pour évaluer les troubles psychologiques chez l'enfant, il existe des échelles d'anxiété, de mesure du degré de SSPT ainsi que le Child Depression Inventory, pour la dépression et plus spécifiquement le Abuse Related Shame Inventory [89].

Poser la question directement lors de la consultation semble plus efficace pour le diagnostic d'ASE que des autoquestionnaires. Ainsi, sur deux groupes de 21 patients ayant eu des ASE, cinq patients les avaient « avoués » à l'interrogatoire du praticien, et seulement trois par autoquestionnaires [90] ;

- Un moment « privilégié » pour que les patients se confient est le bilan urodynamique. Ellsworth et al. [51] ont constaté que c'était fréquemment au cours de celui-ci que la révélation de l'abus avait pu être formulée. Il s'agit là d'un examen qui touche l'intimité corporelle du patient, qui nécessite une pénétration par une sonde urétrale et qui prend du temps, temps pendant lequel on pourra rassurer le(a) patient(e) et obtenir sa confiance. L'urologue peut également former son équipe paramédicale, notamment au cours du bilan urodynamique, au questionnement sur les abus sexuels. La patiente peut être mise en confiance par ce personnel souvent féminin, tout au long de ces examens qui laissent le temps à la discussion.

Une fois ces antécédents confirmés, le challenge va être de faire accepter au patient(e) un traitement multidisciplinaire, avec une prise en charge psychologique et/ou rééducative: la façon dont les patient(e)s gèrent leur stress et les stratégies qu'elles(ils) ont développées pour y faire face sont essentielles à la réussite de celle-ci [91]. Dire au patient(e) qu'il(elle) peut être revu(e) pour évaluer l'amélioration de ses troubles peut le(la) rassurer et lui éviter un sentiment d'abandon par le premier praticien.

Il semble que les victimes d'abus sexuels s'exposent plus à des situations « à risques » dans leur sexualité d'adulte [92,93], mais de nombreuses femmes sans ces antécédents peuvent subir des abus sexuels à l'âge adulte: elles auront souvent la même présentation clinique et le diagnostic doit en être fait de la même manière.

L'enquête Enveff, en 2001, a rapporté que si 77% des viols commis par un homme de la famille avaient eu lieu avant que les femmes aient 15 ans, les agressions sexuelles commises par un conjoint prédominaient après 18 ans [84] (Tableau 3).

Tableau 3 Distribution de la différence d'âge entre la victime et l'agresseur, selon l'âge des femmes au moment du viol. M. Jaspard, pour l'équipe ENVEFF.

| Âge des femmes (ans) | Âge des agresseurs | | |
|----------------------|--------------------|------------|---------------------|
| | Même âge | Plus vieux | Beaucoup plus vieux |
| < 15 | 0,0 | 51,7 | 48,3 |
| 15–17 | 39,2 | 25,4 | 35,4 |
| 18–25 | 33,8 | 50,2 | 16 |
| > 25 | 54 | 38,3 | 7,6 |

D'après [84].

Dans l'enquête CSF de 2006 [8], les femmes de plus de 40 ans qui ont eu un premier rapport forcé après 18 ans avaient déclaré dans 35% des cas que l'auteur de l'agression était un conjoint ou un partenaire. Ces actes commis par un conjoint, un partenaire ou un ami, étaient le plus souvent cachés, même auprès de l'entourage proche de la femme.

Dans cette même enquête, 0,44% des femmes avaient subi un rapport sexuel imposé ou une tentative de rapport dans les 12 derniers mois, soit entre 50 000 et

120 000 femmes [94]. Les viols répétés sont à l'origine des mêmes troubles physiques que les patientes ayant eu des abus sexuels dans l'enfance, et d'un véritable SSPT avec son cortège d'hyperactivité neurovégétative (irritabilité...), un retentissement dans les relations personnelles et professionnelles, avec dépression réactionnelle fréquente et anxiété [95]. Ce syndrome est rapporté chez 33 à 83% des femmes ayant subi des violences conjugales [96]. Il semble qu'il soit plus grave et plus durable quand les violences sont sexuelles [96,97]. Il existe également une altération de l'image de soi, génératrice de dysfonctions sexuelles [97]. Des douleurs chroniques de tout type, pelviennes, mais aussi d'ordre rhumatologique (43,2%), des céphalées... sont retrouvées chez plus d'un tiers des patientes, sur une cohorte de 292 femmes séparées depuis en moyenne 20 mois du partenaire qui les avait abusées [98].

Les examens urogynécologiques sont souvent vécus comme une souffrance, de façon plus importante en cas de SSPT [99]. La difficulté supplémentaire dans la prise en charge sera le degré de victimisation de la patiente, l'emprise psychologique et sociale du partenaire débordant largement le cadre de la consultation urologique. Seule une infime minorité d'agressions sexuelles fait l'objet de plaintes auprès des services de justice. Selon l'enquête CSF, 50 000 et 120 000 femmes avaient subi un rapport forcé dans les 12 derniers mois [94]. Seulement 9993 plaintes pour viol ont été déposées en 2005, soit environ 10% du nombre total de violences sexuelles subies [100].

Comment aider le médecin à en parler ? Expériences partagées de plusieurs spécialités médicales

Expérience d'une femme neurologue et médecin de réadaptation fonctionnelle

L'interrogatoire sur les ASE est loin d'être systématique dans le cadre des symptômes urinaires. Ces questions sont posées en présence d'une urgenturie avec ou sans fuite, d'une dysurie, d'infections urinaires, de douleurs pelviennes inhabituelles. L'association de plusieurs troubles est très évocatrice d'ASE.

La formulation des questions sur les ASE est assez stéréotypée et la plus « neutre » possible.

Après l'interrogatoire ou le bilan urodynamique, une phrase assez générale ouvre sur ce sujet: « Les troubles que vous avez sont assez complexes. Il a été décrit dans les associations de symptômes urinaires comme les vôtres, que ces troubles pourraient être liés à des problèmes dans l'enfance en particulier des chocs psychologiques ou des agressions sexuelles. Est-ce que cela vous concerne? ».

Le(la) patient(e) est ensuite informé(e) du compte rendu final, qui est dicté devant lui(elle), dans lequel est colligé que la question sur les abus sexuels a été posée et que la réponse a été que cela le(la) concernait, ne le(la) concernait pas, ne le(la) concernait pas directement mais quelqu'un de sa famille...

Il n'est pas rare que le fait de signaler l'écriture dans le compte rendu entraîne une deuxième réaction, différente de la première.

Expérience d'un urologue, spécialisé dans la prise en charge des troubles du bas appareil urinaire, quelle qu'en soit l'étiologie (neurologique ou non)

L'abord direct en consultation de la problématique des abus sexuels ou des violences en tout genre de l'enfance, intra-conjugale, voire des harcèlements privés ou professionnels et de leurs conséquences, n'est pas chose aisée. Cet abord peut se faire, et c'est l'approche que je préconise, comme un élément systématique de l'interrogatoire d'un symptôme pelvien ou du bas appareil urinaire « atypique ».

Les difficultés rencontrées pour un urologue sont de deux ordres :

- liées au praticien et à ses propres réticences à parler de ces sujets complexes avec une crainte de réaction inappropriée du patient et parfois de sa propre méconnaissance du sujet ;
- liées au patient et à sa peur de répondre ou d'« avouer » une situation restée le plus souvent cachée au plus profond de son subconscient avec cependant l'intime conviction que certains événements passés méritent certainement d'en parler.

Comme la littérature le montre, ces troubles fonctionnels périnéaux induits par un abus sexuel ou une violence sont fréquents. S'il ne s'agit pas de résumer la prise en charge de la moindre dysurie à cela, il importe d'y penser et de le rechercher dans le cadre d'une prise en charge globale. La première consultation peut laisser supposer cette situation par l'atypie des troubles évoqués ou la personnalité du patient ou de la patiente. La question est alors évoquée en appuyant sur le type de troubles objets de la consultation, leur lien connu dans certaines situations d'abus sexuels et un rappel de la fréquence historique ou d'actualité de ces troubles. En suggérant ainsi au patient cette hypothèse, en lui ouvrant la porte de la discussion ou de questions de simple curiosité, il est possible de conclure avant le prochain rendez-vous pour examen clinique ou exploration complémentaire qu'on en reparlera et qu'en tout cas le(a) patient(e) peut se permettre d'y revenir si cela lui semblait utile dans son histoire personnelle.

L'appel à la discussion avec un autre interlocuteur est également évoqué dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire. Le courrier au correspondant évoque que la question a été soulevée et qu'il pourra en reparler et reprendre ce sujet sous un autre angle d'attaque.

Il importe dans cette situation de bien expliquer que cela ne peut avoir aucun lien avec le trouble du jour (IUE typique par exemple chez la femme) mais que cela peut avoir un lien ou une interférence avec les suites opératoires d'une chirurgie ou l'explication d'un ou des échecs thérapeutiques. Evoquer ce sujet paraît d'autant plus important que le patient est en échec de traitements passés et du diagnostic de son trouble. L'argumentaire est alors encore plus aisé pour venir poser la question après quelques circonvolutions oratoires permettant de placer la scène pour mettre à l'aise sur l'usage de certains mots ou de l'expression de sujets tabous personnels, familiaux, professionnels... sans

qu'il s'agisse de violences ou d'abus, l'aveu d'une difficulté à exprimer sa sexualité (hétérosexualité, homosexualité, bisexualité...) peut être l'objet de ces mêmes troubles.

Il est important, en revanche, pour le clinicien, de savoir saisir au vol la moindre allusion à tous ces sujets dans la conversation. Ainsi, il devient possible de proposer au patient de rebondir dessus et d'entrer dans cette question grâce au patient lui-même :

« Vous venez de me parler de votre difficulté à uriner lorsque vous étiez adolescent pendant quelques mois. Vous souvenez-vous s'il y a eu un événement particulier dans votre vie à ce moment-là ? Etiez-vous dans certaines difficultés scolaires, affectives... ? ».

Si le débat sur l'utilité d'aborder ce sujet est parfois évoqué par certains, compte tenu d'une prise en charge difficile ultérieure et du réveil possible de souvenirs douloureux bien enterrés par le patient, il paraît évident que le rôle du médecin, qui de plus est spécialiste, est de pouvoir assurer une prise en charge diagnostique globale du symptôme allégué. L'entourage multidisciplinaire, comme dans la prise en charge de la douleur chronique, est fondamental et doit être promu (urologue, MPR, gastroentérologue, psychologue, neurologue, sexologue...). Cette offre de soins permettra au patient de trouver le chemin qui lui paraît le plus naturel.

Il n'y a donc pas une façon unique d'aborder ce sujet mais la stratégie proposée est forte d'une expérience acquise sur 20 ans de prise en charge de l'urologie fonctionnelle. L'aborder impose de pouvoir consacrer du temps en consultation au patient, ce qui peut faire proposer de revenir à un moment plus calme de consultation. De même, le personnel paramédical éventuellement présent en consultation doit avoir reçu une information claire lui permettant de s'éclipser discrètement de la pièce pour mettre le patient à l'aise sans témoins auditifs de cette discussion intime. Enfin, il peut être utile de demander au patient s'il souhaite qu'il n'y ait aucune mention écrite des détails qu'il a pu fournir dans son dossier. Ainsi, il n'est pas engagé par une trace qui pourrait le gêner, même si la prise en charge diagnostique se poursuit en connaissance de cause et avec complicité entre lui-même et l'ensemble des médecins de l'équipe multidisciplinaire.

Conclusion

Les antécédents d'abus sexuels, s'ils paraissent évidents à rechercher devant une dysfonction sexuelle féminine, restent très souvent « oubliés » en pratique quotidienne dans l'exploration des troubles fonctionnels pelvi-périnéaux. Même s'ils sont très fréquents, ils ne suffisent pas en eux-mêmes à tout expliquer, le caractère multifactoriel de ces dysfonctions étant bien établi. Une des difficultés est d'établir un lien de causalité précis entre l'antécédent d'abus sexuel et le symptôme psychosomatique. Il semble que les patients ayant développé un SSPT soient les plus exposés à ces symptômes. Diagnostiquer ces antécédents permet d'arrêter l'escalade d'examen complémentaires inutiles et d'orienter le (la) patient(e) vers une prise en charge plus adéquate, en particulier psychologique, au-delà du simple traitement symptomatique.

CE QU'IL FAUT RETENIR :

- Diagnostiquer des antécédents d'abus sexuels chez les patients est recommandé en pratique urogynécologique et gastroentérologique car ils sont fréquents, ils peuvent rendre les examens difficiles et les traitements proposés inefficaces, si ces derniers ont été centrés uniquement sur le(s) symptôme(s) et non sur la cause principale. Une prise en charge plus spécifique peut ainsi être proposée.
- Quand penser à rechercher des antécédents d'abus sexuels?
 - Devant des symptômes urinaires multiples, notamment l'association urgenturie/dysurie,
 - Devant des troubles ano-rectaux, en particulier un anisme ou un syndrome de l'intestin irritable,
 - En cas de dyspareunie, de syndrome douloureux chronique pelvi-périnéal,
 - Lorsque les examens cliniques sont très difficiles, générant une grande angoisse,
 - En cas de normalité du bilan et d'échec des traitements de première intention;
- Un moment « privilégié » pour que les patients se confient est le bilan urodynamique.
- Retrouver un antécédent d'abus sexuel donne une lumière sur des éléments de vulnérabilité, mais son existence n'est pas une « explication » univoque aux différents symptômes, sauf s'il y a un blocage en mémoire qui a un lien direct avec cet événement.
- Les abus sexuels sont rarement recherchés en pratique clinique, quelle que soit la spécialité. Une des raisons invoquées est le caractère chronophage de l'interrogatoire :

En réalité, le temps gagné en examens, consultations et traitements inutiles sera largement supérieur à celui passé au diagnostic de tels antécédents, avec un mode de consultation maîtrisé reposant sur des mots simples, donc facilement reproductible.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Kellogg N, The committee on child abuse and neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005;116:506–12.
- [2] DeLago C, Deblinger E, Schroeder C, Finkel MA. Girls who disclose sexual abuse: urogenital symptoms and signs after genital contact. *Pediatrics* 2008;122:281–6.
- [3] Oberg K, Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer AR. On sexual well-being in sexually abused Swedish women: epidemiological aspects. *Sex Relat Ther* 2002;17:329–41.
- [4] Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Neglect* 1990;14:19–28.
- [5] Beck J, Bekker M, Van Driel M, Putter H, Pelger R, Lycklama A, et al. Female sexual abuse evaluation in the urological practice: results of a Dutch survey. *J Sex Med* 2010;7:1464–8.
- [6] Lacelle C, Hébert M, Lavoie F, Vitaro F, Tremblay RE. Child sexual abuse and women's sexual health: the contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization. *J Child Sex Abus* 2012;21:571–92.
- [7] Halperin DS, Bouvier P, Jaffe PD, Mounoud RL, Pawlak CH, Laederach J, et al. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *BMJ* 1996;312:1326–9.
- [8] Bajos N, Bozon M, L'équipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Popul Soc* 2008;445:1–5.
- [9] Bajos N, Bozon M. Les agressions sexuelles en France. Résignation, réprobation, révolte. In: Bajos N, Bozon M(dir), Beltzer N(coord), Giuliano F, editors. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris: Éditions la Découverte; 2008.
- [10] Herman J, Hirschman L. Families at risk for father-daughter incest. *Am J Psychiatr* 1981;138:967–70.
- [11] Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;10:537–44.
- [12] Safren SA, Gershuny BS, Marzol P, Otto MW, Pollack MH. History of childhood abuse in panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:453–6.
- [13] Kinzl JF, Traweger C, Biebl W. Sexual dysfunctions: relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Child Abuse Neglect* 1995;19:785–92.
- [14] Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:144–8.
- [15] Brotto LA, Petkau AJ, Labrie FL, Basson R. Predictors of sexual desire disorders in women. *J Sex Med* 2011;8:742–53.
- [16] Rellini AH, Meston CM. Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. *Arch Sex Behav* 2011;40:351–62.
- [17] Berman L, Berman J, Miles M, Pollets D, Powell JA. Genital self-image as component of sexual health: relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measure. *J Sex Marital Ther* 2003;29:57–67.
- [18] Buhlmann U, Marques LM, Wilhelm S. Traumatic experiences in individuals with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:95–8.
- [19] Birnbaum GE, Reis HT, Mikulincer M, Gillath O, Orpaz A. When sex is more than just sex: attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *J Pers Soc Psychol* 2006;91:929–43.
- [20] Davis D, Shaver P, Widarnau K, Vernon ML, Follette WC, Beitz K. «I can't get no satisfaction»: insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Pers Relat* 2006;13:465–83.
- [21] Trudel G. A review of psychological factors in low sexual desire. *Sexual Marital Ther* 1991;6:261–72.
- [22] Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psych* 1986;54:140–8.
- [23] Davis JL, Petretic-Jackson PA, Ting L. Intimacy dysfunction and trauma symptomatology: long-term correlates of different types of child abuse. *J Trauma Stress* 2001;14: 63–79.
- [24] Stephenson KR, Hughan CP, Meston CM. Childhood sexual abuse moderates the association between sexual func-

- ning and sexual distress in women. *Child Abuse Neglect* 2012;36:180–9.
- [25] Sarwer DB, Crawford I, Durlak JA. The relationship between childhood sexual abuse and adult male sexual dysfunction. *Child Abuse Neglect* 1997;21:649–55.
- [26] Scarinci IC, Mac Donald-Haile J, Bradley LA, Richter JE. Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: a preliminary model. *Am J Med* 1994;97:108–18.
- [27] Friedrich WN, Schafer C. Somatic symptoms in sexually abused children. *J Ped Psychol* 1995;20:661–70.
- [28] Drossman DA. Physical and sexual abuse and gastrointestinal illness: what is the link? *Am J Med* 1994;113:828–33.
- [29] Devroede G. Constipation and sexuality. In: *Medical aspects of human medicine*; 1990 [40–46].
- [30] Walker EA, Katon WJ, Roy-Eyrne PP, Jemelka RP, Russo J. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry* 1993;150:1502–6.
- [31] Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study. *Gastroenterology* 1994;107:1040–9.
- [32] Payne S. Sex, gender, and irritable bowel syndrome: making the connections. *Gend Med* 2004;1:18–28.
- [33] White DL, Savas LS, Dacl K, Elserag R, Graham DP, Fitzgerald SJ, et al. Trauma history and risk of irritable bowel syndrome in women veterans. *Aliment Pharmacol Ther* 2010;32:551–6.
- [34] Matheis A, Martens U, Kruse J, Enck P. Irritable bowel syndrome and chronic pelvic pain: a singular or two different clinical syndrome? *W J Gastroenterol* 2007;13:3446–55.
- [35] Rao SS, Tuteja AK, Vellema T, Kempf J, Stessman M. Dyssynergic defecation: demographics, symptoms, stool patterns, and quality of life. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:680–5.
- [36] Geeraerts B, Van Oudenhove L, Fischler B, Vandenberghe J, Caenepeel P, Janssens J, et al. Influence of abuse history on gastric sensorimotor function in functional dyspepsia. *Neurogastroenterol Motil* 2009;2:33–41.
- [37] Bradford K, Shih W, Videlock EJ, Presson AP, Naliboff BD, Mayer EA, et al. Association between early adverse life events and irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:385–90.
- [38] Leroi AM, Bernier C, Watier A, Hemond M, Goupil G, Black R, et al. Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract. *Int J Colorect Dis* 1995;10:200–6.
- [39] Leroi AM, Berkelmans I, Denis P, Hemond M, Devroede G. Anismus as a marker of sexual abuse. Consequences of abuse on anorectal motility. *Dig Dis Sci* 1995;40:1411–6.
- [40] Seth A, Teichman JM. Difference in the clinical presentation of interstitial cystitis/painful bladder syndrome in patients with or without sexual abuse history. *J Urol* 2008;180:2029–33.
- [41] Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J, Holm L, Russo J, Hickok LR. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1988;145:75–80.
- [42] Kirkengen AL, Schei B, Steine S. Indicators of childhood sexual abuse in gynaecological patients in a general practice. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:276–80.
- [43] Lampe A, Doering S, Rumpold G, Sölder E, Krismer M, Kantner-Rumplmair W, et al. Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *J Psychosom Res* 2003;54:361–7.
- [44] Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema and relationship adjustment. *J Sex Marital Ther* 2003;29:47–59.
- [45] Leclerc B, Bergeron S, Binik YM, Khalifé S. History of sexual and physical abuse in women with dyspareunia: association with pain, psychosocial adjustment, and sexual functioning. *J Sex Med* 2010;7:971–80.
- [46] Desrochers G, Bergeron S, Landry T, Jodoin M. Do psychosocial factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *J Sex Marital Ther* 2008;34:198–226.
- [47] Dunne MP, Najman JM. Is dyspareunia unrelated to early sexual abuse? *Arch Sex Behav* 2005;34:28–30.
- [48] Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2010;7:314–26.
- [49] Hu JC, Link CL, McNaughton-Collins M, Barry MJ, McKinlay JB. The association of abuse and symptoms suggestive of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: results from the Boston Area Community Health survey. *J Gen Intern Med* 2007;22:1532–7.
- [50] Reinhart MA. Urinary tract infection in sexually abused children. *Clin Pediatr (Phila)* 1987;26:470–2.
- [51] Ellsworth PI, Merguerian PA, Copening ME. Sexual abuse: another causative factor in dysfunctional voiding. *J Urol* 1995;153:773–6.
- [52] Susset J. Les dysuries psychogènes. *Ann Urol* 1993;27:327–8.
- [53] Bloom DA. Sexual abuse and voiding dysfunction. Editorial, comment. *J Urol* 1995;153:777.
- [54] Yildirim A, Uluocak N, Atilgan D, Ozcetin M, Erdemir F, Boztepe O. Evaluation of lower urinary tract symptoms in children exposed to sexual abuse. *J Urol* 2011;8:38–42.
- [55] Hinman Jr F. Nonneurogenic neurogenic bladder (the Hinman syndrome) – 15 years later. *J Urol* 1986;136:769–77.
- [56] Garignon C, Mure PY, Paparel P, Chiche D, Mouriquand P. Dysfonctionnements vésicaux graves chez l'enfant victime de maltraitance: le syndrome de Hinman. *Presse Med* 2001;39:40:1918–23.
- [57] Davila GW, Bernier F, Franco J, Kopka SL. Bladder dysfunction in sexual abuse survivors. *J Urol* 2003;70:476–9.
- [58] Klausner AP, Ibanez D, King AB, Willis D, Herrick B, Wolfe L, et al. The influence of psychiatric comorbidities and sexual trauma on lower urinary tract symptoms in female veterans. *J Urol* 2009;182:2785–90.
- [59] Link CL, Lutfey KE, Steers WD, McKinlay JB. Is abuse causally related to urologic symptoms? Results from the Boston area community health (bach) survey. *Eur Urol* 2007;52:397–406.
- [60] Fromuth ME, Burkhart BR. Long-term psychological correlates of childhood sexual abuse in two samples of college men. *Child Abuse Neglect* 1989;13:533–42.
- [61] Walling MK, O'hara MW, Reiter RC, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD, et al. Abuse history and chronic pain in women: II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity. *Obstet Gynecol* 1994;84:200–6.
- [62] Meltzer-Brody S, Leserman J, Zolnoun D, Steege J, Green E, Teich A. Trauma and posttraumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2007;109:902–8.
- [63] Talbot NL, Chaudron LH, Ward EA, Duberstein PR, Conwell Y, O'Hara MW, et al. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed women with sexual abuse histories. *Psychiatr Serv* 2011;62:374–80.
- [64] Bekker M, Beck J, Putter H, van Driel M, Pelger R, Lycklama A, et al. The place of female sexual dysfunction in the urological practice: results of a Dutch survey. *J Sex Med* 2009;6:2979–87.
- [65] Bekker MD, Van Driel MF, Pelger RC, Lycklama à Nijeholt GA, Elzevier HW. How do continence nurses address sexual

- function and a history of sexual abuse in daily practice? Results of a pilot study. *J Sex Med* 2011;8:367–75.
- [66] Maheux B, Haley N, Rivard M, Gervais A. Do physicians assess lifestyle health risks during general medical examinations? A survey of general practitioners and obstetrician-gynecologists in Quebec. *CMAJ* 1999;160:1830–4.
- [67] Mayer L. The severely abused woman in obstetric and gynecologic care. Guidelines for recognition and management. *J Reprod Med* 1999;40:13–8.
- [68] Committee opinion n° 498. Adult manifestations of childhood sexual abuse. *Obstet Gynecol* 2011;118:392–5.
- [69] Abdolrasulnia M, Shewchuk RM, Roepke N, Granstaff US, Dean J, Foster JA, et al. Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. *J Sex Med* 2010;7:2499–508.
- [70] Ilnyckij A, Bernstein CN. Sexual abuse in irritable bowel syndrome: to ask or not to ask—that is the question. *Can J Gastroenterol* 2002;16:801–5.
- [71] MC Gregor K, Jülich S, Glover M, Gautam J. Health professionals' responses to disclosure of sexual abuse history: female child abuse survivors' experiences. *J Child Sex Abus* 2010;19:239–54.
- [72] Elliot AJ, Thrash TM. Approach-avoidance motivation in personality: approach and avoidance temperaments and goals. *J Pers Soc Psychol* 2002;82:804–18.
- [73] Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, et al. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet* 2003;361:2107–13.
- [74] Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Survey of patient preferences and physician practices. *Arch Intern Med* 1992;152:1186–90.
- [75] Reinhart M, Adelman R. Urinary symptoms in child sexual abuse. *Pediatr Nephrol* 1989;3:381–5.
- [76] Klevan JL, De Jong AR. Urinary tract symptoms and urinary tract infection following sexual abuse. *Am J Dis Child* 1990;144:242–4.
- [77] Jundt K, Scheer I, Schiessl B, Pohl K, Haertl K, Peschers UM. Physical and sexual abuse in patients with overactive bladder: is there an association? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:449–53.
- [78] Beck JJ, Elzevier HW, Pelger RC, Putter H, Voorham-van der Zalm PJ. Multiple pelvic floor complaints are correlated with sexual abuse history. *J Sex Med* 2009;6:193–8.
- [79] Robohm JS, Buttenheim M. The gynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse: a preliminary investigation. *Women Health* 1996;24:355–9.
- [80] Menage J. Women's perception of obstetric and gynecological examinations. *BMJ* 1993;306:1127–8.
- [81] Van Balken MR, Vergunst H, Bemelmans BL. Prognostic factors for successful percutaneous tibial nerve stimulation. *Eur Urol* 2006;49:360–5.
- [82] Basson R, Weijmar Schultz WCM, Binik YM, Brotto LA, Eschenbach DA, Laan E, et al. Women's sexual desire and arousal disorders and sexual pain. In: Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F, editors. *Sexual Medicine. 2nd international consultation on Sexual Dysfunctions*. Paris: Health Publications; 2004. p. 851–974.
- [83] Macdonald G, Higgins JP, Ramchandani P, Valentine JC, Bronger LP, Klein P, et al. Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;16(5):CD001930.
- [84] Jaspard M, L'équipe ENVEFF. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. *Popul Soc* 2001;364:1–4.
- [85] Elzevier HW, Voorham-van der Zalm PJ, Pelger RC. How reliable is a self-administered questionnaire in detecting sexual abuse: a retrospective study in patients with pelvic-floor complaints and a review of literature. *J Sex Med* 2007;4:956–63.
- [86] Elhai JD, Gray MJ, Kashdan TB, Franklin CL. Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects? A survey of traumatic stress professionals. *J Trauma Stress* 2005;18:541–5.
- [87] Bernstein D, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994;151:1132–6.
- [88] Daalder AL, Bogaerts S. Measuring childhood abuse and neglect in a group of female indoor sex workers in the Netherlands: a confirmatory factor analysis of the Dutch version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form. *Psychol Rep* 2011;108:856–60.
- [89] Kugler BB, Bloom M, Kaercher LB, Truax TV, Storch EA. Somatic symptoms in traumatized children and adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012;43:661–73.
- [90] Roy CA, Perry JC. Instruments for the assessment of childhood trauma in adults. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:343–5.
- [91] Hager AD, Runtz MG. Physical and psychological maltreatment in childhood and later health problems in women: an exploratory investigation of the roles of perceived stress and coping strategies. *Child Abuse Neglect* 2012;36:393–403.
- [92] Follette VM, Polusny MA, Bechtel AE, Naugle AE. Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult assault, and spouse abuse. *J Trauma Stress* 1996;9:25–35.
- [93] Jorm AF, Korten AE, Rodgers B, Jacomb PA, Christensen H. Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. *Br J Psychiatry* 2002;180:423–7.
- [94] Cavalin C. Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Études et résultats 2007;598 [DREES www.drees.sante.gouv.fr]
- [95] McFarlane J, Malecha A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall I, et al. Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences and treatment outcomes. *Obstet Gynecol* 2005;10:99–108.
- [96] Bargai N, Ben-shakkar G, Shalev A. Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: the mediating role of learned helplessness. *J Fam Violence* 2007;22:267–75.
- [97] Martin K, Taft C, Resick P. A review of marital rape. *Aggress Violent Behav* 2007;12:329–47.
- [98] Wuest J, Merritt-Gray M, Ford-Gilboe M, Lent B, Varcoe C, Campbell JC. Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *J Pain* 2008;9:1049–57.
- [99] Weitlauf JC, Finney JW, Ruzek JI, Lee TT, Thrailkill A, Jones S, et al. Distress and pain during pelvic examinations: effect of sexual violence. *Obstet Gynecol* 2008;112:1343–50.
- [100] Tournyol du Clos L., Le Jeannic T. Les violences faites aux femmes, Insee-Première, 1180, 2008.