

**Faculté de Médecine**

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 24 avril 2024

Par Matthieu LEYRISSE

**Conséquences psychiatriques d'un génocide.  
Prévalence du syndrome de stress post-traumatique chez les survivants et  
conséquences psychiatriques pour leurs descendants de la première génération: Une  
revue systématique de la littérature.**

Thèse dirigée par le Dr Nathalie SALOME

Examineurs :

M. Philippe NUBUKPO, PU-PH, Psychiatrie, Faculté de médecine de Limoges

M. Franck STURTZ, PU-PH, Biochimie, Faculté de médecine de Limoges

M. Benjamin LAPLACE, CCA, Psychiatrie, Faculté de médecine de Limoges

M. Nathalie SALOME, PH, Psychiatrie, Centre Hospitalier Esquirol, Limoges



Le 25 janvier 2023

**Doyen de la Faculté**

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

**Assesseurs**

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BALLOUHEY</b> Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE	
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE

**HANTZ** Sébastien  
**HOUETO** Jean-Luc  
**JACCARD** Arnaud  
**JACQUES** Jérémie  
**JAUBERTEAU-MARCHAN** M. Odile  
**JESUS** Pierre  
**JOUAN** Jérôme  
**LABROUSSE** François  
**LACROIX** Philippe  
**LAROCHE** Marie-Laure  
**LOUSTAUD-RATTI** Véronique  
**LY** Kim  
**MAGNE** Julien  
ET PREVENTION  
**MAGY** Laurent  
**MARCHEIX** Pierre-Sylvain  
**MARQUET** Pierre  
**MATHONNET** Muriel  
**MELLONI** Boris  
**MOHTY** Dania  
**MONTEIL** Jacques  
**MOUNAYER** Charbel  
**NUBUKPO** Philippe  
**OLLIAC** Bertrand  
**PARAF** François  
**PLOY** Marie-Cécile  
**PREUX** Pierre-Marie  
ET PREVENTION  
**ROBERT** Pierre-Yves  
**ROUCHAUD** Aymeric  
**SALLE** Jean-Yves  
**STURTZ** Franck  
**TCHALLA** Achille  
VIEILLISSEMENT  
**TEISSIER-CLEMENT** Marie-Pierre  
METABOLIQUES  
**TOURE** Fatouma  
**VALLEIX** Denis  
**VERGNEGRE** Alain  
ET PREVENTION

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  
NEUROLOGIE  
HEMATOLOGIE  
GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE  
IMMUNOLOGIE  
NUTRITION  
CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE  
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
MEDECINE VASCULAIRE  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE  
HEPATOLOGIE  
MEDECINE INTERNE  
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE  
  
NEUROLOGIE  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE  
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE  
CHIRURGIE DIGESTIVE  
PNEUMOLOGIE  
CARDIOLOGIE  
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE  
ADDICTOLOGIE  
PEDOPSYCHIATRIE  
MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE  
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE  
  
OPHTALMOLOGIE  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE  
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
  
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES  
  
NEPHROLOGIE  
ANATOMIE  
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE

<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
<b>KARAM</b> Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
<b>MOREAU</b> Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

**Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers**

<b>COMPAGNAT</b> Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>COUVE-DEACON</b> Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>DELUCHE</b> Elise	CANCEROLOGIE
<b>DUCHESNE</b> Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>FAYE</b> Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FREDON</b> Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>LALOZE</b> Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>PASCAL</b> Virginie	IMMUNOLOGIE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>SALLE</b> Henri	NEUROCHIRURGIE
<b>SALLE</b> Laurence	ENDOCRINOLOGIE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>YERA</b> Hélène temporaire)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE (mission temporaire)

**P.R.A.G.**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

**Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps**

<b>BELONI</b> Pascale	SCIENCES INFIRMIERES
-----------------------	----------------------

**Professeur des Universités de Médecine Générale**

<b>DUMOITIER</b> Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	--

**Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale**

**HOUDARD** Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

**Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale**

**BUREAU-YNIESTA** Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

**LAUCHET** Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

**SEVE** Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

**Professeurs Emérites**

**ADENIS** Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

**ALDIGIER** Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

**BESSEDE** Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

**BUCHON** Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

**DARDE** Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

**DESSPORT** Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

**MABIT** Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

**MERLE** Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

**MOREAU** Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

**NATHAN-DENIZOT** Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

**TREVES** Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

**TUBIANA-MATHIEU** Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

**VALLAT** Jean-Michel du 01-09-2019 au 31.08.2023

**VIROT** Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Le 1<sup>e</sup> décembre 2022

**Assistants Hospitaliers Universitaires**

<b>ABDALLAH</b> Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
<b>APPOURCHAUX</b> Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>BUSQUET</b> Clémence	HEMATOLOGIE
<b>HAZELAS</b> Pauline	BIOCHIMIE
<b>LABRIFFE</b> Marc	PHARMACOLOGIE
<b>LADES</b> Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>LOPEZ</b> Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MARTIN ép. DE VAULX</b> Laury	ANESTHESIE REANIMATION
<b>MEYER</b> Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
<b>MONTMAGNON</b> Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
<b>PLATEKER</b> Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
<b>ROUX-DAVID</b> Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>SERVASIER</b> Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

**Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux**

<b>ABDELKAFI</b> Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE	
<b>AGUADO</b> Benoît	PNEUMOLOGIE
<b>ALBOUYS</b> Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>ASLANBEKOVA</b> Natella	MEDECINE INTERNE
<b>BAUDOUIN</b> Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>BEAUJOUAN</b> Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
<b>BLANCHET</b> Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
<b>BLANQUART</b> Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
<b>BOGEY</b> Clément	RADIOLOGIE
<b>BONILLA</b> Anthony	PSYCHIATRIE
<b>BOSCHER</b> Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE	
<b>BURGUIERE</b> Loïc	SOINS PALLIATIFS
<b>CHASTAINGT</b> Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
<b>CHAUBARD</b> Sammara	HEMATOLOGIE
<b>CHROSCIANY</b> Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>COLLIN</b> Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>COUMES-SALOMON</b> Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
<b>CURUMTHAULEE</b> Faiz	OPHTALMOLOGIE
<b>DARBAS</b> Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
<b>DU FAYET DE LA TOUR</b> Anaïs	MEDECINE LEGALE

**DUPIRE** Nicolas  
**FESTOU** Benjamin  
**FORESTIER** Géraud  
**FRACHET** Simon  
**GIOVARA** Robin  
**LADRAT** Céline  
**LAGOUEYTE** Benoit  
**LAPLACE** Benjamin  
**LEMACON** Camille  
**MEYNARD** Alexandre  
**MOI BERTOLO** Emilie  
**MOHAND O'AMAR ép. DARI** Nadia  
**NASSER** Yara  
**PAGES** Esther  
**PARREAU** Simon  
**RATTI** Nina  
**ROCHER** Maxime  
**SALLEE** Camille  
**SEGUY ép. REBIERE** Marion  
**THEVENOT** Bertrand  
**TORDJMAN** Alix  
**TRAN** Gia Van  
**VERNAT-TABARLY** Odile

**Chefs de Clinique – Médecine Générale**

**BOURGAIN** Clément  
**HERAULT** Kévin  
**RUDELLE** Karen

**Praticiens Hospitaliers Universitaires**

**HARDY** Jérémie  
**LAFON** Thomas  
**TRICARD** Jérémy  
CARDIOVASCULAIRE  
MEDECINE VASCULAIRE

CARDIOLOGIE  
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES  
RADIOLOGIE  
NEUROLOGIE  
CHIRURGIE INFANTILE  
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
ORL  
PSYCHIATRIE  
RHUMATOLOGIE  
NEUROCHIRURGIE  
DERMATOLOGIE  
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  
ENDOCRINOLOGIE  
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE  
MEDECINE INTERNE  
MEDECINE INTERNE  
OPHTALMOLOGIE  
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  
MEDECINE GERIATRIQUE  
PEDOPSYCHIATRIE  
GYNECOLOGIE MEDICALE  
NEUROCHIRURGIE  
OPHTALMOLOGIE

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE  
MEDECINE D'URGENCE  
CHIRURGIE THORACIQUE ET

## Dédicace

---

A mes enfants chéris: Jeanne, Eliott, Apolline et Auguste.

Aux absents qui me sont chers: Mamie (†), Papi (†), Oûq (†).

À mon fils bien aimé petit Loup (†)

## Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à ces années d'études, à la réalisation de mes travaux de recherche et à la rédaction de thèse.

Tout d'abord, je voudrais témoigner ma gratitude à mes directeurs de thèse, le Dr Salomé et le Pr Nubukpo. Leurs disponibilité, patience, rigueur scientifique, conseils judicieux m'ont aidé à réaliser ce travail, de la conception du projet à la rédaction de la thèse. Leur encadrement soutenu m'a permis d'approfondir mes connaissances en recherche et de développer des compétences transversales qui me seront utiles tout au long de ma carrière à n'en point douter.

Je tiens à remercier également mes maîtres de stage, qui depuis 7 semestres m'ont apporté leur savoir-faire et leur savoir être au long de ces années d'internat. Ils ont pu m'inspirer et m'ont donné envie de poursuivre cette belle aventure de la psychiatrie.

Je remercie tout particulièrement le Dr Thellier qui m'a été d'une grande aide, non seulement pour la rédaction de cette thèse mais aussi pendant mon externat difficile. Sa présence et son amitié m'ont été extrêmement précieux.

Comment ne pas citer les personnes qui ont participé activement à ces 11 années d'études par leur implication très concrète : Michel Métrot, Pascal Rouffignac, Maxime, Jean-Paul et Chantal Suchaud, Georgette (†), la famille Cassagnes, Lélia.

Merci également aux relecteurs de ce travail : le Dr Goudeaux, le Dr Goas, Papa, Rémi.

Un grand merci à ma famille et mes amis dont l'amour et le soutien inconditionnels m'ont donné le courage d'avancer chaque jour dans ce parcours atypique.

Merci aussi aux patients qui m'ont fait confiance et qui m'ont donné envie de poursuivre ce chemin. Aux soignants des différents services avec lesquels j'ai eu un immense plaisir à travailler.

Et pour terminer, je souhaite dire un merci inconditionnel à Cécile. Avec elle, je me suis lancé dans de nombreuses aventures, dont celle de médecine, et avec elle j'ai pu surmonter nombre de difficultés.

## Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Liste des abréviations

---

ONU : Organisation des Nations Unies.

ESPT : état de stress post-traumatique.

FPR : Le Front Patriotique Rwandais.

PTSD: post-traumatic stress disorder.

CPT : croissance post-traumatique.

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorder.

APA : American Psychiatric Association.

CIM : Classification internationale des maladies.

EMDR : eye movement desensitization and reprocessing.

G1 : survivant de génocide, première génération.

G2 : descendant de survivant de génocide, deuxième génération.

Grp : groupe.

## Table des matières

<b>Dédicace</b> .....	<b>8</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>9</b>
<b>Droits d’auteurs</b> .....	<b>10</b>
<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>11</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>12</b>
<b>Table des illustrations</b> .....	<b>15</b>
<b>Table des tableaux</b> .....	<b>16</b>
Introduction.....	17
<b>Généralités</b> .....	<b>18</b>
I/ Génocide.....	18
I/A Définitions.....	18
I/A.1 Le crime de masse.....	18
I/A.2 Le crime contre l’humanité.....	18
I/A.3 Le génocide.....	19
I/B Les quatre génocides reconnus par la France.....	20
I/B.1 Le génocide Arménien (1915-1923).....	20
I/B.2 L’Holocauste (Shoah, 1941-1945).....	21
I/B.3 Le génocide Rwandais (1994).....	22
I/B.4 Le génocide Bosnien (1992-1995).....	23
I/B.5 Le viol comme arme génocidaire.....	23
I/C Caractéristiques pré-génocidaires, génocidaires et post-génocidaires du massacre des Arméniens, de l’Holocauste, du Rwanda et de la Bosnie.....	24
II/ Psychotraumatologie.....	26
II/A Concepts clés.....	26
II/A.1 Le psychotraumatisme.....	26
II/A.2 Le trouble de stress post-traumatique (TSPT).....	27
II/B Historique de la conceptualisation à la mise en place de soins.....	28
II/B.1 De l’Antiquité au XVIIe siècle : premiers récits historiques et scientifiques.....	28
II/B.2 Du XVIIIe au milieu du XIXe siècle : premières observations scientifiques et premières hypothèses étiologiques.....	28
II/B.3 Fin du XIXe siècle : vers une étiologie psychogénique.....	29
II/B.4 Le XXe siècle : l’évolution de la notion de traumatisme.....	30
II/B.5 La guerre russo-japonaise de 1904-1905 : les premiers soins psychologiques immédiats.....	30
II/B.6 La guerre 14-18.....	30
II/B.7 La Deuxième Guerre mondiale.....	31
II/B.8 La guerre du Vietnam de 1964-1975 : vers la reconnaissance du traumatisme.....	32
II/B.9 La fin du XXe siècle.....	33
II/C Nosographies - évolution des classifications.....	34
II/C.1 Psychotraumatismes de type I, II et III.....	34
II/C.2 Psychotraumatismes simples et complexes.....	34
II/D Evolution des critères diagnostiques du TSPT.....	35
II/D.1 Les précurseurs diagnostiques du TSPT dans le DSM-I et le DSM-II.....	35
II/D.2 DSM-III : 1980.....	36
II/D.3 DSM-IV: 1994.....	36
II/D.4 DSM-V: 2013.....	36

II/D.5 Critères diagnostiques du DSM-5.....	37
II/D.6 Critères diagnostiques de la CIM-11.....	39
II/E Le TSPT complexe.....	40
II/E.1 Critères diagnostiques de la CIM-11.....	40
II/E.2 Aux frontières du TSPT complexe : Le trouble de la personnalité borderline..	40
II/F Prévalence du TSPT dans la population générale.....	41
II/F.1 le TSPT dans la population générale.....	41
II/F.2 Le potentiel traumatogène d'un événement.....	42
II/F.3 Les groupes spécifiques.....	42
II/G Principales comorbidités du TSPT.....	43
II/G.1 Les troubles anxieux.....	43
II/G.2 Les troubles dépressifs.....	44
II/G.3 Le risque suicidaire.....	45
II/G.4 Les conduites addictives.....	45
II/H Dépasser le traumatisme psychique.....	46
II/H.1 Prise en charge.....	46
II/H.2 La résilience psychologique.....	46
II/H.3 La croissance post-traumatique (CPT).....	47
III/i Conclusion de la partie généralités.....	48
<b>Méthode.....</b>	<b>49</b>
Bases de données investiguées.....	49
Critères d'éligibilité.....	49
Procédure de sélection et de collecte des données.....	50
Données d'intérêt.....	50
Degré de confiance dans les résultats.....	50
Analyses des données.....	51
<b>Résultats.....</b>	<b>52</b>
I/ Distribution des résultats.....	52
II/ Qualité des études et niveau de preuve.....	52
II/1 Résultats de l'analyse principale: Prévalence du TSPT chez les survivants de génocide (G1).....	54
II/2 Résultats de l'analyse secondaire: troubles psychiatriques retrouvés chez la première génération de descendants de survivants de génocide (G2).....	63
II/2.1 Synthèse des résultats par génocide.....	63
II/2.1.1 Arménie.....	63
II/2.1.2 Holocauste.....	63
II/2.1.2.a Études retrouvant davantage de psychopathologie chez les descendants.....	63
II/2.1.2.b Études ne retrouvant pas davantage de psychopathologie chez les descendants.....	70
II/2.1.3 Rwanda.....	72
II/2.1.3.a Études retrouvant davantage de psychopathologie chez les descendants.....	72
II/2.1.3.b Études ne retrouvant pas davantage de psychopathologie chez les descendants.....	77
II/2.1.4 Bosnie.....	78
II/2.1.4.a Études retrouvant davantage de psychopathologie chez les descendants.....	78

II/2.1.4.b Études ne retrouvant pas davantage de psychopathologie chez les descendants.....	81
II/2.2 Synthèse des résultats par pathologies psychiatriques.....	81
II/2.3 Conclusions à propos des troubles psychiatriques retrouvés chez la première génération de descendants de survivants de génocide.....	83
<b>Discussions.....</b>	<b>85</b>
I/ Résultats principaux concernant la génération 1.....	85
II/ Résultats principaux concernant la génération 2.....	86
II/A Rappels des résultats principaux.....	86
II/A.1 L'effet dose.....	86
II/A.2 La transmission genrée du traumatisme.....	87
II/A.3 L'effet cumulatif.....	88
II/A.4 Comorbidité entre le TSPT et la dépression.....	88
II/B Le concept de transmission intergénérationnelle des traumatismes.....	88
II/B.1 Mécanismes psychologiques liés à l'exposition de la progéniture aux troubles émotionnels, cognitifs et comportementaux des parents.....	89
II/B.2 Mécanismes épigénétiques.....	89
II/C Contradictions.....	90
III/ Forces de l'étude.....	92
IV/ Faiblesses de l'étude.....	94
IV/1 Le post-génocide.....	95
IV/2 Particularité du viol génocidaire.....	96
IV/3 Des troubles peu étudiés.....	97
IV/4 Autres biais.....	98
<b>Conclusion.....</b>	<b>101</b>
Références bibliographiques.....	103
Annexes.....	123
ANNEXE 1 : Equations de recherche sur les bases de données.....	123
Recherches MeSH terms.....	123
Equations de recherche.....	123
ANNEXE 2 : Modalité de recherche sur Rayyan.ai.....	129
ANNEXE 2 : Modalité de recherche sur Rayyan.ai.....	129
ANNEXE 3 : Liste des publications exclues de la recherche systématique sur rayann.ai.....	130
ANNEXE 4 : Matériel supplémentaire.....	161
ANNEXE 4-1: résultat de l'analyse méthodologique des études incluses.....	161
ANNEXE 4-2: Résultat de la méta-analyse par transformation arcsin en modèle à effet aléatoire.....	164
ANNEXE 4-3 : Résultats de la méta-analyse en méthode linéaire mixte.....	166
<b>Serment d'Hippocrate.....</b>	<b>170</b>

## Table des illustrations.

---

Figure 1 : Diagramme de flux de la recherche selon la recommandation PRISMA 2020....	p 53
Figure 2: Diagramme alluvial montrant la répartition des classifications nosologiques et sémiologiques utilisées pour évaluer le TSPT chez les survivants de chaque génocide étudié.....	p 55
Figure A4-2.1 : Diagramme de Forest du modèle mixte en transformation arcsin.....	p 165
Figure A4-2.2 : Diagramme en tunnel des erreurs standard des proportions.....	p 165
Figure A4-3. 1 : Diagramme d'effet poolé global.....	p 168
Figure A4-3. 2 : Diagramme d'effet poolé par méthode diagnostic.....	p 168
Figure A4-3.3 : Boîtes à moustache des résidus par clusters. ....	p 169
Figure A4-3.4 : Diagramme Q-Q. ....	p 169

## Table des tableaux.

---

Tableau 1: Caractéristiques des quatre génocides ...	p 25
Tableau 2: Résultats de la revue systématique .....	p 54
Tableau 3 : Résumé des articles inclus dans l'analyse pour la génération 1. ....	p 56
Tableau 4 : Paramètres des deux méta-analyses de prévalences poolées.....	p 63
Tableau 5: Caractéristiques et résultats principaux des études traitant de l'Holocauste. ....	p 65
Tableau 6: Caractéristiques et résultats principaux des études traitant du génocide Rwandais. .....	p 73
Tableau 7: Caractéristiques et résultats principaux des études traitant du génocide bosniaque. .....	p 79
Tableau 8: Synthèse des résultats par pathologies psychiatriques.....	p 82
Tableau 9: Évaluation de la qualité méthodologique des 49 études incluses dans l'analyse de G1 selon le GeSuQ.....	p 161
Tableau 10 : Évaluation de la qualité méthodologique des 17 études incluses sur la G2 selon le GeSuQ. ....	p 164

## Introduction.

---

L'histoire du 20<sup>ème</sup> siècle est marquée par de nombreux évènements d'une horreur terrible. Des épisodes de violence extrême ont laissé des cicatrices profondes, non seulement sur les survivants, mais également sur les générations qui les ont suivies. Hélas, l'actualité mondiale ne manque pas d'exemples dramatiques : conflits en Palestine, en Ukraine, en Haïti, vagues migratoires massives, crimes de masse, attentats, tortures, etc. Ce sont des exemples de situations qui, au-delà de leurs implications humanitaires immédiates, auront un impact considérable sur la santé mentale de millions de personnes.

Dans ce contexte complexe, l'étude des génocides, des crimes de masse et des crimes de guerre ainsi que de leur impact sur la santé mentale revêt une importance cruciale. Ces tragédies humaines ont des répercussions profondes sur la psyché individuelle et collective, engendrant des traumatismes qui se répercutent à travers les familles, les communautés et les générations. Afin de délimiter la population étudiée, j'ai choisi de me concentrer sur les génocides. En effet, parmi tous les exemples dramatiques, les génocides, en tant que crimes contre l'humanité et de par leur ampleur, constituent des traumatismes de masse d'une gravité exceptionnelle, ayant le potentiel d'engendrer des blessures psychiques durables. Les survivants ayant été confrontés à des menaces de mort imminente, à des violences ou à des agressions sexuelles, sont particulièrement vulnérables aux troubles psychiatriques, qui peuvent significativement altérer leur qualité de vie.

Au-delà des survivants, les descendants de ces tragédies portent également le poids d'un héritage traumatique. La transmission intergénérationnelle des traumatismes, qui semble observable à travers des récits, des comportements parentaux, et même des modifications épigénétiques, semble montrer que les effets des génocides transcendent les générations. Les enfants et petits-enfants des survivants pourraient hériter ainsi des répercussions psychologiques et biologiques des traumatismes vécus par leurs ancêtres, exacerbant l'impact à long terme des génocides sur les communautés affectées.

Ce travail de thèse s'intéresse donc aux conséquences psychiatriques d'un génocide. Pour ce faire, seront clarifiés, dans un premier temps, les pré-requis concernant, d'une part, des notions sur les crimes de grande ampleur et plus spécifiquement sur les quatre génocides faisant l'objet de ce travail et, d'autre part, des notions de psychotraumatologie. Dans un second temps, le travail de recherche sera présenté en trois points distincts : tout d'abord sa méthodologie, ensuite, les résultats de la méta-analyse sur la prévalence du TSPT pour la première génération et de la revue systématique de la littérature concernant les troubles psychiatriques retrouvés chez les descendants de survivants de génocide, et enfin, la discussion desdits résultats ouvrant sur le concept débattu de transmission du traumatisme.

## **Généralités.**

---

### **I/ Génocide.**

#### **I/A Définitions.**

##### **I/A.1 Le crime de masse.**

Le concept de "crime de masse" englobe un spectre large d'actes criminels caractérisés par l'ampleur de leur exécution et le nombre élevé de victimes qu'ils engendrent. Ces crimes, souvent perpétrés dans des contextes de conflit armé, de répression politique ou de violence systémique, incluent des violations graves des droits de l'homme et du droit international humanitaire. Ils sont dirigés contre un groupe particulier ou sont motivés par une intention de destruction systématique. (1)

Les crimes de masse couvrent diverses catégories de crimes internationaux, y compris les crimes de guerre, les crimes contre l'humanité et, dans certains cas, le génocide lui-même, en fonction de l'intention spécifique des auteurs. Ces actes peuvent inclure le meurtre, l'extermination, l'esclavage, la déportation, la torture, le viol et autres formes de violence sexuelle, et la persécution pour des motifs politiques, raciaux, nationaux, ethniques, culturels, religieux ou de genre.

Ils représentent une catégorie englobante de violations extrêmes des droits fondamentaux, reflétant la gravité et l'échelle des atrocités commises contre des individus ou des groupes, sans nécessiter la preuve d'une intention de destruction totale ou partielle d'un groupe particulier.

##### **I/A.2 Le crime contre l'humanité.**

Une définition précise de crime contre l'humanité peut être trouvée dans le Statut de Rome de la Cour pénale internationale (2). Ce traité international a établi la Cour pénale internationale en tant que tribunal permanent, chargé de juger les individus accusés des crimes les plus graves de l'ensemble de la communauté internationale. Selon l'article 7 du Statut de Rome, un crime contre l'humanité est défini comme l'un des actes commis dans le cadre d'une attaque généralisée ou systématique dirigée contre toute population civile, souvent perpétrée à grande échelle contre des populations civiles, et qui constituent une violation flagrante des normes fondamentales du droit international humanitaire. Ces crimes incluent des actes tels que le meurtre, l'extermination, la réduction en esclavage, la déportation forcée, la torture, le viol et d'autres formes d'atteintes graves à l'intégrité physique et mentale des individus. Ce concept a émergé après la Seconde Guerre mondiale lors des procès de Nuremberg pour

juger les dirigeants nazis responsables des atrocités commises pendant l'Holocauste. Depuis lors, il est devenu un principe fondamental du droit international, visant à poursuivre et à punir ceux qui commettent de tels actes abominables, indépendamment de leur statut politique ou militaire (3).

### **I/A.3 Le génocide.**

Le génocide est un terme chargé de lourdes conséquences historiques, juridiques et morales. Le juriste polonais Raphael Lemkin a forgé le mot en 1944 pour décrire une forme systématique et préméditée d'extermination de masse visant à effacer l'existence même d'un groupe national, ethnique, racial ou religieux. La Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide, adoptée par l'ONU en 1948, offre une définition juridique précise et établit le génocide comme un crime en vertu du droit international. (4)

Selon cette Convention, le génocide ne se limite pas à l'intention d'exterminer physiquement un groupe, mais inclut également des actes visant à entraver la naissance ou à transférer de force les enfants d'un groupe à un autre. Ce qui distingue le génocide d'autres types de crimes de masse est l'élément d'intention spécifique, ou "dolus specialis", qui est l'intention délibérée de détruire, en tout ou en partie, un groupe tel que défini par la Convention.

Historiquement, le génocide a été perpétré à travers les siècles, mais ce n'est qu'au 20<sup>ème</sup> siècle que le monde a commencé à mettre un nom sur cette horreur et à établir des mécanismes pour tenter de la prévenir et de la punir.

La Convention des Nations unies pour la prévention et la répression du crime de génocide a mis en place d'importants instruments pour sanctionner les responsables de crimes génocidaires. Cependant, elle n'a pas complètement réussi à empêcher la survenue de génocides au cours des décennies suivantes. En conséquence, les chercheurs qui se penchent sur la question des génocides doivent non seulement examiner des incidents historiques tels que le génocide arménien (1915-1923) et l'Holocauste pendant la Seconde Guerre mondiale, mais aussi des événements plus récents comme les génocides au Cambodge dans les années 1970, en Bosnie en 1992-1995, au Rwanda en 1994, au Darfour et dans d'autres régions du monde.

Au niveau international, des tribunaux tels que le Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie et le Tribunal pénal international pour le Rwanda ont été établis pour juger les responsables de génocide. Ces efforts judiciaires, bien que cruciaux, ne représentent qu'un aspect de la réponse nécessaire. Les initiatives éducatives, les commémorations et les politiques de réconciliation sont également essentielles pour réparer le tissu social déchiré par de tels crimes.

## **I/B Les quatre génocides reconnus par la France.**

Il est important de noter que la reconnaissance d'un évènement en tant que génocide peut être influencée par des facteurs politiques, historiques et diplomatiques. En plus de ces génocides spécifiques, la France peut également reconnaître d'autres crimes de masse, actes de génocide et violations des droits de l'homme, en fonction de l'évolution des perspectives historiques et des relations internationales.

A ce jour, l'État français reconnaît officiellement plusieurs génocides survenus au 20<sup>e</sup> siècle. La reconnaissance législative joue un rôle important dans la mémoire collective, la réparation des injustices et la mise en œuvre de politiques éducatives pour sensibiliser les générations futures à ces atrocités. (5)

La France a également été active dans les discussions internationales sur la prévention du génocide, reconnaissant que la vigilance et l'engagement communautaire sont nécessaires pour éviter la répétition de telles situations.

### **I/B.1 Le génocide Arménien (1915-1923).**

Le génocide arménien représente un chapitre tragique dans l'histoire de l'Empire ottoman, marqué par l'extermination systématique d'1 à 1,5 million d'Arméniens. Cette campagne de destruction a été motivée par une combinaison de tensions ethniques, religieuses et politiques, exacerbées par la Première Guerre mondiale et les craintes sécuritaires de l'Empire ottoman en déclin. Les Arméniens, chrétiens dans un empire majoritairement musulman, ont été ciblés en raison de leur statut perçu comme une cinquième colonne susceptible de collaborer avec les ennemis russes de l'Empire.

La campagne de génocide a débuté par l'arrestation et l'exécution de leaders et intellectuels arméniens à Constantinople le 24 avril 1915, suivies par des déportations massives, des marches de la mort à travers le désert syrien et des massacres. Les femmes, les enfants et les personnes âgées ont été forcés à marcher des centaines de kilomètres sans nourriture, eau ou abri, subissant des attaques, des viols et des meurtres en chemin. Des villages entiers ont été anéantis et les survivants dispersés, cherchant refuge dans des communautés arméniennes à l'étranger, notamment en France, où a été accueillie une importante diaspora arménienne.

La négation persistante de ce génocide par le gouvernement turc moderne représente une source continue de douleur et de colère pour les Arméniens à travers le monde. La France a officiellement reconnu le génocide arménien en 2001, reflétant son engagement envers les droits de l'homme et la justice historique. Le génocide a profondément affecté l'identité arménienne, faisant de la survie de la culture et de la mémoire un élément central de la culture arménienne contemporaine. Cette non-reconnaissance et l'absence de réparation ont

un impact significatif et persistant sur l'ensemble de la communauté arménienne, alimentant la colère des générations actuelles qui continuent à ressentir les effets du génocide. (6)

Lorsque les Arméniens survivants se sont dispersés dans différents pays, la psychologie n'en était qu'à ses balbutiements ; ainsi, peu de survivants immédiats ont été en mesure de prendre en charge leur traumatisme (7). Cet événement tragique a influencé le psychisme du peuple arménien et, par conséquent, le thème de la survie est un aspect majeur de la culture arménienne d'aujourd'hui (8).

### **I/B.2 L'Holocauste (Shoah, 1941-1945).**

L'Holocauste, également connu sous le nom de Shoah, représente l'une des pages les plus sombres de l'histoire. Entre 1941 et 1945, sous le régime nazi d'Adolf Hitler, environ 6 millions de Juifs ont été systématiquement assassinés dans le cadre d'un plan d'extermination systématique. Cette atrocité visait non seulement les Juifs, mais aussi les Roms, les personnes handicapées, les opposants politiques, les homosexuels et d'autres groupes considérés comme "indésirables" par l'idéologie nazie. (9)

L'holocauste s'est déroulé à travers l'Europe occupée par les Nazis, avec la mise en place de ghettos, de camps de concentration et d'extermination. Auschwitz-Birkenau, Treblinka, Belzec, et Sobibor figurent parmi les camps les plus notoires, où des millions de personnes ont été tuées, principalement dans des chambres à gaz. En plus des massacres massifs, les Nazis ont utilisé le travail forcé, la faim, la maladie et les expériences médicales inhumaines comme moyen d'extermination.

L'Holocauste a été rendu possible par une combinaison de facteurs, incluant l'antisémitisme profondément enraciné, le nationalisme extrême et une bureaucratie efficace. La propagande nazie a déshumanisé les victimes, facilitant ainsi leur persécution aux yeux du public allemand et des collaborateurs dans les territoires occupés. La Conférence de Wannsee, en janvier 1942, a marqué un tournant en officialisant la "Solution finale à la question juive", codifiant le génocide des Juifs d'Europe.

L'Holocauste a laissé des cicatrices indélébiles sur le monde, soulignant l'importance de se souvenir de ces événements pour prévenir de futures atrocités. La reconnaissance et la commémoration de l'Holocauste, notamment à travers le Jour du Souvenir de l'Holocauste et la création de musées et de mémoriaux, rappellent la nécessité de lutter contre toute forme de haine.

La reconnaissance par la France de sa responsabilité dans l'Holocauste a été un processus lent, culminant dans les années 1990 avec des déclarations publiques et des gestes de

réparation. En 1995, Jacques Chirac était le premier président français à reconnaître la responsabilité de la France dans la déportation des Juifs après la fin de la Seconde Guerre mondiale.

### **I/B.3 Le génocide Rwandais (1994).**

Le génocide rwandais trouve ses racines dans une histoire complexe où les tensions entre les trois groupes ethniques du pays, les Hutus, les Tutsis et les Twas, ont été exacerbées par les pratiques coloniales belges. Sous l'administration belge, les rôles sociaux de ces groupes ont été rigidifiés et les cartes d'ethnicité introduites dans les années 1930. Après l'indépendance en 1962, les Hutus radicaux ont pris le pouvoir, menant à des décennies de discrimination et de violences contre les Tutsis. Le Front Patriotique Rwandais (FPR), une force armée menée par les Tutsis, a lancé une guerre civile en 1990, intensifiant l'extrémisme Hutu et la propagande haineuse contre les Tutsis.

L'assassinat du président rwandais Habyarimana le 6 avril 1994 a déclenché trois mois de massacres, de tortures et de destructions, conduisant à l'un des génocides les plus meurtriers de notre époque. L'armée rwandaise et les milices civiles armées, les Interahamwe, ont ciblé et massacré les Tutsis et les Hutus modérés. Les violences sexuelles ont été utilisées systématiquement comme armes de guerre et pour propager le VIH. Le 18 juillet 1994, le FPR a pris le contrôle du pays, mettant fin au génocide. À ce moment-là, le Rwanda était en ruine, considéré par la Banque mondiale comme la nation la plus pauvre du monde.

On estime à 800 000 le nombre de civils tués sur une période de 100 jours, un chiffre généralement accepté par la communauté internationale. Une étude de l'UNICEF de 2004 portant sur 3 000 enfants a révélé que 80 % d'entre eux avaient connu la mort dans leur famille, 70 % avaient été témoins d'un meurtre ou de blessures, 35 % avaient vu certains enfants tuer ou blesser d'autres enfants, 61 % avaient été menacés d'être tués et 90 % pensaient qu'ils allaient mourir (10). Sur les 250 000 femmes violées, 30 % étaient âgées de 13 à 35 ans, 67 % ont développé le VIH/SIDA et 20 000 naissances ont eu lieu (11).

La France a été impliquée dans la région avant et pendant le génocide, en fournissant un soutien militaire et politique au gouvernement rwandais de l'époque. La reconnaissance de la part de responsabilité de la France dans le génocide rwandais reste un sujet controversé, mais des pas importants ont été faits pour reconnaître cette période sombre, notamment par des déclarations officielles et la création de commissions d'enquête.

Après le génocide, le Rwanda a créé les tribunaux Gacaca pour rétablir la justice et favoriser la réconciliation. Ces cours communautaires, démarrées en 2005, visaient à traiter un arriéré judiciaire massif, avec plus de 125 000 suspects et seulement 5 000 procès tenus en six ans. En mars 2010, la plupart des tribunaux Gacaca avaient achevé leurs travaux, s'affirmant ainsi comme un pilier central du processus de guérison nationale.

#### **I/B.4 Le génocide Bosniaque (1992-1995).**

Le génocide bosniaque, survenu de 1992 à 1995 pendant la guerre de Bosnie-Herzégovine, représente l'une des atrocités les plus dévastatrices sur le sol européen depuis la Seconde Guerre mondiale. Ce génocide a été caractérisé par une campagne systématique de nettoyage ethnique menée par les forces serbes de Bosnie, visant principalement la population bosniaque musulmane. Le massacre de Srebrenica en juillet 1995, où environ 8 000 hommes et garçons bosniaques musulmans ont été tués, symbolise l'apogée de cette brutalité.

L'objectif de ces actions était de créer une grande Serbie ethniquement homogène, en éliminant physiquement les populations non-serbes à travers des meurtres de masse, des viols systématiques, des camps de concentration et des déplacements forcés. La communauté internationale, notamment les Nations Unies et les forces de maintien de la paix européennes, a été largement critiquée pour son inaction et son incapacité à prévenir le génocide.

La France, en tant que membre de l'ONU et acteur international, a joué un rôle dans les efforts de maintien de la paix dans la région mais a également fait face à des critiques quant à sa réponse au conflit. L'après-guerre a vu des efforts significatifs pour reconstruire le pays et promouvoir la réconciliation, mais les séquelles du génocide continuent d'affecter profondément la société bosniaque.

Le Tribunal Pénal International pour l'ex-Yougoslavie a été établi pour poursuivre les responsables de ces crimes, soulignant l'importance de la justice internationale dans la lutte contre l'impunité. Cependant, le processus de guérison et de réconciliation reste complexe, avec des divisions ethniques, religieuses et politiques persistantes.

Le génocide bosniaque a également mis en lumière les dangers de la propagande nationaliste et de la haine ethnique, ainsi que la nécessité d'une vigilance internationale constante contre les discours de division. Il rappelle l'importance de la solidarité internationale et du devoir de protéger les populations vulnérables contre les atrocités de masse.

#### **I/B.5 Le viol comme arme génocidaire.**

Dans le but de dévaster en profondeur, la violence sexuelle et le viol ont été signalés comme étant couramment utilisés en tant que puissantes armes de génocide. Contrairement à la violence sexuelle en temps de guerre, qui tend à impliquer l'impulsivité et la luxure, dans le génocide, elle est stratégique, intentionnelle et est utilisée comme un moyen d'atteindre son objectif de contrôle de la population (12).

La violence sexuelle et le viol peuvent agir comme des instruments de génocide sur plusieurs fronts. Les traumatismes physiques et psychologiques des violences sexuelles peuvent rendre les survivantes incapables d'avoir des enfants, ce qui réduit les niveaux de population (13). En outre, en raison des normes culturelles et sociales, la violence sexuelle peut être utilisée pour isoler et humilier les individus, entraînant la destruction de la culture et de la communauté lorsque les survivants sont jugés indésirables et inaptes au mariage ou à la progéniture (14) et peut marquer délibérément les femmes et modifier l'identité future de l'enfant qui en résulte pour des générations. (15)

### **I/C Caractéristiques pré-génocidaires, génocidaires et post-génocidaires du massacre des Arméniens, de l'Holocauste, du Rwanda et de la Bosnie.**

Il est largement admis que la définition du génocide n'est pas parfaite (16), mais depuis 1948 elle constitue la définition juridique internationale officielle du génocide. Comme indiqué ci-dessus, chacun de ces génocides présente des caractéristiques particulières qui peuvent avoir un impact sur la santé des survivants qui y ont été exposés et sur celle de leurs enfants. Ces caractéristiques peuvent être divisées en caractéristiques pré-génocides, génocides et post-génocides. Les principales caractéristiques de chacun des génocides du 20<sup>e</sup> siècle sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques des quatre génocides (154).

	<b>Arménie (1915-1918)</b>	<b>Holocauste (1939-1945)</b>	<b>Rwanda (1994)</b>	<b>Bosnie (1992-1995)</b>
<b>Caractéristiques avant le génocide</b>				
<b>Groupe</b>	Groupe ethnique et religieux	Groupe ethnique et religieux	Groupe ethnique	Groupe ethnique et religieux
<b>Idéologie</b>	Idéologies raciales et religieuses	Idéologies raciales	Idéologies raciales	Idéologies religieuses
<b>Caractéristiques du génocide</b>				
<b>Les auteurs</b>	Extérieurs au groupe	Extérieurs au groupe	Intérieurs au groupe	Intérieurs au groupe
<b>Déplacement</b>	Expulsion forcée, séparation des filles de leurs parents	Isolement dans les ghettos, déportation forcée	-	Déportation vers des centres de travail et des camps de concentration.
<b>Mode de relocalisation</b>	Marche de la mort	Déportation dans des camps de travail et de concentration	-	Déportation dans des camps de travail et de concentration
<b>Tueries</b>	Extermination systématique de masse	Extermination systématique de masse	Extermination systématique de masse	Extermination systématique de masse
<b>Communautés et identité</b>	Destruction des communautés	Destruction des communautés	Destruction des communautés	Destruction des communautés
<b>Violences fondées sur le sexe</b>	Viols systématiques	Viols dont l'ampleur reste inconnue	Viols systématiques	Viols systématiques
<b>Nombre de victimes*</b>	700 000 à 1,5 million	Environ 6 millions	500 000 à 1 million	Environ 200 000
<b>Caractéristiques post-génocide</b>				
<b>Reconnaissance juridique et académique</b>	Reconnu comme génocide par 29 pays; refus de la Turquie de reconnaître le génocide.	Reconnu comme génocide.	Reconnu comme génocide	Largement considéré comme un génocide, mais seuls les massacres de Srebrenica ont été officiellement reconnus comme tels par la Cour internationale de justice.
<b>Réparations</b>	-	Réparations financières par le gouvernement auteur de l'infraction	Réparations juridiques par le gouvernement rwandais	-
<b>La migration</b>	Diaspora aux États-Unis et en France	Création d'un nouvel État d'Israël	Migration vers les pays voisins, en particulier vers la République démocratique du Congo.	-
*Note : L'évaluation du nombre de personnes tuées lors de génocides est une entreprise difficile et aucun effort de collecte ne peut aspirer à couvrir tous les chiffres. Les chiffres fournis ici sont des estimations prudentes. Le Centre pour la paix systémique de l'université de Kent State fournit des données actualisées sur les génocides. (17)				

## **II/ Psychotraumatologie.**

### **II/A Concepts clés.**

#### **II/A.1 Le psychotraumatisme.**

Le traumatisme psychique, psychotraumatisme, ou traumatisme psychologique, et le mot « traumatisme » vient du grec « trauma », τραυμα, qui signifie blessure. En médecine, il définit la « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion. » Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou trauma, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives » (17). Le traumatisme est donc un choc psychologique important, généralement lié à une situation où une personne a été confrontée à la mort ou à la menace de mort, à des blessures graves ou au péril de tels dommages, à des violences sexuelles ou au risque de telles agressions.

Sigmund Freud, en 1920, dans son ouvrage « Au-delà du principe de plaisir », définit le traumatisme comme « toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet » (18).

Pour François Lebigot « le traumatisme psychique résulte d'une rencontre avec le « réel » de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort en tant qu'anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant ». (19).

La dernière version du DSM, stipule que le sujet a été exposé « à la mort ou à la menace de mort, aux blessures graves ou à la menace de telles blessures, à la violence sexuelle ou la menace d'une telle violence, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes : 1) Avoir été directement exposé à un ou des événements traumatiques ; 2) Avoir été témoin, en personne, de l'évènement ou des événements survenu(s) à d'autre(s); 3) Avoir appris qu'un ou des événements traumatiques sont survenus à un membre proche de la famille ou à un ami proche; 4) Avoir été exposé de façon répétée ou extrême aux détails aversifs du ou des événements traumatiques (par exemple, premiers intervenants collectant les restes de corps humains ; policiers exposés de façon répétée à des détails de maltraitance des enfants) » (20). L'évènement traumatique constitue donc une menace pour la vie (mort réelle ou possible), pour l'intégrité physique (lésions corporelles, violation de l'intimité) et/ou pour l'intégrité mentale (perte de biens personnels, outrage à l'honneur ou aux droits fondamentaux, etc.) d'une personne ou d'un groupe de personnes. Cet évènement produit une peur intense et/ou un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur et/ou de honte.

Il se manifeste par un ensemble de mécanismes de sauvegarde d'ordre psychologique, neurobiologique et physiologique. Il peut s'exprimer par des troubles de l'humeur, troubles de la personnalité, troubles de l'alimentation, troubles anxieux, symptômes dissociatifs, maladies somatiques liées au stress ou un état de stress post-traumatique s'il se chronicise.

Les modèles principaux de classification nosographique sont le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, dénommé DSM-V pour sa cinquième version, publié par l'American Psychiatric Association (APA) (20) et la Classification Internationale des Maladies, dite CIM-10 pour la dixième édition (21), rédigée par l'OMS. Tous deux répertorient des entités diagnostiques se rapportant aux réactions psychotraumatiques.

## **II/A.2 Le trouble de stress post-traumatique (TSPT).**

Le TSPT est un état psychologique qui implique une réaction pathologique à un événement traumatisant (22). Il est défini médicalement comme un trouble psychiatrique qui peut survenir chez les personnes ayant vécu ou été témoins d'un événement traumatisant comme un accident grave, une catastrophe naturelle, un attentat terroriste, la guerre/combat, le viol, ou d'autres formes de violence extrême.

Selon l'APA et son DSM-5, pour être diagnostiqué avec un TSPT ou PTSD (post traumatic stress disorder), une personne doit avoir été exposée à un événement traumatisant et présenter des symptômes spécifiques dans quatre catégories distinctes: intrusion, évitement, altérations négatives de la cognition et de l'humeur, et altérations de la réactivité et de l'activation, pendant plus d'un mois. (20)

Les recherches actuelles soulignent l'impact des traumatismes sur la structure et la fonction du cerveau. Par exemple, une exposition prolongée au stress peut conduire à une réduction du volume de l'hippocampe, affectant ainsi la mémoire et l'apprentissage. Les modifications dans l'amygdale peuvent altérer la régulation des émotions et la réponse au stress. Ces changements neurobiologiques peuvent contribuer à la persistance des symptômes de TSPT et à la difficulté de récupération.

En outre, les traumatismes peuvent provoquer des modifications épigénétiques qui influencent la manière dont certains gènes sont exprimés. Ces changements peuvent affecter les systèmes neuro-hormonaux et immunitaires, conduisant à une réaction inflammatoire accrue et à une susceptibilité aux maladies.

## **II/B Historique de la conceptualisation à la mise en place de soins.**

### **II/B.1 De l'Antiquité au XVIIe siècle : premiers récits historiques et scientifiques.**

Quelques cas anecdotiques de traumatisme émaillent les récits historiques et scientifiques depuis l'Antiquité jusqu'au début des Temps Modernes. Les plus anciens témoignages remontent à 2000 ans avant Jésus-Christ et révèlent la souffrance des Sumériens confrontés à la destruction de leurs grandes cités (23). En l'an -450, Hérodote rapportait déjà le cas d'un guerrier nommé Epizelos qui, saisi d'effroi, fut frappé d'une cécité de conversion lors de la bataille de Marathon (24). En 400 avant J.-C., Hippocrate avait consacré un chapitre du *Traité des songes* aux cauchemars traumatiques (25). Un millénaire plus tard, vers l'an 1100, *La Chanson de Roland* dévoilait les rêves traumatiques de Charlemagne (26). En 1572, au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy, le roi Charles IX se plaignait de flashbacks à son médecin, Ambroise Paré (27).

### **II/B.2 Du XVIIIe au milieu du XIXe siècle : premières observations scientifiques et premières hypothèses étiologiques.**

Les XVIIIe et XIXe siècles sont émaillés de nombreux conflits armés offrant un vaste champ d'observation aux spécialistes. Les médecins militaires nommaient « vent du boulet » et « nostalgie » les troubles traumatiques présentés par les soldats effrayés par la fureur des combats ou désespérés par la mort d'un camarade tombé sous le feu (28). Les cas cliniques fournis par les guerres ont inspiré également l'aliéniste Philippe Pinel, qui a livré, en 1809, une première description de ce qui sera nommé plus tard « névrose traumatique » (29).

La seconde moitié du XIXe siècle voit s'accroître l'intérêt du monde médical pour les souffrances morales des victimes. Ce sont les accidents de chemin de fer et de travail, d'une part, et les études sur l'hystérie, d'autre part, qui ouvrent véritablement la voie aux premières hypothèses étiologiques des troubles traumatiques.

Les accidents ferroviaires font, en une fois, un grand nombre de victimes et causent aux rescapés une frayeur immense. Toutefois, s'ils suscitent l'attention, c'est moins à cause de leur caractère spectaculaire et dramatique, qu'en raison du contexte dans lequel ils surviennent. En effet, en Angleterre, dès 1846, de nouvelles législations permettent aux passagers victimes d'un accident de réclamer réparation auprès des responsables (30). Dès lors, de nombreux litiges juridiques opposent les compagnies ferroviaires aux accidentés. Apportant leur caution dans les expertises légales, les médecins sont contraints d'affiner leur savoir sur la nature des dommages dont se plaignent les accidentés. Pour certains, les troubles résultent de lésions ou de perturbations du système nerveux consécutives à l'accident ; pour d'autres, ils sont générés par l'espoir des accidentés d'obtenir une compensation financière. Jean-Martin Charcot, médecin à la Salpêtrière, prend part

occasionnellement à la controverse. Selon lui, si des traumatismes sans conséquence sur la majorité des sujets provoquent des effets spectaculaires sur certains individus, c'est en raison de leur prédisposition constitutionnelle ou héréditaire.

En Allemagne, les dirigeants d'usines et les assurances sont confrontés à la question de l'indemnisation des accidents de travail. Les neurologues Hermann Oppenheim et Robert Thomsen regroupent dans une entité nosographique spécifique, qu'ils nomment « névrose traumatique », les symptômes disparates ayant pour point commun leur étiopathogénie traumatique (31). La névrose traumatique connaît rapidement de nombreux détracteurs, leurs auteurs se voyant reprocher d'avoir négligé le risque de simulation.

### **II/B.3 Fin du XIXe siècle : vers une étiologie psychogénique.**

Fin du XIXe siècle, Janet, Breuer, Freud et d'autres enrichissent les connaissances par leurs réflexions sur les processus psychiques en jeu dans les réactions traumatiques et initient les premiers traitements psychothérapeutiques.

Dès 1889, Pierre Janet déclare que l'hystérie est, dans un grand nombre de cas, consécutive à un événement traumatisant. Il constate toutefois que les souvenirs émotionnants à l'origine des troubles sont fréquemment inconnus du malade lui-même mais qu'ils peuvent émerger à la faveur d'un état modifié de conscience. Il est le premier à développer les bases d'une thérapie psychodynamique des sujets traumatisés : faire accéder l'événement émotionnant à la conscience par l'hypnose, soutenir son élaboration par la parole, susciter la purge des émotions qui y restent attachées et promouvoir son intégration à la conscience.

En 1880, Josef Breuer prend en charge une patiente hystérique. Avec elle, il ébauche progressivement une psychothérapie dynamique sans recours à la suggestion qui préfigure la cure psychanalytique. Il nomme « méthode cathartique » ce traitement basé sur l'abréaction des affects liés à l'événement et qui, n'ayant pu se manifester, sont restés « coincés » sous la conscience de la malade. En 1889, Sigmund Freud reçoit en consultation Emmy von N. qui enjoint Freud de se taire et de l'écouter. Elle a joué un rôle important dans le dispositif thérapeutique. En effet, Freud renonçait peu à peu à l'hypnose et inaugurait la méthode des associations libres qui deviendra une règle fondamentale de la psychanalyse. En 1893, Freud convainc Breuer de publier les conclusions théoriques auxquelles la méthode cathartique les avait menés ; les deux hommes signent conjointement un article, dans lequel ils développent une étiologie traumatique de l'hystérie proche de celle exposée par Janet quatre ans plus tôt (32).

#### **II/B.4 Le XXe siècle : l'évolution de la notion de traumatisme.**

Tout au long du XXème siècle, l'intérêt pour les troubles traumatiques connaît un essor progressif et continu. Les guerres créent un terrain fertile d'études théoriques et d'expérimentations pratiques.

#### **II/B.5 La guerre russo-japonaise de 1904-1905 : les premiers soins psychologiques immédiats.**

Les psychiatres et médecins militaires considèrent généralement que les troubles psychiques des soldats relèvent de l'hystérie ou de la neurasthénie. Or, les hystériques sont souvent assimilés à des simulateurs. Les soldats traumatisés se voient ainsi fréquemment suspectés de simuler des états pathologiques aux fins d'être reclassés à l'arrière ou d'être réformés.

Pour contenir les pertes psychiatriques, le médecin général en chef Autokratoff instaure un service de « psychiatrie de l'avant ». Des dispensaires sont aménagés à proximité du front et un tandem, composé d'infirmiers et d'un psychiatre, parcourt la ligne de combat en charrettes hippomobiles pour dispenser les premiers soins aux blessés.

La Croix Rouge russe, dépassée par l'afflux de blessés psychiques, lance un appel aux médecins étrangers. C'est ainsi que le psychiatre allemand Georg Honigmann se rend sur le front. En 1907, riche de ses observations, il propose de nommer « névrose de guerre » les affections psychiques des combattants (33).

#### **II/B.6 La guerre 14-18.**

Dès l'ouverture des hostilités, des combattants, enrôlés au sein des puissances alliées comme des empires centraux, présentent des troubles psychologiques. Un soupçon permanent de duperie pèse sur eux, les médecins militaires et l'état-major les suspectant de mimer l'aliénation mentale pour échapper à leur devoir militaire.

Les hautes autorités sont réticentes à reconnaître une pathologie déclenchée spécifiquement par la guerre qui les contraindrait à indemniser ou à réformer les soldats atteints. Elles préfèrent généralement imputer les troubles à la mauvaise volonté de leurs recrues à retourner au front ou à leur prédisposition héréditaire et notamment, à leur propension à l'hystérie. Certains aliénistes font preuve d'un patriotisme exalté et se montrent sans pitié, n'hésitant pas à mettre aux fers les malheureux, à les dénoncer au conseil de guerre ou à leur infliger des traitements douloureux tel que le traitement faradique.

Tout au long du conflit, les scientifiques s'affrontent concernant l'étiopathogénie explicative de ces syndromes post-traumatiques : affection simulée vs maladie, syndrome lésionnel vs

névropathique, déterminé par une prédisposition constitutionnelle vs déclenché par les circonstances spécifiques de la guerre, etc. En 1917, les théories psychodynamiques effectuent une percée sur le terrain des explications pathogéniques. Des auteurs, de plus en plus nombreux, s'accordent à rattacher les symptômes des traumatisés à des contenus et à des processus psychiques inconscients. Les réflexions de Sigmund Freud, de Sándor Ferenczi et de Karl Abraham sont d'une importance considérable pour le développement de la connaissance de la névrose traumatique et de la psychanalyse.

Au fil du temps, la compréhension des phénomènes pathogéniques s'améliore et la dénomination des tableaux cliniques se renouvelle : hypnose des batailles, puis shell-shock neurasthénie et hystérie de guerre, et enfin, névroses, psychonévroses de guerre et névroses traumatiques (34).

## **II/B.7 La Deuxième Guerre mondiale.**

Au début du conflit, les armées n'étaient pas préparées à prendre en charge les blessés psychiques. Dans un premier temps, dans l'espoir d'écarter les individus prédisposés à la décompensation psychique, les efforts se concentrent sur la sélection des soldats. Ce dépistage s'avère rapidement inefficace. L'échec de la sélection discrédite l'hypothèse de facteurs prédisposants à l'origine des troubles mentaux développés au cours du déploiement. Les psychiatres doivent revoir leur copie ; ils invoquent d'autres étiologies à l'origine des symptômes traumatiques telles que le stress et les contraintes de la guerre.

Les dénominations attribuées aux tableaux psychotraumatiques (combat reaction, combat fatigue, combat stress, war stress) tendent à minimiser l'impact de la guerre sur la santé mentale des combattants. Du côté des forces alliées, une circulaire préconise le diagnostic d'« exhaustion » (épuisement). Ce mot évite toute connotation psychiatrique et laisse entendre que le soldat, victime d'une simple fatigue transitoire, a eu une réaction normale face à une situation anormale. Le terme « war neurose » (névrose de guerre) était réservé aux cas les plus graves. Les psychiatres militaires l'imputaient généralement à une vulnérabilité personnelle du soldat et à ses antécédents antérieurs au service armé.

Les autorités militaires et de nombreux psychiatres niaient le fait que la guerre puisse être la cause majeure à l'origine de troubles psychologiques des recrues. Comme ce fut le cas durant la première guerre mondiale, une grande partie du commandement, tant du côté des Alliés que de l'Axe, craignait que la reconnaissance d'un traumatisme psychique spécifiquement déclenché par la guerre ne soit la porte ouverte à la couardise et aux « désertions psychiques ».

Au fil du temps, les psychiatres militaires doivent toutefois se rendre à l'évidence : les pertes psychiatriques sont une conséquence inévitable des situations mettant la vie en péril. Selon les psychiatres américains Roy Grinker et John Spiegel, chaque homme a son point de rupture. Les recrues, brisées psychologiquement après un séjour prolongé sur le front, ne sont ni des lâches ni des faibles mais des personnes normales incapables d'endurer plus longtemps les contraintes extrêmes de la guerre. Même les combattants les plus aguerris, en service actif depuis longtemps, rescapés à diverses reprises d'unités décimées, finissent par s'effondrer (35).

Pour l'essentiel, les traitements consistent en repos, physiothérapie et sédatifs. Pour les cas les plus sérieux, les médecins recourent à l'hypnose, à la narco-analyse et à la cure de sommeil. Ils innovent également des nouveaux procédés comme les thérapies de groupe et testent des traitements inédits, potentiellement à haut risque, tels que les thérapies par le choc, les électrochocs ou les leucotomies.

La paix retrouvée, les scientifiques se penchent sur les traumatismes manifestés par les civils et découvrent que les séquelles psychiques persistent longtemps après la fin des hostilités. En 1952, le psychanalyste Bruno Bettelheim décrit la culpabilité du survivant et en 1957, le psychanalyste William Niederland, le syndrome du survivant. En 1954, le psychiatre René Targowla définit le syndrome asthénique des déportés et dix ans plus tard, Leo Eitinger développe la notion de « KZ syndrome, » « Konzentrationläger syndrome » (syndrome des camps de concentration).

Après la guerre, les théories et techniques thérapeutiques suscitaient un intérêt sans précédent au sein de la communauté scientifique et des cliniciens. La psychanalyse, grâce aux apports de Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Abram Kardiner, Otto Fenichel, Karl Abraham et bien d'autres, avait le vent en poupe. Elle connaît de nouveaux développements et des thérapies apparentées voient le jour.

#### **II/B.8 La guerre du Vietnam de 1964-1975 : vers la reconnaissance du traumatisme.**

Riches des expériences acquises au cours des guerres précédentes, les forces armées américaines impliquées aux côtés du Vietnam du Sud instaurent une psychiatrie de l'avant dès le début de leur engagement dans le conflit les opposant au Vietnam du Nord.

Grâce aux multiples stratégies développées pour lutter contre les pertes psychiques, le taux d'attrition en cours de déploiement reste faible. Contrairement aux guerres précédentes, où le nombre de blessés psychiques culminait au plus fort des combats, dans la guerre du Vietnam, l'acmé est atteinte alors que les hostilités ont pris fin.

En 1972, le psychiatre Chaim Shatan attire l'attention du public sur le « Post-Vietnam syndrome » mais c'est surtout à partir de 1975 que les séquelles tardives présentées par un nombre croissant de vétérans alertent les professionnels et les pouvoirs publics. Outre les symptômes traumatiques, de nombreux vétérans souffrent de dépression (méséstime de soi, comportements suicidaires, etc.), manifestent des troubles caractériels (impulsivité, accès de colère), voire se livrent à des actes délinquants, et consomment abusivement des substances psychoactives.

En 1978, un groupe de chercheurs propose à la commission chargée de remettre à jour le DSM d'introduire le diagnostic de « Post-Traumatic Stress Disorder », État de Stress Post-Traumatique en français, dans la troisième version de cette nosographie psychiatrique DSM-III. Ce sera chose faite en 1980. Le contexte politique et l'impopularité croissante de la guerre du Vietnam ont largement contribué à la reconnaissance d'une nomenclature particulière applicable aux troubles traumatiques des vétérans.

La reconnaissance d'une entité diagnostique spécifique constitue à l'époque une véritable victoire. Les troubles traumatiques, jusqu'alors imputés à une vulnérabilité personnelle, sont attribués à un agent extérieur, la guerre. De plus, le TSPT admet que les auteurs d'exactions puissent en être victimes ; les soldats coupables de crimes de guerre sont des hommes ordinaires qui ont été plongés dans une situation extraordinaire. Enfin, les troubles ne sont pas uniquement l'apanage des événements liés à la guerre ; le diagnostic de TSPT est applicable aux troubles consécutifs à tout autre événement délétère.

## **II/B.9 La fin du XXe siècle.**

Progressivement, psychiatres et psychologues des quatre coins du monde élaborent de nouvelles techniques appropriées tant à la réduction des réactions aiguës qu'à la prévention des séquelles à long terme des événements traumatiques. Ils affinent les procédures et les adaptent aux différentes populations de victimes (militaires, pompiers, policiers, victimes d'attentat, de torture, de violences sexuelles, population tout venant, etc.)

La psychanalyse et les thérapies dérivées furent les premières options de traitement. À partir des années 1980, la reconnaissance du TSPT dans la catégorie des troubles anxieux du DSM-III promeut les thérapies comportementales et cognitives dans ce domaine. A la fin de cette décennie, un pas décisif est franchi avec la découverte de l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

## **II/C Nosographies - évolution des classifications.**

Les psychotraumatismes peuvent survenir au détour d'évènements de vie variés à la fois dans leur nature, leur fréquence ou leur durée. Ainsi, devant cette hétérogénéité de caractéristiques des psychotraumatismes, plusieurs auteurs se sont intéressés à la façon dont on pourrait les classer. C'est au début des années 1990 qu'on observe, dans la littérature, une première volonté de distinguer ces différents types de psychotraumatismes en catégories.

### **II/C.1 Psychotraumatismes de type I, II et III.**

C'est en 1991 que la psychiatre Lenore Terr (36) propose une première typologie des psychotraumatismes en distinguant 3 différents types.

Elle parle de psychotraumatisme de type I pour caractériser des traumatismes induits par un évènement unique, isolé, limité dans le temps, présentant un début net et une fin claire, qui est imprévisible et d'apparition brutale. On peut prendre comme exemple un attentat, un incendie, une agression, un accident de la voie publique.

Ensuite elle caractérise le traumatisme de type II par opposition au traumatisme de type I lorsque l'évènement à l'origine des troubles s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. On retiendra, entre autres, comme exemples, les violences intrafamiliales, les abus sexuels répétés ou les faits de guerre.

En 1999 Solomon et Heide (37) caractérisent une troisième catégorie, les psychotraumatismes de type III. Ces psychotraumatismes se rapportent aux conséquences d'évènements multiples, envahissants, violents, débutant à un âge précoce et étant présents durant une longue période. On peut citer, comme exemples de cette catégorie, l'inceste ou la maltraitance familiale.

### **II/C.2 Psychotraumatismes simples et complexes.**

En 1992, la psychiatre Judith adopte une autre approche que Terr pour distinguer les différents types de psychotraumatismes. En effet, elle choisit de les distinguer en psychotraumatismes simples et psychotraumatismes complexes (38).

Les psychotraumatismes simples d'Herman se rapprochent néanmoins du concept de psychotraumatisme de type I de Terr, ils se rapportent à des évènements étant survenus de manière ponctuelle dans la vie du patient.

Elle caractérise les psychotraumatismes complexes, en les désignant par le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période, sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogènes et est incapable de lui échapper. Cette notion de psychotraumatisme complexe corrobore le concept de psychotraumatisme de type II de Terr

et celui de psychotraumatisme de type III de Solomon et Heide s'ils surviennent à un âge développemental précoce.

Actuellement, la typologie psychotraumatisme simple vs complexe est préférée et est la plus utilisée par rapport à la dénomination de psychotraumatisme de type I, II et III.

## **II/D Evolution des critères diagnostiques du TSPT.**

Il est nécessaire de faire un point sur l'évolution nosographique du TSPT. En effet, dans le cadre de cette thèse, nous nous intéressons à quatre génocides, sur une période de 100 ans. De plus, l'évolution du diagnostic de TSPT nous renseigne sur la manière dont les traumatismes collectifs ont été intégrés dans les classifications diagnostiques et pris en compte dans les politiques de santé mentale. Bien que les changements dans les critères du TSPT puissent modifier les conceptualisations de son caractère établi, de sa prévalence et de son évolution longitudinale, leurs changements n'ont pas été articulés de manière systématique. Le diagnostic du TSPT est resté controversé depuis sa création. Les questions fondamentales ont porté sur sa validité, le critère du traumatisme, le rôle des symptômes dans la définition de sa psychopathologie, la différenciation par rapport à d'autres troubles et les spécificateurs tels que l'apparition tardive. (39)

### **II/D.1 Les précurseurs diagnostiques du TSPT dans le DSM-I et le DSM-II.**

Les deux premières éditions du DSM reconnaissaient des syndromes psychiatriques liés à des facteurs de stress graves, mais ces syndromes n'ont pas évolué directement vers le TSPT tel qu'on le connaît. En 1952, le DSM-I a inclus la réaction au stress brut dans une section consacrée aux troubles de la personnalité liés à des situations transitoires, décrite comme une réaction transitoire à des "exigences physiques sévères ou à un stress émotionnel extrême, comme au cours d'un combat".

Il s'agissait d'un diagnostic temporaire à invoquer uniquement jusqu'à ce qu'un diagnostic définitif puisse être déterminé et considéré comme applicable aux "personnes normales" ayant subi un stress intolérable. Il disparaît généralement rapidement, bien qu'il puisse évoluer vers une psychopathologie définitive.

En 1968, le DSM-II a supprimé la réaction de stress brut et a ajouté la réaction d'adaptation à la vie adulte dans une section consacrée aux perturbations situationnelles transitoires. Cette réaction est décrite comme "une réaction aiguë à un stress accablant".

Elle était décrite comme "une réaction aiguë à un stress environnemental écrasant" représentant "des troubles transitoires de toute gravité ... chez des individus sans troubles mentaux sous-jacents apparents". Les facteurs de stress déclencheurs pouvaient être une grossesse non désirée, un combat militaire ou une condamnation à mort. Ni le DSM-I ni le

DSM-II ne décrivent de symptômes caractéristiques ou de critères diagnostiques pour ces syndromes.

#### **II/D.2 DSM-III : 1980.**

Le critère de Trouble de Stress Post-Traumatique est apparu pour la première fois dans la troisième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, publiée par l'American Psychiatric Association en 1980. Le nom TSPT est resté constant depuis sa première introduction dans les critères du DSM-III. Du DSM-III au DSM-IV/-TR, le TSPT a été classé parmi les troubles anxieux. Le texte d'introduction de la section sur les troubles anxieux du DSM-III remettait en question l'inclusion du TSPT dans cette section, car ses symptômes prédominants ne sont pas de l'anxiété. Néanmoins, le TSPT est resté dans cette section jusqu'au DSM-5, où il a été déplacé dans une section nouvellement créée, celle des troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress, pour laquelle "l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement mentionnée comme critère diagnostique".

Cette section est juxtaposée aux sections des troubles anxieux, des troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés et des troubles dissociatifs, reflétant ainsi une relation conceptuelle supposée étroite.

#### **II/D.3 DSM-IV: 1994.**

Cette nouvelle version a apporté plusieurs modifications et précisions à la définition du TSPT. Elle a spécifié que l'expérience du trauma doit impliquer une menace de mort, une blessure grave, ou une menace à l'intégrité physique de soi-même ou d'autrui, et que la réponse de l'individu doit impliquer une peur intense, un sentiment d'impuissance, ou d'horreur. Le DSM-IV a également détaillé les symptômes du TSPT en les catégorisant en trois groupes principaux : les symptômes de re-expérimentation du trauma, les symptômes d'évitement et de diminution de la réactivité générale, et les symptômes d'augmentation de l'activation. Cette édition a mis l'accent sur le fait que ces symptômes doivent durer plus d'un mois et causer une détresse significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou d'autres domaines importants de la vie de l'individu.

#### **II/D.4 DSM-V: 2013.**

Cette version a apporté plusieurs changements importants à la définition et aux critères diagnostiques du TSPT. Parmi les modifications les plus notables, on trouve l'élargissement de la notion de trauma pour inclure non seulement l'expérience directe ou le fait d'être témoin d'événements traumatisants, mais aussi l'exposition indirecte à des détails aversifs du trauma, comme cela peut se produire dans le cadre de certaines professions (par exemple, les premiers intervenants).

Le DSM-5 a ajouté une quatrième catégorie, appelée altérations cognitives et de l'humeur, et a réorganisé les symptômes en quatre groupes : intrusion, évitement, altérations négatives de la cognition et de l'humeur et altérations de l'activation et de la réactivité.

Il a introduit un sous-type de TSPT pour les enfants de six ans et moins, reconnaissant que les symptômes peuvent se manifester différemment chez les jeunes enfants. Il a également ajouté des spécificateurs pour tenir compte de la présence de symptômes dissociatifs ou d'une expression retardée du TSPT.

Le DSM-5 a supprimé le critère qui nécessitait que les individus produisent, une réponse émotionnelle spécifique (comme la peur intense, l'impuissance, ou l'horreur) au moment du trauma, reconnaissant que les réactions émotionnelles peuvent varier considérablement et ne sont pas toujours un indicateur fiable de l'impact du trauma.

#### **II/D.5 Critères diagnostiques du DSM-5.**

La classification du DSM-5 constitue à l'heure actuelle la référence internationale concernant les critères diagnostiques du TSPT. Ces critères pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus de 6 ans sont listés ci-après. (20)

Le TSPT se distingue du trouble de stress aigu par la durée des symptômes. En effet, le TSPT se manifeste ou perdure au-delà de 1 mois après l'exposition à l'événement traumatique.

Critères A) : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

- 1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants;
- 2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants;
- 3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont survenus à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel;
- 4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant.

Critères B) : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

- 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants;
- 2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse;
- 3. Réactions dissociatives au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait;

- 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatisant;
- 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des évènements traumatisants.

Critères C) : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs évènements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

- 1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'évènement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse;
- 2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'évènement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

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

- 1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des évènements traumatiques;
- 2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde;
- 3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'évènement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui;
- 4. État émotionnel négatif persistant;
- 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités;
- 6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres;
- 7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.

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

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

- 6. Troubles du sommeil

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

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

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

Le DSM-5 permet également de spécifier le type de TSPT :

o Avec symptômes dissociatifs: Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

- 1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps;

- 2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel. Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection.

o Avec manifestation différée : Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement.

## **II/D.6 Critères diagnostiques de la CIM-11.**

En 2018, l'OMS publie sa nouvelle Classification Internationale des Maladies : la CIM-11 destinée à entrer en vigueur au premier janvier 2022. Comme dit précédemment, la CIM-11 propose les critères diagnostiques du TSPT complexe mais également ceux du TSPT, listés ci-dessous (21).

Le TSPT est un trouble susceptible de se développer après l'exposition à un événement ou une série d'évènements de nature extrêmement menaçante ou horrible. Ce trouble est caractérisé par :

- Des reviviscences de l'événement ou des événements traumatiques sous la forme de souvenirs intrusifs vifs, de flashbacks ou de cauchemars. Les reviviscences peuvent se manifester par une ou plusieurs modalité(s) sensorielle(s) et sont généralement accompagnées par des émotions fortes et envahissantes, en particulier la peur ou l'horreur et par de fortes sensations physiques;

- Un évitement des pensées et des souvenirs du ou des événement(s), ou un évitement des activités, des situations, ou des personnes rappelant le ou les événement(s);
  - Une constante perception d'une menace actuelle accrue, s'exprimant par exemple par une hypervigilance ou une réaction de sursaut accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus.
- Les symptômes persistent au moins plusieurs semaines et entraînent une altération significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, occupationnel ou dans tout autre domaine important du fonctionnement.

## **II/E Le TSPT complexe.**

### **II/E.1 Critères diagnostiques de la CIM-11.**

Ce trouble fait son apparition dans la nouvelle classification internationale des maladies de l'OMS, la CIM-11, qui entrera en vigueur à partir du 1er janvier 2022.

A l'heure actuelle la CIM-11 est la seule classification internationale regroupant les critères diagnostiques du TSPT complexe.

Selon la CIM-11 le TSPT complexe est un trouble susceptible de se développer suite à l'exposition à un événement ou une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible, plus communément d'événements prolongés ou répétitifs desquels il est difficile ou impossible de s'échapper (exemples : torture, esclavage, génocides, violences domestiques prolongées, violences physiques ou sexuelles répétées dans l'enfance).

Tous les critères diagnostiques du TSPT sont rencontrés.

Par surcroît le TSPT complexe est caractérisé de manière sévère et persistante par :

- Des problèmes dans la régulation des affects;
- Des idées négatives de soi comme se sentir diminué, vaincu, sans importance, accompagnées par un sentiment de honte, de culpabilité ou d'échec par rapport à l'événement traumatique;
- Des difficultés à entretenir des relations et à se sentir proche des autres;

Les symptômes entraînent une altération significative du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, occupationnel ou dans tout autre domaine important du fonctionnement.

### **II/E.2 Aux frontières du TSPT complexe : Le trouble de la personnalité borderline.**

En effet, certaines caractéristiques cliniques, nosographiques et épidémiologiques peuvent se chevaucher entre ces deux troubles. Il est d'ailleurs légitime de se demander si le TSPT complexe ne constituerait pas finalement un TSPT avec un trouble de la personnalité borderline comorbide. Ce débat est sous-tendu par des similitudes au regard des symptômes du TSPT complexe sur l'aspect des troubles de la régulation émotionnelle, des perturbations

affectives, des distorsions cognitives et des perturbations dans les relations interpersonnelles par rapport au trouble de la personnalité borderline.

Malgré ces similitudes, il est communément admis que le TSPT complexe et le trouble de la personnalité borderline constituent deux entités nosographiques distinctes. En effet, les auteurs repèrent des différences majeures sur le plan symptomatologique. Le trouble de la personnalité borderline est caractérisé dans son ensemble par une instabilité émotionnelle, une instabilité dans les relations interpersonnelles avec, tantôt une idéalisation, tantôt un dénigrement d'autrui, et une instabilité dans la perception de soi avec une alternance entre perception très positive et négative de soi. A l'inverse, le TSPT complexe se démarque par une certaine stabilité, avec un évitement des relations interpersonnelles, souvent perçues comme douloureuses et à risque, ainsi que par une persistance d'une image négative de soi. De plus la présence d'un psychotraumatisme, bien que souvent retrouvé dans l'histoire clinique de la personnalité borderline, n'est pas requise, alors qu'il s'agit d'une condition sine qua non pour le diagnostic de TSPT complexe. (40)

## **II/F Prévalence du TSPT dans la population générale.**

L'épidémiologie permet d'estimer l'ampleur du phénomène du traumatisme psychique. De nombreuses études ont tenté d'évaluer son incidence dans la population tout venant ainsi qu'au sein de groupes exposés à des incidents critiques spécifiques (conflits armés, agressions physiques et sexuelles, accidents de la route, attentats, catastrophes naturelles, etc.) ou répétés (par exemple, dans le cadre de missions professionnelles). Les résultats diffèrent d'une recherche à l'autre, parfois considérablement, en raison des méthodologies choisies. Toutefois, certaines constantes semblent s'en dégager.

### **II/F.1 le TSPT dans la population générale.**

Depuis les années 1980, la majorité des travaux épidémiologiques étaient nord-américains. La prévalence de l'état de stress post-traumatique au cours de la vie varie selon les études de 1 à 9 % (41, 42).

Les enquêtes européennes dévoilent des pourcentages moins élevés. Parmi les échantillons étudiés, 1 à 2 % des personnes présentent un état de stress post-traumatique chronique (43) (44). Les estimations de la prévalence des TSPT actuels et récents sont également plus faibles en Europe qu'aux États-Unis et n'atteignent pas les 1%. C'est également le cas en Colombie, au Mexique, au Nigeria, en Afrique du Sud, en Israël, en Chine et au Japon (45).

Sans surprise, les populations civiles des pays déchirés par la guerre courent particulièrement le risque d'être victimes de situations délétères. De Jong et ses collaborateurs (46) ont étudié la situation dans quatre pays pauvres en situation de post-conflit, le Cambodge, l'Algérie, l'Éthiopie et Gaza. La prévalence de la torture varie entre 8 % pour l'Algérie et 26 % pour l'Éthiopie et la fréquence d'exposition aux événements liés aux conflits armés entre 59 % pour

la bande de Gaza. Les taux de stress post-traumatique au cours de la vie sont exceptionnellement élevés : 16 % en Éthiopie, 18 % dans la bande de Gaza (chiffre probablement à revoir au vu de l'actualité), 28 % au Cambodge.

### **II/F.2 Le potentiel traumatogène d'un événement.**

On note que la probabilité de développer une affection psychotraumatique varie considérablement en fonction du type d'événement délétère. Dans l'étude de Kessler de 1995 (41) l'événement qui se révèle le plus traumatogène est le viol, tant pour les sujets masculins (65 %) que féminins (46 %). Les autres situations associées à une forte probabilité de développer une souffrance traumatique sont les affrontements armés, les négligences et les abus endurés dans l'enfance, les attentats à la pudeur et les agressions physiques. Les accidents et les catastrophes naturelles recèlent un plus faible potentiel à générer un TSPT. De même, avoir été témoin d'un incident critique engendre moins fréquemment des troubles que de l'avoir subi en personne. Dans l'enquête de Breslau (47), les agressions violentes, regroupant les combats armés, la violence sexuelle et la violence physique, représentent près de 40 % de cas de TSPT et le décès brutal d'un proche, près de 30 % des cas.

### **II/F.3 Les groupes spécifiques.**

De nombreuses recherches portent sur des groupes de personnes ayant subi des expériences traumatiques similaires ou potentiellement exposées à des risques importants et/ou répétés en raison de leurs activités professionnelles.

Les médecins militaires sont les premiers à s'être intéressés aux troubles psychotraumatiques. Une enquête menée sur des vétérans hollandais évaluait à 7,1 % la prévalence du TSPT cinquante ans après la fin de la seconde guerre mondiale (48). Les prisonniers de guerre détenus dans les camps japonais sont jusqu'à 84 % à présenter un TSPT durant leur vie (47). Une trentaine d'années plus tard, les troubles psychiques présentés par les combattants américains de retour du Vietnam attirent l'attention tant des scientifiques que des pouvoirs publics. En 1980 l'APA introduit le TSPT dans sa nosographie. La souffrance des vétérans suscite un vif intérêt et les recherches épidémiologiques se multiplient. Ces dernières révèlent 15 à 50 % d'états de stress post-traumatique complets et partiels au cours de la vie (49-54). Ces scores varient fortement en fonction de la durée d'exposition, de la nature des expériences traumatiques subies ainsi que du temps écoulé entre la fin des hostilités et l'enquête. Ils sont particulièrement élevés, jusqu'à 73,5 % (55) au sein des cohortes de soldats ayant été blessés ou ayant enduré des combats prolongés ou éprouvants.

Parmi les populations civiles confrontées directement aux faits de guerre, 51,8 % à 65 % des survivants des camps de concentration et d'extermination de l'Holocauste souffraient encore de TSPT quarante ans après leur libération (56). Plus récemment, les rescapés bosniaques des camps de concentration serbes sont estimés entre 32,5 % à 44 % à être éligibles pour les

critères de TSPT (57, 58). Les attentats-suicides du 11 septembre 2001 ont, quant à eux, provoqué 20 % de TSPT chez les habitants de Manhattan résidant à proximité du World Trade Center.

Les viols méritent une mention particulière. En effet, ils comptent parmi les expériences les plus délétères au plan psychique avec une prévalence de TSPT de 65 à 85 % (59-61).

Selon l'OMS 15 à 20 % de la population touchée par une catastrophe naturelle telle qu'un tsunami présentent un syndrome de stress post-traumatique ou un syndrome associé (dépression légère à modérée, troubles anxieux, troubles psychosomatiques, etc.).

## **II/G Principales comorbidités du TSPT.**

### **II/G.1 Les troubles anxieux.**

Le TSPT était considéré jusqu'au DSM-IV comme un trouble anxieux. La peur, qui se développe secondairement à l'expérience traumatique, est donc toujours en lien avec celle-ci mais peut secondairement se généraliser et s'étendre à d'autres situations. Ainsi, le patient appréhendant de revivre l'expérience traumatique et de ressentir des attaques de panique évite certaines situations susceptibles de lui rappeler l'expérience traumatique. L'étude européenne ESEMedD/MHEDEA (62) montre la coexistence très fréquente du TSPT avec un trouble anxieux, sans différence notable entre hommes et femmes. Dans cette étude, les troubles les plus fortement associés au TSPT sont la dépression majeure, la dysthymie, le trouble panique, l'anxiété généralisée et l'agoraphobie.

Dans l'étude canadienne de 2003 (63) en population générale, la prévalence du TSPT est de 1 % avec 33,5 % de troubles paniques, 4 % d'agoraphobie, et 19,9 % de phobie sociale comorbide.

Selon Kessler (41) les troubles anxieux le plus souvent associés au TSPT sont :

- le trouble anxieux généralisé, lié à l'hyperactivation neurovégétative ;
- le trouble panique souvent associé à une agoraphobie ;
- la phobie sociale liée aux évitements relationnels et aux situations relatives au souvenir du trauma ;
- la phobie spécifique.

L'existence de troubles anxieux préexistants aggrave le risque d'évolution vers un TSPT chronique. La dépendance aux substances psychoactives maintiendrait le TSPT : elles serviraient d'automédication contre l'anxiété, mais augmenterait secondairement le risque d'être exposé à un événement traumatique.

## **II/G.2 Les troubles dépressifs.**

Différentes études épidémiologiques présentent des taux de 30 à 50 % de dépression chez des patients ayant un TSPT (64-67). Ces taux sont encore plus élevés (de 60 % à 90 %) lorsque les études concernent des populations exposées à des événements traumatiques militaires (68 - 70).

Au regard des facteurs de risque, il existe des similitudes entre l'épisode dépressif majeur et le TSPT : le sexe féminin, une histoire familiale de dépression, des antécédents de traumatismes dans l'enfance, les troubles anxieux et dépressifs préexistants sont des facteurs de risque aussi bien pour le TSPT que pour l'épisode dépressif majeur (41, 71).

Le trouble dépressif tel qu'il est défini selon les critères du DSM-V est le trouble psychiatrique le plus fréquemment associé aux troubles psychotraumatiques. Actuellement, les deux hypothèses débattues sont, soit l'existence d'une vulnérabilité partagée entre épisode dépressif majeur et TSPT, soit l'existence de deux réponses à un événement traumatique, indépendantes l'une de l'autre. On peut également évoquer le fait qu'un certain nombre de symptômes sont communs aux deux troubles, notamment les symptômes de ce qui est devenu le critère D dans le DSM-5 (20), à savoir les sentiments ou pensées négatives.

Certaines études faites sur des populations différentes insistent sur le fait que la dépression ne survient que secondairement au TSPT avéré et rarement directement après l'événement traumatique : le TSPT est donc un facteur de risque de développement d'un épisode dépressif majeur ultérieur (47, 72). Des résultats équivalents sont observés dans d'autres études (69, 73). Dans le cadre de troubles psychotraumatiques complexes, on rencontre plus de troubles dysthymiques ou de dépressions récurrentes (74).

Nombreux et variés, les symptômes du TSPT recouvrent donc un grand nombre de symptômes anxieux (attaques de panique, peur des espaces ouverts, des espaces clos, de conduire, de rester seul, d'être au milieu de la foule) et dépressifs (diminution des intérêts, anesthésie affective, troubles du sommeil, irritabilité, hypervigilance) avec pour conséquences le besoin de surveillance et de contrôle, d'où l'existence de vérifications, la méfiance, la perte de confiance, les troubles des relations sociales.

Les idéations suicidaires, qui existent dans les deux troubles, doivent être recherchées. Les symptômes dépressifs sont, par ailleurs, encore plus fréquents, lorsqu'existent des séquelles physiques associées venant constamment rappeler à la victime l'événement traumatique antérieur. Ces séquelles sont également des facteurs d'aggravation et de chronicisation des symptômes post-traumatiques.

Chez l'enfant, la comorbidité du TSPT avec un autre trouble est fréquente. 75 % des jeunes présentant un TSPT auraient aussi un autre trouble comorbide (75); les troubles les plus souvent notés sont également la dépression et un trouble anxieux (la phobie spécifique représentant un aspect de l'événement traumatique (76). Le trouble oppositionnel, les idées suicidaires et l'abus de substance, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et les difficultés d'apprentissage sont aussi associés et doivent être recherchés attentivement (77).

### **II/G.3 Le risque suicidaire.**

Le risque suicidaire est lié au TSPT lui-même mais aussi aux troubles comorbides associés, notamment dépressifs, anxieux et addictifs. Oquendo et al. (78) montrent que le risque suicidaire est élevé chez les personnes atteintes de TSPT même en l'absence de trouble dépressif ou d'autres troubles anxieux. D'autres études révèlent l'influence de l'intensité des symptômes post-traumatiques et des troubles comorbides sur le risque suicidaire. Freeman et Moore (79), ont ainsi souligné que, parmi les soldats atteints de TSPT, ceux qui avaient commis une tentative de suicide présentaient un TSPT plus sévère et un trouble dépressif ou un autre trouble anxieux associé, et ce de manière significative. Les comportements suicidaires compliquent donc souvent l'évolution des TSPT. Cette notion de lien entre psychotraumatisme et comportement suicidaire semble partagée par tous, et retrouvée tant en population générale qu'en population exposée (anciens combattants, accidentés, victimes civiles d'agression, etc.) : 4 fois plus de tentatives de suicide et 7 fois plus de décès par suicide (80, 81).

### **II/G.4 Les conduites addictives.**

De nombreux auteurs ont démontré la fréquence des troubles de type abus et dépendance à une substance chez les sujets ayant été soumis à un événement traumatique prolongé, comme la guerre ou les agressions sexuelles répétées dans l'enfance ou à l'adolescence (82) (83). Sigward en 2006 (84) montre que les patients, suivis à l'hôpital Tenon pour leur toxicomanie, ont été dans 80 % des cas témoins ou victimes de scènes potentiellement traumatisantes (parmi eux, 53 % ont subi au moins une fois des attouchements sexuels ou un viol). Mills (85) estime à 92 % le taux d'héroïnomanes ayant été exposés à un événement traumatique, 42 % d'entre eux ayant développé un TSPT.

La comorbidité d'usage de substances est associée à de nombreuses conséquences négatives : ces patients présentent plus de maladies somatiques, une plus grande précarité sociale (notamment le fait de vivre dans la rue) et des traitements psychothérapeutiques plus difficiles (86-89). À cela s'ajoute le fait que les patients présentant des addictions à des drogues dures vivent bien souvent dans des conditions précaires voire dangereuses (90) et peuvent se mettre en danger afin de satisfaire le besoin impérieux de consommer. Ces

facteurs sociaux et comportementaux favorisent donc l'exposition à des événements traumatiques.

Certains auteurs soulignent, en effet, le fait que le lien entre addiction et expériences traumatiques, notamment infantiles, existe de façon très nette, et ce même en l'absence de symptomatologie TSPT (91). À l'inverse, des patients relativement bien insérés socialement, consultant pour un TSPT, peuvent, par honte, cacher ou minimiser délibérément leur problème de dépendance ou d'abus, à l'alcool ou au cannabis notamment.

Ainsi le TSPT est un trouble important de par sa fréquence et l'altération des capacités qu'il entraîne. Il n'est cependant pas une fatalité et son issue n'est pas certaine. Des voies de guérison et des méthodes d'accompagnement existent.

## **II/H Dépasser le traumatisme psychique.**

### **II/H.1 Prise en charge.**

La reconnaissance et le traitement précoce du traumatisme psychique sont essentiels pour prévenir le développement de complications chroniques et de comorbidités. Une prise en charge multidisciplinaire peut faciliter la récupération et améliorer significativement la qualité de vie des personnes affectées. Elle nécessite une évaluation bio-médico-psycho-sociale permettant de déterminer des axes d'intervention passant par un soutien psychologique, un soutien social et parfois une intervention médicale. Le traitement du traumatisme psychique et d'un TSPT peut comprendre des approches médicamenteuses (notamment les antidépresseurs) et/ou non médicamenteuses telles que des interventions psychothérapeutiques (thérapie cognitivo-comportementale, EMDR), stratégies de réduction du stress (approches basées sur la méditation de pleine conscience et l'exercice physique). Ces différentes stratégies thérapeutiques s'appuient sur les capacités d'adaptation du patient, son aptitude à traverser le traumatisme pour en sortir grandi, et sur sa résilience.

### **II/H.2 La résilience psychologique.**

La résilience psychologique représente la capacité d'une personne à s'adapter et à se remettre de situations stressantes ou traumatisantes afin de revenir à un état antérieur. Ce phénomène est le processus par lequel les individus font face à des défis significatifs, tels que le stress ou le traumatisme, en s'appuyant sur des mécanismes de protection variés (92). Les recherches de Friberg et al. (93) ainsi que de Windle et al. (94) ont mis en lumière que la résilience s'ancre dans un ensemble de ressources à plusieurs niveaux : personnelles, familiales et communautaires.

La résilience communautaire, en particulier dans un contexte post génocide, a été caractérisée par Magis (95) comme l'activation, le développement et l'engagement des ressources au sein d'une communauté par ses membres, afin de prospérer malgré le changement, l'incertitude, l'imprévisibilité et les surprises de leur environnement. Cela souligne l'importance du soutien social et de la solidarité communautaire dans le processus de résilience, mettant en relief comment les individus ne s'adaptent pas seulement grâce à leurs forces internes mais aussi grâce au réseau de soutien qui les entoure.

La résilience psychologique va donc au-delà de la simple survie après un événement traumatisant ; elle implique un dynamisme et une capacité à prospérer en dépit des adversités.

### **II/H.3 La croissance post-traumatique (CPT).**

La CPT est un concept qui décrit comment des événements traumatisants peuvent être à l'origine d'un épanouissement personnel inattendu. Au cœur de ce concept, réside l'idée que le traumatisme, loin de ne générer que des séquelles négatives, peut catalyser une transformation positive profonde chez l'individu. Cette transformation se caractérise non pas par un simple retour à l'état antérieur, mais par l'émergence d'une appréciation renouvelée de la vie, une résilience accrue, et une redéfinition des priorités personnelles et des croyances (96).

La CPT se manifeste dans divers aspects de la vie, incluant l'enrichissement des relations interpersonnelles, une valorisation accrue de l'existence, la reconnaissance de sa propre force intérieure, des évolutions spirituelles et la découverte de nouvelles voies de vie auparavant inexplorées. Ce processus dynamique, qui se déploie graduellement après le choc initial, nécessite une confrontation et une réflexion approfondies sur l'expérience traumatisante.

Il est important de noter que la CPT consécutive à un traumatisme n'est pas une expérience universelle. Sa survenue dépend de multiples facteurs, tels que le soutien social, les mécanismes d'adaptation de l'individu et la nature même du traumatisme. La résilience joue un rôle clé dans ce processus, bien que la CPT aille au-delà de la simple capacité à résister au stress ou à l'adversité, en marquant un véritable renouveau personnel.

Les interventions thérapeutiques peuvent jouer un rôle crucial en facilitant la CPT, en aidant les individus à traiter et intégrer leurs expériences traumatisantes de manière constructive. Ce cadre offre une vision optimiste de la résilience humaine, révélant comment, même face aux défis les plus ardues, les individus peuvent non seulement survivre mais également prospérer, trouvant un sens profond et un renouveau dans les épreuves traversées.

### **III/i Conclusion de la partie généralités.**

Ainsi s'achève l'exploration des dimensions théoriques encadrant le génocide et le Trouble de Stress Post-Traumatique. Cette exploration a mis en lumière la nature multifacette et profondément traumatisante d'un génocide. Chacun des quatre génocides étant composés d'évènements variés, comportant un potentiel traumatisant considérable pour les individus directement affectés. Les contextes génocidaires spécifiquement étudiés révèlent une diversité de circonstances et d'expériences, qui, tout en étant distinctes, partagent une capacité commune à impacter de manière durable la vie des survivants et à engendrer des répercussions psychiatriques notables sur les survivants et leurs descendants.

L'approfondissement de ces impacts sous l'angle psychiatrique, représente le cœur de la suite de cette thèse. En engageant une approche méthodologique rigoureuse, cette partie cherche à déterminer une prévalence globale du TSPT chez les survivants, puis à travers une démarche basée sur la collecte et l'analyse systématique de données, nous allons nous attacher à identifier les répercussions sur les descendants non exposés directement.

## **Méthode.**

---

Nous avons conduit, du 1er décembre 2023 au 29 février 2024, une revue systématique de la littérature en suivant les recommandations PRISMA (97). Les données ont ensuite été extraites, comptabilisées et synthétisées de février à mars 2024, puis méta-analysées du 1er mars au 12 mars 2024.

### **Objectif principal:**

- Déterminer la prévalence du TSPT chez les survivants des quatre génocides reconnus par la France.

### **Objectifs secondaires:**

- Déterminer le type de troubles psychiatriques apparaissant chez les descendants de la première génération.
- Évaluer l'influence du traumatisme parental sur les prévalences de ces troubles.

### **Bases de données investiguées.**

Pubmed, Scopus et Psynet ont été investigués avec les équations de recherches répertoriées en annexe 1.

De plus, des recherches manuelles ont été effectuées sur les sites cairn.info et researchgate.net.

### **Critères d'éligibilité.**

Nous avons inclus les publications qui traitaient:

- du trouble de stress post-traumatique des survivants d'au moins un des 4 génocides reconnus par l'état français, chronologiquement : Le génocide arménien de 1915 à 1923, l'Holocauste nazi de 1941 à 1945, le massacre des Tutsi au Rwanda en 1994, le nettoyage ethnique de Bosnie de 1992 à 1995;
- les troubles psychiatriques retrouvés chez les descendants de la première génération des survivants des quatre génocides nommés ci-dessus.

En accord avec les définitions présentées en introduction, seules les études sur le génocide des Bosniaques (événements du 11 au 13 juillet 1995) ont été incluses parmi les vastes conflits relatifs à l'occupation du Kosovo, conflits s'étendant sur plusieurs siècles au cours desquels de nombreuses exactions ont été perpétrées sur différentes populations.

### **Procédure de sélection et de collecte des données.**

Les résultats des équations de recherche sur les bases de données ont été extraits au format .ris, combinés au format .zip, puis importés dans la solution en ligne Rayyan QCRI.

Le tri des doublons a été effectué automatiquement par l'intelligence artificielle Rayyan QCRI, puis les doublons avérés ont été exclus après procédure manuelle par 2 investigateurs.

Les mots clés pour faciliter la lecture rapide des articles ont été répertoriés dans l'annexe 2.

Les articles ont d'abord été sélectionnés au regard des critères d'éligibilité, par la lecture de leur titre et de leur résumé, puis ont ensuite été sélectionnés sur leur contenu intégral.

La procédure de sélection a été réalisée par deux investigateurs en aveugle. Les désaccords sur la décision d'inclusion ont été traités au cas par cas après discussion et atteinte du consensus entre les deux investigateurs.

### **Données d'intérêt.**

Les données d'intérêt ont été présentées sous forme de deux tableaux distincts dans les résultats: un pour les données concernant les troubles de stress post-traumatique de la génération 1 (G1) et un autre pour les troubles psychiatriques retrouvés chez les descendants directs (la génération 2: G2) des victimes ou survivants des génocides sélectionnés.

Pour la génération 1, les données étaient les prévalences, incidences, risques relatifs et tailles d'effet d'apparition d'un TSPT ainsi que de leurs présentations cliniques diverses.

Pour la génération 2, les données d'intérêt étaient les prévalences, incidences, risques relatifs, rapports de cote et tailles d'effet de troubles psychiatriques (au sens du DSM-5).

### **Degré de confiance dans les résultats.**

Tout au long de notre exploration exhaustive des impacts transgénérationnels des traumatismes, en se concentrant particulièrement sur les descendants des survivants de génocides, nous nous sommes engagés dans une évaluation méthodique des études à l'aide du modèle GeSuQ. Ce modèle a permis une évaluation approfondie de la qualité méthodologique, de la représentativité, du risque de biais et du traitement des facteurs de confusion dans chaque étude.

Elle intègre plusieurs composantes critiques pour évaluer la robustesse d'une étude, avec une notation pour chacun des 8 items allant de faible, à modéré, à fort.

- Approbation éthique de l'étude : Forte si l'étude a été approuvée par un comité d'éthique;

- Validité externe et biais de sélection : Évalue la méthodologie d'échantillonnage, le taux de participation et l'évaluation du biais d'échantillonnage. La force de cette section peut varier de forte à faible selon que l'échantillon est représentatif de la population cible et que le taux de réponse est élevé;
- Biais de classification : Fort si l'exposition au génocide est clairement définie pour le groupe exposé, modérée ou faible selon la précision de cette définition;
- Conception de l'étude : Varie de forte pour une cohorte exposés et non exposés, à modérée pour une étude cas-témoin, à faible pour une étude transversale;
- Facteurs de confusion : Forts si aucune différence importante n'est observée entre les groupes exposés et non exposés et si les facteurs confondants potentiels sont bien gérés;
- Méthodes de collecte des données : Forte si les instruments de mesure validés ont été utilisés pour recueillir les données;
- Retraits et abandons : Évalués en termes de nombres et/ou de raisons par groupe, avec une note forte si les retraits et abandons sont bien rapportés;
- Analyses : Fortes si les méthodes statistiques sont appropriées pour la conception de l'étude, si les intervalles de confiance sont rapportés, et si des analyses de sous-groupes ont été effectuées.

### **Analyses des données.**

Les données relatives au critère de jugement principal de cette étude, à savoir la prévalence du TSPT chez les survivants des quatre génocides concernés, ont fait l'objet d'analyses quantitatives.

Les méthodes et critères de diagnostic, le nombre d'articles pour chaque génocide, les années de publication, les nombres de sujets et les prévalences ont été quantifiés puis exprimés en valeurs absolues et proportionnées dans la première partie des résultats.

La prévalence du TSPT chez les survivants de génocides a été poolée en utilisant une transformation simple arcsin et exprimée dans un diagramme de Forest.

Le risque de biais a été calculé par une méthode failsafe d'Orwin.

Un diagramme en tunnel a été réalisé pour chaque méta-analyse.

La méthode du modèle mixte (figure A4-2.1) a été utilisée comme seconde méthode de méta-analyse des prévalences en utilisant la méthode du maximum de vraisemblance.

Les détails sont exprimés en annexe 4.

## Résultats.

---

### I/ Distribution des résultats.

Au total, parmi les 895 articles retrouvés par la recherche systématique, 64 études ont été incluses dans les analyses: 47 concernant la prévalence des TSPT dans la génération 1 et 17 concernant les psychopathologies de la génération 2. Le détail du processus d'inclusion dans chaque analyse a été représenté dans le diagramme de flux. (Figure.1)

7 articles répondant totalement aux critères d'inclusion ont été inclus manuellement. En effet, ils n'ont pas été retrouvés par la recherche systématique, malgré les multiples équations de recherches utilisées sur de multiples bases de données. Parmi ces articles, 2 n'étaient pas retrouvés sur les bases de données investiguées en systématique mais sur le réseau social Researchgate. Cela met en lumière l'importance croissante de la place des médias sociaux dans le partage de la littérature scientifique.

### II/ Qualité des études et niveau de preuve.

La qualité méthodologique des publications incluses a été analysée par l'investigateur principal selon la grille d'analyse GeSuQ disponible en annexe 4.1 (tableau 9 et 10).

La représentativité de la population était forte dans 11 études concernant la G1, et 2 études concernant la G2.

Concernant les études incluses dans l'analyse de l'impact sur la génération 1, la qualité méthodologique générale des publications allait de faible (k=11) à modérée (k=12) à forte (k=27). Concernant les études incluses dans l'analyse de l'impact sur la génération 2, la qualité méthodologique générale des publications allait de modérée (k=2) à forte (k=16).

Concernant les méthodes de collecte de données des études incluses, la qualité méthodologique générale des publications de G1 était de 31 fortes pour G1, et 16 fortes pour G2.

Concernant les biais de classification des études incluses, la qualité méthodologique générale des publications de G1 était de 32 fortes pour G1, et 13 fortes pour G2.

Concernant les facteurs de confusion des études incluses, la qualité méthodologique générale des publications de G1 était de 19 fortes pour G1, et 1 forte pour G2.

Concernant les analyses des études incluses, la qualité méthodologique générale des publications de G1 était de 26 fortes pour G1, et 17 fortes pour G2.

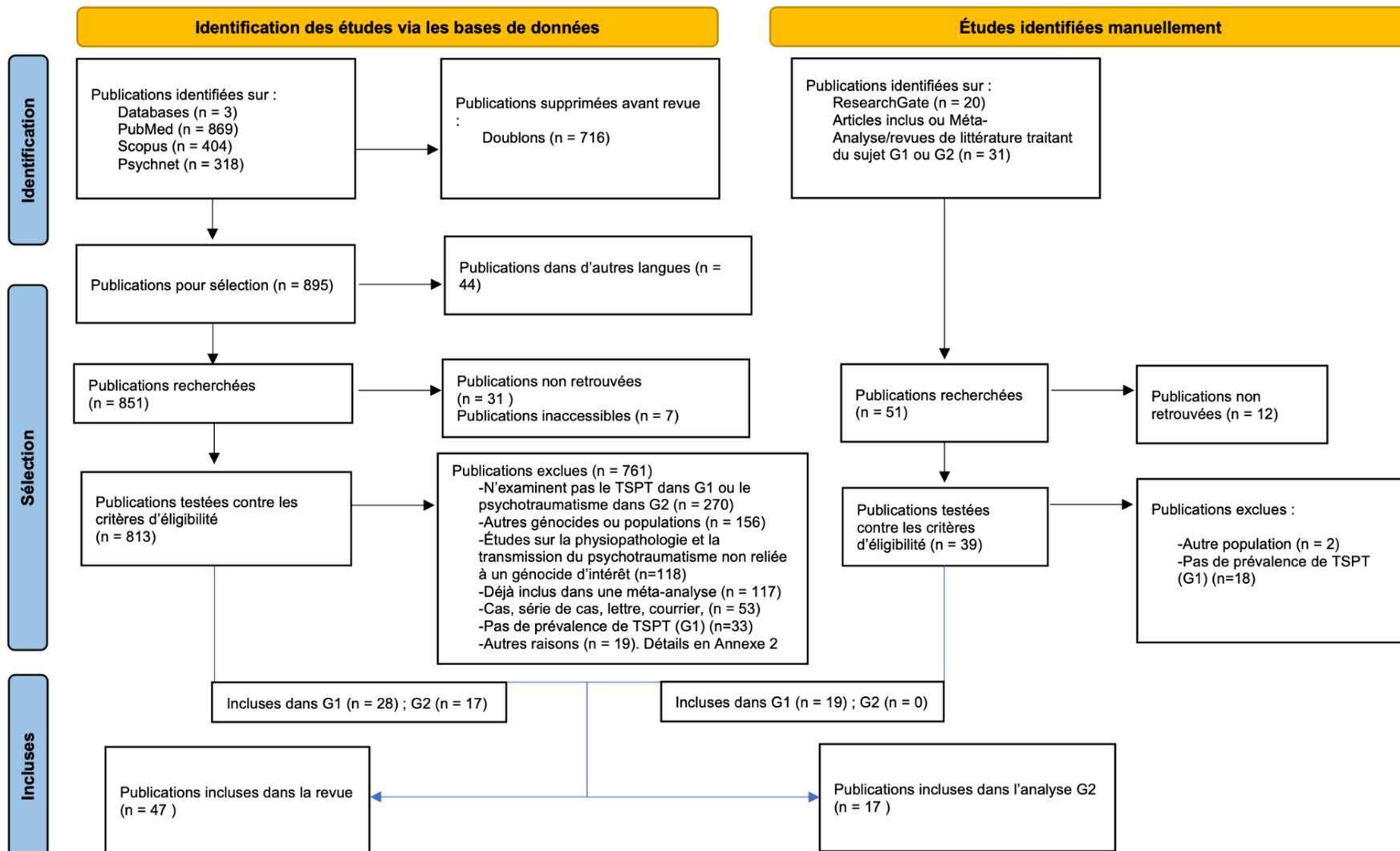


Figure 1 : Diagramme de flux de la recherche selon la recommandation PRISMA 2020.

## II/1 Résultats de l'analyse principale: Prévalence du TSPT chez les survivants de génocide (G1).

La prévalence médiane du TSPT la plus importante a été retrouvée pour le génocide Bosnien (49%), suivi de l'holocauste (46%) et enfin du Rwanda (27%). Nous n'avons cependant pas retrouvé de différence statistiquement significative entre ces valeurs médianes ( $p=0,11$ ). Ces résultats sont illustrés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Résultats de la revue systématique.

	<b>k</b>	<b>Bosnie</b> <b>k = 10 (18%)</b>	<b>Holocauste</b> <b>k = 19 (33%)</b>	<b>Rwanda</b> <b>k = 28 (49%)</b>	<b>p*</b>	<b>q**</b>
Année	57	2001 (1998; 2005)	2003 (2000; 2007)	2014 (2012; 2015)	<0.001	<0.001
Prévalence	57	0.49 (0.29; 0.64)	0.46 (0.27; 0.49)	0.27 (0.14; 0.47)	0.11	0.11
n	57	112 (38; 124)	56 (38; 72)	400 (228; 914)	<0.001	<0.001

Les données sont présentées sous la forme : Médiane (Q1;Q3) ; \*Test de Kruskal-Wallis ; \*\*contrôle du taux de faux positifs par la procédure de Storey-Tibshirani.

Les échantillons de prévalence les plus nombreux ont été retrouvés pour le génocide du Rwanda ( $k=28$ ), puis l'holocauste ( $k=19$ ) puis enfin la Bosnie ( $k=10$ ). Aucun n'a été retrouvé pour le génocide arménien.

Pour chaque génocide, les prévalences et les années de publication suivaient une distribution normale. (Test de Shapiro Wilk,  $p>0,05$ ).

Pour l'holocauste, les études s'étendaient de 1992 à 2023. La médiane se situe en 2003 (2000 ; 2007).

Pour la Bosnie, les études s'étendaient de 1995 à 2010. La médiane se situe en 2001 (1998 ; 2005).

Pour le Rwanda, les études s'étendaient de 2004 à 2023. La médiane se situe en 2014 (2012 ; 2015).

Les classifications nosologiques et sémiologiques ont été retrouvées pour 56 études et ont été représentées dans la figure 2. La plus utilisée, parmi les échantillons retrouvés, était celle du DSM-IV ( $k=44$ ) dont trois du DSM-IV-TR.

Les études sur la Bosnie étaient plus anciennes et utilisaient davantage les DSM-III-R et DSM-IV, alors que les études sur le Rwanda étaient parmi les plus récentes et utilisaient le DSM-IV-TR, DSM-V et la CIM-11.

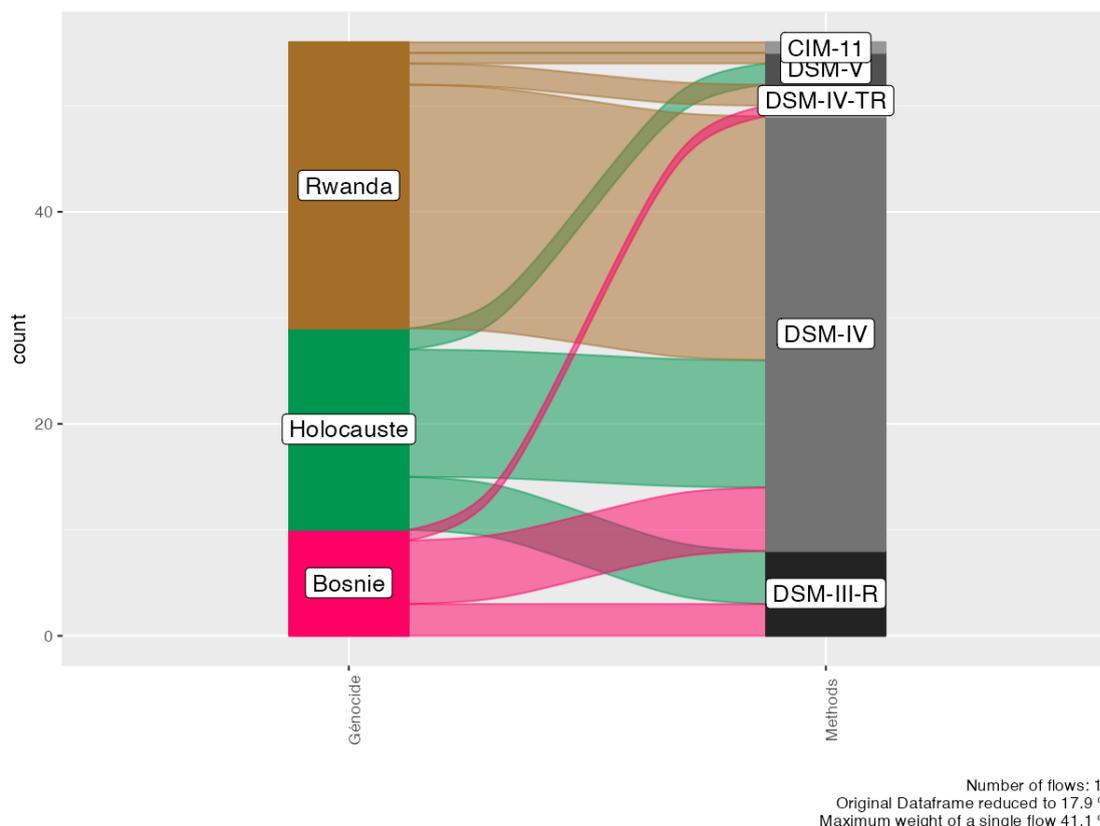


Figure 2 : Diagramme alluvial montrant la répartition des classifications nosologiques et sémiologiques utilisées pour évaluer le TSPT chez les survivants de chaque génocide étudié.

Le détail des études incluses dans l'analyse G1 a été résumé dans le tableau 3.

Les prévalences retrouvées dans les résultats concernant la G1 n'ont pas pu être poolées efficacement dans le cadre d'une méta analyse.

Les résultats des tests de paramètre de la méta-analyse de G1 ont été résumés dans le tableau 4, et sont détaillés dans l'annexe 4.2 et 4.3.

La prévalence poolée par les modèles de méta-analyse était égale à 2,5%, avec un intervalle de confiance à 95%; allant de 1,8 à 3,2%.

La prévalence minimale retrouvée dans ces études est de 3,4% et la prévalence maximale est de 84,2% montrant l'hétérogénéité des populations.

La prévalence médiane retrouvée, tous génocides confondus, est de 39%. L'intervalle interquartile va de 23,4% à 52,4%.

Tableau 3 : Résumé des articles inclus dans l'analyse pour la génération 1.

Titre	Premier			n	Caractéristiques des sujets	Genocide	Prévalence	Méthode diagnostic
	Auteur	Publication	TOP <sup>1</sup>					
Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust. (56)	Kuch	1992	P <sup>2</sup>	124	Survivants juifs de l'Holocauste.	Holocauste	46%	DSM-III-R
Psychiatric consequences of "ethnic cleansing": clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. (97)	Weine	1995	S <sup>3</sup>	20	Réfugiés bosniaques, récemment réinstallés aux États-Unis.	Bosnie	65%	DSM-III-R
Adolescent survivors of "ethnic cleansing": observations on the first year in America. (98)	Weine	1995	S	12	Survivants adolescents bosniaques, lors de la première année de réinstallation aux États-Unis.	Bosnie	25%	DSM-III-R
Alexithymia in Holocaust survivors with and without PTSD. (99)	Yehuda	1997	S	56	Survivants des camps de concentration.	Holocauste	53,6	DSM-III-R
Individual change after genocide in Bosnian survivors of "ethnic cleansing": assessing personality dysfunction. (100)	Weine	1998	S	24	Réfugiés bosniaques musulmans.	Bosnie	42%	DSM-III-R
Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. (101)	Mollica	1999	S	533	Réfugiés adultes bosniaques.	Bosnie	26,30%	DSM-IV
Comparing perceived self-efficacy among adolescent Bosnian and Croatian refugees with and without posttraumatic stress disorder. (102)	Ferren	1999	S	104	Réfugiés adolescents bosniaques.	Bosnie	18,30%	DSM-IV

Depression in Holocaust survivors: profile and traitement outcome in a geriatric day hospital program. (103)	Conn	2000	S	472	Survivants de l'Holocauste de plus de 65 ans souffrant de dépression.	Holocauste	27%	DSM-IV
Dimensions of trauma associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) caseness, severity and functional impairment: a study of Bosnian refugees resettled in Australia. (104)	Momartin	2003	S	126	Réfugiés bosniaques musulmans.	Bosnie	63%	DSM-IV
Trauma and PTSD Symptoms in Rwanda Implications for Attitudes Toward Justice and Reconciliation. (105)	Pham	2004	S	2074	Survivants adultes du génocide rwandais.	Rwanda	25,00%	DSM-IV
Acculturation and psychological problems of adolescents from Bosnia and Herzegovina during é exile and repatriation. (106)	Hasanovi	2005	P	239	Adolescents de Bosnie-Herzégovine.	Bosnie	56,7% 68,1%	et DSM-IV
Longitudinal assessment of cognitive performance in Holocaust survivors with and without PTSD. (107)	Yehuda	2006	S	28	Survivants de l'Holocauste.	Holocauste	50%	DSM-IV
Longitudinal assessment of dissociation in Holocaust survivors with and without PTSD and nonexposed aged Jewish adults. (108)	Labinsky	2006	S	56	Survivants de l'Holocauste.	Holocauste	46,40%	DSM-IV
Ten Years After the Genocide: Trauma Confrontation and Posttraumatic Stress in Rwandan Adolescents. (109)	Schaal	2006	P	68	Orphelins rescapés du génocide Rwandais.	Rwanda	44,00%	DSM-IV
Complicated Grief and Its Relationship to Mental Health and Well-Being Among Bosnian Refugees	Craig	2008	S	126	Réfugiés bosniaques.	Bosnie	66,60%	DSM-IV

After Resettlement in the United States: Implications for Practice, Policy, and Research (110)

Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. (111)

Mental Disorders Following War in the Balkans (112)

Improvement in Posttraumatic Stress Disorder in Postconflict Rwandan Women. (113)

Mental and physical health in Rwanda 14 years after the genocide. (114)

Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. (115)

Mental Health 15 Years After the Killings in Rwanda : imprisoned Perpetrators of the Genocide Against the Tutsi Versus a Community Sample of Survivors. (116)

Prevalence of PTSD and depression, and associated sexual riskfactors, among male Rwanda Defense Forces military personne. (117)

The Role of Memory-related Gene WWC1 (KIBRA) in Lifetime Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from Two Independent Samples from African Conflict Regions. (118)

Kolassa	2010	S	408	Réfugiés adultes rwandais.	Rwanda	81%	DSM-IV
Priebe	2010	P	640	Survivants du génocide bosniaque.	Bosnie	35%	DSM-IV
Cohen	2011	P	698	Femmes rwandaises survivantes du génocide.	Rwanda	24,00%	DSM-IV
amutsa	2012	P	962	Survivants rwandais adultes 14 ans après le génocide.	Rwanda	8,00%	DSM-IV
Schaal	2010	S	400	Veuves et orphelins du génocide.	Rwanda	34%	DSM-IV
Schaal	2012	S	269	Survivants du génocide, mineurs lors des faits. Auteurs du génocide, mineurs lors des faits.	Rwanda	46% 13,5%	DSM-IV
on	2013	P	1238	Militaires âgés de plus de 21 ans. 1% de femmes.	Rwanda	4,00%	DSM-IV
Wilker	2013	P	392	Survivants du génocide rwandais survivants de plus de 18 ans. Ougandais survivants de conflits armés de plus de 18 ans.	Rwanda	44,00%	DSM-IV

					Jeunes scolarisés au cours de la deuxième année qui a suivi le génocide.			
Posttraumatic Stress Reactions Among Rwandan Youth in the Second Year After the Genocide: Rising Trajectory Among Girls. (119)	uer	2014	P	229	Août - sept 1995	Rwanda	48%	
				376	Sept - nov 1995		54%	
				337	Nov -Dec1995	Rwanda	58%	DSM-IV
Intimate partner violence and its contribution to mental disorders in men and women in the post genocide Rwanda: findings from a population based study. (120)	i	2014	S	917	Jeunes adultes rwandais, âgés de 20 à 35 ans.	Rwanda	14,00%	DSM-IV
Rates and predictors of mental stress in Rwanda: investigating the impact of gender, persecution, readiness to reconcile and religiosity via a structural equation model. (121)	Heim	2014	S	200	Survivants du génocide rwandais.	Rwanda	11,00%	DSM-IV
Narrative Characteristics of Genocide Testimonies Predict Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Years Later. (122)	Ng	2015	S	61	Orphelins rwandais.	Rwanda	82%	-
The factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms among Rwandans exposed to the 1994 genocide: A confirmatory factor analytic study using the PCL-C. (123)	Fodor	2015	S	465	Adultes rwandais ayant subi un traumatisme pendant le génocide.	Rwanda	23,20%	DSM-IV
Traumatic episodes and mental health effects in young men and women in Rwanda, 17 years after the genocide. (124)	Rugema	2015	P	917	Survivants adultes du génocide rwandais. 48% d'hommes - 52% de femmes.	Rwanda	13,60%	DSM-IV

Long-term mental health outcome in post-conflict settings: Similarities and differences between Kosovo and Rwanda. (125)	Eytan	2015	S	962	Survivants des génocides rwandais et bosniaques.	Rwanda	31%	DSM-IV
Epigenetic Modification of the Glucocorticoid Receptor Gene Is Linked to Traumatic Memory and Post-Traumatic Stress Disorder Risk in Genocide Survivors. (126)	Vukojevik	2014	S	152	Survivants de génocide de plus de 16 ans au Rwanda et au Kosovo.	Rwanda	61,00%	DSM-IV
Financial exploitation and mental health among Holocaust survivors: the moderating role of posttraumatic symptoms. (127)	Weissberger	2023	S	50	Israéliens nés avant 1945.	Holocauste	22%	DSM-V
Gender Differences in Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress Symptoms After the Rwandan Genocide Against the Tutsi. (128)	Platt	2021	S	498	Survivants du génocide de plus de 18 ans.	Rwanda	24,70%	DSM-IV
Prevalence of mental disorders, associated co-morbidities, health care knowledge and service utilization in Rwanda - towards a blueprint for promoting mental health care services in low- and middle-income countries? (129)	Kayitshonga	2022	P	1271	Rwandais âgés de 14 à 65 ans qui résidaient au Rwanda en 2018.	Rwanda	27,90%	DSM-V
Effect of Life Review Therapy for Holocaust Survivors: Forstmeier A randomized controlled trial. (130)	Forstmeier	2023	S	79	Survivants de l'Holocauste avec TSPT ou EDC, mais sans trouble psychotique aigu ni suicidalité aiguë.	Holocauste	46,90%	DSM-V
Caseness and comorbidity of probable (complex) post-traumatic stress disorder and depression in Rwandan survivors. (131)	Mutuyimana	2023	S	226	Survivants du génocide.	Rwanda	35,40%	CIM-11

survivors of genocide against Tutsi in Rwanda: the role of social determinants. (131)

Retraumatization of Holocaust survivors during the

Gulf War and SCUD missile attacks on Israel. (132) Robinson 1994 P 66 Survivants de l'Holocauste. Holocauste 48,50% DSM-III-R

The Effects of Extreme Early Stress in Very Old Age.

(133) Landau 2000 P 91 Survivants de l'Holocauste. Holocauste 18,8% 27,1% DSM-IV

The Cortisol and Glucocorticoid Receptor Response

to Low Dose Dexamethasone Administration in Aging

Combat Veterans and Holocaust Survivors with and

without Posttraumatic Stress Disorder. (134) Yehuda 2002 P 23

Anciens combattants et survivants de l'Holocauste.

Holocauste 52,20% DSM-IV

Holocaust survivors in a primary care setting fifty

years later. (135) Trappler 2002 P 27

Survivants de l'Holocauste. Holocauste 74,00% DSM-IV

Posttraumatic stress symptoms and fear of intimacy

among treated and non-treated survivors who were

children during the Holocaust. (136) Cohen 2003 P 43

Enfants survivants de l'Holocauste, suivis 46,5%

ou non en psychothérapie. Holocauste 22,9% DSM-III-R

The Sydney Holocaust study: Posttraumatic stress

disorder and other psychosocial morbidity in an aged

community sample. (137) Joffe 2003 P 100

Juifs vivant à Sydney, âgés de 60 ans ou plus.

Holocauste 39,00% DSM-IV

Recurrent trauma: Holocaust survivors cope with

aging and cancer. (138) Hantman 2007 P 150

Survivants de l'Holocauste atteints d'un cancer et patients cancéreux non exposés 42,3% 35,6%

Holocauste 18,5% DSM-IV

Genetic variation is associated with PTSD risk and

aversive memory: Evidence from two trauma-Exposed Wilker 2018 S 371

Survivants du génocide de plus de 18 ans.

Rwanda 42,59% DSM-IV-TR

African samples and one healthy European sample.  
(139)

pas de signes de dépendance à une substance, de symptômes psychotiques aigus sévères et de prise de médicaments psychotropes.

The relationship between organized violence, family violence and mental health: Findings from a community-based survey in Muhanga, Southern Rwanda. (140)

Rieder 2013

S

172

Dyades de parent/enfant survivants du génocide.

Rwanda

23,40%

DSM-IV

Maternal PTSD associates with greater glucocorticoid sensitivity in offspring of Holocaust survivors. (141)

Lehrner 2013

S

95

Sur les 120 participants recrutés de 2010 à 2012, 94 étaient des descendants d'au moins un survivant de l'Holocauste et 26 étaient des sujets de comparaison juifs.

Holocauste

84,20%

DSM-IV

Post-traumatic stress reactions among Rwandan children and adolescents in the early aftermath of genocide. (142)

Neugebauer

2009

P

1547

Rwandais âgés de 8 à 19 ans en 1995.

Rwanda

62%

DSM-IV

<sup>1</sup>TOP : type d'objectif de la prévalence.

<sup>2</sup>P: la prévalence fait partie des objectifs principaux de l'étude.

<sup>3</sup>S: la prévalence ne fait pas partie des objectifs principaux de l'étude.

Tableau 4 : Paramètres des deux méta-analyses de prévalences poolées

k=57	log max.	AIC	BIC	Tau <sup>2</sup>	I <sup>2</sup>		dl	Q	p	p Normalité	Fail-s	p
	vraisemblance				des résidus**	N*						
Max Vraisemblance												
ArcSin	112,669	-221,34	-217,25	0	0	err.	56	39,44	0,95	>0,05	1660	<.001
Modèle mixte à effet												
aléatoire	16,303	-16,61	-0,40			err.						

\*Fail-safe N (Rosenthal) ; \*\*Shapiro-Wilk ; dl= degrés de liberté ;

## **II/2 Résultats de l'analyse secondaire: troubles psychiatriques retrouvés chez la première génération de descendants de survivants de génocide (G2).**

Les résultats de cette recherche systématique ont été synthétisés dans l'ensemble des tableaux récapitulatifs ci-dessous (tableau 5, 6, 7).

### **II/2.1 Synthèse des résultats par génocide.**

#### **II/2.1.1 Arménie.**

Aucune étude traitant des problématiques psychiatriques chez les descendants du génocide arménien n'a été retrouvée.

#### **II/2.1.2 Holocauste.**

10 articles ont été inclus concernant les descendants de survivants de l'holocauste (G2) et sont présentés dans le tableau 5.

##### **II/2.1.2.a Études retrouvant davantage de psychopathologie chez les descendants.**

Danieli et al. (143) relèvent que, parmi les troubles psychiatriques répertoriés chez 530 G2, les troubles anxieux présentent la fréquence la plus élevée au cours de l'année écoulée (18,4%), suivis des troubles dépressifs (13,7%) et du TSPT (7,4%). D'après l'auteur de l'étude, le fait que les troubles anxieux soient plus fréquents que le TSPT chez ces enfants de survivants est cliniquement logique et rentre dans le cadre des symptômes du traumatisme secondaire. Les parents ont été directement traumatisés par leur expérience de l'Holocauste.

Les enfants ont été exposés non pas aux traumatismes eux-mêmes, mais aux histoires de leurs parents et à leurs séquelles, y compris, entre autres, le message selon lequel le monde est un endroit dangereux où les enfants doivent être sur leurs gardes contre les menaces. Les impacts de l'adaptation parentale expliquent l'insécurité déclarée par la progéniture quant à ses propres compétences, la protection parentale, le besoin de contrôle, l'obsession de l'Holocauste, le repli social défensif.

Dashorst et al. (144) dans la revue de littérature descriptive systématique recensant 23 articles font l'hypothèse d'une prévalence accrue des symptômes psychiatriques chez les enfants en raison des symptômes parentaux. Les problèmes de santé mentale des parents ont été clairement associés aux problèmes de santé mentale de la progéniture, en particulier en ce qui concerne l'occurrence des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et de l'abus de substances. Le syndrome de stress post-traumatique des parents était particulièrement associé au syndrome de stress post-traumatique et aux symptômes dépressifs chez les G2. Ce dernier résultat est conforme à la conclusion de la revue de littérature de Leen-Feldner et al. (145) selon laquelle le TSPT parental est associé au TSPT de la progéniture.

Dans leur étude de 2001, Yehuda et al. (146) ont tout d'abord indiqué que le TSPT parental était un facteur prédictif significatif de l'apparition du TSPT chez les survivants de l'Holocauste (taille de l'effet importante). Greenblatt-Kimron et al. (147) ont pu comparer deux groupes composés de trois générations (G1-G2-G3), exposés et non exposés à l'holocauste. Le groupe G1 de l'Holocauste a signalé des niveaux plus élevés de symptômes de TSPT que le groupe G1 de comparaison. Les triades G2 et G3 de l'Holocauste ont rapporté un niveau de traumatisme secondaire significativement plus élevé que les triades de comparaison. Dans les familles de survivants, l'effet indirect des symptômes de stress post-traumatique de l'Holocauste G1 a prédit la traumatisation secondaire de l'Holocauste G2, qui a ensuite prédit la traumatisation secondaire de l'Holocauste G3. Dans les groupes de comparaison, la transmission des traumatismes n'a pas été observée sur trois générations.

Dans une étude ultérieure, Yehuda et son équipe (148) ont trouvé une association entre le TSPT de la mère (ou des deux parents) et le TSPT, les troubles de l'humeur ou tout autre trouble psychiatrique chez la progéniture.

La corrélation entre le TSPT parental et la dépression ou le TSPT chez les victimes de l'Holocauste semble être différente dans les échantillons de descendants dont le père, la mère ou les deux parents souffrent de TSPT. Les résultats sont cohérents avec l'idée que les antécédents parentaux liés à l'Holocauste sont associés au développement de symptômes, et qu'ils sont particulièrement forts en présence d'un syndrome de stress post-traumatique chez la mère (effet-dose). Cette théorie est d'ailleurs retrouvée par Hoffman et al. (149) qui ont étudié l'effet du TSPT parental (paternel ou maternel). Les analyses ont divisé les G2 ayant

Tableau 5 : Caractéristiques et résultats principaux des études traitant de l'Holocauste.

Titre	Auteur	Année	Type d'étude	k	n	Caractéristiques des sujets	Résultats
Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth in Three Generations of Czech and Slovak Holocaust Survivors. (150)	Preiss	2022	Transversale comparative		221	- Grp* exposé : 47 G1, 86 G2 et 88 petits-enfants. - Grp non exposé : 31, 62, 64.	TSPT G1: groupe exposé avec des scores plus élevés. TSPT G2: comparable au groupe non exposé.
A Question of Who, Not If: Psychological Disorders in Holocaust Survivors' Children. (151)	Danieli	2016	Transversale descriptive		530	G2**	Prévalence TAG 8,4%. Prévalence EDC 13,7%. Prévalence TSPT 7,4%.
Intergenerational consequences of the Holocaust on offspring mental health: a systematic review of associated factors and mechanisms. (144)	Dashors t	2019	Revue de la littérature descriptive	23	2 875	G1 et G2	- les G2 ont signalé davantage de symptômes de troubles anxieux, de TSPT et de dépression au cours de leur vie que les groupes contrôles. - le TSPT parental est associé au TSPT et aux symptômes anxio-dépressifs chez les G2. - le TSPT maternel seul était associé à une prévalence significativement plus élevée du TSPT à vie chez les enfants, comparativement au TSPT paternel seul. - Effet dose: le fait d'avoir deux parents survivants de l'Holocauste plutôt qu'un seul a été associé de manière significative à davantage de symptômes post-traumatiques dans le groupe des enfants.  - 1 seule étude ne trouve pas de lien entre les symptômes de détresse psychologique et physique des survivants et ceux de leur progéniture.

Secondary salutogenic effects in veterans whose parents were Holocaust survivors? (152)	Dekel	2013	Cohorte		127	<p>Vétérans de la guerre du Liban de 1982. 1, 3 et 20 ans après la guerre. - 127 combattants G2. - 542 combattants de comparaison (non-G2***).</p>	<p>T1: G2 / non-G2. TSPT: 45.6% / 42.7%. Dépression: 39.6% / 44.9%. Anxiété : 40.9% / 36.2%. Idéation paranoïaque : 35.4% / 42%.</p> <p>T2: G2 / non-G2. TSPT: 19% / 16.7%. Dépression: 22.8% / 28.7%. Anxiété: 20.8% / 27.4%. Idéation paranoïaque: 16.7% / 23.6%.</p> <p>T3: G2 / non-G2. TSPT: 16.1% / 14.6%. Dépression: 14.3% / 16.4%. Anxiété: 11.9% / 12.3%. Idéation paranoïaque: 10.7% / 9.6%</p> <p>Odd ratio TSPT: T1: 1.13 / T2: 2.42 / T3: 0.69 Odd ratio Dépression: T1: 0.77 / T2: 1.72 / T3: 0.54 Odd ratio Anxiété: T1: 0.84 / T2: 0.53 / T3: 0.57 Odd ratio Idéation paranoïaque: T1: 0.76 / T2: 1.27 / T3: 0.63</p>
Secondary salutogenic effects in veterans whose parents were Holocaust survivors? (152)	Dekel	2013	Cohorte		77	<p>Vétérans de la guerre du Kippour de 1973. 18, 30 et 35 ans après la guerre. - 77 combattants G2 - 266 combattants de comparaison (non-G2)</p>	<p>T1: G2 / non-G2 TSPT: 5.2% / 7.9% Dépression: 18.2% / 19.3% Anxiété: 22.1% / 22% Idéation paranoïaque: 15.6% / 25.4% Hostilité: 5.6% / 19.3%</p> <p>T2: G2 / non-G2 TSPT: 27.3% / 34.4% Dépression: 34.1% / 46.6% Anxiété: 25.6% / 41.6% Idéation paranoïaque: 30.2% / 43.5%</p> <p>T3: G2 / non-G2 TSPT: 32.4% / 42.5%</p>

										<p>Dépression: 41.2% / 51.3%</p> <p>Anxiété: 50% / 58%</p> <p>Idéation paranoïaque: 47.1% / 54.6%</p> <p>Odd ratio TSPT: T1: 0.64 / T2: 0,72. /T3: 0,65</p> <p>Odd ratio Dépression: T1: 0.93 / T2: 0.59 / T3: 0.66</p> <p>Odd ratio Anxiété: T1: 1.00 / T2: 0.48 / T3: 0.73</p> <p>Odd ratio Idéation paranoïaque: T1: 0.54 / T2: 0.56 / T3: 0.74</p>
Event centrality and secondary traumatization among Holocaust survivors' offspring and grandchildren: A three-generation study. (147)	Greenblatt-Kimron	2021	Transversale comparative		92	<p>- 92 groupe exposés de 3 générations : G1, G2 et petits-enfants (Gh1-Gh2-Gh3)</p> <p>- 67 triades de comparaison (Gc1-Gc2-Gc3)</p>				<p>Signes de traumatisme plus importants dans les familles exposées:</p> <p>- TSPT: Gh1 &gt; Gc1 (F(1152) = 5.23, p = .02, η2 = .03).</p> <p>- traumatisation secondaire Gh2 &gt; Gc2 (F(1156) = 4.95, p = .03, η2 = .03).</p>
Variables Connecting Parental TSPT to Offspring Successful Aging: Parent-Child Role Reversal, Secondary Traumatization, and Depressive Symptoms (153)	Hoffman	2019	Transversale descriptive et comparative		204	<p>341 dyades parents âgés, enfants adultes dont :</p> <p>- 86 dyades G2 avec TSPT parental.</p> <p>- 161 dyades G2 sans TSPT parental.</p> <p>- 137 dyades non-G2.</p>				<p>- Seuls les G2 avec TSPT maternel ont rapporté des symptômes dépressifs plus élevés par rapport aux comparaisons, jusqu'à 34 % comparativement.</p>
Psychopathology of children of genocide survivors: a systematic review on the impact of genocide on their children's psychopathology from five countries. (154)	Lindert	2016	Revue systématique de la littérature	18	2431	G2 exposé et Groupe témoin.				<p>Pas de preuve que les G2 soient plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale que le groupe témoin.</p> <p>Pas d'argument pour la théorie de la transmission transgénérationnelle des traumatismes.</p>
Interpersonal vulnerability among offspring of Holocaust survivors gay men and its association with depressive symptoms and life satisfaction. (155)	Shenkman	2018	Transversale comparative		79	<p>- 79 G2 hommes homosexuels.</p> <p>- 129 non-G2 hommes homosexuels.</p>				<p>Niveaux similaires de symptômes dépressifs chez les G2 (M = 1,62, SD = 0,48) et les non-G2 (M = 1,62, SD = 0,45), F(1, 164) = 0,06, p &gt; 0,05.</p>

Transgenerational effects of genocide exposure on the risk and course of schizophrenia: A population-based study. (156)	Levine	2016	Rétrospective		<p>Sélectionnés sur le registre national Israélien; toute personne née entre 1948-1989 dont les parents sont nés après 1922 dans l'Europe nazie.</p> <p>- parents juifs exposés au génocide (97% de l'échantillon) - parents juifs exposés indirectement (3% de l'échantillon)</p> <p>G2 sous-groupe a) in utero seulement (nés au cours de la dernière année de la guerre) b) in utero et postnatal (nés et exposés jusqu'à 2 ans) c) postnatal tardif (après 3 ans).</p>	<p>- pas de différence significative pour le risque de schizophrénie entre les groupes d'exposition directe (38,43, IC à 95 % = 35,5, 41,40) et indirecte (38,21, IC à 95 % = 21,87, 54,56).</p> <p>- La modélisation par régression de Cox a montré que les groupes d'exposition directe maternelle (HR = 0,93 ; 95% CI 0,61, 1,42) et paternelle (HR = 0,94 ; 95% CI 0,62, 1,44) n'avaient pas un risque significativement plus élevé de schizophrénie que le groupe indirect.</p> <p>- % de réhospitalisation: pas de différence entre les groupes direct et indirect.</p> <p>- Aucune période critique du développement n'a été associée au risque de schizophrénie.</p>
<p>*Grp : groupe **G2: descendants de survivant de génocide ***non-G2: descendants de personne n'ayant pas connu de génocide</p>						

des parents avec TSPT en deux sous-groupes (paternel et maternel) et ont comparé ces groupes sur plusieurs variables. Seuls les G2 avec TSPT maternel ont rapporté des symptômes dépressifs plus élevés par rapport aux comparaisons. De plus, l'exposition parentale à l'Holocauste et le TSPT parental prédit des symptômes dépressifs plus élevés chez les descendants, expliquant jusqu'à 34 % de la variance dans les symptômes dépressifs.

Le fait d'avoir deux parents survivants de l'Holocauste, plutôt qu'un seul, a été associé de manière significative à davantage de symptômes post-traumatiques dans le groupe des enfants (157,158) ce que plusieurs auteurs appellent "l'effet cumulatif" (148).

Dekel et al. (159) ont suivi des militaires israéliens, G2 et non-G2 sur plusieurs années au décours de deux guerres (Kippour 1973 et Liban 1982).

Concernant la première guerre : la prévalence des symptômes du TSPT a diminué de manière significative entre T1 et T2, tant dans le groupe G2 ( $p < 0,05$ ) que dans le groupe non-G2 ( $p < 0,001$ ) : 37,2 % des G2 et 59,7 % des non-G2 ont été classés comme "rétablis" : c'est-à-dire qu'ils ont endossé le TSPT à T1 mais pas à T2. Cependant, alors que la prévalence des symptômes du TSPT a continué à diminuer entre T2 et T3 chez les G2 (36,8% "rétablis"), les taux ont augmenté de manière significative ( $p < .001$ ) chez les non-G2 (34,19% "retardés"). Alors que les G2 présentaient des probabilités plus élevées de symptômes de dépression, d'anxiété et d'idées paranoïaques que les autres trois ans après la guerre, ces probabilités étaient plus faibles 17 ans plus tard. En outre, les G2 présentaient des probabilités de symptômes légèrement à modérément plus faibles que les non-G2 pour l'anxiété et la dépression, toutes mesures confondues.

Dans les deux groupes, la prévalence des symptômes était constante entre T1 et T2 (valeur  $p$  comprise entre 0,21), et avait tendance à diminuer entre T2 et T3 en ce qui concerne tous les symptômes comorbides (valeur  $p$  comprise entre 0,06 et 0,14).

D'autre part, ils retrouvent que les G2 avaient respectivement 1,13 et 2,42 chances de plus de répondre aux critères des symptômes de TSPT que les autres, 1 et 3 ans après la guerre. En revanche, 17 ans plus tard, la probabilité de présenter les symptômes de TSPT était inférieure de 0,69 chez les G2 par rapport aux non-G2. Ainsi, le schéma s'est inversé, dans les premières années après la guerre ; les G2 étaient plus vulnérables, mais ils semblent plus résistants à long terme.

Concernant la seconde guerre : la prévalence du TSPT a augmenté de manière significative entre T1 et T2 chez les G2 ( $p < .01$ ) et les non-G2 ( $p < .001$ ) : 25,6 % des G2 et 31,1 % des non-G2 ont été classés comme "retardés" (c'est-à-dire qu'ils ont endossé le TSPT à T2 mais pas à T1). En outre, les taux de TSPT entre T2 et T3 étaient constants dans les deux groupes (G2 :  $p = 1/4 .99$  ; non-G2 :  $p = 1/4 .9$ ).

Ils constatent, avec surprise, que les anciens prisonniers de guerre du groupe G2 avaient moins de chances de répondre aux critères de TSPT que les anciens prisonniers de guerre du

groupe non-G2. Alors que 15 % des G2 ex-policiers répondaient aux critères de TSPT, 31,1% des ex-policiers non-G2 répondaient aux critères de TSPT. Le groupe G2 présentait des rapports de cotes légèrement à modérément inférieurs à ceux du groupe non-G2 pour tous les groupes de symptômes, toutes mesures confondues.

Parmi les G2, les résultats ont montré que la prévalence des symptômes entre T1 et T2 était constante en ce qui concerne l'anxiété ( $p = .34$ ), tout en augmentant pour la dépression et l'idéation paranoïaque ( $p < .05$ ). De même, la prévalence des symptômes entre T2 et T3 était constante pour la dépression ( $p = 1$ ), et la paranoïa ( $p = .3$ ), tout en tendant à augmenter, bien que de façon non significative ( $p = .18$ ), pour l'anxiété. Chez les non-G2, la prévalence des symptômes a significativement augmenté ( $p < .001$ ) entre T1 et T2 pour tous les groupes de symptômes et a continué à augmenter significativement entre T2 et T3 pour l'anxiété ( $p < .001$ ) tout en restant constante pour la dépression ( $p = .83$ ) et l'idéation paranoïaque ( $p = .36$ ).

Ces deux enquêtes suggèrent que les effets de l'Holocauste sur la progéniture des survivants existent, mais pourraient toutefois ne pas être uniquement pathogènes. Les résultats ont montré que ces individus s'adaptent relativement bien à long terme après avoir été exposés à un traumatisme induit par la guerre, malgré une vulnérabilité psychologique initiale accrue. Dans l'étude I, les anciens combattants G2, 1 à 3 ans après la guerre, présentaient des taux plus élevés de TSPT et de symptômes comorbides (symptômes dépressifs, anxieux et paranoïaques) que ces mêmes anciens combattants de G2, 17 ans plus tard ; soit une inversion de la tendance dans le temps. Les taux de TSPT et de symptômes apparentés étaient relativement faibles chez les G2. De même, dans l'étude II, les anciens combattants G2 présentaient des taux du TSPT et de symptômes comorbides inférieurs à ceux des anciens combattants non-G2 18, 30 et 35 ans après la guerre.

Les descendants des survivants de l'Holocauste semblent développer une réponse psychologique complexe à la suite d'un traumatisme ultérieur. On peut donc supposer que, grâce à une exposition secondaire à l'Holocauste, les G2 peuvent, par la suite, atténuer les effets pathogènes et faire face aux événements traumatisants qu'ils vivent dans leur propre vie.

#### **II/2.1.2.b Études ne retrouvant pas davantage de psychopathologie chez les descendants.**

Lindert et al. (154), a contrario, dans sa revue de littérature, passe en revue 18 études sur l'Holocauste, et note que les données des études de haute qualité ne fournissent aucune preuve cohérente que les enfants de survivants de génocides soient plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale que les comparateurs qui n'étaient pas des enfants de survivants de génocides.

De leur côté, Shenkman et al. (155) trouvent un niveau similaire de symptômes dépressifs autodéclarés chez les G2 homosexuels ( $M = 1,62$ ,  $SD = 0,48$ ) et les non-G2 homosexuels interrogés ( $M = 1,62$ ,  $SD = 0,45$ ),  $F(1, 164) = 0,06$ ,  $p > 0,05$ . Le fait d'être originaire de l'Holocauste n'était pas significativement associé aux symptômes dépressifs.

Preiss et al. (150) ont montré des scores plus élevés pour les mesures du TSPT pour la première génération de survivants de l'Holocauste. Ceci correspond aux résultats rapportés dans la méta-analyse de Barel et al. De 2010 (160), qui a démontré des différences significatives dans le TSPT entre les survivants de l'Holocauste et les participants de comparaison. En revanche, cette différence n'a pas été retrouvée pour les descendants. Ces résultats concordent également avec les résultats de recherche rapportés par Van Ijzendoorn et al. (161).

Levine et al (162) se sont attachés à étudier la schizophrénie dans un échantillon de 51233 personnes sélectionnées sur le registre national Israélien. Elles sont toutes nées entre 1948-1989 et leurs parents sont nés après 1922 en Europe. Le groupe a été divisé en 2 parties : la première est issue de parents juifs exposés au génocide (97% de l'échantillon) et la seconde de parents juifs n'ayant pas connu l'Holocauste (exposés indirectement, 3% de l'échantillon total). De cette étude, les auteurs concluent qu'il n'y a pas de différence significative pour le risque de développer une schizophrénie entre les groupes d'exposition directe (38,43, IC à 95 % = 35,5, 41,40) et indirecte (38,21, IC à 95 % = 21,87, 54,56). De plus, la modélisation par régression de Cox a montré que les groupes d'exposition directe maternelle (HR = 0,93 ; 95% CI 0,61, 1,42) et paternelle (HR = 0,94 ; 95% CI 0,62, 1,44) n'avaient pas un risque significativement plus élevé de schizophrénie que le groupe indirectement exposé. Troisièmement, le pourcentage de réhospitalisation de patients schizophrènes ne variait pas entre les groupes d'exposition directe et indirecte. Et, enfin, aucune période critique du développement n'a été associée au risque de schizophrénie (exposition in utero, 0-2 ans, plus de 2 ans).

Ces résultats sont conformes à d'autres études précédentes (161) concluant que les G2 ne diffèrent pas des non G2, en ce qui concerne divers résultats psychologiques.

### **II/2.1.3 Rwanda.**

8 articles ont été inclus concernant les descendants de survivants du génocide rwandais et sont présentés dans le tableau 6.

#### **II/2.1.3.a Études retrouvant davantage de psychopathologie chez les descendants.**

Le TSPT a été exploré chez trois groupes rwandais de dyades mères/enfants classées en fonction de leur degré d'exposition au génocide de 1994 perpétré contre les Tutsi ( survivantes, non exposées mais vivant au Rwanda, non exposées vivant en dehors du Rwanda) (163). L'étude a révélé que la probabilité de souffrir d'un TSPT était décroissante en fonction du niveau d'exposition : 75 % plus faible pour le groupe des personnes non ciblées dans le pays que pour le groupe des survivantes (OR = 0,25,  $p < .001$ ), et 70 % plus faible pour le groupe des expatriées que pour les survivantes (OR = 0,30,  $p < .001$ ). Ensuite, elle a également révélé que la probabilité de souffrir d'un TSPT était 66% plus faible pour les enfants nés de mères non ciblées dans le pays que pour les enfants de survivants (OR = 0,44,  $p < .001$ ) et 73% plus faible pour les enfants nés de mères expatriées que pour les enfants de survivants (OR = 0,27,  $p < .001$ ).

La présente étude apporte un complément important à la littérature, car elle explore le TSPT chez trois groupes de mères classées en fonction de leur degré d'exposition au génocide de 1994 contre les Tutsis. Un taux de prévalence très élevé de TSPT a été constaté chez les mères survivantes, suivies par les mères d'expatriés et, enfin, par les mères non ciblées dans le pays. Dans l'ensemble, les résultats révèlent une forte prévalence de TSPT chez les Rwandais, et le groupe le plus vulnérable est celui des survivants et de leur progéniture. Les données indiquent que le statut de la mère ( survivante, non ciblée, ou expatriée) a influencé le développement du TSPT chez sa progéniture, tandis que le niveau ou le degré de traumatisme subi par la mère (élevé, modéré ou faible) n'a pas eu d'impact significatif sur le développement du TSPT chez sa progéniture.

Le groupe des expatriés, qui n'étaient pas physiquement présentes dans le pays pendant le génocide, a constitué une curieuse exception, mais a connu le deuxième taux le plus élevé de prévalence du TSPT. Cela indiquerait que le groupe des expatriés a été indirectement touché et affecté par la perte de nombreux membres de la famille.

Dans le même ordre d'idée, Shrira et al. (164) notent que les enfants de parents souffrant de TSPT ont signalé des symptômes de traumatisme secondaire plus fréquents que les enfants de parents ne souffrant pas de TSPT ( $r = 0,40$  et  $0,44$ ,  $p < 0,01$ , respectivement). Uwizeye et al. (170) se sont intéressés à la question du viol génocidaire. Dans la revue de littérature qualitative, ils notent que certaines mères affirmaient que leurs enfants étaient des fardeaux qu'elles devaient porter sans aucun soutien de leur famille, de la communauté ou du

Tableau 6 : Caractéristiques et résultats principaux des études traitant du génocide Rwandais.

Titre	Auteur	Année	Type d'étude	k	n	Caractéristiques des sujets.	Résultats.
Psychopathology of children of genocide survivors: a systematic review on the impact of genocide on their children's psychopathology from five countries. (154)	Lindert	2016	Revue systématique de la littérature	2	2431	Enfants de survivants de génocides et groupe témoin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de preuve que les G2 soient plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale que le groupe témoin.</li> <li>- Une seule étude a évalué la santé mentale des parents et n'a pas trouvé de lien entre le TSPT chez les mères rwandaises et le TSPT chez leurs enfants de 12 ans.</li> </ul>
TSPT prevalence among resident mothers and their offspring in Rwanda 25 years after the 1994 genocide against the Tutsi. . (163)	Mutuyimana	2019	Transversale comparative		864	<p>432 dyades mères/enfants rwandais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grp 1 : 174 dyades survivants du génocide</li> <li>- Grp 2 : 150 dyades vivant au Rwanda mais non ciblées par le génocide</li> <li>- Grp 3 : 108 dyades d'expatriés.</li> </ul>	<p>TSPT prévalence:</p> <p>mère Grp 1 : 18,8%. enfant Grp 1 : 10 %  mère Grp 2 : 6,2%. enfant Grp 2 : 4,4 %  mère Grp 3 : 5,2%. enfant Grp 3 : 2,1 %</p> <p>Probabilité de TSPT :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 75 % plus faible chez les enfants que chez leurs mères (OR = 0,25, p &lt; 0,001)</li> <li>- 75 % plus faible pour le groupe des personnes non ciblées dans le pays que pour le groupe des survivants (OR = 0,25, p &lt; .001)</li> <li>- 70 % plus faible pour le groupe des expatriés que pour les survivants (OR = 0,30, p &lt; .001).</li> <li>- 66% plus faible pour les enfants nés de mères non ciblées dans le pays que pour les enfants de survivants (OR = 0,44, p &lt; .001)</li> <li>- 73% plus faible pour les enfants nés de mères expatriées que pour les enfants de survivants (OR = 0,27, p &lt; .001).</li> </ul> <p>Le statut de la mère ( survivante, non ciblée, ou expatriée) a influencé le développement du TSPT chez sa progéniture, tandis que le niveau ou le degré de traumatisme subi par la mère (élevé, modéré ou faible) n'a pas eu d'impact significatif sur le développement du TSPT chez sa progéniture.</p>
Are the Offspring Still Affected by their Mothers' Genocidal Rape 28 Years Ago?: Thematic Analysis of Offspring Experience. . (165)	Nyirandamutsa	2023	Analyse qualitative thématique		32	6 dyades: mères et leur enfant né d'un viol génocidaire.	Les problèmes psychologiques des enfants adultes retrouvés sont: alexithymie, agressivité, abus de toxiques, manque de confiance en soi, humeur dépressive persistante et idées suicidaires.

A comparative study of psychotic and affective symptoms in Rwandan and Kenyan students. . (166)	Owoso	2018	Transversal e comparative	1628	- 2800 adolescents kenyans. - 1628 adolescents rwandais.	Rwandais: - Scores de psychose significativement plus élevés que les Kenyans ( $p < 0,001$ ). - Charge plus élevée de symptômes psychotiques, (5.35% atteignant le seuil de haut risque clinique de psychose). - Taux plus élevé de symptômes psychotiques femmes / hommes. (aWERCAP femmes : 11.78 [9.13] ; hommes : 9.50 [8.61] ; $p < 0.001$ ).
Complex TSPT and intergenerational transmission of distress and resilience among Tutsi genocide survivors and their offspring: A preliminary report. . (167)	Shrira	2019	Transversal e descriptive	60	G2, avec ou sans TPST parental.	- Prévalence TSPT parental 26,7 % - La traumatisation secondaire des enfants est liée au TSPT parental ( $r = 0,40$ , $p < 0,01$ ). - Les enfants de parents souffrant de TSPT ont signalé des symptômes de traumatisation secondaire plus élevés que le Grp d'enfant sans TPST parental ( $p < 0,0001$ ).
Double Jeopardy: Young adult mental and physical health outcomes following conception via genocidal rape during the 1994 genocide against the Tutsi in Rwanda. . (168)	Uwizeye	2021	Transversal e comparative	61	91 Rwandais conçus pendant le génocide. - Grp 1 : 30 conçus à la suite d'un viol génocidaire - Grp 2: 31 conçus par des survivants du génocide qui n'ont pas été violés. - Grp 3: 30 conçus en dehors du Rwanda.	- Grp 2 : résultats significativement moins bien que le Grp 3 pour le TSPT ( $B = 12,68$ , $p = 0,008$ ), l'anxiété ( $B = 11,56$ , $p = 0,002$ ) et la dépression ( $B = 8,00$ , $p = 0,001$ ). - Grp 1 : résultats encore plus mauvais que Grp 2 en ce qui concerne la dépression ( $B = 8,00$ , $p = 0,001$ ) et le TSPT ( $B = 12,68$ , $p = 0,008$ ).
Associations between duration of first trimester intrauterine exposure to genocide against the Tutsi and health outcomes in adulthood. . (169)	Uwizeye	2023	Transversal e comparative	61	91 Rwandais conçus pendant le génocide. - Grp 1 : 30 conçus à la suite d'un viol. - Grp 2 : 31 conçus par des survivants du génocide qui n'ont pas été violés. - Grp 3 : 30 conçus en dehors du Rwanda.	-Grp 1 : pas d'association significative entre conception plus tôt dans le génocide et les résultats à l'âge adulte (anxiété : $\beta = 0,15$ , $p = 0,436$ ; dépression : $\beta < 0,01$ , $p = 0,983$ ). - Grp 2 : une exposition plus longue au génocide au premier trimestre était significativement associée à des résultats plus défavorables en matière de santé mentale, avec des scores d'anxiété plus élevés ( $\beta = 0,51$ , $p = 0,004$ ) et des scores de dépression plus élevés ( $\beta = 0,35$ ; $p = 0,051$ ). - Grp 3 : pas d'association entre la durée de l'exposition au premier trimestre et l'anxiété $\beta = 0,06$ , $p = 0,722$ ou la dépression ( $\beta = 0,12$ , $p = 0,513$ ).
Children born of genocidal rape: What do we know about their experiences and needs? (170)	Uwizeye	2021	Revue de la littérature qualitative, méthode inductive	10	489 - 10 articles sur enfants nés de viols génocidaires au Rwanda	- Nombreux symptômes traumatiques observés chez les jeunes nés d'un viol génocidaire. - Recours plus important à l'alcool comme mécanisme d'adaptation. - Enfants mal pris en charge au début de leur vie -Taux plus élevés de problèmes anxio-dépressifs.

gouvernement (171,172,173). Le manque d'appartenance s'est étendu au niveau de la communauté, où les jeunes ont été marginalisés, tandis que leurs mères ont connu l'exclusion sociale. Les adolescents nés d'un viol génocidaire se sont décrits comme des "cibles de tir". Ils décrivent leur origine comme un "cancer" pour exprimer la culpabilité intériorisée liée au sentiment que leur existence est un rappel constant de l'expérience douloureuse et une source de conflit entre les membres de la famille.

Les résultats ont démontré que les enfants issus de viol ont de moins bons résultats de santé mentale que ceux dont les parents ont été exposés au génocide, qui eux ont de moins bons résultats de santé mentale que le groupe non exposé. De plus, les personnes conçues d'un viol génocidaire avaient un plus grand nombre d'expériences négatives durant l'enfance, ce qui était associé à une moins bonne santé à l'âge adulte.

Des comportements tels que les pleurs fréquents, l'agressivité, le repli sur soi et d'autres symptômes traumatiques ont également été couramment observés chez ces jeunes (171,173). Ces enfants sont souvent mal soignés au début de leur vie et connaissent des taux plus élevés de problèmes de santé mentale et de consommation d'alcool, ainsi que de discrimination et de rejet par l'ensemble de leur communauté, semblant porter ainsi l'héritage intergénérationnel du viol de leur mère.

Sur le même thème, Nyiradamutsa et al (165) dans leur étude qualitative, mettent en évidence que les problèmes psychologiques des enfants adultes, retrouvés dans ces entretiens, se répartissent en six catégories : alexithymie, agressivité, abus de toxiques, manque de confiance en soi, humeur dépressive persistante et idées suicidaires. A cela s'ajoute le sentiment de rejet par leur mère, l'absence de représentation d'une mère vers laquelle se tourner pour obtenir de l'aide, le manque d'autonomie, le manque d'amour et de solidarité, et le manque de lien affectif parent-enfant. Ils précisent que, parce que le Rwanda est une nation patriarcale et que les enfants sont souvent liés à la lignée de leur père, les effets du viol sont aggravés. Cela implique qu'une partie importante de la société considère les victimes de viols en temps de guerre comme des membres de l'ennemi.

Faisant écho à Uwizeye et al (168), certaines victimes de viols ont développé une haine pour leur progéniture avant même qu'ils ne soient nés, en raison de la stigmatisation, du harcèlement dès la naissance et du fait que l'enfant est un rappel permanent des abus qu'elles ont subis. Ces résultats indiquent que les viols génocidaires n'ont pas seulement eu un impact à long terme sur les mères, mais aussi sur les enfants nés de ces viols, davantage par l'impact social et relationnel que par la pathologie maternelle.

Trois groupes de Rwandais nés pendant le génocide (n=91) ont été suivis dans l'étude b de Uwizeye publiée également en 2021 (170). Les sujets du premier groupe sont issus de viol génocidaire, les seconds sont nés d'unions consenties durant le génocide et les troisièmes sont nés en dehors du Rwanda à la même période. L'objectif de cette étude était d'évaluer la

relation entre une série de résultats en matière de santé mentale à l'âge adulte et le stress maternel extrême lié au génocide et à la guerre civile, et de déterminer comment l'exposition à des facteurs de stress cumulatifs tout au long de la vie peut avoir un impact sur la santé. Le groupe 1 a obtenu des résultats plus mauvais que les participants du groupe 2 en ce qui concerne la dépression ( $B = 8,00$ ,  $p = 0,001$ ), l'anxiété ( $B = 8,00$ ,  $p = 0,001$ ) et le TSPT ( $B = 12,68$ ,  $p = 0,008$ ). Le groupe 2 a obtenu des résultats significativement moins bons que le groupe 3 en ce qui concerne le TSPT ( $B = 12,68$ ,  $p = 0,008$ ), l'anxiété ( $B = 11,56$ ,  $p = 0,002$ ) et la dépression ( $B = 8,00$ ,  $p = 0,001$ ).

Ces résultats démontrent que les jeunes adultes rwandais conçus pendant le génocide ont de moins bons résultats par rapport aux jeunes adultes rwandais qui n'ont pas été exposés au génocide. Puis que les jeunes adultes rwandais conçus par viol génocidaire ont des résultats encore plus médiocres lorsqu'ils sont comparés à ceux qui ont été exposés au stress maternel lié au génocide uniquement. Ces résultats sont cohérents avec des études antérieures sur les différences de santé entre les enfants de survivantes du génocide et ceux de femmes non exposées (99, 163, 174).

Une seconde étude incluant les mêmes participants d'Uwizeye et al (169) étudie le lien entre la durée d'exposition au génocide au premier trimestre in utero et l'impact sur la santé mentale. Dans les groupes 1 et 3, il n'y a aucune association significative entre le fait d'avoir été exposé plus longtemps au génocide lors du premier trimestre et les résultats en matière de santé mentale à l'âge adulte (G1 : anxiété  $\beta : 0,15$ ,  $p = 0,436$  ; dépression  $\beta : <0,01$ ,  $p = 0,983$ ,. G3 : anxiété  $\beta : 0,06$ ,  $p = 0,722$  ; dépression  $\beta : 0,12$ ,  $p = 0,513$ ).

Dans le groupe 2, une durée plus longue d'exposition au génocide au cours du premier trimestre était significativement associée à des résultats plus défavorables en matière de santé mentale : scores d'anxiété plus élevés ( $\beta = 0,51$ ,  $p = 0,004$ ) et à des scores de dépression plus élevés ( $\beta = 0,35$  ;  $p = 0,051$ ).

Ainsi, la durée de l'exposition au génocide au cours du premier trimestre n'a pas permis de prédire les différences de santé mentale chez les adultes conçus par viol génocidaire. Il est probable que les personnes conçues par viol génocidaire aient été exposées à un stress maternel extrême dû au traumatisme et à la stigmatisation du viol au-delà de la fin du génocide, étendant la durée de l'exposition à un stress prénatal extrême du premier trimestre à l'ensemble de la gestation, de sorte que la durée du premier trimestre n'explique pas à elle seule les variations significatives des résultats en matière de santé mentale chez l'adulte. De fait, les conséquences d'avoir été conçu par un viol génocidaire persistent dans l'enfance et à l'âge adulte (168, 175, 176).

En effet, les expériences négatives vécues pendant l'enfance étaient plus fréquentes chez ces personnes et modéraient de manière significative les effets de l'exposition au viol gestationnel prénatal sur les résultats à l'âge adulte (176). Cette étude soutient donc la conclusion selon

laquelle la variation des résultats pour les personnes exposées au viol génocidaire a été influencée par un continuum d'expositions prénatales et d'expériences postnatales. Ces ensembles de résultats suggèrent que, pour les personnes conçues par viol génocidaire, l'exposition prénatale au stress a dépassé le génocide lui-même et a probablement persisté tout au long de la gestation.

Cependant, une exposition plus longue au premier trimestre était associée à de moins bons résultats dans le groupe exposé uniquement au génocide. Il est possible que les systèmes tampons maternels soient suffisants pour faire face à des périodes d'adversité plus courtes (177), ce qui expliquerait l'effet réduit chez les personnes conçues plus tard au cours de la période du génocide.

Une seule étude traite spécifiquement des troubles psychotiques dans cette population, en se basant sur deux groupes d'étudiants, rwandais d'un côté et kényans de l'autre. Pour A. Owoso et al (166), les étudiants rwandais ont des scores de psychose totale ( $p < 0,001$ ) significativement plus élevés que les étudiants kényans de comparaison, avec une charge plus élevée de symptômes psychotiques, dont 5.35% atteignent le seuil de haut risque clinique de psychose. Les données soulignent une différence significative en fonction du sexe ; les femmes rwandaises rapportant des taux plus élevés de symptômes psychotiques que les hommes (scores aWERCAP femmes : 11.78 [9.13] ; hommes : 9.50 [8.61] ;  $p < 0.001$ ).

#### **II/2.1.3.b Études ne retrouvant pas davantage de psychopathologie chez les descendants.**

Dans la revue systématique de la littérature réalisée par Lindert et al (154), aucune des données des études de haute qualité ne fournit de preuve cohérente que les enfants de survivants de génocides sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale que les comparateurs autres que les enfants de survivants de génocides.

Par contre, parmi les événements de la vie étudiés, la violence familiale a été associée à davantage de psychopathologies chez les enfants des survivants. Notamment, une seule étude a évalué la santé mentale des parents (178). Elle n'a trouvé aucune preuve que le TSPT chez les mères rwandaises était associé au même problème chez leurs enfants de 12 ans. A contrario, l'expérience de la violence familiale de la mère avait un impact réel et important dans la santé mentale de l'enfant. Cette étude remet en question une opinion largement répandue, selon laquelle les enfants de survivants courent un risque accru de mauvaise santé mentale.

#### **II/2.1.4 Bosnie.**

3 études traitant de la deuxième génération après le génocide bosniaque ont été trouvées, et sont présentés dans le tableau 7.

##### **II/2.1.4.a Études retrouvant davantage de psychopathologie chez les descendants.**

Schick et al (179) révèlent que des taux élevés de symptômes de stress post-traumatique, d'anxiété et de dépression dépassant les seuils respectifs ont été observés chez les enfants et les parents survivants. Les taux de prévalence des enfants étaient inférieurs à ceux de leurs parents en ce qui concerne le stress post-traumatique et la dépression, mais pas en ce qui concerne l'anxiété. Les scores des symptômes chez les enfants étaient de 9,7 (écart-type 8,9) pour le TSPT, 13,1 (écart-type 8,3) pour l'anxiété et 8,0 (écart-type 6,0) pour la dépression. Les scores des symptômes chez les mères étaient de 11,6 (écart-type 13,0) pour le TSPT et de 2,0 (écart-type 0,7) pour l'anxiété et la dépression. Les scores de symptômes chez les pères étaient de 8,7 (SD 10,2) pour le TSPT, 1,7 (SD 0,7) pour l'anxiété et 1,6 (SD 0,6) pour la dépression. La relation la plus forte a été observée entre les symptômes dépressifs des enfants et les scores des pères pour les symptômes de TSPT, de l'anxiété et de la dépression. Contrairement à certaines études sur l'Holocauste, une corrélation significative a été trouvée entre les symptômes de TSPT paternel et ceux des enfants, alors que les symptômes maternels n'étaient en aucun cas en corrélation avec ceux des enfants.

Les taux de prévalence élevés des symptômes cliniquement pertinents du TSPT (10, 33 et 27 %, respectivement), de l'anxiété (51, 61 et 41 %, respectivement) et de la dépression (20, 57 et 37 %, respectivement) chez les enfants, les mères et les pères de l'échantillon sont conformes aux études antérieures menées dans les Balkans d'après-guerre (112, 180, 181). Uwizeye et al. (168) dans leur revue de littérature recensent 2 articles à propos d'enfants nés de viols génocidaires dans l'ex-Yougoslavie. Les résultats en matière de santé à l'âge adulte étaient associés au fait d'avoir été conçu pendant le génocide ; les pires résultats étant enregistrés par les personnes conçues à la suite d'un viol génocidaire par rapport à celles conçues pendant le génocide d'une union consentie.

Ils notent que les mères vivent mal l'arrivée de l'enfant et se sentent exclues de la communauté. De fait, les jeunes ont été marginalisés. Des affects dépressifs, et des symptômes traumatiques ont également été couramment observés. Un recours plus important à l'alcool comme mécanisme d'adaptation est noté. De par leur exclusion, ces enfants sont souvent mal soignés au début de leur vie et connaissent des taux plus élevés de problèmes de santé mentale.

Tableau 6 : Caractéristiques et résultats principaux des études traitant du génocide bosniaque.

Titre	Auteur	Année	Type d'étude	k	n	Caractéristiques des sujets.	Résultats.
Trauma, mental health, and intergenerational associations in Kosovar Families 11 years after the war. (179)	Schick	2013	étude transversale		153	51 triades de familles: mère, père survivant, enfant.	Prévalences père / mère / enfant: TSPT 27,5% / 33,3% / 9,8% anxiété 41,2% / 60% / 51% dépression 37,3% / 56,9% / 19,6
Psychopathology of children of genocide survivors: a systematic review on the impact of genocide on their children's psychopathology from five countries. (154)	Lindert	2016	revue de la littérature systématique	20	2431	G2 et non-G2	Pas de preuve cohérente que G2 soit plus susceptible d'avoir des problèmes de santé mentale que les comparateurs.  Pas d'argument pour la théorie de la transmission transgénérationnelle des traumatismes.

<p>Children born of genocidal rape: What do we know about their experiences and needs? (170)</p>	<p>Uwizeye</p>	<p>2021</p>	<p>revue de la littérature qualitative, méthode inductive</p>	<p>12</p>	<p>710</p>	<p>2 articles sur les enfants nés de viols génocidaires dans l'ex-Yougoslavie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombreux symptômes traumatiques observés chez les jeunes nés d'un viol génocidaire.</li> <li>- Recours plus important à l'alcool comme mécanisme d'adaptation.</li> <li>- Enfants mal pris en charge au début de leur vie</li> <li>- Taux plus élevés de problèmes anxio-dépressifs.</li> </ul>
--	----------------	-------------	---	-----------	------------	--	--

#### **II/2.1.4.b Études ne retrouvant pas davantage de psychopathologie chez les descendants.**

Lindert et al. (154) ne trouvent pas de preuve cohérente que la 2ème génération de survivants de génocides soit plus susceptible d'avoir des problèmes de santé mentale que les comparateurs.

#### **II/2.2 Synthèse des résultats par pathologies psychiatriques.**

Comme on peut le voir dans le tableau 8 ci-après, la majorité des études recensées a orienté ses recherches au sein de la deuxième génération vers 3 troubles psychiatriques : les troubles traumatiques, les troubles dépressifs et les troubles anxieux. En proportion, le TSPT est présent dans 72% des études, les troubles dépressifs dans 85% et les troubles anxieux dans 59%.

En comparaison, les troubles psychotiques ne sont présents que dans 22%, les troubles addictifs dans 13%, et les idées suicidaires dans 4,5% dans ces études recensées.

Plusieurs travaux montrent une forte comorbidité entre le TSPT et la dépression chez des populations diverses exposées au génocide. La proportion de personnes qui ont une comorbidité du TSPT et de dépression varie selon les études mais reste très élevée (143, 144, 159, 179).

Tableau 7: Synthèse des résultats par pathologies psychiatriques.

Auteurs année	TSPT	Troubles dépressifs	Troubles anxieux	Troubles psychotiques	Troubles addictifs	Idées suicidaires
<b>Arménie</b>						
<b>Bosnie</b>						
Schick et al. 2013 (179)	X*	X	X			
Lindert et al. 2016 (154)	=**	=	=	=		
Uwizeye et al. 2021a (168)	+****	+	+		+	
<b>Holocauste</b>						
Danieli et al. 2016 (143)	X	X	X			
Dashorst et al. 2019 (144)	+	+	+			
Dekel et al. 2013a (159)	T1 : + T2 : + T3 : -	T1 : - T2 : - T3 : -	T1 : + T2 : - T3 : -	T1 : -**** T2 : - T3 : +		
Dekel et al. 2013b (152)	T1 : - T2 : - T3 : -	T1 : - T2 : - T3 : +	T1 : = T2 : - T3 : +	T1 : - T2 : + T3 : -		
Greenblatt- Kimron et al. 2021 (147)	+	+	+			
Hoffman et al. 2019 (149)		+				
Levine et al 2016 (162)				=		
Preiss et al. 2022 (150)	=					
Lindert et al. 2016 (154)	=	=	=			
Shenkman et al. 2018 (155)		=				
<b>Rwanda</b>						
Mutuyimana et al. 2019 (163)	+					
Nyirandamutsa et al. 2023 (165)		X			X	X
Owoso et al. 2018 (166)				+		
Shrira et al. 2019 (164)	+	+	+			
Uwizeye et al. 2023 (169)	X	X				
Uwizeye et al. 2021a (168)	+	+	+		+	
Uwizeye et al. 2021b (182)	+	+	+			
Lindert et al. 2016 (154)	X	X	X			
<p>+ = prévalence du trouble supérieure à celle retrouvée dans le groupe contrôle.                      - = prévalence du trouble inférieure à celle retrouvée dans le groupe contrôle.                      = = prévalence du trouble identique au groupe contrôle.                      X = trouble traité dans l'étude sans donnée chiffrée.</p>						

### **II/2.3 Conclusions à propos des troubles psychiatriques retrouvés chez la première génération de descendants de survivants de génocide.**

L'étude de l'impact d'un génocide sur les descendants de survivants est largement dominée par les recherches sur l'Holocauste et sur le Rwanda. Aucune étude traitant du génocide arménien sur ces thèmes précis n'a été retrouvée. Une minorité d'études ont été réalisées sur la Bosnie après 1994.

Dans la grande majorité des cas, ces études amènent des preuves que la deuxième génération est impactée de manière importante par le génocide ayant touché leurs parents. Les données disponibles suggèrent que les caractéristiques des parents contribuent à la vulnérabilité et au développement des pathologies psychiatriques dans le groupe des descendants.

La transmission genrée du traumatisme ressort de plusieurs études. Il a été observé que les mères survivantes de l'Holocauste ont une plus grande influence sur le bien-être mental de leur progéniture que les pères, constat souvent partagé par les études menées au Rwanda.

Un effet dose est au cœur de certaines conclusions de travaux de recherche. Cet effet illustre que plus les parents souffrent de trouble psychiatrique en intensité, plus la progéniture sera impactée. Ainsi la prévalence de troubles psychiatriques de la deuxième génération est nettement supérieure aux groupes contrôles et à la population générale, mais semble aussi corrélée au TSPT des parents (147, 163, 164, 179).

De plus, certaines études vont dans le sens d'un effet cumulatif du des traumatismes. Avoir deux parents survivants entraînerait des problèmes de santé mentale encore plus importants chez les descendants.

Il peut y avoir d'autres facteurs pertinents chez les enfants de survivants, tels que ceux liés aux caractéristiques du génocide spécifique et à la perturbation intentionnelle des liens familiaux. Ainsi, d'après Lindert et al (154), les survivants du génocide arménien et de l'Holocauste étaient moins susceptibles d'être rejetés ou trahis par leurs propres parents ou d'autres membres de la famille/amis car ils ont été considérés comme victimes ou héritiers de ces fardeaux. Dans ces cas, le génocide est peut-être moins susceptible d'ébranler la confiance de base dans les proches parents.

En revanche, au Rwanda et en Bosnie, les enfants issus de viol ont souvent été synonymes de "trahison" ou "fardeaux" eux-mêmes. La violence familiale qui en a découlé a été associée à davantage de psychopathologies chez les enfants des survivants que la pathologie des parents. Cet ensemble de facteurs paraît avoir des effets durables sur leur santé mentale. En

outre, au Rwanda et en Bosnie, des taux élevés de psychopathologie chez les enfants ont été associés à de mauvaises conditions de vie après le génocide liées aussi à l'évolution du pays après ce désastre. L'exemple le plus frappant est celui des enfants issus de viol génocidaire surtout étudié au Rwanda et en Bosnie. Ces enfants semblent davantage souffrir du rejet parental et des violences communautaires que de l'état de santé des parents. Dans ces conditions, il serait intéressant de pouvoir comparer les enfants de parents survivants de génocide souffrant de TSPT, dont une partie serait issue de viol génocidaire et l'autre d'union consentie.

Cependant, il est notable que certaines études soutiennent la théorie de la transmission du traumatisme sur la deuxième génération mais en concluent qu'elle représente une force d'adaptation à long terme, avec une diminution de la symptomatologie psychiatrique comparativement à une population non exposée au traumatisme transgénérationnel.

En proportion, le thème du traumatisme revient le plus souvent, suivi de la dépression et de l'anxiété. Les symptômes psychotiques ont une place minime dans ces recherches, et les thèmes autour des conduites addictives et des problématiques suicidaires sont présents de manière anecdotique, ce qui surprend au vu de la prévalence de cette comorbidité dans les troubles psychiatriques et de stress tout particulièrement.

Enfin, quelques études, même si minoritaires, semblent ne pas abonder en ce sens, et ne retrouvent pas de lien entre l'exposition parentale à un génocide et la morbidité de la descendance, amenant une contradiction intéressante.

## Discussions.

---

### I/ Résultats principaux concernant la génération 1.

La prévalence médiane globale retrouvée de l'EPST chez les survivants de génocide est située entre 27 et 49%. La prévalence médiane retrouvée, tous génocides confondus, est de 39%.

Ces résultats concordent avec d'autres prévalences retrouvées dans des méta-analyses traitant de sujets similaires. Pour illustration, l'étude de Nguyen et al (183) retrouve une prévalence du TSPT à 31% chez des réfugiés de guerre syriens en 2011.

Dans son étude systématique et sa méta-analyse Attanayake et al (184) notent que la prévalence des troubles mentaux est beaucoup plus élevée chez les enfants qui ont connu la guerre, et que le TSPT avait une estimation globale groupée de 47 %. Dans le même ordre d'idée Agbaria et al en 2021 (185) retrouvent dans leur méta-analyse sur les enfants et adolescents palestiniens exposés à la violence une prévalence du TSPT de 36 %.

La méta-analyse de Steel et al (186) a étudié les zones où la guerre et la torture avaient cessé depuis moins d'un an à travers 161 articles. La prévalence du trouble était estimée à 30,6 %.

Enfin, la méta analyse de Dworkin et al (187) concernant les agressions sexuelles à un an a retrouvé une prévalence de TPST de 47,94 %.

Il nous a semblé plus judicieux de présenter ce résultat, certes imprécis mais plus fiable que la prévalence poolée retrouvée par la méta-analyse.

Les résultats poolés de la méta-analyse, qu'ils soient calculés par la méthode de transformation par fonction arcsin ou analysés par la méthode du modèle mixte basée sur l'analyse de variance, nous appellent à une grande prudence quant à leur interprétation. Il nous est difficile de comprendre réellement pourquoi nous retrouvons ces résultats, mais il est possible que l'hétérogénéité des clusters et des échantillons de populations conduise à de nombreux facteurs de confusion biaisant les résultats. En effet, quand on regarde les résultats du tableaux 3, les échantillons ont des caractéristiques diverses, et ces caractéristiques peuvent avoir des effets différents sur la psychopathologie du TSPT comme nous l'avons expliqué dans la partie généralité (âges différents au moment de l'exposition, âges différents au moment de l'étude, origine et évolution différentes, génocide plus ou moins éloigné dans le temps, etc.).

Les résultats de l'analyse GeSuq de la représentativité de la population peuvent être en lien avec la prise en compte de l'hétérogénéité des expériences des survivants du génocide.

L'évaluation des facteurs de confusion potentiels a révélé une inclusion relativement cohérente de facteurs démographiques tels que l'âge et le sexe, mais une prise en compte moins fréquente de variables telles que l'éducation, la situation matrimoniale et la profession. En outre, l'examen des évènements stressants récents de la vie en tant qu'amplificateurs

potentiels des symptômes psychopathologiques a été particulièrement rare, ce qui suggère un domaine à explorer plus en profondeur dans les recherches futures.

Nous n'avons pas retrouvé d'études portant sur la prévalence des TSPT chez les survivants du génocide arménien. De même, les études portant sur d'autres indicateurs de TSPT de la même population ont été très rares parmi les nombreux articles que nous avons triés. Ce phénomène pourrait être expliqué par le fait que c'est le génocide le plus ancien (1915-1923) parmi les 4 que nous avons étudiés. Depuis les années 90 (début de numérisation des recherches médicales), il ne reste probablement que très peu de survivants de ce génocide. Enfin, les études qui auraient pu être conduites avant n'ont peut-être pas été numérisées.

Il existe une proportion d'études plus importante pour le Rwanda, s'expliquant par le caractère plus actuel du génocide et de la nosographie récente du TSPT. La Bosnie en est un contre-exemple. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elle est un ancien pays communiste (ex-Yougoslavie) avec une paucité de la culture épidémiologique, une forte instabilité politique (incluant une perte de données importante, une écriture d'articles en Serbe ou en Russe etc.), et une part de publications non transmises ou non numérisées dans les bases de données internationales (plutôt occidentales et écrites en anglais).

## **II/ Résultats principaux concernant la génération 2.**

### **II/A Rappels des résultats principaux.**

D'une manière générale, il se dégage des études que la génération qui succède aux survivants de génocide a davantage de problématiques psychiatriques que ses homologues, sur 3 grands thèmes principaux : les troubles dépressifs, anxieux et traumatiques. Ces résultats correspondent à une majorité d'études dans la littérature qui n'ont pas été incluses de par les critères d'inclusion précis de la présente thèse, mais qui apportent des points d'intérêt supplémentaires à la recherche. Plusieurs sous-parties se dégagent de cette conclusion :

#### **II/A.1 L'effet dose.**

Plus le parent semble ébranlé par son expérience du génocide, plus il y aura de répercussion néfaste sur ses enfants. De ce fait, le TSPT des parents était particulièrement associé au TSPT et aux symptômes dépressifs chez les G2. Le TSPT parental a aussi été associé de manière significative à un nombre plus élevé de cas signalés de maltraitance d'enfants, de violences psychologiques, de négligences physiques et d'abus sexuels. Le document *Offspring psychological and biological correlates of parental posttraumatic stress*, est une revue de littérature contenant 105 articles traitant des conséquences bio-psychologiques affectant les descendants de parents souffrant de TSPT dans différents contextes (145). Elle

retrouve des résultats similaires à ce qu'on observe chez les descendants de survivants de génocide, notamment que le TSPT parental est associé à un risque accru de troubles psychiatriques chez les descendants. Lambert et al. (188) dans la méta-analyse de 2014 recensant 42 études sur le lien entre la sévérité du TSPT parental de manière générale et la psychopathologie des enfants affirme que le TSPT parental est associé à la détresse et aux problèmes de comportement de l'enfant. Ainsi, les effets du milieu familial après le génocide ont été plus importants que ceux de l'histoire génocidaire familiale. Pris dans leur ensemble, ces résultats suggèrent une multiplicité d'influences des parents survivants sur leur progéniture, conduisant ou non à une psychopathologie accrue chez les descendants.

Fossion et al. (189) dans une étude de 2014 trouvent que la présence d'un traumatisme majeur de première génération se traduit par un pourcentage plus élevé de familles dysfonctionnelles, et que les descendants "présentent des capacités moindres à faire face à l'adversité."

### **II/A.2 La transmission genrée du traumatisme.**

Il a été observé que les mères survivantes de l'Holocauste ont une plus grande influence sur le bien-être mental de leur progéniture que les pères survivants de l'holocauste ; constat qui est souvent retrouvé dans les études menées au Rwanda. Yehuda et ses collègues en 2008 (148) ont ainsi trouvé un effet plus robuste du TSPT des mères sur la psychopathologie des enfants comparé à l'effet du TSPT des pères chez des survivants de l'Holocauste. Des résultats semblables ont été documentés auprès de familles de vétérans de la guerre du Golf (190). L'anxiété de la mère était un plus fort prédicteur de la psychopathologie des enfants en comparaison du TSPT des pères. Il a été suggéré que l'effet supérieur du TSPT de la mère serait dû à un effet sur la programmation du fonctionnement de l'axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien des enfants pendant la grossesse, à travers des mécanismes épigénétiques (141, 148). Une autre hypothèse est que l'effet supérieur du TSPT des mères serait dû à des styles parentaux dysfonctionnels des mères tôt dans la vie des enfants et à un stade clé de développement, d'autant plus que les mères jouent le rôle principal dans l'éducation des enfants dans de nombreuses sociétés humaines (146, 190).

A contrario, d'autres études ont également mis en évidence des effets paternels (157, 179). Ces résultats sont intéressants puisqu'ils apportent une nuance à la transmission maternelle. Ainsi le père, dans une minorité des études, semble lui aussi être le facteur majeur d'influence sur les enfants. Ceci ouvre alors la question de ce qui prévaut le plus envers les enfants entre le rôle parental ou le sexe parental.

### **II/A.3 L'effet cumulatif.**

Certaines études sur l'Holocauste vont dans le sens d'un effet cumulatif du traumatisme. Le fait d'avoir deux parents survivants entraîne des problèmes de santé mentale encore plus importants chez les descendants qu'un parent seul.

Ces résultats étayent la théorie sur la transmission du traumatisme qui a été au cœur de nombreuses autres recherches ces dernières années.

### **II/A.4 Comorbidité entre le TSPT et la dépression.**

Plusieurs travaux en plus de ceux présentés dans cette thèse montrent une forte comorbidité entre le TSPT et la dépression chez des populations diverses exposées aux violences de masse. Au Rwanda, une étude réalisée auprès d'un grand échantillon national a montré que 68% de personnes qui souffraient de TSPT souffraient également de dépression (114). Dans une étude menée en Suisse parmi des réfugiés ayant subi la torture, 47 % remplissaient les critères diagnostiques de TSPT et de dépression (191). Dans un autre échantillon clinique de réfugiés sévèrement exposés à la guerre au Kosovo, 83 % souffraient de TSPT et de dépression (181). De plus, 70 % d'un échantillon de réfugiés africains vivant dans un camp en Ouganda souffraient de TSPT et de dépression (192). Enfin, une méta-analyse de 57 études incluant près de 7000 participants a montré une comorbidité du TSPT et de la dépression chez 52 % des participants (193).

Deux hypothèses principales ont été avancées. La première est que les mêmes facteurs de vulnérabilité à développer une psychopathologie seraient à l'œuvre dans le TSPT et la dépression (194). Ces facteurs de risque peuvent être de nature neurobiologique comme l'hyperréactivité de l'amygdale et le dysfonctionnement de l'axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien (60, 195, 196) ou de nature psychologique comme une faible capacité de régulation émotionnelle et une plus forte tendance à ruminer ou à vivre des affects négatifs (195, 197, 198).

La seconde hypothèse proposée est que la comorbidité du TSPT et de la dépression serait due à la similarité de certains symptômes des deux psychopathologies comme les difficultés de sommeil, les affects négatifs et les difficultés cognitives (196).

Ces résultats montrent l'importance de considérer non seulement le TSPT mais également la dépression dans des études portant sur l'impact psychologique de l'exposition aux traumatismes de masse.

### **II/B Le concept de transmission intergénérationnelle des traumatismes.**

Il suggère que les expériences traumatiques des parents peuvent affecter la santé mentale de leur descendance par différents mécanismes. Ce phénomène est étudié à la suite de la

Seconde Guerre mondiale, avec des discussions académiques débutant dans les années 1960 (199, 200) et des recherches empiriques montrant que les enfants de survivants de l'Holocauste présentent des symptômes psychologiques similaires à ceux de leurs parents, malgré leur naissance postérieure aux événements traumatiques (202–205).

Les données de plus de 100 études convergent généralement vers l'idée que les jeunes enfants de parents souffrant de TSPT présentent des problèmes de santé mentale élevés, et que cet effet est supérieur à un certain nombre de caractéristiques démographiques, environnementales et cliniques pertinentes sur le plan conceptuel (145). Cette transmission se ferait par deux mécanismes principaux :

### **II/B.1 Mécanismes psychologiques liés à l'exposition de la progéniture aux troubles émotionnels, cognitifs et comportementaux des parents.**

Selon la théorie des systèmes familiaux (205–207) la famille est une entité émotionnellement complexe où le fonctionnement psychologique de chaque individu exerce une influence sur les autres membres de la famille (207, 208). Le couple parental joue un rôle clé dans le fonctionnement global de la famille (209). Le fonctionnement sain de l'ensemble du système familial exercerait une influence cruciale sur le développement émotionnel des enfants (210). Les styles parentaux ont été largement étudiés dans la littérature. Ils définissent le climat émotionnel dans lequel les parents élèvent leurs enfants. Ils ont un impact majeur sur le développement socio-émotionnel et les comportements de l'enfant. (211–213).

L'exposition au traumatisme parental peut prendre la forme d'expériences chroniques ou périodiques avec des altérations du comportement parental, de l'affect et/ou des cognitions ayant un impact direct sur leurs enfants. De plus, par définition, les parents souffrant de TSPT présentent une altération fonctionnelle bien plus importante. Des études ont montré que les styles parentaux dysfonctionnels étaient associés à une transmission intergénérationnelle des traumatismes. Par exemple, dans des échantillons de mères survivantes du génocide cambodgien, les styles surprotecteurs et caractérisés par l'inversion des rôles étaient liés à la sévérité des symptômes de dépression et d'anxiété chez leurs filles (214, 215). De plus, des parents souffrant de TSPT ont été associés à des comportements parentaux néfastes et à une plus grande propension à la maltraitance émotionnelle, ce qui était à son tour lié à la sévérité des symptômes de TSPT chez leurs enfants (146, 154).

### **II/B.2 Mécanismes épigénétiques.**

Les facteurs biologiques impliqués dans la transmission intergénérationnelle des traumatismes s'articulent autour des changements épigénétiques, qui altèrent l'activité des gènes sans modifier leur séquence d'ADN. Bien que la littérature sur l'épigénétique n'en soit

qu'à ses débuts, il semblerait que les implications pour la transmission des parents à leur progéniture soient importantes. Il s'agit d'une hypothèse hautement spéculative, mais il est possible que les événements environnementaux, et peut-être le TSPT qui en résulte, auxquels le parent a été exposé créent une signature épigénétique qui peut être héritée par les générations suivantes futures (216).

La transmission intergénérationnelle des traumatismes semble être influencée par des modifications épigénétiques de l'axe HHS, telles que la méthylation de gènes comme NR3C1, impliqué dans la régulation du cortisol (141, 174, 217, 218).

Ces modifications, bien qu'invisibles au niveau de la séquence génétique, peuvent avoir des répercussions significatives sur l'expression des gènes et la réponse biologique au stress et aux traumatismes (174, 219). Les études épigénétiques précliniques démontrent la capacité des variables environnementales, y compris l'exposition au stress prénatal et postnatal, à produire des altérations phénotypiques durables par le biais d'effets sur l'expression des gènes tout au long de la vie (220).

Plus récemment, la recherche en épigénétique et en embryologie a confirmé que les expériences traumatiques peuvent modifier l'épigénome d'un individu en activant ou désactivant des gènes, cela pouvant être transmis aux générations suivantes (221–223). Parmi les études de cas-témoins d'expression génique qui ont été menées, la première a démontré que les cas de TSPT présentaient une expression réduite de nombreux gènes liés au système nerveux et endocrinien par rapport aux témoins (224, 225).

L'épigénétique offre également un aperçu des impacts sur le cerveau limbique émotionnel et les interactions sociales, soulignant ainsi la complexité de la transmission intergénérationnelle des traumatismes (226).

## **II/C Contradictions.**

L'hypothèse majoritaire est que les enfants de parents exposés à un génocide sont à risque accru ou à évolution plus défavorable de problématiques psychiatriques de par la transmission intergénérationnelle des traumatismes. Cette hypothèse ne fait pourtant pas l'unanimité. En plus des études citées dans cette revue, d'autres travaux sur des populations semblables ne soutiennent pas cette hypothèse (227, 228). Par exemple, une étude menée auprès de mères exposées au massacre Cambodgien et leurs enfants n'a pas trouvé de lien entre la sévérité des symptômes du TSPT des mères et les symptômes du TSPT de leurs enfants (229). De même, Muhtz et ses collègues (230) ont trouvé que la sévérité des symptômes psychiatriques était similaire chez des enfants de réfugiés de guerre souffrant de TSPT en comparaison à un groupe de contrôle.

Concernant la transmission genrée, d'autres résultats nuancent le poids de la transmission maternelle en faveur de celle du père (231). Ces divergences sont dues à la place que tient la mère et le père dans le système familial, la mère étant dans les études majoritairement la figure d'attachement et le lien sécurisé de la génération suivante, ou la seule survivante des atrocités (meurtres, viols). Ainsi la plupart des études du Rwanda se concentrent sur l'interaction mère/enfant, laissant la question du père en suspens car une grande proportion des enfants est issue de viols génocidaires, ou est constituée d'orphelins, rendant difficile l'analyse ou la contradiction sur la question de la transmission du traumatisme, de la transmission genrée ou de l'effet cumulatif décrit dans les études sur l'Holocauste. En outre, les mères sont plus souvent que les pères l'aidant principal (232), ce qui augmenterait l'exposition de la progéniture au TSPT de la mère par rapport à celui du père, ainsi qu'aux dysfonctionnements comportementaux, cognitifs et affectifs liés au TSPT parental.

D'ailleurs Lambert et al. dans leur méta-analyse de 2014 recensant 42 études sur le lien entre la sévérité du TSPT parental et la psychopathologie des enfants (188) affirment que les problèmes de comportement de l'enfant sont associés au TSPT parental, mais ne trouvent pas de différence entre les effets du TSPT maternel et du TSPT paternel sur la progéniture.

Par ailleurs, certains chercheurs avancent que les besoins accrus en santé mentale des descendants de génocide sont dus au stress de l'immigration et de l'acculturation plutôt qu'à des traumatismes transmis et/ou hérités (233).

À l'heure actuelle, les conditions dans lesquelles survient la transmission intergénérationnelle des traumatismes ne sont pas claires. La très grande hétérogénéité méthodologique des études entrave la réalisation des méta-analyses. La seule méta-analyse à ce sujet date de 20 ans et a inclus 32 échantillons de survivants de l'Holocauste (161). Les résultats de cette méta-analyse ont montré une transmission intergénérationnelle des traumatismes dans les études ayant recruté des échantillons cliniques et non dans celles ayant recruté aléatoirement des échantillons communautaires. Une autre revue systématique de 20 études réalisées auprès des enfants des survivants des génocides du 20<sup>e</sup> siècle (Rwanda, Cambodge, Bosnie-Herzégovine, Holocauste, génocide contre les Arméniens) a rapporté des résultats hétérogènes (154). Les résultats actuels concernant la transmission intergénérationnelle des traumatismes ne sont donc pas concluants. Cet état de fait souligne la pertinence d'effectuer des études supplémentaires notamment parmi des populations diverses, par exemple, des populations africaines non-exilées (vivant dans leurs pays d'origine).

Ainsi, dans l'ensemble, la traumatisation secondaire telle qu'elle est indiquée par les mesures des symptômes de stress post-traumatique, de la santé mentale générale et de la symptomatologie psychopathologique pourrait être un artefact de la conception des études.

À l'heure actuelle, les conditions dans lesquelles survient la transmission intergénérationnelle des traumatismes ne sont pas claires. La très grande hétérogénéité méthodologique des études entrave la réalisation des méta-analyses. La seule méta-analyse à ce sujet date de 20 ans et a inclus 32 échantillons de survivants de l'Holocauste (162). Les résultats de cette méta-analyse ont montré une transmission intergénérationnelle des traumatismes dans les études ayant recruté des échantillons cliniques et non dans celles ayant recruté aléatoirement des échantillons communautaires. Une autre revue systématique de 20 études réalisées auprès des enfants des survivants des génocides du 20<sup>e</sup> siècle (Rwanda, Cambodge, Bosnie-Herzégovine, Holocauste, génocide contre les Arméniens) a rapporté des résultats hétérogènes (154). Les résultats actuels concernant la transmission intergénérationnelle des traumatismes ne sont donc pas concluants. Cet état de fait souligne la pertinence d'effectuer des études supplémentaires notamment parmi des populations diverses, par exemple, des populations africaines non-exilées (vivant dans leurs pays d'origine).

Ainsi, dans l'ensemble, la traumatisation secondaire telle qu'elle est indiquée par les mesures des symptômes de stress post-traumatique, de la santé mentale générale et de la symptomatologie psychopathologique pourrait être un artefact de la conception des études.

### **III/ Forces de l'étude.**

La présente étude, incarnant une avancée significative dans la compréhension des conséquences psychiatriques intergénérationnelles des génocides, se distingue par plusieurs forces méthodologiques et conceptuelles majeures.

Premièrement, ce travail est la première revue englobant ces quatre génocides spécifiques, ce qui en fait une contribution unique à la compréhension des conséquences psychiatriques intergénérationnelles des génocides.

Deuxièmement, l'approche méthodologique adoptée garantit une rigueur et une exhaustivité exemplaires dans la collecte et l'analyse des données. En employant une stratégie de revue systématique, combinée à une méthodologie de méta-analyse, ce travail dépasse les limites inhérentes aux études individuelles. Cela permet de consolider un corpus de preuves substantielles et d'offrir une synthèse quantitative et qualitative des prévalences du syndrome de stress post-traumatique et d'autres troubles psychiatriques chez les survivants de génocides et leurs descendants. L'inclusion de critères d'éligibilité précis et la recherche exhaustive dans plusieurs bases de données bibliographiques assurent une couverture complète de la littérature pertinente, minorant ainsi le risque de biais de publication.

Troisièmement, cette recherche se distingue par l'introduction d'innovations méthodologiques, notamment l'utilisation de techniques statistiques avancées pour l'analyse des données, qui permettent une évaluation plus précise des effets transgénérationnels des traumatismes.

L'application de modèles analytiques sophistiqués, tels que les modèles d'effets mixtes ou les analyses de réseau, offre une compréhension plus nuancée des interrelations entre différents facteurs psychiatriques et psychosociaux.

Quatrièmement, l'étude contribue à combler un vide dans la littérature scientifique concernant les effets transgénérationnels du trauma génocidaire. En éclairant les mécanismes de transmission du trauma au sein des populations affectées, cette recherche offre des insights cruciaux pour les théories psycho-traumatologiques. Elle met en lumière l'urgence et la nécessité d'adopter une perspective globale et intégrative concernant l'étude des traumatismes complexes et de leurs répercussions sur plusieurs générations.

Cinquièmement, l'approche multidisciplinaire adoptée par cette étude constitue une de ses principales forces. En intégrant des perspectives issues de la psychiatrie, de la psychologie, de l'épidémiologie et de la sociologie, elle permet une compréhension holistique des phénomènes étudiés. Cette démarche interdisciplinaire enrichit l'analyse en fournissant des cadres variés pour interpréter les données et en facilitant l'identification de solutions complexes à des problèmes multifacettes.

Sixièmement, l'impact social et humanitaire de cette étude mérite d'être souligné. En mettant en lumière les souffrances souvent invisibles des victimes de génocides et de leurs descendants, elle contribue à sensibiliser le public et les décideurs à la nécessité d'adopter des mesures de soutien adéquates. Cette recherche peut donc jouer un rôle crucial dans la promotion des droits de l'homme et dans les efforts de prévention des violences massives en sensibilisant à leurs coûts psychosociaux à long terme.

Septièmement, cette étude comprend des implications sur le plan clinique mais aussi de santé publique et de politique publique. En effet, ses résultats soulignent l'importance d'élaborer des interventions thérapeutiques ciblées et des programmes de soutien adaptés aux besoins spécifiques des survivants de génocide et de leurs descendants. La mise en évidence de la prévalence élevée du TPST et d'autres troubles psychiatriques dans ces populations appelle à une mobilisation accrue des ressources pour le développement et l'implémentation de stratégies de soins intégratives, qui prennent en compte à la fois les dimensions individuelles et collectives du trauma. De plus, les implications politiques de cette recherche sont manifestes, invitant à une réflexion approfondie sur les mesures de prévention des génocides et la nécessité de politiques de réparation et de réconciliation efficaces.

Huitièmement, la contribution de cette étude à l'élaboration de politiques de santé publique représente une force considérable. En fournissant des preuves empiriques sur l'ampleur et la nature des conséquences psychiatriques des génocides, elle informe les décideurs sur les besoins spécifiques des populations touchées et sur les stratégies les plus efficaces pour y

répondre. Cela inclut le développement de programmes de santé mentale communautaire, la formation de professionnels de santé sur les spécificités des traumatismes liés aux génocides, et la mise en place de systèmes de soutien à long terme pour les survivants et leurs familles.

Et enfin, cette thèse fournit une fondation pour des recherches futures dans le domaine des traumatismes transgénérationnels. En identifiant des lacunes dans la littérature existante et en proposant des directions pour des études futures, elle pave la voie à une exploration plus approfondie des mécanismes de transmission du trauma, de ses manifestations cliniques et des meilleures stratégies d'intervention.

#### **IV/ Faiblesses de l'étude.**

Les résultats de la méta-analyse des prévalences étaient peu interprétables et cela pourrait être dû à une hétérogénéité importante des circonstances dans lesquelles chaque sujet pour chaque étude, a vécu son génocide. Ces particularités apparaissent de manière plus détaillée dans la partie traitant de la transmission à la deuxième génération. Il est cependant peu probable que l'hétérogénéité des outils et des classifications utilisées pour évaluer la prévalence des TSPT dans chaque étude ait impacté de manière significative les résultats poolés.

Malheureusement, parmi les 22 articles demandés via Researchgate, seuls 9 ont été envoyés. D'autres limites sont liées à l'approche adoptée et aux choix effectués, même si nous pensons qu'il s'agissait de bonnes raisons. Il s'agit notamment de l'exclusion de la "littérature grise" (ensemble de documents qui échappent aux canaux traditionnels de publication académique, tels que les rapports de recherche, les thèses, les documents de conférence non publiés, ou encore les publications gouvernementales non commerciales.). La recherche que nous avons incluse dans la littérature évaluée par les pairs était, comme indiqué ci-dessus, souvent sujette à des faiblesses considérables ; nous pensons donc que la plupart des documents de cette littérature grise sont peu susceptibles d'avoir été de meilleure qualité. Cependant, l'analyse ouvre une nouvelle perspective sur la transmission de l'exposition au génocide et la santé de la progéniture des survivants, suggérant qu'il est nécessaire d'améliorer la qualité des études, y compris les échantillons aléatoires, l'accord sur les outils d'évaluation validés standardisés et les groupes de contrôle appropriés, afin d'obtenir des évaluations valides de tout effet potentiel à long terme des génocides sur la santé mentale des enfants des survivants.

De plus, du fait que nous nous sommes limités aux études liées à des atrocités de masse définies comme génocide, et plus précisément à ceux reconnus par la France, nous n'avons trouvé que des études sur l'Holocauste et les génocides au Rwanda et en Bosnie. Aucune étude n'est apparue sur le génocide Arménien. Or, Il y a eu beaucoup d'autres massacres au

cours du XXI<sup>e</sup> siècle qui n'ont pas été qualifiés de génocide par la France et qui mériteraient d'être étudiés plus avant. Nous supposons que nos résultats sont susceptibles d'être pertinents pour ces contextes également, mais cela nécessiterait une autre étude beaucoup plus approfondie pour mieux comprendre les différences et les points communs de l'impact potentiel sur la santé des survivants et de leurs enfants.

Comme révélé par le tableau 1, les génocides étudiés ne sont pas comparables sur tous les plans. D'un point de vue chronologique, le génocide arménien est trop ancien pour avoir bénéficié d'études fiables, reproductibles, et avec les critères du TSPT (première apparition en 1980) sur la première ou seconde génération. De plus, les études ont utilisé la période officielle des génocides en question sur leurs populations sélectionnées, mais il peut y avoir eu des variations régionales et individuelles en termes d'exposition au stress du génocide. Alors que la durée du génocide se mesure en dates sur le calendrier, l'impact persistant de l'expérience est impossible à mesurer pleinement par des moyens quantitatifs.

#### **IV/1 Le post-génocide.**

Des particularités se surajoutent aux massacres vécus en eux-mêmes de par l'évolution des trajectoires de vie après le génocide. Celles-ci sont susceptibles d'influencer l'émergence de troubles psychiatriques au moment de l'étude sans qu'elle soit forcément directement liée au génocide.

Le statut d'immigrant complique encore la littérature sur les survivants de l'Holocauste et leurs descendants. Les enfants des survivants de l'Holocauste disent souvent se sentir différents et étrangers à leurs pairs (234). Ce sentiment d'être étranger à son environnement n'est pas propre aux familles de survivants. En fait, un certain nombre de chercheurs suggèrent que le statut d'immigrant des parents plutôt que l'expérience de l'Holocauste est un facteur plus important pour prédire les différences significatives entre les enfants de survivants, les enfants d'immigrants non survivants et les témoins dans les études mesurant l'adaptation psychologique, éducative, professionnelle et familiale et l'ajustement interpersonnel (50, 203, 235, 236). Cela soulève la question de l'impact de l'immigration sur la deuxième génération et la difficulté de distinguer les effets de l'immigration de ceux dues au génocide.

Dans le même ordre d'esprit, le soutien social pendant et après un événement traumatique est un facteur important dans la détermination de la vulnérabilité au développement du TSPT. Dans le cas du génocide arménien il reste comme une plaie béante sur l'identité des Arméniens. La diaspora puis la non-reconnaissance par les autorités Turques ajoutent chacun une difficulté à la cicatrisation des souffrances du génocide. Dans la littérature disponible, les suggestions cohérentes pour la guérison communautaire et culturelle comprennent la reconnaissance des crimes commis, car cela atténue le traumatisme pour les survivants

directs et réduit le désir de vengeance des générations suivantes (237). Le déni empêche la guérison des blessures infligées par le génocide et constitue une attaque contre l'identité collective et la continuité culturelle nationale du peuple victime (238).

Pour l'Holocauste, les massacres ont eu pour effet de renforcer la cohésion du groupe jusqu'à la création de l'État d'Israël. Tout d'abord, le fait de vivre en Israël semble avoir eu un effet réparateur (204). Alors qu'Israël et l'Amérique du Nord offraient un nouvel avenir aux survivants, en particulier plutôt que de rester vivre en Allemagne et malgré les difficultés liées à l'Holocauste, Israël était particulièrement le mieux placé pour atténuer bon nombre des effets à long terme du traumatisme de l'Holocauste (239–242). Comme l'a observé Solomon (204), en Israël, l'Holocauste était "l'héritage de tous", et les survivants israéliens trouvaient un sens à la création du nouvel État juif et à la défense active de sa survie. À noter que les survivants israéliens de l'Holocauste ont été confrontés à plusieurs guerres, soulèvements et actes de terrorisme depuis la création de l'État d'Israël. Les conflits en cours, ainsi que l'absence d'une paix durable dans cette région, contribuent certainement à exposer continuellement les survivants israéliens de l'Holocauste et leur progéniture à des stress potentiellement traumatisants. Cela peut avoir aggravé les expériences traumatiques initiales. Israël, en tant que symbole de survie, n'a peut-être pas suffisamment matérialisé son rôle potentiellement protecteur.

Dans les cas rwandais et bosniaque, les massacres semblent avoir profondément bouleversé le sens de la cohésion sociale. Ces répercussions sont encore visibles de nos jours et hélas bien actuelles (début d'année 2024, massacres et attaques contre les membres tutsis en République Démocratique du Congo, et regain de tensions entre Banja Luka et Sarajevo en 2023.)

#### **IV/2 Particularité du viol génocidaire.**

Comme nous l'avons vu, dans certaines cultures ou dans certains contextes l'enfant issu de viol incarne une réalité honteuse et constitue un fardeau mental supplémentaire pour la mère. Cette réalité impact profondément le monde psychique de l'enfant, son identité, son positionnement dans la famille et dans la communauté. À travers les études sur les conséquences psychiatriques des génocides sur ces enfants, la psychopathologie qui a été mesurée est peut-être davantage due à leur origine, plutôt qu'à de la transmission supposée du traumatisme maternel. Il est en tout cas extrêmement difficile de dissocier la part de chacun dans les problématiques psychiatriques soulevées.

En effet, au Rwanda et en Bosnie-Herzégovine, les descendants ont été confrontés à des problèmes liés à leurs origines et à leur sentiment d'appartenance (173, 175, 243). Dans de très nombreux cas, il a fallu un processus complexe et douloureux pour que les jeunes

découvrent leurs origines (171, 175). Ce résultat est similaire à d'autres publications qui indiquent que les enfants victimes de négligence, de stigmatisation et d'autres difficultés psychosociales en raison de leurs origines de naissance recherchent leurs racines et font l'expérience du rejet par leur famille et leur communauté (244-246). De même, certains jeunes des études examinées ici ont été rejetés par leur mère et la famille de leur mère, tout en refusant de faire partie de la communauté de leur père "auteur de l'infraction". Des difficultés liées aux origines de naissance et à l'absence de sentiment d'appartenance ont été signalées chez les enfants de la guerre, que la conception ait eu lieu par viol ou non, dès lors que les pères appartenaient au groupe ennemi (247, 248).

Les recherches menées au Rwanda et en Bosnie-Herzégovine mettent en lumière l'expérience des enfants nés d'un viol, mais relativement peu de recherches ont été menées à ce jour sur ce thème, et la plupart d'entre elles sont rétrospectives. Des études similaires devraient être menées dans d'autres contextes de génocide et de viols génocidaires, par exemple chez les Rohingya du Myanmar (249), avec la possibilité d'études prospectives dès le plus jeune âge. Cela permettrait d'élargir les connaissances sur l'impact des viols génocidaires et de concevoir des interventions efficaces pour ces populations marginalisées et très vulnérables.

#### **IV/3 Des troubles peu étudiés.**

Les troubles psychotiques sont étudiés dans 5 études. La schizophrénie ne se voit attribuer qu'une seule étude (162). Pourtant une prévalence moyenne de 12,4 à 30 % de TSPT chez les patients présentant une schizophrénie a pu être mise en évidence à travers une revue de la littérature de 2017 (250). Pour rappel, la prévalence du TSPT en population générale française est de 3,9 % sur la vie entière (251). Il semblerait donc que les individus souffrant de schizophrénie soient encore plus vulnérables à l'exposition traumatique et par conséquent au trouble de stress post-traumatique.

Cette association est souvent sous diagnostiquée car peu recherchée en pratique. De plus, il est parfois difficile de distinguer reviviscences et hallucinations, ce qui peut entraîner des erreurs de diagnostic.

Les conduites addictives sont très peu mentionnées. Seul le recours à l'alcool est évoqué de manière anecdotique et uniquement au Rwanda (165, 168, 170). Le TSPT se traduit par des reviviscences de situations vécues comme traumatisantes dans le passé, de l'anxiété, de l'irritabilité ou encore des insomnies. Fréquemment, les patients essaient d'amoinrir ces troubles par une addiction quelle qu'en soit la forme. Les données de l'enquête épidémiologique de 2010 (252) sur l'alcool et les conditions connexes (n = 34 653) ont estimé que près de la moitié des personnes souffrant de TSPT (46,4 %) répondaient également aux

critères d'un trouble de l'usage des substances. Dans cette perspective, rechercher les deux syndromes simultanément pourrait être très intéressant.

Les risques suicidaires ne sont évoqués que dans une seule étude (165). Il est particulièrement étonnant de ne pas retrouver ces deux derniers points précis dans ces études, connaissant l'importance en proportion de ces comorbidités dans les troubles traumatiques (cf. II/G.3 et II/G.4)

Enfin, aucune étude n'évoque non plus la problématique des troubles bipolaires, ni des troubles du comportement alimentaire. Les troubles de la personnalité font aussi figure d'absent dans ces études. Pourtant les théories de la transmission des traumatismes suggèrent que les enfants des survivants ont été confrontés à des messages explicites ou subliminaux sur le génocide au cours de leur enfance. Cela peut produire à travers l'apprentissage observé des troubles de la personnalité, où l'enfant adopte les réactions et comportements de ses parents comme modèles pour gérer le stress. Les enfants de parents traumatisés peuvent développer des styles d'attachement insécure ou désorganisé, en raison de l'inconsistance ou de la détresse émotionnelle de leurs parents, augmentant la vulnérabilité aux troubles de la personnalité (cf. II/E.2.)

La non-mention des comorbidités pourrait refléter une orientation spécifique des recherches incluses ou une lacune dans la littérature existante.

#### **IV/4 Autres biais.**

Nous constatons dans cette revue systématique de la littérature une grande hétérogénéité du type d'échantillons dans les études examinées (par exemple, uniquement la progéniture ou les deux parents et la progéniture, soit une hétérogénéité des groupes de comparaison) et de la grande hétérogénéité des mécanismes d'intérêt et des instruments de mesure associés (méta-analyse, revue de la littérature, études quantitatives et études qualitatives.)

Un défi majeur dans l'évaluation de l'impact transgénérationnel du traumatisme du génocide est le manque d'outils adaptés pour évaluer la détresse liée au traumatisme chez les minorités ethniques. La plupart des études recensées utilisent les critères du DSM-IV et la recherche en santé mentale s'est principalement concentrée sur des participants issus de sociétés occidentales, éduquées, industrialisées, riches et démocratiques, ce qui limite la généralisation des normes de santé mentale à l'ensemble de la diversité humaine. De plus, les différences culturelles peuvent influencer la manière dont la santé mentale est exprimée, par exemple, par la somatisation. Ainsi, le TSPT pourrait être sous-diagnostiqué chez les survivants du génocide rwandais en raison d'une méconnaissance par les psychologues occidentaux des expressions culturelles de la détresse, comme les symptômes somatiques typiques de cette culture pour ne citer qu'elle (cf. résultats G1).

La comparaison se base sur des études incluant des populations de milieux culturels, religieux, géographiques et d'âges différents. Ce biais peut compliquer l'interprétation des résultats, car les différences observées entre les groupes peuvent être attribuées à de multiples facteurs variant d'un échantillon à l'autre, plutôt qu'à la variable d'intérêt principale de l'étude.

De plus, dans les études concernant la G2, nous n'avions pas le détail des événements très différents vécus lors du génocide de leurs parents (viol, violence physique, torture, camps de concentration, migration forcée, deuil, etc.), ni la durée d'exposition durant le génocide. On considère donc que chaque expérience du génocide est identique. Cela peut conduire à une simplification excessive et à une perte d'informations cruciales concernant l'impact différencié de ces expériences sur les individus et sur leurs descendants. De plus, la plupart des études examinées portait sur la G2, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas d'évaluation directe des survivants de la première génération.

Une autre question abordée est que, pour certaines études sur les survivants de l'Holocauste et leurs enfants, les candidats pouvaient être éligibles à l'obtention d'une rétribution financière si un expert en santé mentale avait témoigné que l'un ou l'autre ou les deux souffraient des effets des actes génocidaires, créant un conflit d'intérêts. Ce fait a pu conduire à surestimer certains symptômes autodéclarés dans les questionnaires utilisés.

Il peut également y avoir un biais de sélection associé au génocide : les personnes qui ont présenté des problèmes de santé mentale avant le génocide ayant moins de chances de survivre. Il existe également des preuves solides que le stress maternel intense contribue à la naissance prématurée (253–255), ce qui signifie que certaines personnes qui ont également été conçues pendant le génocide et dont les mères ont subi un stress extrême peuvent avoir vu le jour prématurément et n'ont donc pas été recrutées dans le cadre de notre étude (taux de mortalité infantile élevé et faible survie des prématurés dans les pays en guerre).

De la même manière, la population atteinte d'une pathologie psychiatrique trop invalidante n'a peut-être pas survécu au contexte du génocide, ne pouvant de fait pas être évaluée dans les études postérieures. Ainsi, les survivants du génocide peuvent avoir été protégés contre les problèmes de santé mentale par divers facteurs tels que les gènes, les traits de personnalité et les facteurs sociaux et aléatoires.

Par ailleurs, certains auteurs signalent que les personnes ayant eu des problèmes de santé mentale avant le génocide ont été simplement retirées des inclusions (150, 165).

Certains diagnostics n'étaient pas posés par des professionnels de santé mais par d'autres moyens (enquêtes en lignes - ressenti subjectif des interrogés - questionnaires d'auto-évaluation - étudiant en psychologie - etc.) rendant nettement moins précise la

pertinence diagnostique. Cela peut compromettre la précision et la fiabilité des diagnostics ou affecter la validité des données recueillies. Ainsi, les personnes incluses sur simple déclaration pouvaient présenter des symptômes identiques mais pour d'autres étiologies, et en avoir cependant attribué la cause aux expériences de leurs parents. Ce phénomène peut entraîner une surreprésentation de certaines expériences ou caractéristiques au sein de l'échantillon étudié, limitant ainsi la généralisabilité des résultats à l'ensemble de la population.

Les groupes contrôles variaient considérablement d'une étude à l'autre, parfois peu comparables aux groupes d'intérêt. Compte tenu de la complexité du parcours de vie de nombreuses familles touchées, il était probablement très difficile d'obtenir un appariement efficace sur l'ensemble des études.

Des survivants et descendants de survivants ont pu refuser de participer par évitement (ils ne voulaient pas qu'on leur rappelle la guerre, estimaient que l'Holocauste n'avait pas joué un rôle important dans leur vie ou craignaient de devenir trop émotifs). Par conséquent, la non-réponse sélective peut avoir introduit un biais dans les résultats recueillis et rapportés. Et encore davantage un biais de sélection.

Concernant les études sur l'Holocauste, les chercheurs ont pu avoir recours à des échantillons de commodité (recrutant leurs répondants par le biais d'annonces, d'organisations ou de réunions de survivants de l'Holocauste). Cela aurait pu influencer les résultats en surestimant les effets psychotraumatologiques de l'Holocauste.

Enfin le biais de mémorisation dans les études sur le TPST représente une limitation significative, car il peut influencer à la fois la collecte et l'interprétation des données. Les participants sont susceptibles de se remémorer et de rapporter de manière disproportionnée des informations ou des expériences négatives en lien avec leur trauma, ce qui peut biaiser l'évaluation des symptômes et l'efficacité des interventions. Cette tendance à privilégier les souvenirs négatifs peut fausser les résultats, rendant difficile la distinction entre les caractéristiques intrinsèques du trouble et les effets du biais de mémorisation. De plus, elle peut limiter la généralisabilité des résultats en sur-représentant les cas plus sévères de TPST.

## Conclusion.

---

La prévalence médiane retrouvée de TSPT, tous génocides confondus, est de 39%. Ces résultats sont à considérer en sachant qu'il n'existe pas de données concernant le génocide arménien. Par ailleurs, les différents types d'exposition aux génocides n'ont pas été distingués malgré une grande hétérogénéité d'exposition dans un même génocide. Cependant ce chiffre est cohérent avec les données déjà retrouvées dans les contextes d'exposition à haut potentiel traumatogène (zone de guerre, violences sexuelles, tortures).

Les résultats recensés ont fourni des preuves qui soutiennent l'hypothèse selon laquelle les descendants (G2) sont indirectement affectés par les expériences du génocide de leurs parents. Ces résultats sont cependant partiellement contradictoires, ce qui n'est pas surprenant compte tenu de l'hétérogénéité des échantillons étudiés, de la variété des facteurs de résilience et de risques. En outre, de nombreuses voies d'interactions intergénérationnelles sont concevables, allant des mécanismes épigénétiques aux mécanismes psychologiques, sociaux et culturels.

Comprendre les conséquences intergénérationnelles des traumatismes massifs nécessite une perspective intégrative. Dans l'ensemble, nous avons constaté qu'un seul facteur n'est pas suffisant pour déterminer les résultats en matière de santé mentale chez la progéniture. En effet, les conséquences intergénérationnelles peuvent être mieux comprises par l'impact de multiples facteurs et leurs interactions.

Facteur médiateur non spécifique plutôt que facteur causal, l'exposition au traumatisme parental contribue potentiellement à une série de problèmes psychiatriques chez les descendants, sans pour autant être indispensable à leur développement. Les conséquences intergénérationnelles ne conduisent pas nécessairement à des symptômes psychologiques. La transmission intergénérationnelle du trauma ne devrait pas être perçue comme une conséquence inévitable de l'exposition parentale en elle-même.

Ces propos s'ajoutent au débat qui suggère que l'adversité précoce n'est pas excessivement déterminante pour les résultats de santé à long terme. Atténuer les effets de ces expositions sur la santé est possible à condition que des interventions précoces et fondées sur des données probantes soient mises en œuvre. Les événements de vie défavorables peuvent être évités ou modifiés, et la résilience peut être améliorée par des interventions fondées sur les forces qui permettent aux individus d'exploiter les ressources nécessaires pour atténuer les effets des expériences négatives (256–258).

Malgré la variabilité de la qualité des études et des méthodologies, cette revue systématique de la littérature, associée à la méta-analyse, a mis en lumière le paysage complexe et nuancé de la recherche sur les effets intergénérationnels de l'exposition au génocide. L'idée générale reste, tout de même, qu'il existe un besoin crucial d'études bien conçues étudiant cette

thématique, en explorant davantage les comorbidités liées au TPST, ou les sensibilités accrues d'avoir un TPST en ayant déjà une problématique psychiatrique en place.

Si l'attention s'est portée ici à juste titre sur les victimes de génocide et leurs descendants, il paraîtrait intéressant d'examiner également la psychopathologie des enfants des auteurs de génocide. Cela risque d'être encore plus difficile, pour de nombreuses raisons, mais cela ne devrait pas empêcher les tentatives en ce sens.

## Références bibliographiques.

---

1. Pierre A. Le crime de masse en criminologie. *Rev Sci Criminelle Droit Pénal Comparé*. 2015;3(3):627-37.
2. rome\_statute(f).pdf [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: [https://legal.un.org/icc/statute/french/rome\\_statute\(f\).pdf](https://legal.un.org/icc/statute/french/rome_statute(f).pdf)
3. Génocides et crimes de masse [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.lhistoire.fr/g%C3%A9nocides-et-crimes-de-masse>
4. Bureau de la prévention du génocide et de la responsabilité de protéger [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/genocideprevention/genocide-convention.shtml>
5. Titre Ier : Des crimes contre l'humanité et contre l'espèce humaine (Articles 211-1 à 215-3) - Légifrance [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006136040/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006136040/)
6. Der Sarkissian A SJD. Transgenerational Trauma and Mental Health Needs among Armenian Genocide Descendants.
7. Vollhardt JR, Bilewicz M. After the Genocide: Psychological Perspectives on Victim, Bystander, and Perpetrator Groups. *J Soc Issues*. mars 2013;69(1):1-15.
8. Mangassarian SL. 100 Years of Trauma: the Armenian Genocide and Intergenerational Cultural Trauma. *J Aggress Maltreatment Trauma*. 20 avr 2016;25(4):371-81.
9. Histoire de l'Holocauste | Éducation | Musée de l'Holocauste Montréal [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://museeholocauste.ca/fr/histoire-holocauste/>
10. Lasting Wounds: Hum Rights Watch [Internet]. 3 avr 2003 [cité 30 mars 2024]; Disponible sur: <https://www.hrw.org/report/2003/04/03/lasting-wounds/consequences-genocide-and-war-rwandas-children>
11. Donovan P. Rape and HIV/AIDS in Rwanda. *Lancet Lond Engl*. déc 2002;360 Suppl:s17-18.
12. Caro C. Call It What It Is: Genocide Through Male Rape and Sexual Violence in the Former Yugoslavia and Rwanda. 3 déc 2019;
13. SEXUAL VIOLENCE OR RAPE AS A CONSTITUENT ACT OF - ProQuest [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.proquest.com/docview/1802710570?sourcetype=Scholarly%20Journals>
14. Short J. Sexual Violence as Genocide: The Developing Law of the International Criminal Tribunals and the International Criminal Court. *Mich J Race Law*. 1 janv 2003;8(2):503-27.

15. Fisher SK. Occupation of the Womb: Forced Impregnation as Genocide. *Duke Law J.* 1996;46(1):91-133.
16. Van Schaack B. The Crime of Political Genocide: Repairing the Genocide Convention's Blind Spot. In 2017. p. 145-77.
17. INSCR Data Page [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.systemicpeace.org/inscrdata.html>
18. Elsevier Masson SAS [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Traumatismes psychiques | Livre | 9782294713811. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/traumatismes-psychiques-9782294713811.html>
19. Au\_dela\_du\_principe\_de\_plaisir\_freud.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.psychanalyse.com/pdf/Au\\_dela\\_du\\_principe\\_de\\_plaisir\\_freud.pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/Au_dela_du_principe_de_plaisir_freud.pdf)
20. Traiter les traumatismes psychiques [Internet]. 2024 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/traiter-traumatismes-psychiques-clinique-et-prise-en-charge-0>
21. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xlv, 947 p. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed).
22. ICD-10 Version:2008 [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/XXI>
23. Regier DA, First M, Marshall T, Narrow WE. The American Psychiatric Association (APA) Classification of mental disorders: Strengths, limitations and future perspectives. In: *Psychiatric diagnosis and classification*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2002. p. 47-77.
24. Attinger P. Attinger, Pascal (5 Mai 2019). La lamentation sur Nippur (2.2.4) Zenodo 10.5281/ZENODO.2667763 <<http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.2667763>>. Zenodo; 2019 [cité 30 mars 2024]. La lamentation sur Nippur (2.2.4). Disponible sur: <https://boris.unibe.ch/183848/>
25. Pseudo-Hérodote. itemprop="isPartOf" itemscope="" itemtype="http://schema.org/CreativeWork" itemid="http://www.wikidata.org/entity/Q77841999"><span itemprop="name">Histoire d'Hérodote</span><link itemprop="mainEntityOfPage" href="https://fr.wikisource.org/wiki/Histoire\_(H%C3%A9rodote)/Trad.\_Larcher,\_1850"/></span>. In Paris: Charpentier; 1850. p. 5-69.
26. Hippocrate. Traité des songes. [-421/-377] [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.histoiredelafolie.fr/psychiatrie-neurologie/hippocrate-traite-des-songes-421-377>

27. neh3030b2330242.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://resources.warburg.sas.ac.uk/pdf/neh3030b2330242.pdf>
28. di.) M: de#Béthune S (duca. Memoires du duc de Sully. Tome premiere [-sixieme]. chez Étienne Ledoux, libraire, rue Guénégaud, n. 9; 1822. book.
29. Crocq L. Seize leçons sur le trauma [16 leçons sur le trauma]. Paris: Odile Jacob; 2012. 295 p.
30. Pinel P (1745 1826) A du texte. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale , par Ph. Pinel, [...] Seconde édition, entièrement refondue et très-augmentée. [Internet]. 1809 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76576g>
31. Pignol P. Le travail psychique de victime : essai de psycho-victimologie. 2011;
32. Guinon G (1859 1932) A du texte. Les agents provocateurs de l'hystérie / par Georges Guinon,... [Internet]. 1889 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k4452315>
33. Thoret Y, Giraud AC, Ducerf B. La dissociation hystérique dans les textes de Janet et Freud avant 1911. L'Évolution Psychiatr. 1 oct 1999;64(4):749-64.
34. Josse É. Chapitre 17. Histoire du psychotraumatisme. In: Pratique de la psychothérapie EMDR [Internet]. Paris: Dunod; 2017. p. 189-96. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/pratique-de-la-psychotherapie-emdr--9782100737802-p-189.htm>
35. Crocq L. La psychiatrie de la Première Guerre mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques. Ann Medico-Psychol - ANN MEDICO-PSYCHOL. 1 avr 2005;163:269-89.
36. Pols H, Oak S. WAR & Military Mental Health. Am J Public Health. déc 2007;97(12):2132-42.
37. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry. janv 1991;148(1):10-20.
38. Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma - Eldra P. Solomon, Kathleen M. Heide, 1999 [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0306624X99432007>
39. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Trauma Stress. 1992;5(3):377-91.
40. North CS. The evolution of PTSD criteria across editions of DSM. Ann Clin PSYCHIATRY.
41. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
42. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. déc 1995;52(12):1048-60.

43. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3683502/>
44. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):21-7.
45. Vaiva G, Boss V, Molenda S, Rosenstrauch C, Ducrocq F, Fontaine M, et al. Taux plasmatiques de GABA: Au décours d'un psychotrauma et survenue de troubles psychotraumatiques. / Plasma gamma aminobutyric acid levels after a trauma exposure and development of posttraumatic stress disorder. *Rev Francoph Stress Trauma.* 1 août 2005;131-9.
46. Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Rodriguez FG, Rodriguez J de JG. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *J Abnorm Psychol.* nov 2003;112(4):646-56.
47. De Jong JTVM. Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings. *JAMA.* 1 août 2001;286(5):555.
48. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry.* juill 1998;55(7):626-32.
49. Bramsen I, van der Ploeg HM. Use of medical and mental health care by World War II survivors in the Netherlands. *J Trauma Stress.* 1999;12(2):243-61.
50. Prevalence of posttraumatic stress disorder in wounded Vietnam veterans - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2785348/>
51. Weiss DS, Marmar CR, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Hough RL, et al. The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *J Trauma Stress.* 1992;5(3):365-76.
52. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Hough RL, Marmar CR, et al. Assessment of posttraumatic stress disorder in the community: Prospects and pitfalls from recent studies of Vietnam veterans. *Psychol Assess J Consult Clin Psychol.* 1991;3(4):547-60.
53. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, et al. Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel; 1990. xxix, 322 p. (Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study).
54. O'Toole BI, Marshall RP, Schureck RJ, Dobson M. Combat, dissociation, and posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. *J Trauma Stress.* oct 1999;12(4):625-40.

55. The Psychological Risks of Vietnam for U.S. Veterans: A Revisit with New Data and Methods - PMC [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1584215/>
56. Buydens-Branchey L, Noumair D, Branchey M. Duration and intensity of combat exposure and posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *J Nerv Ment Dis.* sept 1990;178(9):582-7.
57. Kuch K, Cox BJ. Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust. *Am J Psychiatry.* mars 1992;149(3):337-40.
58. Thulesius H, Håkansson A. Screening for posttraumatic stress disorder symptoms among Bosnian refugees. *J Trauma Stress.* janv 1999;12(1):167-74.
59. Drozdek B. Follow-up study of concentration camp survivors from Bosnia-Herzegovina: three years later. *J Nerv Ment Dis.* nov 1997;185(11):690-4.
60. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol.* oct 1991;59(5):715-23.
61. Zoellner LA, Foa EB, Brigidi BD. Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *J Trauma Stress.* oct 1999;12(4):689-700.
62. Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2011952/>
63. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, et al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res.* 24 mars 2006;11(2):55-67.
64. Sareen J, Cox BJ, Stein MB, Afifi TO, Fleet C, Asmundson GJG. Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosom Med.* avr 2007;69(3):242-8.
65. An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder - PMC [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2977919/>
66. Blanchard EB, Hickling EJ, Barton KA, Taylor AE, Loos WR, Jones-Alexander J. One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behav Res Ther.* oct 1996;34(10):775-86.
67. Blanchard EB, Buckley TC, Hickling EJ, Taylor AE. Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: is the correlation an illusion? *J Anxiety Disord.* 1998;12(1):21-37.
68. Ramsay R, Gorst-Unsworth C, Turner S. Psychiatric Morbidity in Survivors of Organised State Violence Including Torture: A Retrospective Series. *Br J Psychiatry.* janv 1993;162(1):55-9.

69. Davidson JR, Kudler HS, Saunders WB, Smith RD. Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry*. 1990;31(2):162-70.
70. Mellman TA, Randolph CA, Brawman-Mintzer O, Flores LP, Milanés FJ. Phenomenology and course of psychiatric disorders associated with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. nov 1992;149(11):1568-74.
71. Bleich A, Koslowsky M, Dolev A, Lerer B. Post-traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mai 1997;170:479-82.
72. Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8422073/>
73. Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz LR. A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biol Psychiatry*. 1 nov 2000;48(9):902-9.
74. Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9842785/>
75. Ginzburg K, Ein-Dor T, Solomon Z. Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans. *J Affect Disord*. juin 2010;123(1-3):249-57.
76. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12924674/>
77. Bolton D, O’Ryan D, Udwin O, Boyle S, Yule W. The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: II: General psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. mai 2000;41(4):513-23.
78. KAMINER D, SEEDAT S, STEIN DJ. Post-traumatic stress disorder in children. *World Psychiatry*. juin 2005;4(2):121-5.
79. Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15741474/>
80. Freeman TW, Roca V, Moore WM. A comparison of chronic combat-related posttraumatic stress disorder (PTSD) patients with and without a history of suicide attempt. *J Nerv Ment Dis*. juill 2000;188(7):460-3.
81. Bullman TA, Kang HK. Posttraumatic stress disorder and the risk of traumatic deaths among Vietnam veterans. *J Nerv Ment Dis*. nov 1994;182(11):604-10.
82. Trauma: the impact of post-traumatic stress disorder - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10888026/>

83. Bremner JD, Southwick SM, Darnell A, Charney DS. Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *Am J Psychiatry*. mars 1996;153(3):369-75.
84. Schulte JG, Dinwiddie SH, Pribor EF, Yutzy SH. Psychiatric diagnoses of adult male victims of childhood sexual abuse. *J Nerv Ment Dis*. févr 1995;183(2):111-3.
85. Conduites addictives et évènements traumatiques | Request PDF [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/285018969\\_Conduites\\_addictives\\_et\\_evenements\\_traumatiques](https://www.researchgate.net/publication/285018969_Conduites_addictives_et_evenements_traumatiques)
86. Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15734224/>
87. Anderson RE, Bonar EE, Walton MA, Goldstick JE, Rauch SAM, Epstein-Ngo QM, et al. A Latent Profile Analysis of Aggression and Victimization Across Relationship Types Among Veterans Who Use Substances. *J Stud Alcohol Drugs*. juill 2017;78(4):597-607.
88. The feasibility and acceptability of a brief intervention for clients of substance use services experiencing symptoms of post traumatic stress disorder - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24657001/>
89. Ouimette P, Goodwin E, Brown PJ. Health and well being of substance use disorder patients with and without posttraumatic stress disorder. *Addict Behav*. août 2006;31(8):1415-23.
90. Young HE, Rosen CS, Finney JW. A survey of PTSD screening and referral practices in VA addiction treatment programs. *J Subst Abuse Treat*. juin 2005;28(4):313-9.
91. Addiction et trauma : Données épidémiologiques et cliniques | Request PDF [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/313598582\\_Addiction\\_et\\_trauma\\_Donnees\\_epidemiologiques\\_et\\_cliniques](https://www.researchgate.net/publication/313598582_Addiction_et_trauma_Donnees_epidemiologiques_et_cliniques)
92. What is the association between traumatic life events and alcohol abuse/dependence in people with and without PTSD? Findings from a nationally representative sample - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21769995/>
93. Tychev C, Lighezzolo-Alnot J. Résilience psychologique. In 2012. p. 85-96.
94. Bekaert J, Masclat G, Caron R. Les instruments de mesure de la résilience chez les adolescents ayant été confrontés à un traumatisme : une revue de la littérature. *Ann Medico-Psychol - ANN MEDICO-PSYCHOL*. 1 sept 2011;169:510-6.
95. (PDF) What is resilience? A review and concept analysis [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/231842385\\_What\\_is\\_resilience\\_A\\_review\\_and\\_concept\\_analysis](https://www.researchgate.net/publication/231842385_What_is_resilience_A_review_and_concept_analysis)

96. Magis K. Community Resilience: An Indicator of Social Sustainability. *Soc Nat Resour.* 5 avr 2010;23(5):401-16.
97. Diagramme de flux : Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>
97. Tedeschi RG, Calhoun LG. Target Article: « Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence ». *Psychol Inq.* 2004;15(1):1-18.
98. Psychiatric consequences of « ethnic cleansing »: clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7694901/>
99. Weine S, Becker DF, McGLASHAN TH, Vojvoda D, Hartman S, Robbins JP. Adolescent Survivors of “Ethnic Cleansing”: Observations on the First Year in America. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* sept 1995;34(9):1153-9.
100. Yehuda R, Steiner A, Kahana B, Binder-Brynes K, Southwick SM, Zelman S, et al. Alexithymia in holocaust survivors with and without PTSD. *J Trauma Stress.* janv 1997;10(1):93-100.
101. Weine SM, Becker DF, Vojvoda D, Hodzic E, Sawyer M, Hyman L, et al. Individual change after genocide in Bosnian survivors of “ethnic cleansing”: Assessing personality dysfunction. *J Trauma Stress.* janv 1998;11(1):147-53.
102. Mollica RF. Disability Associated With Psychiatric Comorbidity and Health Status in Bosnian Refugees Living in Croatia. *JAMA.* 4 août 1999;282(5):433.
103. Comparing perceived self-efficacy among adolescent Bosnian and Croatian refugees with and without posttraumatic stress disorder - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10467552/>
104. Conn DK, Clarke D, Van Reekum R. Depression in holocaust survivors: profile and treatment outcome in a geriatric day hospital program. *Int J Geriatr Psychiatry.* avr 2000;15(4):331-7.
105. Momartin S, Silove D, Manicavasagar V, Steel Z. Dimensions of trauma associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) caseness, severity and functional impairment: a study of Bosnian refugees resettled in Australia. *Soc Sci Med.* sept 2003;57(5):775-81.
106. Trauma and PTSD Symptoms in Rwanda: Implications for Attitudes Toward Justice and Reconciliation.
107. Hasanovi M, Sinanovi O, Pavlovi S. Acculturation and Psychological Problems of Adolescents from Bosnia and Herzegovina during Exile and Repatriation. *Croat Med J.*
108. Yehuda R, Tischler L, Golier JA, Grossman R, Brand SR, Kaufman S, et al. Longitudinal Assessment of Cognitive Performance in Holocaust Survivors with and without PTSD. *Biol Psychiatry.* oct 2006;60(7):714-21.

109. Labinsky E, Blair W, Yehuda R. Longitudinal Assessment of Dissociation in Holocaust Survivors With and Without PTSD and Nonexposed Aged Jewish Adults. *Ann N Y Acad Sci.* juill 2006;1071(1):459-62.
110. Schaal S, Elbert T. Ten years after the genocide: Trauma confrontation and posttraumatic stress in Rwandan adolescents. *J Trauma Stress.* févr 2006;19(1):95-105.
111. Craig CD, Sossou MA, Schnak M, Essex H. Complicated grief and its relationship to mental health and well-being among Bosnian refugees after resettlement in the United States: Implications for practice, policy, and research. *Traumatology.* déc 2008;14(4):103-15.
112. Kolassa IT, Ertl V, Eckart C, Kolassa S, Onyut LP, Elbert T. Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* sept 2010;2(3):169-74.
113. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Mental Disorders Following War in the Balkans: A Study in 5 Countries. *Arch Gen Psychiatry.* 1 mai 2010;67(5):518.
114. Cohen MH, Shi Q, Fabri M, Mukanyonga H, Cai X, Hoover DR, et al. Improvement in Posttraumatic Stress Disorder in Postconflict Rwandan Women. *J Womens Health.* sept 2011;20(9):1325-32.
115. Munyandamutsa N, Mahoro Nkubamugisha P, Gex-Fabry M, Eytan A. Mental and physical health in Rwanda 14 years after the genocide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* nov 2012;47(11):1753-61.
116. Schaal S, Jacob N, Dusingizemungu JP, Elbert T. Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. *BMC Psychiatry.* déc 2010;10(1):55.
117. Schaal S, Weierstall R, Dusingizemungu J, Elbert T. Mental health 15 years after the killings in Rwanda: Imprisoned perpetrators of the genocide against the Tutsi versus a community sample of survivors. *J Trauma Stress.* août 2012;25(4):446-53.
118. Harbertson J, Grillo M, Zimulinda E, Murego C, Cronan T, May S, et al. Prevalence of PTSD and depression, and associated sexual risk factors, among male Rwanda Defense Forces military personnel. *Trop Med Int Health.* août 2013;18(8):925-33.
119. Wilker S, Kolassa S, Vogler C, Lingenfelder B, Elbert T, Papassotiropoulos A, et al. The Role of Memory-related Gene WWC1 (KIBRA) in Lifetime Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from Two Independent Samples from African Conflict Regions. *Biol Psychiatry.* nov 2013;74(9):664-71.
120. Neugebauer R, Turner JB, Fisher PW, Yamabe S, Zhang B, Neria Y, et al. Posttraumatic stress reactions among Rwandan youth in the second year after the genocide: Rising trajectory among girls. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* mai 2014;6(3):269-79.

121. Umubyeyi A, Mogren I, Ntaganira J, Krantz G. Intimate partner violence and its contribution to mental disorders in men and women in the post genocide Rwanda: findings from a population based study. *BMC Psychiatry*. déc 2014;14(1):315.
122. Heim L, Schaal S. Rates and predictors of mental stress in Rwanda: investigating the impact of gender, persecution, readiness to reconcile and religiosity via a structural equation model. *Int J Ment Health Syst*. déc 2014;8(1):37.
123. Ng LC, Ahishakiye N, Miller DE, Meyerowitz BE. Narrative characteristics of genocide testimonies predict posttraumatic stress disorder symptoms years later. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. mai 2015;7(3):303-11.
124. Fodor KE, Pozen J, Ntaganira J, Sezibera V, Neugebauer R. The factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms among Rwandans exposed to the 1994 genocide: A confirmatory factor analytic study using the PCL-C. *J Anxiety Disord*. mai 2015;32:8-16.
125. Rugema L, Mogren I, Ntaganira J, Krantz G. Traumatic episodes and mental health effects in young men and women in Rwanda, 17 years after the genocide. *BMJ Open*. juin 2015;5(6):e006778.
126. Eytan A, Munyandamutsa N, Mahoro Nkubamugisha P, Gex-Fabry M. Long-term mental health outcome in post-conflict settings: Similarities and differences between Kosovo and Rwanda. *Int J Soc Psychiatry*. juin 2015;61(4):363-72.
127. Vukojevic V, Kolassa IT, Fastenrath M, Gschwind L, Spalek K, Milnik A, et al. Epigenetic Modification of the Glucocorticoid Receptor Gene Is Linked to Traumatic Memory and Post-Traumatic Stress Disorder Risk in Genocide Survivors. *J Neurosci*. 30 juill 2014;34(31):10274-84.
128. Weissberger GH, Bensimon M, Shira A. Financial exploitation and mental health among Holocaust survivors: the moderating role of posttraumatic symptoms. *Int Psychogeriatr*. 25 août 2023;1-13.
129. Platt JM, Pozen J, Ntaganira J, Sezibera V, Neugebauer R. Gender Differences in Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress Symptoms After the Rwandan Genocide Against the Tutsi. *J Trauma Stress*. août 2021;34(4):799-807.
130. Kayiteshonga Y, Sezibera V, Mugabo L, Iyamuremye JD. Prevalence of mental disorders, associated co-morbidities, health care knowledge and service utilization in Rwanda – towards a blueprint for promoting mental health care services in low- and middle-income countries? *BMC Public Health*. 5 oct 2022;22(1):1858.
131. Forstmeier S, Zimmermann S, Van Der Hal E, Auerbach M, Kleinke K, Maercker A, et al. Effect of Life Review Therapy for Holocaust Survivors: A randomized controlled trial. *J Trauma Stress*. juin 2023;36(3):628-41.
132. Mutuyimana C, Thoma MV, Maercker A, Sezibera V, Heim E. Caseness and comorbidity of probable (complex) post-traumatic stress disorder and depression in survivors

of genocide against Tutsi in Rwanda: the role of social determinants. *South Afr J Psychol.* déc 2023;53(4):521-32.

133. Robinson S, Hemmendinger J, Netanel R, Rapaport M, Zilberman L, Gal A. Retraumatization of Holocaust survivors during the Gulf War and SCUD missile attacks on Israel. *Br J Med Psychol.* déc 1994;67(4):353-62.

134. Landau R, Litwin H. The effects of extreme early stress in very old age. *J Trauma Stress.* juill 2000;13(3):473-87.

135. Yehuda R, Halligan SL, Grossman R, A. Golier J, Wong C. The cortisol and glucocorticoid receptor response to low dose dexamethasone administration in aging combat veterans and holocaust survivors with and without posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* sept 2002;52(5):393-403.

136. Trappler B, Braunstein JW, Moskowitz G, Friedman S. Holocaust survivors in a primary care setting: fifty years later. *Psychol Rep.* oct 2002;91(2):545-52.

137. Cohen E, Dekel R, Solomon Z, Lavie T. Posttraumatic stress symptoms and fear of intimacy among treated and non-treated survivors who were children during the Holocaust. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 nov 2003;38(11):611-7.

138. Joffe C, Brodaty H, Luscombe G, Ehrlich F. The Sydney Holocaust study: Posttraumatic stress disorder and other psychosocial morbidity in an aged community sample. *J Trauma Stress.* févr 2003;16(1):39-47.

139. Hantman S, Solomon Z. Recurrent trauma: Holocaust survivors cope with aging and cancer. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* mai 2007;42(5):396-402.

140. Wilker S, Schneider A, Conrad D, Pfeiffer A, Boeck C, Lingenfelder B, et al. Genetic variation is associated with PTSD risk and aversive memory: Evidence from two trauma-Exposed African samples and one healthy European sample. *Transl Psychiatry.* 22 nov 2018;8(1):251.

141. Rieder H, Elbert T. The relationship between organized violence, family violence and mental health: findings from a community-based survey in Muhanga, Southern Rwanda. *Eur J Psychotraumatology.* 1 déc 2013;4(1):21329.

142. Lehrner A, Bierer LM, Passarelli V, Pratchett LC, Flory JD, Bader HN, et al. Maternal PTSD associates with greater glucocorticoid sensitivity in offspring of Holocaust survivors. *Psychoneuroendocrinology.* févr 2014;40:213-20.

143. Neugebauer R, Fisher PW, Turner JB, Yamabe S, Sarsfield JA, Stehling-Ariza T. Post-traumatic stress reactions among Rwandan children and adolescents in the early aftermath of genocide. *Int J Epidemiol.* 1 août 2009;38(4):1033-45.

144. Danieli Y, Norris FH, Engdahl B. Multigenerational legacies of trauma: Modeling the what and how of transmission. *Am J Orthopsychiatry.* 2016;86(6):639-51.

145. Dashorst P, Mooren TM, Kleber RJ, De Jong PJ, Huntjens RJC. Intergenerational consequences of the Holocaust on offspring mental health: a systematic review of associated factors and mechanisms. *Eur J Psychotraumatology*. 31 déc 2019;10(1):1654065.
146. Leen-Feldner EW, Feldner MT, Knapp A, Bunaciu L, Blumenthal H, Amstadter AB. Offspring psychological and biological correlates of parental posttraumatic stress: Review of the literature and research agenda. *Clin Psychol Rev*. déc 2013;33(8):1106-33.
147. Yehuda R, Halligan SL, Bierer LM. Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *J Psychiatr Res*. sept 2001;35(5):261-70.
148. Greenblatt-Kimron L, Shrira A, Rubinstein T, Palgi Y. Event centrality and secondary traumatization among Holocaust survivors' offspring and grandchildren: A three-generation study. *J Anxiety Disord*. juin 2021;81:102401.
149. Yehuda R, Bell A, Bierer LM, Schmeidler J. Maternal, not paternal, PTSD is related to increased risk for PTSD in offspring of Holocaust survivors. *J Psychiatr Res*. oct 2008;42(13):1104-11.
150. Hoffman Y, Shrira A. Variables Connecting Parental PTSD to Offspring Successful Aging: Parent-Child Role Reversal, Secondary Traumatization, and Depressive Symptoms. *Front Psychiatry*. 15 oct 2019;10:718.
151. Preiss M, Šamánková D, Štipl J, Fřašková M, Nečasová M, Bob P, et al. Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth in Three Generations of Czech and Slovak Holocaust Survivors. *J Trauma Stress*. févr 2022;35(1):159-67.
152. Danieli Y, Norris FH, Engdahl B. A question of who, not if: Psychological disorders in Holocaust survivors' children. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. août 2017;9(Suppl 1):98-106.
153. Dekel S, Solomon Z, Rozenstreich E. Secondary salutogenic effects in veterans whose parents were Holocaust survivors? *J Psychiatr Res*. févr 2013;47(2):266-71.
154. Variables Connecting Parental PTSD to Offspring Successful Aging: Parent-Child Role Reversal, Secondary Traumatization, and Depressive Symptoms - PubMed [Internet]. [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31681033/>
155. Lindert J, Knobler HY, Kawachi I, Bain PA, Abramowitz MZ, McKee C, et al. Psychopathology of children of genocide survivors: a systematic review on the impact of genocide on their children's psychopathology from five countries. *Int J Epidemiol*. 25 oct 2016;dyw161.
156. Shenkman G, Shrira A, Ifrah K, Shmotkin D. Interpersonal vulnerability among offspring of Holocaust survivors gay men and its association with depressive symptoms and life satisfaction. *Psychiatry Res*. janv 2018;259:89-94.

157. Levine SZ, Levav I, Pugachova I, Yoffe R, Becher Y. Transgenerational effects of genocide exposure on the risk and course of schizophrenia: A population-based study. *Schizophr Res.* oct 2016;176(2-3):540-5.
158. Letzter-Pouw SE, Shrira A, Ben-Ezra M, Palgi Y. Trauma transmission through perceived parental burden among Holocaust survivors' offspring and grandchildren. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* juill 2014;6(4):420-9.
159. Letzter-Pouw S, Werner P. Correlates of Intrusive Memories and Avoidance of Memories of The Holocaust.
160. Dekel S, Mandl C, Solomon Z. Is the Holocaust Implicated in Posttraumatic Growth in Second-Generation Holocaust Survivors? A Prospective Study. *J Trauma Stress.* août 2013;26(4):530-3.
161. Barel E, Van IJzendoorn MH, Sagi-Schwartz A, Bakermans-Kranenburg MJ. Surviving the Holocaust: A meta-analysis of the long-term sequelae of a genocide. *Psychol Bull.* 2010;136(5):677-98.
162. Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Sagi-Schwartz A. Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *J Trauma Stress.* oct 2003;16(5):459-69.
163. Levine SZ, Levav I, Goldberg Y, Pugachova I, Becher Y, Yoffe R. Exposure to genocide and the risk of schizophrenia: a population-based study. *Psychol Med.* mars 2016;46(4):855-63.
164. Mutuyimana C, Sezibera V, Nsabimana E, Mugabo L, Cassady C, Musanabaganwa C, et al. PTSD prevalence among resident mothers and their offspring in Rwanda 25 years after the 1994 genocide against the Tutsi. *BMC Psychol.* déc 2019;7(1):84.
165. Shrira A. Parental PTSD, health behaviors and successful aging among offspring of Holocaust survivors. *Psychiatry Res.* janv 2019;271:265-71.
166. Nyirandamutsa F, Niyonsenga J, Lisette GK, Izabayo J, Kambibi E, Munderere S, et al. Are the Offspring Still Affected by their Mothers' Genocidal Rape 28 Years Ago? : Thematic Analysis of Offspring Experience. *Rwanda J Med Health Sci.* 8 août 2023;6(2):251-63.
167. Owoso A, Jansen S, Ndeti DM, Musau A, Mutiso VN, Mudenge C, et al. A comparative study of psychotic and affective symptoms in Rwandan and Kenyan students. *Epidemiol Psychiatr Sci.* avr 2018;27(2):157-68.
168. Shrira A, Mollov B, Mudahogora C. Complex PTSD and intergenerational transmission of distress and resilience among Tutsi genocide survivors and their offspring: A preliminary report. *Psychiatry Res.* janv 2019;271:121-3.
169. Uwizeye G, Thayer ZM, DeVon HA, McCreary LL, McDade TW, Mukamana D, et al. Double Jeopardy: Young adult mental and physical health outcomes following conception via genocidal rape during the 1994 genocide against the Tutsi in Rwanda. *Soc Sci Med.* juin 2021;278:113938.

170. Uwizeye G, Rutherford JN, Thayer ZM. Associations between duration of first trimester intrauterine exposure to genocide against the Tutsi and health outcomes in adulthood. *Am J Biol Anthropol.* juill 2023;181(3):341-51.
171. Uwizeye G, DeVon HA, McCreary LL, Patil CL, Thayer ZM, Rutherford JN. Children born of genocidal rape: What do we know about their experiences and needs? *Public Health Nurs.* janv 2022;39(1):350-9.
172. Godard MO, Ukeye MJ. Enfants du viol : questions, silence et transmission. *Le Télémaque.* 2012;42(2):117-29.
173. Denov M, Lakor AA. When war is better than peace: The post-conflict realities of children born of wartime rape in northern Uganda. *Child Abuse Negl.* 2017;65:255-65.
174. Muhayisa A, Dachet A, Mukarusanga I, Duret I. Que deviennent les enfants nés du viol et leur mère vingt ans après le génocide au Rwanda ? *Thérapie Fam.* 7 sept 2016;Vol. 37:151-70.
175. Perroud N, Rutembesa E, Paoloni-Giacobino A, Mutabaruka J, Mutesa L, Stenz L, et al. The Tutsi genocide and transgenerational transmission of maternal stress: epigenetics and biology of the HPA axis. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry.* mai 2014;15(4):334-45.
176. Erjavec K, Volčič Z. Living With the Sins of Their Fathers: An Analysis of Self-Representation of Adolescents Born of War Rape. *J Adolesc Res.* 1 mai 2010;25.
177. Erjavec K, Volčič Z. « Target », « cancer » and « warrior »: Exploring painful metaphors of self-presentation used by girls born of war rape. *Discourse Soc.* 1 sept 2010;21.
178. Conching AKS TZ. Biological pathways for historical trauma to affect health: A conceptual model focusing on epigenetic modifications.
179. Roth M, Neuner F, Elbert T. Transgenerational consequences of PTSD: risk factors for the mental health of children whose mothers have been exposed to the Rwandan genocide. 2014;
180. Schick M, Morina N, Klaghofer R, Schnyder U, Müller J. Trauma, mental health, and intergenerational associations in Kosovar Families 11 years after the war. *Eur J Psychotraumatology.* 1 déc 2013;4(1):21060.
181. Morina N. Complex Sequelae of Psychological Trauma Among Kosovar Civilian War Victims. *Int J Soc Psychiatry.* 1 oct 2008;54:425-36.
182. Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *J Anxiety Disord.* mars 2009;23(2):185-96.
183. Uwizeye G, DeVon HA, McCreary LL, Patil CL, Thayer ZM, Rutherford JN. Children born of genocidal rape: What do we know about their experiences and needs? *Public Health Nurs.* janv 2022;39(1):350-9.

184. Nguyen TP, Guajardo MGU, Sahle BW, Renzaho AMN, Slewa-Younan S. Prevalence of common mental disorders in adult Syrian refugees resettled in high income Western countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. déc 2022;22(1):15.
185. Attanayake V, McKay R, Joffres M, Singh S, Burkle F, Mills E. Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Med Confl Surviv*. janv 2009;25(1):4-19.
186. Agbaria N, Petzold S, Deckert A, Henschke N, Veronese G, Dambach P, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder among Palestinian children and adolescents exposed to political violence: A systematic review and meta-analysis. Chao L, éditeur. *PLOS ONE*. 26 août 2021;16(8):e0256426.
187. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 5 août 2009;302(5):537.
188. Dworkin ER, Jaffe AE, Bedard-Gilligan M, Fitzpatrick S. PTSD in the Year Following Sexual Assault: A Meta-Analysis of Prospective Studies. *Trauma Violence Abuse*. avr 2023;24(2):497-514.
189. Lambert JE, Holzer J, Hasbun A. Association Between Parents' PTSD Severity and Children's Psychological Distress: A Meta-Analysis. *J Trauma Stress*. févr 2014;27(1):9-17.
190. Fossion P, Leys C, Vandeleur C, Kempnaers C, Braun S, Verbanck P, et al. Transgenerational transmission of trauma in families of Holocaust survivors: The consequences of extreme family functioning on resilience, Sense of Coherence, anxiety and depression. *J Affect Disord*. janv 2015;171:48-53.
191. Hostinar C, Gunnar M. Hostinar & Gunnar (2013) The developmental psychobiology of stress and emotion in childhood (Handbook of Psychology). In 2012. p. 121-41.
192. Nickerson A, Creamer M, Forbes D, McFarlane AC, O'Donnell ML, Silove D, et al. The longitudinal relationship between post-traumatic stress disorder and perceived social support in survivors of traumatic injury. *Psychol Med*. janv 2017;47(1):115-26.
193. Bapolisi AM, Song SJ, Kesande C, Rukundo GZ, Ashaba S. Post-traumatic stress disorder, psychiatric comorbidities and associated factors among refugees in Nakivale camp in southwestern Uganda. *BMC Psychiatry*. 7 févr 2020;20(1):53.
194. Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, Youngstrom EA. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Trauma Stress*. juin 2013;26(3):299-309.
195. Stander VA, Thomsen CJ, Highfill-McRoy RM. Etiology of depression comorbidity in combat-related PTSD: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*. mars 2014;34(2):87-98.

196. Angelakis S, Weber N, Nixon RDV. Comorbid posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: The usefulness of a sequential treatment approach within a randomised design. *J Anxiety Disord.* déc 2020;76:102324.
197. Flory JD, Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci.* juin 2015;17(2):141-50.
198. Birrer E, Michael T. Rumination in PTSD as well as in traumatized and non-traumatized depressed patients: a cross-sectional clinical study. *Behav Cogn Psychother.* juill 2011;39(4):381-97.
199. The relationship between rumination, PTSD, and depression symptoms | Request PDF [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/275277401\\_The\\_relationship\\_between\\_rumination\\_PTSD\\_and\\_depression\\_symptoms](https://www.researchgate.net/publication/275277401_The_relationship_between_rumination_PTSD_and_depression_symptoms)
200. Sigal JJ, Silver D, Rakoff V, Ellin B. Some second-generation effects of survival of the Nazi persecution. *Am J Orthopsychiatry.* avr 1973;43(3):320-7.
201. "A long term effect of the concentration-camp experience" / Vivian Rakoff, Jewish General Hospital, Montreal [article, correspondence, and background] - Discover Archives [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://discoverarchives.library.utoronto.ca/index.php/long-term-effect-of-concentration-camp-experience-vivian-rakoff-jewish-general-hospital-montreal-article-correspondence-and-background>
202. Barocas HA, Barocas CB. Manifestations of concentration camp effects on the second generation. *Am J Psychiatry.* juill 1973;130(7):820-1.
203. Trossman B. Adolescent children of concentration camp survivors. *Can Psychiatr Assoc J.* avr 1968;13(2):121-3.
204. Rosenheck R, Nathan P. Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hosp Community Psychiatry.* mai 1985;36(5):538-9.
205. Solomon Z, Kotler M, Mikulincer M. Combat-related posttraumatic stress disorder among second-generation Holocaust survivors: preliminary findings. *Am J Psychiatry.* juill 1988;145(7):865-8.
206. Abrams MS. Intergenerational Transmission of Trauma: Recent Contributions from the Literature of Family Systems Approaches to Treatment. *Am J Psychother.* avr 1999;53(2):225-31.
207. Bowen M. The use of family theory in clinical practice. *Compr Psychiatry.* oct 1966;7(5):345-74.
208. Bowen M. *Family Therapy in Clinical Practice.* Jason Aronson; 1993. 584 p.
209. L'examen clinique de la famille de Nicolas Favez [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.editions-mardaga.com/products/examen-clinique-de-la-famille>

210. Adamsons K. Handbook of Family Theories: A Content-Based Approach. *J Fam Theory Rev.* 1 déc 2015;7:520-2.
211. Claridge A, Wojciak A, Lettenberger-Klein C, Pettigrew H, Mcwey L, Chaviano C. Reciprocal Associations Among Maternal and Child Characteristics of At-Risk Families: A Longitudinal Actor–Partner Interdependence Model. *J Marital Fam Ther.* 1 juill 2014;41.
212. Patterns of parental authority and adolescent autonomy - PubMed [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16121897/>
213. (PDF) Parenting Style and Adolescent Mental Health: The Chain Mediating Effects of Self-Esteem and Psychological Inflexibility [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/355199303\\_Parenting\\_Style\\_and\\_Adolescent\\_Mental\\_Health\\_The\\_Chain\\_Mediating\\_Effects\\_of\\_Self-Esteem\\_and\\_Psychological\\_Inflexibility](https://www.researchgate.net/publication/355199303_Parenting_Style_and_Adolescent_Mental_Health_The_Chain_Mediating_Effects_of_Self-Esteem_and_Psychological_Inflexibility)
214. (PDF) Parenting Styles and Psychological Needs Influences on Adolescent Life Goals and Aspirations in a South African Setting [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/275349076\\_Parenting\\_Styles\\_and\\_Psychological\\_Needs\\_Influences\\_on\\_Adolescent\\_Life\\_Goals\\_and\\_Aspirations\\_in\\_a\\_South\\_African\\_Setting](https://www.researchgate.net/publication/275349076_Parenting_Styles_and_Psychological_Needs_Influences_on_Adolescent_Life_Goals_and_Aspirations_in_a_South_African_Setting)
215. Parental styles in the intergenerational transmission of trauma stemming from the Khmer Rouge regime in Cambodia - PubMed [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24164520/>
216. Field NP, Om C, Kim T, Vorn S. Parental styles in second generation effects of genocide stemming from the Khmer Rouge regime in Cambodia. *Attach Hum Dev.* nov 2011;13(6):611-28.
217. The relevance of epigenetics to PTSD: implications for the DSM-V - PubMed [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19813242/>
218. Labonté B, Azoulay N, Yerko V, Turecki G, Brunet A. Epigenetic modulation of glucocorticoid receptors in posttraumatic stress disorder. *Transl Psychiatry.* mars 2014;4(3):e368.
219. Halligan SL, Herbert J, Goodyer I, Murray L. Disturbances in Morning Cortisol Secretion in Association with Maternal Postnatal Depression Predict Subsequent Depressive Symptomatology in Adolescents. *Biol Psychiatry.* 1 juill 2007;62(1):40-6.
220. Guilford Press [Internet]. [cité 31 mars 2024]. *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society.* Disponible sur: <https://www.guilford.com/books/Traumatic-Stress/Kolk-McFarlane-Weisaeth/9781572304574>
221. Gudsnuik KMA, Champagne FA. Epigenetic Effects of Early Developmental Experiences. *Clin Perinatol.* 1 déc 2011;38(4):703-17.
222. Hayes B. Epigenetics: What do Psychologists Need to Know? *Int J Educ Psychol.* 24 oct 2018;7(3):230-47.

223. Yehuda R, Daskalakis NP, Bierer LM, Bader HN, Klengel T, Holsboer F, et al. Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation. *Biol Psychiatry*. 1 sept 2016;80(5):372-80.
224. Yehuda R, Engel SM, Brand SR, Seckl J, Marcus SM, Berkowitz GS. Transgenerational Effects of Posttraumatic Stress Disorder in Babies of Mothers Exposed to the World Trade Center Attacks during Pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab*. 1 juill 2005;90(7):4115-8.
225. Segman RH, Shalev AY. Genetics of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr*. sept 2003;8(9):693-8.
226. Meaney MJ, Szyf M. Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Dialogues Clin Neurosci*. juin 2005;7(2):103-23.
227. Gaudi S, Guffanti G, Fallon J, Macciardi F. Epigenetic mechanisms and associated brain circuits in the regulation of positive emotions: A role for transposable elements. *J Comp Neurol*. 2016;524(15):2944-54.
228. Joo-Castro L EA. Understanding Historical Trauma for the Holistic Care of Indigenous Populations: A Scoping Review.
229. Muhtz C, Wittekind C, Godemann K, Von Alm C, Jelinek L, Yassouridis A, et al. Mental Health in Offspring of Traumatized Refugees with and without Post-traumatic Stress Disorder. *Stress Health*. 2016;32(4):367-73.
230. Burchert S, Stammel N, Knaevelsrud C. Transgenerational trauma in a post-conflict setting: Effects on offspring PTSS/PTSD and offspring vulnerability in Cambodian Families. *Psychiatry Res*. 1 avr 2017;254.
231. Muhtz C, Godemann K, von Alm C, Wittekind C, Goemann C, Wiedemann K, et al. Effects of chronic posttraumatic stress disorder on metabolic risk, quality of life, and stress hormones in aging former refugee children. *J Nerv Ment Dis*. sept 2011;199(9):646-52.
232. Jacobs J. The Cross-Generational Transmission of Trauma: Ritual and Emotion among Survivors of the Holocaust. *J Contemp Ethnogr - J CONTEMP ETHNOGR*. 9 mai 2011;40:342-61.
233. Pleck J. Paternal involvement: Levels, sources, and consequences. In 1997.
234. O'Neill L, Fraser T, Kitchenham A, McDonald V. Hidden Burdens: a Review of Intergenerational, Historical and Complex Trauma, Implications for Indigenous Families. *J Child Adolesc Trauma*. 28 oct 2016;11(2):173-86.
235. Generation to Generation: A Discussion with Children of Jewish Holocaust Survivors [Internet]. ICMGLT. 2023 [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://icmglt.org/icmlibrary/generation-to-generation-a-discussion-with-children-of-jewish-holocaust-survivors/>

236. Baron L, Reznikoff M, Glenwick DS. Narcissism, interpersonal adjustment, and coping in children of Holocaust survivors. *J Psychol.* mai 1993;127(3):257-69.
237. Leon GR, Butcher JN, Kleinman M, Goldberg A, Almagor M. Survivors of the holocaust and their children: current status and adjustment. *J Pers Soc Psychol.* sept 1981;41(3):503-16.
238. Cooper B, Akcam T. Turks, Armenians, and the “G-Word”. *World Policy J.* 1 sept 2005;22(3):81-93.
239. Smith RW, Markusen E, Lifton RJ. Professional Ethics and the Denial of Armenian Genocide. *Holocaust Genocide Stud.* 1 mars 1995;9(1):1-22.
240. Psychological distress of Holocaust survivors and offspring in Israel, forty years later: a review - PubMed [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3333247/>
241. Survivors, Victims, and Perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust [Internet]. ICMGLT. 2021 [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://icmglt.org/icmlibrary/survivors-victims-and-perpetrators-essays-on-the-nazi-holocaust/>
242. Katz C. The Children of Holocaust Survivors: Issues of Separation. *J Jew COMMUNAL Serv.*
243. Impact of parental holocaust traumatization on offsprings’ reports of parental child-rearing practices - PubMed [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24306737/>
244. Denov M, Piolanti A. “Though My Father was a Killer, I Need to Know Him”: Children born of genocidal rape in Rwanda and their perspectives on fatherhood. *Child Abuse Negl.* sept 2020;107:104560.
245. Carpenter-WP.pdf [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://charlicarpenter.net/childrenbornofwar/Carpenter-WP.pdf>
246. A Gendered Genocide: Tutsi Women and Hutu Extremists in the 1994 Rwanda Genocide - Taylor - 1999 - PoLAR: Political and Legal Anthropology Review - Wiley Online Library [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/pol.1999.22.1.42>
247. van Ee E, Kleber RJ. Growing Up Under a Shadow: Key Issues in Research on and Treatment of Children Born of Rape. *Child Abuse Rev.* 2013;22(6):386-97.
248. Mochmann IC. Los niños nacidos de la guerra. *OBETS Rev Cienc Soc.* 15 déc 2008;(2):53-61.
249. Shanahan F, Veale A. How mothers mediate the social integration of their children conceived of forced marriage within the Lord’s Resistance Army. *Child Abuse Negl.* janv 2016;51:72-86.
250. (PDF) Overview of Human Rights Violations Against Rohingya Ethnicity in Burma and Uighur Tribe in China in International Law Perspectives [Internet]. [cité 31 mars 2024].

- Disponible sur:  
[https://www.researchgate.net/publication/340067778\\_Overview\\_of\\_Human\\_Rights\\_Violations\\_Against\\_Rohingya\\_Ethnicity\\_in\\_Burma\\_and\\_Uighur\\_Tribe\\_in\\_China\\_in\\_International\\_Law\\_Perspectives](https://www.researchgate.net/publication/340067778_Overview_of_Human_Rights_Violations_Against_Rohingya_Ethnicity_in_Burma_and_Uighur_Tribe_in_China_in_International_Law_Perspectives)
251. Kieffer A. Comorbidité entre schizophrénie et trouble de stress post-traumatique.
252. [Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population] - PubMed [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15959445/>
253. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions - PubMed [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21168991/>
254. Copper RL, Goldenberg RL, Das A, Elder N, Swain M, Norman G, et al. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol.* nov 1996;175(5):1286-92.
255. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol.* 1 janv 2003;157(1):14-24.
256. Maternal stress and fetal responses: evolutionary perspectives on preterm delivery - PubMed [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15611979/>
257. Betancourt TS, Meyers-Ohki S, Stulac SN, Elizabeth Barrera A, Mushashi C, Beardslee WR. Nothing can defeat combined hands (*Abashize hamwe ntakibananira*): Protective processes and resilience in Rwandan children and families affected by HIV/AIDS. *Soc Sci Med.* 1 sept 2011;73(5):693-701.
258. Malhi GS, Das P, Mannie Z, Irwin L. Treatment-resistant depression: problematic illness or a problem in our approach? *Br J Psychiatry.* janv 2019;214(1):1-3.
259. Motherhood and Resilience among Rwandan Genocide-Rape Survivors - Zraly - 2013 - Ethos - Wiley Online Library [Internet]. [cité 31 mars 2024]. Disponible sur: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/etho.12031>

## **Annexes.**

---

### **ANNEXE 1 : Equations de recherche sur les bases de données.**

#### **Recherches MeSH terms.**

\*23 décembre 18h

psychotraumatism, psycho traumatism, psychotrauma, psychological trauma, Combat Disorders, PTSD, SSPT.

\*26 décembre 9h

Psychological, Psychological Trauma, Combat Disorders, Génocide, Mental Health, Transgenerational, Survivors, Mental Disorders, Grief, Resilience, Psychological, Depression, Anxiety, Ethnic Violence, War Crimes, Counseling, Psychotherapy, Cultural Factors, cultural trauma, Ethnopsychology, Social Stigma, Adaptation/ Psychological, Holocaust, Collective Trauma, Historical Trauma, Refugees, War-Related Injuries, Psychological, Human Rights Abuses, rwandan , Tutsis , hutu, Srebrenica , Bosnian , armenian.

#### **Equations de recherche.**

"Human Rights Abuses" AND (("War-Related Injuries" AND "Psychological Trauma") OR ("Psychological Trauma" AND "Ethnic Violence"))

27 décembre 10h20: Pubmed no results.

"Human Rights Abuses" OR (("War-Related Injuries" AND "Psychological Trauma") OR ("Psychological Trauma" AND "Ethnic Violence"))

27 décembre 10h20: 303 Pubmed.

"Psychological Trauma" AND (holocauste OR Cambodian OR rwandan OR Tutsis OR Srebrenica OR Bosnian OR armenian)

28 décembre 16h00 : pub med 13 - Psycnet 7.

"Psychological Trauma" AND ("massacre" OR "mass murder" OR "mass killing")

28 décembre 16h00 : pub med 4, Psycnet 10.

"mental health" AND (holocauste OR Cambodian OR rwandan OR Tutsis OR Srebrenica OR Bosnian OR armenian)

28 décembre 16h00 : pub med 512 - Psycnet 66

"mental health" AND (holocauste OR Cambodian OR rwandan OR Tutsis OR Srebrenica OR Bosnian OR armenian) AND transmission

28 décembre 16h00 : pub med 26 - Psycnet 7

"mental health" AND (holocauste OR Cambodian OR rwandan OR Tutsis OR Srebrenica OR Bosnian OR armenian) AND psychiatric

28 décembre 16h00 : pub med 243 - Psycnet 3

("mental health" OR psychiatric) AND (holocauste OR Cambodian OR rwandan OR Tutsis OR Srebrenica OR Bosnian OR armenian) AND Transgenerational

28 décembre 16h00 : pub med 29 - Psycnet 5

("War-Related Injuries" AND "Psychological Trauma") OR ("Psychological Trauma" AND "Ethnic Violence")

27 décembre 20h : Pubmed 4 - psychnet 2

"Human Rights Abuses" AND "Psychological Trauma"

27 décembre 20h : Pubmed 10 - psychnet 0

Génocide AND "Mental Health"

27 décembre 20h : pub med 220 - psycnet 25

"Psychological Trauma" AND Survivors AND Genocide

27 décembre 20h : pub med 21 - psycnet 5

"Transgenerational Trauma" AND "Genocide"

27 décembre 20h : pub med 6 - psycnet 0

"Transgenerational Trauma" AND "Genocide Survivor"

27 décembre 20h : pub med 1 - psycnet 0

"Transgenerational Trauma" AND "Genocide" AND "Survivors"

27 décembre 20h : pub med 2 - psycnet 0

"Mental Disorders" AND Genocide AND "Ethnic Violence"

27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 0

("mental health" OR psychiatric OR "Mental Disorders") AND (holocaust OR Cambodian OR rwandan OR Tutsis OR Srebrenica OR Bosnian OR armenian) AND Transgenerational

27 décembre 20h : pub med 29 - psycnet 5 - scopus 15

"Mental Disorders" AND Genocide

27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 6

Depression AND Anxiety AND "Genocide Survivors"

27 décembre 20h : pub med 7 - psycnet 0

Depression AND "Genocide Survivors"

27 décembre 20h : pub med 16 - psycnet 0

Anxiety AND "Genocide Survivors"

27 décembre 20h : pub med 7 - psycnet 0

"War Crimes" AND "Mental Health" AND Survivors

27 décembre 20h : pub med 7 - psycnet 1

"Cultural Factors" AND "Psychological Trauma" AND Genocide

27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 0

"Cultural" AND "Psychological Trauma" AND Genocide

27 décembre 20h : pub med 2 - psycnet 1

"Cultural" AND "mental health" AND Genocide

27 décembre 20h : pub med 28 - psycnet 5

"Ethnopsychology" AND "Transgenerational Trauma"

27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 0

"Ethnology" AND "Transgenerational Trauma"

27 décembre 20h : pub med 4 - psycnet 1

"Mental Disorders" AND Genocide

27 décembre 20h : pub med 67 - psycnet 6

"Mental Disorders" AND Genocide AND survivor

27 décembre 20h : pub med 30 - psycnet 0

"Mental Disorders" AND Genocide AND descendant

27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 0

"Mental Disorders" AND Genocide AND (offspring OR survivor)

27 décembre 20h : pub med 30 - psycnet 0

("mental health" OR psychiatric OR "Mental Disorders") AND (holocaust OR Cambodian OR rwandan OR Tutsis OR Srebrenica OR Bosnian OR armenian OR genocide) AND (offspring OR survivor OR Transgenerational)

28 décembre 17h : pub med 459 - psycnet 18

"Holocaust Survivors" AND "Mental Health"

27 décembre 20h : pub med 430 - psycnet 21

"Holocaust Survivors" AND "Mental Health" AND offsprings

27 décembre 20h : pub med 14 - psycnet 7

"Collective Trauma" AND "Historical Trauma" AND Genocide

27 décembre 20h : pub med 2 - psycnet 0

Refugees AND ("War-Related Injuries" OR genocide OR massacre) AND (Psychological OR psychiatric)

27 décembre 20h : pub med 70 - psycnet 5

"Human Rights Abuses" AND "Psychological Impact" AND Genocide

27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 0

"Posttraumatic Stress Disorder" AND Genocide

27 décembre 20h : pub med 118 - psycnet 17

"Posttraumatic Stress Disorder" AND Genocide AND offspring

27 décembre 20h : pubmed 25 – psynet 1 - scopus 10

("Posttraumatic Stress Disorder" OR TSPT OR trauma) AND (Genocide OR holocaust OR rwanada OR bosnian OR Tutsis OR Srebrenica OR armenian ) AND (offspring OR transmission OR transgenerational OR Intergenerational )

11 janvier 17h : pubmed 172 - scopus 137 - psychnet 40

"Intergenerational" AND ("Mental Health" OR trauma OR TSPT) AND Genocide

27 décembre 20h : pub med 27 - psycnet 0 - scopus 69

"Intergenerational" AND Genocide AND psychiatry

27 décembre 20h : pub med 3 - psycnet 0

"Psychiatric Morbidity" AND "Mass Atrocities"

27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 0

"Psychiatric" AND genocide

27 décembre 20h : pub med 2 - psycnet 5

"Memory" AND "Traumatic Events" AND Genocide

27 décembre 20h : pub med 6 - psycnet 0

"Coping Mechanisms" AND "Genocide Survivors"

27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 0

"Displacement" AND "Mental Health" AND Genocide

27 décembre 20h : pub med 6 - psycnet 0

"Neurobiological Effects" AND Trauma AND psychiatry

27 décembre 20h : pub med 24 - psycnet 1

"Psychological Resilience" AND "Ethnic Cleansing"

27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 0

"Psychoeducation" AND "Traumatic Stress" AND war  
décembre 20h : pub med 15 - psycnet 10

"Psychoeducation" AND "Traumatic Stress" AND "genocide"  
27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 0

"Complex TSPT" AND "Violence Exposure"  
27 décembre 20h : pub med 1 - psycnet 0

Complex TSPT" AND "Violence Exposure" AND genocide  
27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 0

TSPT AND "population massacre"  
27 décembre 20h : pub med 1 - psycnet 0

TSPT AND "genocide"  
27 décembre 20h : pub med 358 - psycnet 17

TSPT AND genocide AND survivor  
27 décembre 20h : pub med 269 - psycnet 0

TSPT AND genocide AND survivor AND offspring  
27 décembre 20h : pubmed 47 - psycnet 0

"Emotional Regulation" AND "Genocide Survivors"  
27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 0

"Somatic Symptoms" AND "Psychological Trauma"  
27 décembre 20h : pub med 24 - psycnet 13

"Resilience Factors" AND "Transgenerational"  
27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 0

"Cultural Healing" AND "Genocide Recovery"

27 décembre 20h : pub med 0 - psycnet 0

ANNEXE 2 : Modalité de recherche sur Rayyan.ai

Mots clefs en faveur d'une exclusion :

cambodian, therapy, cambodia, psychoanalytic, Iraq, HIV, veterans, university, covid, psychoanalysis, earthquake, Yazidi, isis, Australian, Indian, racism, animals, Syria, Island, Utøya, kurds, rats, bullying, Kurd

Mots clefs en faveur d'une inclusion :

Trauma, Holocaust, Genocide, TSPT, PTSD, SSPT, TPST posttraumatic, transmission, rwanda, Rwandan, Transgenerational,intergenerational, Post-Traumatic Stress Disorder, parent, offspring, tutsi, DSM, Mental Disorders, armenian, Bosnian, Psychological Trauma, genetic, Armenia, meta, systematic review, ethnic, cleansing, Vicarious, Trauma across generations, War Crimes, Srebrenica.

**ANNEXE 2 : Modalité de recherche sur Rayyan.ai**

Mots clefs en faveur d'une exclusion :

cambodian, therapy, cambodia, psychoanalytic, Iraq, HIV, veterans, university, covid, psychoanalysis, earthquake, Yazidi, isis, Australian, Indian, racism, animals, Syria, Island, Utøya, kurds, rats, bullying, Kurd

Mots clefs en faveur d'une inclusion :

Trauma, Holocaust, Genocide, TSPT, PTSD, SSPT, TPST posttraumatic, transmission, rwanda, Rwandan, Transgenerational,intergenerational, Post-Traumatic Stress Disorder, parent, offspring, tutsi, DSM, Mental Disorders, armenian, Bosnian, Psychological Trauma, genetic, Armenia, meta, systematic review, ethnic, cleansing, Vicarious, Trauma across generations, War Crimes, Srebrenica.

### ANNEXE 3 : Liste des publications exclues de la recherche systématique sur rayann.ai

Titre (70 premiers caractères)	Année	1er Auteur	Raison d'exclusion
University student voices on healing and recovery following tragedy.	2018	Felix	wrong population
A novel examination of exposure patterns and posttraumatic stress afte	2019	Liu	wrong population
A longitudinal study of psychological distress and exposure to trauma	2017	Glad	hors sujet
Religious support buffers the indirect negative psychological effects	2019	San	wrong population
Mental health service utilization following a campus mass shooting: Th	2022	Reffi	wrong population
Adjustment following the mass shooting at Virginia Tech: The roles of	2009	Littleton	wrong population
The longitudinal association between symptoms of posttraumatic stress	2022	Glad	wrong population
Regulating and coping with distress during police interviews of trauma	2016	Risan	hors sujet
Network analysis of PTSD symptoms following mass violence.	2018	Sullivan	wrong population
The effects of vicarious exposure to the recent massacre at Virginia T	2009	Fallahi	background article
Impact of pre-war and post-war intergroup contact on intergroup relati	2017	Voci	background article
COVID-19-related racial discrimination on Asian Australians: An evalua	2022	Lim	hors sujet
The lived experiences of pregnancy and motherhood in Bosnian women dur	2021	Draganović	hors sujet
Trauma, mental health, and health care experiences of lesbian and bise	2023	Hughes	wrong population
A mediation model of the relationship of cultural variables to interna	2013	Dinh	hors sujet
Reassembling a shattered life: A study of posttraumatic growth in disp	2018	Uy	background article
Long-term cognitive correlates of exposure to trauma: Evidence from Rw	2019	Blanchette	No access
The psychological correlates of transitional justice in Rwanda: A long	2020	Caparos	No access
School-based mental health prevention for Asian American adolescents:	2014	Anyon	hors sujet
Witnesses to genocide: Experiences of witnessing in the Rwandan gacaca	2011	Funkeson	no prevalence G1
A novel electroencephalography-based paradigm to measure intergroup pr	2023	Pech	hors sujet
Review of Intersections of multiple identities: A casebook of evidence	2010	Suyemoto	hors sujet
Secondary posttraumatic growth in children of survivors of the 1994 ge	2023	Kshtriya	No access
Towards a theory of collective posttraumatic growth in Rwanda: The pur	2014	Williamson	background article
The true healing is healing together: Healing and rebuilding social re	2019	King	hors sujet
Acculturative dissonance, ethnic identity, and youth violence.	2008	Le	hors sujet

Parental styles in the intergenerational transmission of trauma stemmi	2013	Field	
Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors i	2008	Neuner	hors sujet
Parental trauma and adult sibling relationships in Holocaust-survivor	2018	Felsen	wrong publication type
"Web-based, second-best togetherness": Psychosocial group intervention	2021	Felsen	wrong outcome
Multigenerational legacies of trauma: Modeling the what and how of tra	2016	Danieli	INCLUS MA
The long-term outcomes of mental health treatment in a population-base	1999	Bovasso	hors sujet
A family beliefs framework for socially and culturally specific preven	2006	Weine	hors sujet
Latent factor structure of PTSD symptoms in veterans with a history of	2019	Rosenblatt	hors sujet
Moral injury and suicidality among combat-wounded veterans: The modera	2019	Kelley	hors sujet
Intersected discrimination through the lens of COVID-19: The case exam	2022	Kira	wrong population
Reasons for passivity, the roots of active bystandership, and training	2023	Staub	hors sujet
Protecting the health and welfare of staff, victims, and witness: Repo	2004	No	wrong population
Spiritual connectedness through prayer as a mediator of the relationsh	2021	Gonzalez	hors sujet
Trauma and posttraumatic growth in women refugees: A bibliometric anal	2023	Taheri	INTROUVABLE
The dynamics of cumulative trauma and trauma types in adults patients	2013	Kira	background article
Psychological effects of being enslaved by ISIS.	2019	Msall	INTROUVABLE
Intergenerational transmission of trauma and its association with atti	2023	Ingabire	No access
Some second-generation effects of survival of the Nazi persecution.	1973	Sigal	INCLUS MA
Disclosure of genocide experiences in Rwandan families: Private and pu	2021	Williamson	hors sujet
Review of The African American experience: Psychoanalytic perspectives	2017	Bowen	wrong population
Family involvement and secondary traumatization in Holocaust survivor	2023	Greenblatt-Kimron	INCLUS MA
Relationships between psychopathological and demographic variables and	2008	Lurie-Beck	no prevalence G1
Psychotherapist's participation in the conspiracy of silence about the	1984	Danieli	wrong population
Gender differences in the initiation of negotiations: A meta-analysis.	2018	Kugler	hors sujet
Treating traumatic memories in Rwanda with the rewind technique: Two-w	2012	Utuzza	hors sujet
After the genocide in Rwanda: Humanistic perspectives on social proces	2018	Joseph	hors sujet
Construction, application, and validation of a reconciliation question	2015	Heim	hors sujet

Appetitive aggression and its relation to posttraumatic stress in Buru	2016	Nandi	wrong population
Against evil.	1999	Weine	hors sujet
The readiness of health profession students to comply with a hypotheti	1990	Charny	hors sujet
Metacognitive interpersonal therapy in borderline personality disorder	2023	Rossi	hors sujet
A psychobiocultural model of orthostatic panic among Cambodian refugee	2010	Hinton	background article
Associations between prolonged grief disorder, depression, posttraumat	2012	Schaal	INCLUS MA
Contribution of community-based sociotherapy interventions for the psy	2020	Biracyaza	hors sujet
Rates of trauma spectrum disorders and risks of posttraumatic stress d	2011	Schaal	INCLUS MA
Inclusivity of past collective trauma and its implications for current	2020	Rosler	hors sujet
Living in "survival mode:" Intergenerational transmission of trauma fr	2015	Bezo	wrong population
The mental health and well-being of internally displaced female Yazidi	2022	Lobanov-Rostovsky	wrong population
Increasing culturally responsive care and mental health equity with in	2021	O'Keefe	wrong population
American Indian/Alaska Native Child Health and Poverty.	2021	Empey	wrong population
Rwanda's Resiliency During the Coronavirus Disease Pandemic.	2021	Louis	background article
Conceptualizing a New System of Care in Hawai'i for Native Hawaiians a	2022	Daniels	hors sujet
On the cognitive mechanisms supporting prosocial disobedience in a pos	2022	Caspar	hors sujet
Drawing together psyche, soma and spirit: my career in cultural psychi	2011	Dein	hors sujet
Sociality and temporality in local experiences of distress and healing	2021	Otake	no prevalence G1
Kongera Kwiubaka (rebuilding ourselves again): Culturally responsive	2022	Ndagijimana	background article
Transforming through leadership: a qualitative study of successful Ame	2019	Freeman	wrong population
Primary mental health care for survivors of collective sexual violence	2011	Zrally	wrong population
Transmitted trauma as badge of honor: Phenomenological accounts of Hol	2019	Kidron	background article
A Community-Defined Approach to Address Trauma Among Cambodian Immigra	2023	Sabado	wrong population
Subjective well-being: gender differences in Holocaust survivors-speci	2017	Carmel	no prevalence G1
Don't let the suffering make you fade away: an ethnographic study of r	2010	Zrally	hors sujet
Reconsidering American Indian historical trauma: lessons from an early	2014	Gone	hors sujet
The factor structure of the CES-D in a sample of Rwandan genocide surv	2014	Lacasse	hors sujet

Oscillating between denial and recognition of PTSD: why are lessons le	1995	Solomon	wrong population
Indigenous Apocalypse and Transgenerational Trauma.	2020	Ramos	wrong population
Understanding the social determinants of health among Indigenous Canad	2015	Kolahdooz	wrong population
Cultural identity in Siberia and in analytical practice.	2019	Zabelina	hors sujet,background article
Transgenerational Trauma and Mental Health Needs among Armenian Genoci	2021	Der	G3
Child mental health literacy among Vietnamese and Cambodian mothers.	2021	Dang	wrong population
Implementation of mental health policies and reform in post-conflict c	2022	Sabey	background article
Women, catastrophe and mental health.	2008	Raphael	wrong population
Community Resilience and Long-Term Impacts of Mental Health and Psycho	2018	Otake	hors sujet
and a poem.	2023	Méndez	wrong publication type
[The mental health nurse as a cornerstone of mental health care in Rwa	2022	Umubyeyi	hors sujet
Global Public Health Nursing.	2022	Uwizeye	background article
Sudan's unmet mental health needs: A call for action.	2022	Shoib	wrong population
The mental health and psychosocial problems of survivors of torture an	2013	Bolton	wrong population
Stress and Health of Internally Displaced Female Yezidis in Northern I	2019	Jäger	hors sujet
Societal Healing in Rwanda: Toward a Multisystemic Framework for Menta	2021	Lordos	hors sujet
The impact of sulfur mustard on quality of life and mental health in K	2022	Moradi	hors sujet
Sociodemographic Characteristics and Mental and Physical Health Diagno	2023	Hassan	wrong population
The Health and Sociocultural Correlates of AIDS Genocidal Beliefs and	2018	Quinn	wrong population
The enduring mental health impact of mass violence: a community compar	2014	Mollica	wrong population
Seeking asylum-trauma, mental health, and human rights: an Australian	2013	Newman	wrong population
No justice in sight: The mental health and wellbeing of West Papuan re	2016	Rees	wrong population
The mental health consequences of student "Holocaust memorial journeys	2013	Mimouni-Bloch	wrong population
Health and social consequences for survivors of genocidal rape: A syst	2023	Varshney	no prevalence G1
Psychopathology and other health dimensions among the offspring of Hol	2007	Levav	INCLUS MA
Human rights, transitional justice, public health and social reconstru	2010	Pham	hors sujet
Darfur refugees in Cairo: mental health and interpersonal conflict in	2009	Meffert	wrong population

Mothers of children born of genocidal rape in Rwanda: Implications for	2019	Denov	hors sujet
Mental health care in post-genocide Rwanda: evaluation of a program sp	2016	Ng	hors sujet
Mental health care and resistance to fascism.	2010	McKeown	hors sujet
"We are children like others": Pathways to mental health and healing f	2019	Kahn	INCLUS MA
Responses of mental health professionals to man-made trauma: the Israe	1996	Solomon	hors sujet
Evaluation of Social Acknowledgment and Mental Health Among Kurdish Su	2023	Neldner	wrong population
Canada's Colonial Genocide of Indigenous Peoples: A Review of the Psyc	2022	Matheson	wrong population
Local perceptions of the mental health effects of the Rwandan genocide	2001	Bolton	wrong publication type
War trauma impacts in Ukrainian combat and civilian populations: Moral	2023	Zasiekina	wrong population
Sleep Disorders Among Holocaust Survivors: A Review of Selected Public	2017	Lurie	no prevalence G1
"A constant struggle to receive mental health care": health care profe	2015	Rugema	hors sujet
Psychiatric disorders and other health dimensions among Holocaust surv	2009	Sharon	INCLUS MA
The psychiatric defence and international criminal law.	2007	Tobin	hors sujet
The impact of fear for family on mental health in a resettled Iraqi re	2010	Nickerson	wrong population
Psychoactive Drugs in the Management of Post Traumatic Stress Disorder	2022	Elsouri	background article
Trauma and perceived social rejection among Yazidi women and girls who	2018	Ibrahim	wrong population
The post-traumatic response in children and adolescents.	1994	Schwarz	wrong population
A review of epidemiologic studies on suicide before, during, and after	2018	Levav	background article
Suffering of silenced people in northern Rwanda.	2019	Otake	hors sujet
Mental health in post-genocide Rwanda.	2011	Palmer	INTROUVABLE
The Significance of Justice in the Psychotherapeutic Treatment of Trau	2020	Kizilhan	background article
Exposure to Genocide and the Risk of Dementia.	2019	Kodesh	background article
Burden of post-traumatic stress disorder in postgenocide Rwandan popul	2020	Musanabaganwa	
Psychological reactions to the coronavirus pandemic: a comparative stu	2022	Carmel	hors sujet
Assessment of Perinatal Depression Risk among internally displaced Yaz	2022	Seidi	wrong population
Self-reported outcomes of a randomized trial comparing three community	2022	Wagner	wrong population
Reliability and construct validity of three health-related self-report	2012	Epino	hors sujet

Intergenerational Transmission of Traumatic Stress and Resilience Amon	2021	Mak	wrong population
The psychological impact of genocide on the Yazidis.	2023	Kizilhan	wrong population
Observations on Osteoporosis in Three Generations of Descendants of Ho	2019	Weisz	hors sujet
Exploring hair steroid concentrations in asylum seekers, internally di	2020	Buchmüller	hors sujet
The long-term health consequences of genocide: developing GESQUQ - a g	2019	Lindert	background article
Stigma, marginalization and psychosocial well-being of orphans in Rwan	2016	Caserta	hors sujet
Long-Term Impact of War, Civil War, and Persecution in Civilian Popula	2020	Musisi	wrong population,background article
Why Do Holocaust Survivors Remember What They Remember?	2017	Canham	no prevalence G1
Four decades following the Khmer rouge: sociodemographic factors impac	2019	Seponski	hors sujet
Are healthcare professionals working in Australia's immigration detent	2016	Isaacs	hors sujet
March of the Living, a Holocaust Educational Tour: An Assessment of An	2016	Nager	hors sujet
Intergenerational Effects of Maternal Holocaust Exposure on FKBP5 Meth	2020	Bierer	background article
Longitudinal Changes in Posttraumatic Stress Disorder After Resettleme	2021	Denkinger	wrong population
COVID-19 pandemic against mental health services for genocide survivor	2020	Ngamije	background article
Life review therapy for holocaust survivors (LRT-HS): study protocol f	2020	Forstmeier	hors sujet
The legacy of gender-based violence and HIV/AIDS in the postgenocide e	2016	Russell	hors sujet
Reclaiming our roots: accomplishments and challenges.	2011	King	hors sujet
Intergenerational trauma is associated with expression alterations in	2021	Daskalakis	background article
Mental healthcare in Poland.	2008	Bomba	hors sujet
Psychodynamic-supportive group therapy model for elderly Holocaust sur	1998	Müller	wrong outcome
Cumulative Trauma Among Mayas Living in Southeast Florida.	2017	Millender	wrong population
Exploring the potential of a family-based prevention intervention to r	2016	Chaudhury	hors sujet
Does early life trauma affect how depression is experienced by Holocau	2018	O'Rourke	no prevalence G1
Protocol for a randomized controlled trial in Cambodian individuals wi	2023	Mannarino	wrong population
Holocaust history is not reflected in telomere homeostasis in survivor	2019	Konečná	background article
Exposure to genocide and the risk of schizophrenia: a population-based	2016	Levine	no prevalence G1
"A calf cannot fail to pick a colour from its mother": intergeneration	2023	Kagoyire	background article

Coping in old age with extreme childhood trauma: aging Holocaust survi	2011	Fridman	no prevalence G1
Attitudes towards euthanasia and assisted suicide: a comparison between	2013	Levy	hors sujet
Rehabilitation for Survivors of the 1994 Genocide in Rwanda: What Are	2017	Uwamaliya	hors sujet
Influences of Nationalism and Historical Traumatic Events on the Will-	2016	Carmel	hors sujet
Conspiracy Beliefs Are Not Necessarily a Barrier to Engagement in HIV	2018	Jaiswal	hors sujet
Health status and mortality in Holocaust survivors living in Jerusalem	2004	Collins	INTROUVABLE
Hopelessness, temperament, anger and interpersonal relationships in Ho	2011	Iliceto	INCLUS MA
Validity, Reliability, and Diagnostic Cut-off of the Kinyarwanda Vers	2020	Dedeken	hors sujet
Association Between Prolonged Grief and Attitudes Toward Reconciliatio	2020	Stammel	hors sujet
Increased rate of depression and psychosomatic symptoms in Jewish migr	2013	Ullmann	hors sujet
Sertraline, paroxetine, and venlafaxine in refugee posttraumatic stres	2001	Smajkic	hors sujet
Burden of post-traumatic stress disorder acute exacerbations during th	2018	Kabakambira	no prevalence G1
The impact of cultural context on the mental health of Jewish concentr	1987	Tabory	hors sujet
The prevalence of psychiatric disorders among Yazidi people results fr	2023	Ahmed	wrong population
Nothing can defeat combined hands (Abashize hamwe ntakibananira): prot	2011	Betancourt	hors sujet
The Tutsi genocide and transgenerational transmission of maternal stre	2014	Perroud	INCLUS MA
Dissemination of psychotherapy for trauma spectrum disorders in postco	2014	Jacob	hors sujet
[Mental disease in two classical music composers].	2012	Rempelakos	foreign language
Comment on E.F. Torrey and R.H. Yolken: "Psychiatric genocide: Nazi at	2010	Haefner	wrong publication type
A family survives genocide.	1997	Weine	wrong publication type
Adherence to childhood religious affiliation and suicide intentions in	2021	Kasen	hors sujet
The mental health of refugees.	2007	Skuse	hors sujet
Evaluating the impact of Community-Based Sociotherapy on social dignit	2022	Jansen	hors sujet
Eponyms and the Nazi era: time to remember and time for change.	2007	Strous	hors sujet
Treating psychological trauma among Rwandan orphans is associated with	2013	Talbot	hors sujet
"I think that's all a lie...I think It's genocide": Applying a Critical	2018	Muhammad	hors sujet
From denial to recognition: attitudes toward Holocaust survivors from	1995	Solomon	hors sujet

Extermination of the Jewish mentally-ill during the Nazi era--the "dou	2008	Strous	hors sujet
The effects of pre-natal-, early-life- and indirectly-initiated exposu	2014	Levine	hors sujet
Role of resilience among Nazi Holocaust survivors: a strength-based pa	2009	Greene	hors sujet
Prevalence of depression in rural Rwanda based on symptom and function	2002	Bolton	hors sujet
Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children	2018	Denkinger	hors sujet
Psychiatry in Cambodia: the phoenix rises from the ashes.	2007	MacCabe	hors sujet
Coping and emotional distress during acute hospitalization in older pe	2012	Kimron	INCLUS MA
In between the lines of the narrative map: Phenomenological analysis o	2023	Wondie	wrong population
Genocide Exposure and Subsequent Suicide Risk: A Population-Based Stud	2016	Levine	no prevalence G1
Holocaust survivors hospitalized for life: the Israeli experience.	1998	Terno	INCLUS MA
Lifelong effects of prenatal and early postnatal stress on the hippoca	2023	Fňašková	background article
Written on the body: narrative re-presentation in Charlotte Delbo's Au	2000	Kamel	hors sujet
On the impact of the genocide on the intergroup empathy bias between f	2023	Caspar	background article
Searching for Meaning in the Life of Ellen Johnson-Sirleaf: A Call to	2023	Harry	wrong population
Attitudes of therapists toward Holocaust survivors.	1995	Ofri	hors sujet
Genocide and mass destruction: doing harm to others as a missing dimen	1986	Charny	hors sujet
Holocaust exposure and subsequent suicide risk: a population-based stu	2017	Bursztein	no prevalence G1
Euthanasia: the final paradox.	2007	Ellard	hors sujet
The suicide of Adam Czerniakow.	2011	Walter	wrong population
Evolutionary fallacies of Nazi psychiatry. Implications for current re	2001	Brüne	hors sujet
Neurocognitive deterioration in elderly chronic schizophrenia patients	2007	Goodman	INCLUS MA
Twenty years later, the cognitive portrait of openness to reconciliati	2018	Caparos	hors sujet
Perceptions of the Intervention Utility and Effectiveness in Supportin	2023	Nyirandamutsa	hors sujet
Post-traumatic stress symptoms linked to hidden Holocaust trauma among	2011	Andersson	hors sujet
Infants and young children living in youth-headed households in Rwanda	2006	Boris	hors sujet
The "Mindless Years"?: a reconsideration of the psychological dimensio	1997	Zukier	hors sujet
The social and cultural life of the prisoners in the Jewish forced lab	1994	Karay	hors sujet

"Cattle car complexes": a correspondence with historical captivity and	2006	Gigliotti	hors sujet
Coping with massive stressful life event: the impact of the Armenian g	1984	Sarkisian	hors sujet
Thematic content analyses: nomothetic methods for using Holocaust surv	1996	Suedfeld	hors sujet
A trauma-like model of political extremism: psycho-political fault lin	2010	Laor	hors sujet
Dr. Irmfried Eberl (1910-1948): mass murdering MD.	2009	Strous	wrong publication type
Child Holocaust survivors as parents: a transgenerational perspective.	2004	Krell	background article
Hitler's psychiatrists: healers and researchers turned executioners an	2006	Strous	wrong publication type
Everyday life of Jews under Nazi occupation: methodological issues.	1995	Ofer	hors sujet
Nazi euthanasia of the mentally ill at Hadamar.	2006	Strous	hors sujet
[The heart or the voice of reason: families of "euthanasia" victims in	2006	Lutz	foreign language
Amnestic state in a Holocaust survivor patient: psychogenic versus neu	1999	Durst	hors sujet
Demandingness and belligerence in hospitalized depressed Holocaust con	1995	Bachar	wrong population
Moving on from the trauma of genocide.	2003	Piddington	hors sujet
Holocaust victims are discharged into the community.	1999	Siegel-Itzkovich	wrong study design
Traumatized refugee children: a challenge for mental rehabilitation.	1999	Levin	hors sujet
Patterns and evidence of human rights violations among US asylum seeke	2021	Miller	wrong population
The Experiences of Minors Seeking Asylum in the United States: A Modif	2020	Sangmo	wrong population
Situating HIV risk in the lives of formerly trafficked female sex work	2013	Collins	hors sujet
A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obs	2018	Borges	wrong population
The impact of detention on children and adolescents.	2016	Rowcliffe	wrong population
Experiences of female survivors of sexual violence in eastern Democrat	2011	Kelly	wrong population
'If your husband doesn't humiliate you, other people won't': gendered	2012	Kelly	wrong population
Capoeira Angola: An alternative intervention program for traumatized a	2019	Mom	wrong population
Supporting human rights, one patient at a time.	2016	McKenzie	hors sujet
Hoarding among Jewish Holocaust Survivors: Moving Toward a Theoretical	2018	Porat-Katz	background article
Dissociation and identity transformation in female survivors of the ge	2013	Sandole	background article
Expressions of Holocaust experience and their relationship to mental s	2002	Shmotkin	INCLUS MA

Low levels of posttraumatic stress symptoms and psychiatric symptomato	2016	Zerach	G3
Video testimony of long-term hospitalized psychiatrically ill Holocaust	2005	Strous	wrong study design
Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of H	1998	Yehuda	INCLUS MA
Disorganizing experiences in second- and third-generation holocaust su	2011	Scharf	wrong publication type
Surviving the Holocaust: a meta-analysis of the long-term sequelae of	2010	Barel	no prevalence G1
"Enactment" in the lives and treatment of Holocaust survivors' offspri	2002	Kogan	wrong publication type
Transgenerational transmission of trauma in families of Holocaust surv	2015	Fossion	INTROUVABLE
The effect on mental health of a large scale psychosocial intervention	2011	Scholte	hors sujet
[Intergenerational transmission of trauma--empirical research and fami	2012	Klütsch	foreign language
Persecution-induced reduction in earning capacity of Holocaust victims	2011	Müller	hors sujet
Vulnerability to post-traumatic stress disorder and psychological morb	2004	Brodaty	INCLUS MA
[Long-term analysis of disability pensions in survivors of the Holocau	2010	Biermann	foreign language
Navigating life review interviews with survivors of trauma.	2000	Klempner	wrong publication type
A PSYCHIATRIC STUDY OF SURVIVORS OF THE NAZI HOLOCAUST. A STUDY IN HOS	1964	NATHAN	INCLUS MA
Rethinking historical trauma.	2014	Kirmayer	background article
Wellbeing and national identity in three generations of Czech and Slov	2022	Preiss	INCLUS MA,no prevalence G1
Transgenerational consequences of PTSD: risk factors for the mental he	2014	Roth	INCLUS MA
A review on the evidence of transgenerational transmission of posttrau	2014	Yahyavi	INCLUS MA
The public reception of putative epigenetic mechanisms in the transgen	2018	Yehuda	background article
Perceived parental rearing behavior in children of Holocaust survivors	2001	Kellermann	wrong publication type
[Forensic importance of homicide].	2009	Novaković	foreign language
Epigenetic transmission of Holocaust trauma: can nightmares be inherit	2013	Kellermann	background article
[Transgenerational psychotraumatology].	2012	Romer	foreign language
Transgenerational trauma in Rwandan genocidal rape survivors and their	2022	Kahn	INCLUS MA
TRAUMA, PREJUDICE, LARGE-GROUP IDENTITY AND PSYCHOANALYSIS.	2021	Volkan	background article
Transgenerational transmission of trauma and resilience: a qualitative	2012	Braga	INCLUS MA
Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk.	2008	Yehuda	INCLUS MA

Transgenerational trauma in a post-conflict setting: Effects on offspr	2017	Burchert	wrong population
Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies o	2005	Yehuda	background article
Impact of parental holocaust traumatization on offsprings' reports of	1984	Last	INCLUS MA
Aggression expression in grandchildren of Holocaust survivors--a compa	1994	Bachar	hors sujet
[Post traumatic stress disorder in developmental age].	2006	Daneś	foreign language
Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylat	2016	Yehuda	background article
Intergenerational Transmission of Stress in Humans.	2016	Bowers	INCLUS MA
Parental PTSD, health behaviors and successful aging among offspring o	2019	Shrira	background article
[Genetics of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)].	2019	Weiss	foreign language
Narrative Review: The (Mental) Health Consequences of the Northern Ira	2019	Jäger	wrong population
Peer-to-Peer Support and Changes in Health and Well-being in Older Adu	2021	Schwei	hors sujet
Resilience Through the Holocaust and Soviet Labor Camps: My Grandfathe	2022	Glass	wrong study design
Neural correlates of gratitude.	2015	Fox	hors sujet
Post-War Research on Post-Traumatic Stress Disorder. Part II - 1989 on	2016	Rutkowski	wrong population
Comorbid mental and physical health and health access in Cambodian ref	2014	Berthold	wrong population
"They tell us little and we end up being confused": Parent-child commu	2022	Ingabire	hors sujet
Global Mental Health and Idioms of Distress: The Paradox of Culture-Se	2019	Kidron	hors sujet
The Effects of Gender and Survival Situation of the Parent Holocaust S	2018	Cohenca-Shiby	background article
Diagnosis of Holocaust survivors and their children.	1999	Kellermann	background article
The aging of Holocaust survivors: myth and reality concerning suicide.	2007	Barak	hors sujet
The mentally ill and how they were perceived in young Israel.	2021	Heilbronner	hors sujet
From Holocaust to Anfal: The impact of genocide and cross-generational	2023	Ahmed	wrong population
Psychological vulnerability and resilience of Holocaust survivors enga	2018	Diamond	hors sujet
Anna Freud and the Holocaust: mourning and survival guilt.	2014	Hartman	wrong publication type
Leukocyte methylomic imprints of exposure to the genocide against the	2022	Musanabaganwa	INTROUVABLE
It's beautiful.	2011	Breitbart	wrong publication type
The Holocaust Is a Significant and Independent Risk Factor of Late-Ons	2021	Virgilio	background article

Assessment and treatment of torture victims: a critical review.	1991	Allodi	wrong population
Transmitted Holocaust trauma: curse or legacy? The aggravating and mit	2008	Kellermann	INCLUS MA
Maternal Age at Holocaust Exposure and Maternal PTSD Independently Inf	2014	Bader	background article
Working with victims of persecution: lessons from Holocaust survivors.	2001	Levine	hors sujet
Low cortisol and risk for PTSD in adult offspring of holocaust survivo	2000	Yehuda	INCLUS MA
Perceptions of aging among middle-aged offspring of traumatized parent	2016	Shrira	background article
Brief trauma intervention with Rwandan genocide-survivors using though	2011	Connolly	hors sujet
Social Disconnection as a Risk Factor for Health among Cambodian Refug	2019	Berthold	hors sujet
Transgenerational Transmission of Trauma across Three Generations of A	2021	Kizilhan	wrong population
Access to mental health and psychosocial services in Cambodia by survi	2015	Aberdein	
Reminiscence functions and the health of Israeli Holocaust survivors a	2015	O'Rourke	background article
Comparisons of second-generation holocaust survivors, immigrants, and	1986	Weiss	INCLUS MA
Paternal predictors of the mental health of children of Vietnamese ref	2011	Vaage	wrong population
Attachment and traumatic stress in female holocaust child survivors an	2003	Sagi-Schwartz	INCLUS MA
Reducing Stigma Toward Psychiatry Among Medical Students: A Multicente	2020	Amsalem	hors sujet
Self-reported pain among Cambodian Americans with depression: patient-	2022	Berthold	wrong population
Adult child survivor syndrome on deprived childhoods of aging Holocaus	2001	Dasberg	wrong population
The course, trajectories and predictors of depression 23 years after t	2022	Demirchyan	wrong population
The long-term effects of the trauma of the Holocaust.	2008	Kremer	wrong publication type
Elevation of 11 $\beta$ -hydroxysteroid dehydrogenase type 2 activity in Holoc	2014	Bierer	background article
'I think my future will be better than my past': examining support gro	2013	Walstrom	hors sujet
Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic str	1999	Yehuda	background article
Comparison of antidepressant use between adult populations living in u	2019	Leventhal	hors sujet
Dissociation in aging Holocaust survivors.	1996	Yehuda	INCLUS MA
Holocaust survivors: a clinical perspective.	1990	Krell	wrong publication type
Loss and psychosocial factors as determinants of quality of life in a	2015	Khachadourian	wrong population
Nongenetic familial transmission of psychiatric disorders? Evidence fr	1994	Schwartz	INCLUS MA

Holocaust survivors in old age: the Jerusalem Longitudinal Study.	2008	Stessman	INTROUVABLE
Image and trauma.	2006	Leys	hors sujet
25-year follow-up of treated and not-treated adolescents after the Spi	2021	Goenjian	wrong population
Role of Community Resiliency Model Skills Trainings in Trauma Healing	2021	Habimana	hors sujet
An ingenious study of intergenerational transmission of the effects o	2014	Spiegel	wrong publication type
Positive psychotherapy in the treatment of traumatised Yezidi survivor	2020	Kizilhan	wrong population
Psychoanalysis traumatized: the legacy of the Holocaust.	2009	Prince	hors sujet
Suicide Risk Among Holocaust Survivors Following Psychiatric Hospitali	2018	Lurie	no prevalence G1
'No-One Can Tell a Story Better than the One Who Lived It': Reworking	2022	Pells	background article
An innovative model of culturally tailored health promotion groups for	2014	Berkson	wrong population
Memories of Holocaust-related traumatic experiences, sense of coherenc	2015	Zeidner	hors sujet
Long-term psychological distress of Bosnian war survivors: an 11-year	2019	Comtesse	no prevalence G1
Broken identity: the impact of the Holocaust on identity in Romanian a	2008	Prot	no prevalence G1
Auditory Hallucination Among Traumatized Cambodian Refugees: PTSD Asso	2021	Hinton	wrong population
Holocaust survivors: the pain behind the agony. Increased prevalence o	2010	Ablin	INCLUS MA
Relationship between cortisol and age-related memory impairments in Ho	2005	Yehuda	INCLUS MA
Posttraumatic Stress Disorder 23 Years After the 1988 Spitak Earthquak	2018	Goenjian	hors sujet
Cancer incidence and mortality following exposures to distal and proxi	2014	Kohn	background article
Leo Eitinger MD: tribute to a Holocaust survivor, humane physician and	2014	Chelouche	wrong publication type
Anger, PTSD, and the nuclear family: a study of Cambodian refugees.	2009	Hinton	wrong population
Toward an ethnography of silence: the lived presence of the past in th	2009	Kidron	hors sujet
The Cultural Epigenesis of Gender-Based Violence in Cambodia: Local an	2018	Eisenbruch	hors sujet
Human reactions to the Nazi concentration camps: a summing up.	1984	Schmolling	background article
The Danieli Inventory of Multigenerational Legacies of Trauma, Part II	2015	Danieli	background article
Gender differences in the historical trauma response among the Lakota.	1999	Brave	wrong population
The effects of the survival characteristics of parent Holocaust surviv	2013	Aviad-Wilchek	hors sujet
Stress on local and international psychotherapists in the crisis regio	2020	Kizilhan	wrong population

The impact of HIV status, HIV disease progression, and post-traumatic	2013	Gard	hors sujet
Design and methods of a randomized web-based physical activity interve	2022	Ware	hors sujet
Maternal, not paternal, PTSD is related to increased risk for PTSD in	2008	Yehuda	INCLUS MA
Trauma and nostalgia: new aspects on the coping of aging Holocaust sur	1990	Hertz	hors sujet
Emotional and behavioral resilience among children with perinatally ac	2019	Malee	hors sujet
Transmission of response to trauma? Second-generation Holocaust surviv	2000	Baider	INCLUS MA
Psychological distress of Holocaust survivors and offspring in Israel,	1987	Dasberg	INCLUS MA
A post-earthquake psychopathological investigation in Armenia: methodo	2016	Khachadourian	wrong population
Intergenerational effects of the Holocaust: patterns of engagement in	1990	Halik	INCLUS MA
The impact of the Holocaust on the second generation: Norwegian Jewish	1996	Major	INCLUS MA
Long-Term Psychological Consequences of World War II Trauma Among Poli	2020	Rzeszutek	wrong population
Rate and predictors of postpartum depression in a 22-year follow-up of	2014	Demirchyan	wrong population
Relationship of child loss to psychiatric and functional impairment in	1998	Caspi	wrong population
Unmet Needs, Barriers, and Facilitators for Conducting Adolescent and	2023	Chan	hors sujet
Enduring effects of severe developmental adversity, including nutritio	2009	Yehuda	background article
NTRK2 methylation is related to reduced PTSD risk in two African cohor	2020	Vukojevic	background article
Emotional distress and other health-related dimensions among elderly s	2008	Shemesh	hors sujet
Holocaust survivors coping with open heart surgery decades later: post	2004	Schreiber	INCLUS MA
Circadian rhythm of salivary cortisol in Holocaust survivors with and	2005	Yehuda	background article
Cardiac Disease in Elderly Holocaust Survivors Who Live in Israel: A C	2018	Blazer	hors sujet
Coping with Ottoman Turkish Genocide: an exploration of the experience	1996	Kalayjian	hors sujet
Parental posttraumatic stress disorder as a vulnerability factor for I	2007	Yehuda	background article
Child survivors of the Holocaust--strategies of adaptation.	1993	Krell	hors sujet
Surviving Hiroshima and Nagasaki--experiences and psychosocial meaning	2004	Sawada	wrong population
A controlled double-blind study on children of Holocaust survivors.	2001	Brom	INCLUS MA
Sexuality and the holocaust survivor.	1985	Roden	INTROUVABLE
Longitudinal effects of PTSD on memory functioning.	2009	Samuelson	hors sujet

Association study of trauma load and SLC6A4 promoter polymorphism in p	2010	Kolassa	background article
The Indochinese Psychiatry Clinic: trauma and refugee mental health tr	1998	Allden	wrong population
Sleep disturbances in survivors of the Nazi Holocaust.	1991	Rosen	INCLUS MA
Family trauma and its association with emotional and behavioral proble	1999	Rousseau	wrong population
[Psychological sequelae of persecution. The survivor syndrome].	1989	Peters	foreign language
The late effects of Nazi persecution among elderly Holocaust survivors	1990	Robinson	INCLUS MA
William G. Niederland (1904-1993).	2017	Stahnisch	wrong publication type
Elderly Israeli Holocaust survivors during the Persian Gulf War: a stu	1992	Solomon	INCLUS MA
Impact of cumulative lifetime trauma and recent stress on current post	1995	Yehuda	INCLUS MA
[Friedrich Mauz: T4 assessor and military psychiatrist].	2012	Silberzahn-Jandt	foreign language
War, exile, moral knowledge and the limits of psychiatric understandin	2003	Summerfield	hors sujet
[Paul Nitsche: psychiatric reformer and main protagonist of Nazi eutha	2012	Böhm	foreign language
Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective popul	1996	Eaton	wrong population
Combat-related posttraumatic stress disorder among second-generation H	1988	Solomon	INCLUS MA
Holocaust cancer patients: a comparative study.	1993	Baider	background article
Twenty-year follow-up of adults traumatized during childhood in Armeni	2011	Najarian	wrong population
The aging survivor of the holocaust. Words before we go: the experienc	1981	Merowitz	INTROUVABLE
What a psychoanalyst learned from the Holocaust and genocide.	1993	Kestenberg	hors sujet
Psychiatric effects of traumatic brain injury events in Cambodian surv	2002	Mollica	wrong population
Risk factors for depression in the survivors of the 1988 earthquake in	2002	Armenian	hors sujet
The concentration camp syndrome.	1994	Bower	INTROUVABLE
[Not Available].	1999	Kruse	foreign language
The aging survivor of the holocaust. Discussion: reconciliation betwee	1981	Kahana	hors sujet
The aging survivor of the holocaust. Integration and self-healing in p	1981	Krystal	INTROUVABLE
Reconciliation in Cambodia: thirty years after the terror of the Khmer	2011	Bockers	
Learning and memory in aging combat veterans with PTSD.	2005	Yehuda	INCLUS MA
Prognostic influence of witness/victim experiences and PTSD-specific s	2015	Müller	wrong population

Balancing psychache and resilience in aging Holocaust survivors.	2014	Ohana	hors sujet
Identification patterns of offspring of Holocaust survivors with their	1990	Felsen	INCLUS MA
The nurse as a survivor: delayed post-traumatic stress reaction and cu	1985	Davidson	wrong population
Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy. A pilot	2009	Schaal	hors sujet
Memory for trauma-related information in Holocaust survivors with PTSD	2003	Golier	no prevalence G1
Assessing dissociation as a risk factor for posttraumatic stress disor	2002	Halligan	INCLUS MA,no prevalence G1
Object relations, Holocaust survival and family therapy.	1989	Müller	hors sujet
The long-term effects of extreme war-related trauma on the second gene	2009	Gangi	INCLUS MA
[HOLOCAUST DOCTORS SURVIVORS IN ISRAEL 1945-1952: FROM EARLY POSITIONS	2017	Herzog	foreign language
Assessing symptom change in Southeast Asian refugee survivors of mass	1990	Mollica	wrong population
The transmission of trauma across generations: identification with par	1998	Rowland-Klein	background article
Trauma, healing and the reconstruction of truth.	2014	Mucci	background article
Parental communication and psychological distress in children of Holoc	1989	Okner	INCLUS MA
Positive and negative postdisaster psychological adjustment among adul	2006	Tang	hors sujet
Memory performance in Holocaust survivors with posttraumatic stress di	2002	Golier	no prevalence G1
A Transcultural Model of the Centrality of "Thinking a Lot" in Psychop	2016	Hinton	wrong population
Late-onset schizophrenia in child survivors of the holocaust.	2007	Reulbach	hors sujet
"Disturbing phenomenology" in the pain and engagement narratives of Ca	2007	Uehara	wrong population
Effects of parental PTSD on the cortisol response to dexamethasone adm	2007	Yehuda	background article
Absence of hippocampal volume differences in survivors of the Nazi Hol	2005	Golier	INCLUS MA
Hospitalized offspring of holocaust survivors. Problems and dynamics.	1980	Axelrod	INTROUVABLE
I Can't Forget What You Couldn't Tell Me: A Psychoanalyst Listens to A	2023	Auerhahn	wrong study design
Child survivors of the Holocaust: symptoms and coping after fifty year	2001	Cohen	INCLUS MA
Learning and memory in Holocaust survivors with posttraumatic stress d	2004	Yehuda	INCLUS MA
From speechlessness to narrative: the cases of Holocaust historians an	2005	Laub	wrong publication type
Lack of long-lasting consequences of starvation on eating pathology in	2005	Bachar	hors sujet
WHAT IS EFFECTIVE IN PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY? A HISTORICAL REPRIS	2015	Naso	hors sujet

Second generation of the Holocaust. Holocaust survivors' communication	1981	Robinson	wrong publication type
Lifelong posttraumatic stress disorder: evidence from aging Holocaust	2000	Barak	no prevalence G1
A method of conducting therapeutic sessions with MDMA.	1998	Greer	hors sujet
The consequences of the Holocaust on child survivors and children of s	2001	Brom	INCLUS MA
Narrative group therapy with aging child survivors of the Holocaust.	2001	Dasberg	wrong study design
One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among surviv	1985	Boehnlein	wrong population
Epigenetic modification of the glucocorticoid receptor gene is linked	2014	Vukojevic	INCLUS MA
A dialogue between descendants of Holocaust perpetrators and victims--	1997	Kaslow	hors sujet
Impact of early lifetime trauma in later life: depression among Holoca	2007	Trappler	INCLUS MA
Ten-year follow-up study of cortisol levels in aging holocaust survivo	2007	Yehuda	background article
Probable posttraumatic stress disorder and disability in Cambodia: ass	2009	Sonis	
Preliminary evidence linking complex-PTSD to insomnia in a sample of Y	2019	Grossman	wrong population
[The significance of psychodynamic relationship factors for psychopath	1993	Bunk	foreign language
Do children cope better than adults with potentially traumatic stress?	2001	Sigal	hors sujet
Ten-year follow-up study of PTSD diagnosis, symptom severity and psych	2009	Yehuda	no prevalence G1
The aging survivor of the holocaust. The effects of the holocaust on l	1981	Ornstein	INTROUVABLE
Shadows of the past and threats of the future: ISIS anxiety among gran	2017	Hoffman	wrong population
Comorbidity of psychiatric diagnoses with posttraumatic stress disorde	1995	Hubbard	wrong population
Delayed reaction to trauma in an aging woman.	2007	Ladson	wrong publication type
A deletion variant of the alpha2b-adrenoceptor is related to emotional	2007	de	background article
Holocaust survivors and their children: comments on psychiatric conseq	1984	Krell	INCLUS MA
Holocaust experience and suicidal ideation in high-risk older adults.	2004	Clarke	INCLUS MA
Re-emergence of posttraumatic stress disorder nightmares with nursing	2013	Johnson	hors sujet
'Eloquent chaos' in the oral discourse of killing fields survivors: an	2001	Uehara	wrong population
Prolonged grief disorder three decades post loss in survivors of the K	2013	Stammel	
Correlates of intrusive memories and avoidance of memories of the Holo	2005	Letzter-Pouw	no prevalence G1
Destructiveness, atrocities and healing: epistemological and clinical	1998	Papadopoulos	hors sujet

Impact of Nazi holocaust on children of survivors.	1978	Phillips	wrong publication type
Traumatic grief and traumatic stress in survivors 12 years after the g	2012	Mutabaruka	INCLUS MA
Variations in therapeutic interventions for Cambodian and Chilean refu	1993	Morris	wrong population
Traumatic memory and the intergenerational transmission of Holocaust n	1995	Adelman	wrong publication type
The impact of the Demjaniuk trial on the psychotherapeutic process in	1991	Dasberg	hors sujet
Helping Holocaust survivors with the impact of illness and hospitaliza	1992	Zilberfein	wrong publication type
The aging survivor of the holocaust. Discussion: the effects of the ho	1981	Cath	hors sujet
Psychological distress in female cancer patients with Holocaust experi	1994	Peretz	INCLUS MA
Examining the Vietnamese Montreal cognitive assessment in healthy and	2023	Quang	wrong population
Survival and recovery: psychoanalytic reflections.	2001	Ornstein	hors sujet
Alexithymia, masked depression and loss in a Holocaust survivor.	1989	Fisch	hors sujet
Testimony psychotherapy in Bosnian refugees: a pilot study.	1998	Weine	hors sujet
Psychiatric status of holocaust survivors.	1982	Niederland	wrong publication type
Global Conflict and the Plight of Older Persons: Lessons From Israel.	2023	Ayalon	INTROUVABLE
Demoralization and social supports among Holocaust survivors.	1991	Fenig	INCLUS MA
Factor Structure and Psychometric Properties of the Posttraumatic Stre	2015	Demirchyan	wrong population
Themes of culture and ancestry among children of concentration camp su	1982	Heller	INCLUS MA
Children of survivors of the Nazi holocaust: a critical review of the	1981	Solkoff	INCLUS MA
How Holocaust Survivors Cope with Life: A Cross-Sectional Study of Fin	2023	Zhou	hors sujet
The present state of people who survived the holocaust as children.	1994	Robinson	no prevalence G1
Hypothesizing Molecular Genetics of the Holocaust: Were Dopaminergic G	2016	Blum	background article
The aging survivor of the holocaust. Father hurt and father hunger: th	1981	Herzog	hors sujet
ON THE ANALYST'S IDENTIFICATION WITH THE PATIENT: THE CASE OF J.-B. PO	2016	Schwartz	wrong outcome
A common haplotype of the dopamine transporter gene associated with at	2006	Brookes	hors sujet
Posttraumatic stress disorder in a World War II concentration camp sur	2011	Jovanović	hors sujet
Physical illness in children of Holocaust survivors.	1991	Waldfogel	wrong publication type
Observations on the First International Conference on Children of Holo	1981	Peskin	INCLUS MA

The body remembers: somatic symptoms in traumatized Khmer.	2007	Perry	wrong population
Holocaust families: the survivors and their children.	1979	Krell	background article
Absent dose-response in the posttraumatic stress disorder symptoms of	2005	Kuch	wrong publication type
Narrative constructions of historical realities in testimony with Bosn	1995	Weine	hors sujet
The aging survivor of the holocaust. Discussion: on the achievement of	1981	Danieli	hors sujet
Jewish children hidden in France during World War II who stayed in Fra	2008	Feldman	wrong publication type
Somatic panic-attack equivalents in a community sample of Rwandan wido	2003	Hagengimana	no prevalence G1
Children of holocaust survivors and behavioural genetics.	1999	Sher	wrong publication type
Family therapy with children of concentration camp survivors.	1982	Krell	hors sujet
Emergence of PTSD in trauma survivors with dementia.	2001	van	wrong publication type
Attitudes toward death in adolescent offspring of Holocaust survivors.	1978	Schneider	INCLUS MA
Mutual involvement and alienation in families of Holocaust survivors.	1987	Sigal	INCLUS MA
A ten-year treatment outcome study of traumatized Cambodian refugees.	2004	Boehnlein	wrong population
Child survivors of the Holocaust: psychological adaptations to surviva	1990	Moskovitz	hors sujet
[Quality of life and coping strategies caharacteristics within war tor	2007	Salčić	foreign language
Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post	1998	Mollica	wrong population
[Specific psychopathologic reactions in refugee populations and victim	2003	Bravo-Mehmedbasi	foreign language
Back to the future: survival, uncertainty, and hope.	1997	Rose	hors sujet
The risk of posttraumatic stress disorder after trauma depends on trau	2010	Kolassa	no prevalence G1
Holocaust survivors fifty years after the end of World War II.	1995	Robinson	wrong publication type
Survivors. A review of the late-life effects of prior psychological tr	1997	Sadavoy	hors sujet
Long-term coping of Holocaust survivors: a typology.	2003	Hantman	INTROUVABLE
Impairment in Holocaust survivors after 33 years: data from an unbiase	1982	Eaton	INCLUS MA
Salivary cortisol and posttraumatic stress disorder in a low-income co	2004	Young	background article
Cross-cultural response to trauma: a study of traumatic experiences an	1994	Carlson	wrong population
On a shared intergenerational experience--a short-term intervention wi	1998	Neumann	wrong population
War and peace: psychotherapy with a holocaust survivor.	2006	Seritan	hors sujet

Psychiatry, testimony, and Shoah: Reconstructing the narratives of the	2006	Greenwald	hors sujet
Who is prone to react to coinciding threats of terrorism and war? Expl	2011	Shmotkin	background article
Posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentrati	1984	Kinzie	wrong publication type
Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 19	2000	Armenian	wrong population
Telephone vs face-to-face interviewing in a community psychiatric surv	1993	Fenig	hors sujet
Children of holocaust survivors.	1982	Roden	INTROUVABLE
Long-term effects of the Holocaust: empirical evidence for resilience	1998	Sigal	INCLUS MA
The traumatized child and the adult: compound personality in child sur	1996	Tauber	hors sujet
Case series: PTSD symptoms in adolescent survivors of "ethnic cleansin	1999	Becker	no prevalence G1
Psychoanalytic contributions to Holocaust studies.	1992	Jucovy	wrong publication type
Prolonged grief following the recent death of a daughter among mothers	2014	Field	
Baseline assessment of children traumatized by the Armenian earthquake	1996	Azarian	wrong population
Emotional distress among concentration camp survivors--a community stu	1984	Levav	hors sujet
No reconciliation, but self-searching in the sense of rapprochement: H	2005	Nedelmann	wrong publication type
Child survivors of the holocaust--40 years later: reflections and comm	1985	Kestenberg	hors sujet
[Psychosocial effects of the Holocaust on Jewish survivors living in P	1994	Orwid	foreign language
[The terror from the outside--child survivors of the Spiegelgrund trau	2009	Brainin	foreign language
Bipolar and depressive types of schizoaffective disorder in old age.	2006	Baran	hors sujet
Suicide and holocaust survivors.	1982	Roden	INTROUVABLE
[Is your patient a Holocaust survivor?].	1992	Biderman	foreign language
Four encounters between descendants of survivors and descendants of pe	1995	Bar-On	hors sujet
Survivors of childhood trauma: possible approaches to therapy.	2007	Brenner	hors sujet
Increased risk of attempted suicide among aging Holocaust survivors.	2006	Brown	No access
Family environment, adjustment, and coping among children of Holocaust	1987	Rose	INCLUS MA
The aging survivor of the holocaust. Introduction.	1981	Berezin	INTROUVABLE
Nurses who care for survivors of the Holocaust. Is special education n	2001	Rosenfield	hors sujet
[Psychological trauma in psychiatric textbooks published in german - t	2005	Kloocke	foreign language

Child survivors of the holocaust: 40 years later. Introduction.	1985	Krell	background article
[Differences in coping strategies in those who experienced the trauma	2003	Kucukalić	foreign language
Longitudinal follow-up of child survivors of the holocaust.	1985	Moskovitz	wrong publication type
The Group Project for holocaust survivors and their children.	1981	Danieli	INTROUVABLE
Controlled psychodiagnostic studies of survivors of the Holocaust and	1983	Rieck	INCLUS MA
On the problems of expert opinion on Holocaust survivors submitted to	1995	Platz	wrong publication type
History of geriatric psychiatry in Israel.	1997	Tropper	hors sujet
[Released Bosnian prisoners of war. High risk of posttraumatic symptom	1993	Björn	foreign language
PTSD symptoms and onset of neurologic disease in elderly trauma surviv	2004	Grossman	wrong publication type
Sharing past traumas: a comparison of communication behaviours in two	1983	Kav-Venaki	INCLUS MA
Psycho-educative group psychotherapy for Jewish child-survivors of the	1992	Lansen	wrong population
Previous neurobiological study of Holocaust survivors.	1996	Stevenson	hors sujet
Families of holocaust survivors in the kibbutz: psychological studies.	1971	Klein	hors sujet
HIV-related enacted stigma and increase frequency of depressive sympto	2021	Aurpibul	wrong population
Effects of maternal traumatic distress on family functioning and child	2017	Sangalang	wrong population
Differences in clinical and psychiatric outcomes between prevalent HIV	2016	Chan	hors sujet
Echoes of ancestral trauma: Russo-Ukrainian War salience and psycholog	2023	Greenblatt-Kimron	No access
Knowledge, attitudes, self-awareness, and factors affecting HIV/AIDS p	2012	Durongritichai	hors sujet
The biological effects of childhood trauma.	2014	De	no prevalence G1
Childhood trauma in mood disorders: Neurobiological mechanisms and imp	2019	Jaworska-Andryszewska	wrong population,background article
Childhood Trauma in Schizophrenia: Current Findings and Research Persp	2019	Popovic	background article
Exploring the impact of trauma type and extent of exposure on posttrau	2020	Lewis	wrong population,background article
Is There an Ace Up Our Sleeve? A Review of Interventions and Strategie	2020	Kirlic	hors sujet
The neurobiological effects of repetitive head impacts in collision sp	2019	Hunter	wrong population
"Comfort-foods" chronic intake has different behavioral and neurobiolo	2020	Cunha	wrong population
On the role of oxytocin in borderline personality disorder.	2016	Brüne	wrong population
Using neurobiological measures to predict and assess treatment outcome	2013	Zantvoord	hors sujet

The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-co	2018	Adams	hors sujet
[Neurobiological inscriptions of psychological trauma during early chi	2012	Giannopoulou	foreign language
Neurobiology of dynamic psychotherapy: an integration possible?	2006	Mundo	hors sujet
[Comorbidity of posttraumatic stress disorder and addiction from a bio	2022	Kapfhammer	foreign language
Intranasal Oxytocin Normalizes Amygdala Functional Connectivity in Pos	2016	Koch	background article
Childhood trauma and basal cortisol in people with personality disorde	2009	Flory	wrong population
A global collaboration to study intimate partner violence-related head	2021	Esopenko	wrong population
N-Acetyl-Aspartate in the Dorsolateral Prefrontal Cortex Long After Co	2020	MacMaster	hors sujet
Effect of childhood physical abuse on cortisol stress response.	2011	Carpenter	wrong population
Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: recent re	2013	Gerson	wrong population
Acute mitochondrial dysfunction after blast exposure: potential role o	2013	Arun	wrong population
Intranasal Oxytocin Administration Dampens Amygdala Reactivity towards	2016	Koch	hors sujet
Studies on blast traumatic brain injury using in-vitro model with shoc	2011	Arun	wrong population
Estrogen - A key neurosteroid in the understanding and treatment of me	2023	Kulkarni	hors sujet
Investigation of neurobiological responses to theta burst stimulation	2023	Coyle	hors sujet
Relationship between posttraumatic stress disorder characteristics of	1998	Yehuda	INCLUS MA
Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive	2001	Yehuda	INCLUS MA
Parental PTSD and psychological reactions during the COVID-19 pandemic	2021	Shrira	No access
Caregiver burden among adults caring for their Holocaust-survivor pare	2021	Maytles	wrong outcome
Influences of maternal and paternal PTSD on epigenetic regulation of t	2014	Yehuda	INCLUS MA
Cortisol levels in adult offspring of Holocaust survivors: relation to	2002	Yehuda	background article
Is the Holocaust implicated in posttraumatic growth in second-generati	2013	Dekel	background article
Posttraumatic stress disorder and dementia in Holocaust survivors.	2011	Sperling	no prevalence G1
The thrill of being violent as an antidote to posttraumatic stress dis	2011	Weierstall	background article
Posttraumatic stress disorder symptoms, psychological distress, person	2000	Lev-Wiesel	INCLUS MA
Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder and depress	2009	Cohen	hors sujet
Trauma across generations and paths to adaptation and resilience.	2018	Lehner	INCLUS MA

PKC $\alpha$ is genetically linked to memory capacity in healthy subjects and	2012	de	background article
Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder.	2008	Frewen	background article
Exploring Contextual Trauma in Cambodia: A Sociointerpersonal Perspect	2019	Armes	wrong population
Somatic diseases in child survivors of the Holocaust with posttraumati	2012	Sperling	INTROUVABLE
Dreams of the dead among Cambodian refugees: frequency, phenomenology,	2013	Hinton	wrong population
Low urinary cortisol excretion in Holocaust survivors with posttraumat	1995	Yehuda	INCLUS MA
Posttraumatic stress disorder in the adult offspring of Holocaust surv	1999	Napoli	wrong publication type
[60 years later: posttraumatic stress disorders, salutogenetic factors	2007	Freyberger	foreign language
Parental Holocaust Exposure, Related PTSD Symptoms and Subjective Agin	2020	Shrira	INTROUVABLE
Psychotic depression, subcortical arteriosclerotic encephalopathy and	2001	Kropp	wrong publication type
Psychiatric and neurologic aspects of war: an overview and perspective	2010	Difede	background article
Memory performance in older trauma survivors: implications for the lon	2006	Golier	no prevalence G1
Life after Genocide: Mental Health, Education, and Social Support of O	2015	Ng	wrong population
Posttraumatic stress disorder in children of Holocaust survivors.	1999	Sigal	wrong publication type
Filial anxiety and sense of obligation among offspring of Holocaust su	2019	Shrira	background article
Sleep and trauma: an overview.	2005	Caldwell	background article
Depressive features in Holocaust survivors with post-traumatic stress	1994	Yehuda	INCLUS MA
Neurobiology of memory and dissociation in trauma survivors.	2004	Delahanty	background article
Applicability of the ICD-11 proposal for PTSD: a comparison of prevale	2015	Stammel	hors sujet
Are adult offspring reliable informants about parental PTSD? A validat	2006	Yehuda	INTROUVABLE
Time does not heal all wounds: quality of life and psychological distr	2003	Amir	INCLUS MA
The protective function of personal growth initiative among a genocide	2015	Blackie	hors sujet
Secondary traumatic stress, psychological distress, sharing of traumat	2001	Lev-Wiesel	INCLUS MA
Differential experiences during the holocaust and suicidal ideation in	2006	Clarke	INTROUVABLE
No PTSD-related differences in diurnal cortisol profiles of genocide s	2009	Eckart	background article
Forensic answers to the 14th of July 2016 terrorist attack in Nice.	2019	Quatrehomme	wrong population
High prevalence rates of diabetes and hypertension among refugee psych	2008	Kinzie	wrong population

Menarchal age and the stress of war: an example from Bosnia.	1998	Tahirović	hors sujet
Exposure to Starvation: Associations with HbA1c, Anthropometrics, and	2023	Wagner	wrong population
Migraine-Like Visual Auras Among Traumatized Cambodians with PTSD: Fea	2018	Hinton	wrong population
Integrated genetic, epigenetic, and gene set enrichment analyses ident	2020	Conrad	INCLUS MA
Post-traumatic stress disorder and memory: prescient medicolegal testi	2005	Sparr	hors sujet
[Analysis of long-term sequelae of the trauma of war on the mental hea	2003	Ljubović	foreign language
Association of War-Related and Gender-Based Violence With Mental Healt	2020	Goessmann	wrong population
Impact of War on Fertility and Infertility.	2020	Bolouki	background article
Mental health and functional impairment outcomes following a 6-week in	2015	Murphy	wrong population
Outcomes of a Therapeutic Fly-Fishing Program for Veterans with Combat	2017	Bennett	wrong population
Voices of trauma: Treating psychological trauma across cultures	2007	Droždek	hors sujet
Potential trauma events and the psychological consequences for Yazidi	2020	Kizilhan	RAYYAN-EXCLUSION-REAS
Quality of the relationship between origin of childhood perception of	2015	Andersson	hors sujet
Sexual and Gender-Based Violence as Warfare	2021	Cherepanov	hors sujet
Cognitive and behavioral therapy with refugees torture survivors: A li	2015	De	foreign language
Predictive evidence of the relevance of epigenetics to PTSD	2023	Mutesa	background article
Determinants of intergenerational trauma transmission: A case of the s	2021	Mutuyimana	background article
A Place for Baksbat (Broken Courage) in Forensic Psychiatry at the Ext	2014	Chhim	hors sujet
Uses of Energy Psychology Following Catastrophic Events	2022	Feinstein	wrong population
Intervening on persistent posttraumatic stress disorder: Rumination-fo	2009	Sezibera	hors sujet
Mass violence, trauma, and their children	2017	Taylor	background article
Treatment of PTSD in Rwandan child genocide survivors using thought fi	2010	Sakai	hors sujet
Defining social illness in a diagnostic world: Trauma and the cultural	2011	Degloma	hors sujet
Electroencephalography and psychological assessment datasets to determ	2022	du	
Psychosocial sequels of syrian conflict	2016	Marwa	wrong
Women trauma survivors of the Rwandan genocide: A seven week group bui	2017	Jacinto	hors sujet
Elements of cultural scripts of trauma sequelae among trauma victims i	2023	Mutuyimana	RAYYAN-EXCLU

Exome sequencing of healthy phenotypic extremes links TROVE2 to emotio	2017	Heck	background article
Trauma, rememory and language in holodomor survivors' narratives	2020	Zasiekina	wrong population
Online Counseling "The World Without a Label"	2020	Kuralić-Ćišić	hors sujet
Racial Differences in Posttraumatic Stress Disorder in Military Person	2016	Coleman	hors sujet
Aging stressors for holocaust survivors and their families	1995	Safford	hors sujet
Editors' Introduction	2016	Grand	background article
Is identifying with a historically victimized group good or bad for yo	2011	Wohl	hors sujet
Does the War End When the Shooting Stops? The Psychological Toll of Wa	1990	Solomon	wrong population
My Attachment Disorder with Truth	2016	Goodman	background article
Traumatic Stress Epigenetics.	2018	Pfeiffer	background article
Intergenerational impacts of trauma and hardship through parenting.	2021	Jensen	no prevalence G1
Intergenerational trauma transmission is associated with brain metabot	2021	Alhassen	background article
MY FATHER, MYSELF.	2016	Kogan	hors sujet
[Trauma transmission and identity construction].	2019	Parentela	background article
[AGING IN THE SHADOW OF INTERGENERATIONAL TRANSMISSION OF TRAUMA: THE	2020	Shrira	foreign language
Collective Traumas and the Development of Leader Values: A Currently O	2019	Tcholakian	hors sujet
Women's experiences of infertility after the Holocaust.	2022	Kleinplatz	hors sujet
Parental mental illness and their offspring's mental health in Rwanda:	2021	Rusengamihigo	background article
Collective trauma transmission and traumatic reactions among descendan	2011	Karenian	INCLUS MA
Intergenerational perceptions of mass trauma's impact on physical heal	2018	Bezo	wrong population
An inheritance of terror: postmemory and transgenerational transmissio	2020	Harris	background article
[The Transmission of Trauma and Guilt Feelings Between Generations].	2019	Moré	foreign language
UNTOLD STORIES AND THE POWER OF SILENCE IN THE INTERGENERATIONAL TRANS	2017	Lijtmaer	wrong publication type
Psychopathology in children of Holocaust survivors: a review of the re	2001	Kellerman	INTROUVABLE
The Intergenerational Legacy of Genocidal Rape: The Realities and Pers	2020	Denov	INCLUS MA
The American Indian Holocaust: healing historical unresolved grief.	1998	Brave	wrong population
Indigenous Children and Young People in Residential Care: A Systematic	2021	Gatwiri	wrong population

On The Im/Possibility of Mourning the Holocaust.	2021	Auerhahn	wrong publication type
"We are the memory representation of our parents": Intergenerational I	2018	Kagoyire	INTROUVABLE
Examining intergenerational transmission of Holocaust trauma as it rel	2022	Johns	INCLUS MA,wrong outcome
Impact of COVID-19 on global burn care.	2022	Laura	hors sujet
Trends in Neurotrauma Epidemiology, Management, and Outcomes during th	2023	Tang	hors sujet
Overcoming the soul wound: Reflecting on experiences and resilience of	2023	Pooyak	wrong population
Controlling Behavior and Lifetime Physical, Sexual, and Emotional Viol	2021	McClintock	background article
Afterwards-Forgetting, Remembering, Transmitting. Extreme Trauma and C	2022	Grünberg	background article
Holocaust communication, attachment orientation and distress among des	2023	Lishner	background article
Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational	2001	Yehuda	INCLUS MA
The Generational Impact Of Racism On Health: Voices From American Indi	2022	Solomon	hors sujet
Ultrasound applications in mass casualties and extreme environments.	2007	Ma	hors sujet
Aboriginal and Torres Strait Islander worldviews and cultural safety t	2013	Funston	hors sujet
Transmission of Holocaust trauma--an integrative view.	2001	Kellermann	background article
Addressing the treatment gap and societal impact of epilepsy in Rwanda	2015	Sebera	hors sujet
Putting into words, putting to rest and putting aside the ancestors. H	1999	Altounian	background article
Transgenerational transmission of trauma: guilt, shame, and the "heroi	2008	de	G3
Does intergenerational transmission of trauma skip a generation? No me	2008	Sagi-Schwartz	INCLUS MA
The transgenerational transmission of holocaust trauma. Lessons learne	1999	Fonagy	wrong publication type
Anger, guilt, and intergenerational communication of trauma in the int	2006	Wiseman	background article
A study of family health in Chareidi second and third generation survi	2015	Yaroslawitz	background article
Perceptions of Parents' Mental Health and Perceived Stigma by Refugee	2022	Karamehic-Muratovi	background article
Intergenerational families of holocaust survivors: designing and pilot	2014	Isserman	hors sujet
Intergenerational transmission of trauma: recent contributions from th	1999	Abrams	background article
Long-term effects of trauma: psychosocial functioning of the second an	2007	Scharf	INCLUS MA
Repressed ghosts and dissociated vampires in the enacted dimension of	2015	Katz	hors sujet
Therapists' responses during psychotherapy of holocaust survivors and	1999	Wardi	hors sujet

Widespread rape does not directly appear to increase the overall HIV p	2008	Anema	hors sujet
Terror and the transmission of trauma in a middle-aged man.	1995	van	hors sujet
Telemedicine and international disaster response: medical consultation	1993	Houtchens	hors sujet
A psychoanalytic grave walk--Scenic memory of the Shoah. On the transg	2012	Grünberg	wrong publication type
Family approach with grandchildren of Holocaust survivors.	2003	Fossion	hors sujet
Nonmentalizing states in early-childhood survivors of the Holocaust: d	2007	Sossin	foreign language
Complicity at a distance: commemorating problematic involvement in per	2022	Prade-Weiss	hors sujet
An investigation of potential Holocaust-related secondary traumatizati	2006	Kassai	background article
Journal Watch review of Influences of maternal and paternal PTSD on ep	2014	Martin	INCLUS MA
Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberc	2014	Murray	hors sujet
Children of Holocaust survivors: separation obstacles, attachments, an	1996	Zilberfein	INCLUS MA
High affinity glutamate uptake in rat brain slices at experimental cru	2002	Knaryan	hors sujet
Urinary free cortisol levels in PTSD offspring.	2003	Murphy	wrong publication type
On failed intersubjectivity: Recollections of loneliness experiences i	2008	Wiseman	hors sujet
Parental styles in second generation effects of genocide stemming from	2011	Field	hors sujet
Second generation to Holocaust survivors: enhanced differentiation of	2000	Weiss	wrong publication type
The Danieli Inventory of Multigenerational Legacies of Trauma, Part I:	2015	Danieli	hors sujet
Jewish children hidden in France between 1940 and 1944: an analysis of	2010	Feldman	hors sujet
Remembrance, trauma and collective memory: the battle for memory in ps	2007	Bohleber	hors sujet
Trauma and identity through two generations of the Holocaust.	1998	Hogman	hors sujet
Reality testing in place of interpretation: a phase in psychoanalytic	2010	Grubrich-Simitis	wrong publication type
Scenic memory of the Shoah--"the adventuresome life of Alfred Silberma	2013	Grünberg	wrong publication type
Neurophysiologic analysis of neuromuscular symptoms in UK Gulf War vet	2002	Sharief	wrong population
[TWENTY YEARS OF NAHARIYA CONFERENCES ON MEDICINE AND THE 2020 HOLOCAUST].		Shasha	foreign language
Transmitting the sum of all fears: Iranian nuclear threat salience amo	2015	Shrira	hors sujet
CHILD SURVIVORS: STOLEN CHILDHOOD-SCENIC MEMORY OF THE 2017 SHOAH IN JEWISH		Grünberg	background article
Trauma in children of Holocaust survivors: transgenerational effects.	1997	Sorscher	INCLUS MA

[Accidental asymptomatic infections with hepatitis B virus and testin	2008	Sacić	foreign language
High holidays 2000 and aftermath: doing psychotherapy with Holocaust s	2002	Tauber	hors sujet
HIV infection following motor vehicle trauma in central Africa.	1989	Hill	wrong population
The Holocaust after 70 years: Holocaust survivors in the United States	2015	Prince	background article
Transforming dualism and the metaphor of terror part II: from genocida	2004	Schwager	hors sujet
Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic	2003	van	INCLUS MA
Unanticipated separations and normative re-attachments in later life:	1997	Schindler	hors sujet
[Prevention strategy of viral hepatitis B and C].	2004	Zvizdić	foreign language
[Occupational exposure and prevention of viral hepatitis B in health c	2004	Salihović	foreign language
Narrated Silence in Sexual Scripts of War Rape Survivors: Hidden Trans	2018	Močnik	wrong publication type
Intergenerational Transmission of Trauma: The Case of the Dersim Massa	2019	Çelik	wrong population
Moving Beyond Rwanda's "Children of Bad Memory": A Conversation on Wor	2023	Anumol	INTROUVABLE
Applying Transdisciplinarity: Exploring Transgenerational Traumas of A	2020	Soyalp	wrong publication type
Defiant remembering: A quest for transgenerational healing	2023	Grant	wrong population
Collective trauma cycle: The healing role of reconciliation, forgivene	2018	Zara	foreign language
Haunting spectres of World War II memories from a transgenerational et	2015	Mihăilescu	hors sujet
Forgotten stories of women: Intergenerational transmission of trauma o	2021	Zasiekina	background article
How legacies of genocide are transmitted in the family environment: A	2017	Berckmoes	INCLUS MA
Resurrecting Discontinued Bonds: A Comparative Study of Israeli Holoca	2018	Kidron	background article
Bosnian Americans: transmission of trauma between generations	2023	Dikyurt	INTROUVABLE
Psychoanalysis and Trauma: Changes in the Theory and the Practice, fro	2020	Mucci	background article
The Enduring Psychological Legacies of Genocidal Trauma: Commentary on	2019	Gerson	wrong publication type
Intimate Partner Violence in Tribal Communities: Sovereignty, Self-Det	2021	LaPorte	wrong population
The Endurance of Slavery's Traumas and 'Truths'	2016	Gump	wrong population
Time-Image Episodes and the Construction of Transgenerational Trauma N	2020	Kwan	wrong population
Witness Theater: A Film Review Bridging the Generational Gap: Connecti	2021	Fischer-Shemer	background article
Early Relational Trauma, Massive Psychic Trauma and Their Intergenerat	2019	Mucci	wrong population,background article

Survivor's shame after genocide	2020	Veuillet-Combier	background article
Translation, Trauma, and Memory in Petit pays (Gaël Faye)	2023	Spiessens	hors sujet
Cambodge, me voici: trauma, postmemory, and the construction of femini	2022	Do	foreign language
"It Just Permeated everything." Third Generation Holocaust Survivor Pe	2023	Olstein	hors sujet
How to live like after? A clinic of the link to transform the traumati	2023	Duret	foreign language
The Routledge Companion to Literature and Trauma	2020	Davis	background article
The making of a mass murderer: Notes on the novel We need to talk abou	2019	Csillag	wrong publication type
Parental Family Violence and Mental Health among parents and their off	2020	Uwitonze	wrong population
100 Years of Trauma: the Armenian Genocide and Intergenerational Cultu	2016	Mangassarian	G3
Stories for Hope–Rwanda: a psychological–archival collaboration to pro	2014	Wallace	hors sujet
Family After the Genocide: Preserving Ethnic and Kinship Continuity Am	2022	Hadžiomerović	INTROUVABLE
Tracing the Past, Uncovering the Present: Intergenerational Hauntings	2020	Hach	wrong population
American Indian health disparities: Psychosocial influences	2015	Warne	wrong population
Adaptive Functioning Behaviors for Trauma-Affected Children in the Cam	2020	Figge	wrong population
Music as a means to combat genocide denial and assert Armenian identit	2021	Tadevosyan	hors sujet
Wounds of history: Repair and resilience in the trans-generational tra	2016	Salberg	background article
The possibilities and pitfalls of a Jewish cosmopolitanism: reading Na	2016	Taberner	background article
The witnessing gaze turned inward: My Jewish history as the forgotten	2016	Alpert	background article
Trauma, Romance, and the Diasporic Memory Keepers of the Holodomor in	2023	Świetlicki	hors sujet
Resilience and ethics in post-conflict settings: Kwihangana, living af	2021	Zraly	hors sujet
Psychic Trauma Disturbs Networks of Meaning and Constitutes a Linguist	2021	Auxéméry	background article
"... yes, it's difficult, because we have to satisfy her heart" – Explor	2017	Fritzemeyer	wrong population
Writing the Armenian genocide in Eve Makis's the Spice Box Letters: Tr	2020	Nyman	background article
Non-memory: Remembering beyond the discursive and the symbolic	2022	Sendyka	background article
A Comparative Study of Jewish Israeli and Buddhist Khmer Trauma Descen	2018	Kidron	hors sujet
Introduction: Healing Haunted Memories: From Monuments to Memorials	2016	Orange	background article
Relating to the distant past: Routes of memory of women concentration-	2017	Kadlecová	background article

Remembering Violence in Alice Pung's Her Father's Daughter: The Postme	2017	Brewster	wrong population
How a collective trauma influences ethno-religious relations of adoles	2016	Šehagić	background article
Traumatic inheritance and the demasculinization of god: Reimagining th	2015	Jacobs	hors sujet
Secret and generational transmission. The documentary film before the	2020	Zylberman	foreign language
Three Levels of Trauma of Human Agency and the Problems of the Diagnos	2023	Mucci	background article
Girl with the Sak Yon Tattoo	2021	Noeuv	hors sujet
The transgenerational impact of anti-semitism	2022	Alter-Reid	background article
Out of my great sorrows: The Armenia genocide and artist Mary Zakarian	2017	Arpajian	wrong publication type
The lived experience of a psychologist activist	2020	Hammer	wrong study design
The work of the negative, temporal deconstruction, and contemporary cu	2020	Hirsch	foreign language
The body as archive: The shoah and the story (not) told	2017	Baum	hors sujet
From revengefulness of war to revenge: Incapacity or capacity for forg	2015	Maros	foreign language
Colonial law, dominant discourses, and intergenerational trauma	2017	Waretini-Karena	hors sujet
A politics of reminding: Khoisan resurgence and environmental justice	2023	Burnett	wrong population
Exploring communication of traumatic experiences from Khmer Rouge geno	2016	Melander	wrong population
Trauma-focused public mental-health interventions: A paradigm shift in	2010	Schauer	hors sujet
The cycle of violence: Victims as perpetrators and perpetrators as vic	2013	Erzar	foreign language
Intergenerational transmission of trauma in Spiegelman's Maus	2013	Kolář	hors sujet
Haunting legacies: Violent histories and transgenerational trauma	2011	Schwab	foreign language
Mourning by proxy: Notes on a conference, empty graves and silence	2005	Fodorova	hors sujet
Yael Bartana and Post-traumatic Culture: Utopian Reversibility and the	2014	Sclodnick	hors sujet
Education as catalyst for intergenerational refugee family communicati	2009	Lin	hors sujet
You should know better: Expressions of empathy and disregard among vic	2008	Chaitin	hors sujet
Photography and memory in holocaust museums	2007	Crownshaw	wrong publication type
Aftermath of Genocide: Holocaust Survivors' Dissociation Moderates Off	2013	van	background article
Is There Hope for the Survivors of Genocides and Their Children? Discu	2013	Ornstein	hors sujet
The Reproduction of Evil: A Clinical and Cultural Perspective	2013	Grand	hors sujet

The psychological and social consequences of trauma and race relations	2011	Walters	hors sujet
Reverberations of the Holocaust fifty years later: Psychology's contri	2000	Suedfeld	hors sujet
Implications of the Holocaust for eating and weight problems among sur	2005	Chesler	hors sujet
Reverberations of the Armenian genocide	2010	Azarian-Ceccato	hors sujet
Between memory and history, broken filiation, trauma, life story and p	2013	Mouchenik	foreign language
Countertransference issues in crisis work with natural disaster victim	1994	Karakashian	hors sujet
Breaching the wall of traumatic silence: Holocaust survivor and descen	2012	Kidron	hors sujet
Rencontre avec des rescapés du génocide rwandais: La transmission de l	2007	Platteau	foreign language
Ghosts to Ancestors: Bearing Witness to "My" Experience of Genocide	2013	Topalian	hors sujet
Community engagement in epigenomic and neurocognitive research on post	2022	Musanabaganwa	INTROUVABLE
Genocide and its long term mental impact on survivors - what we know a	2018	Lindert	INTROUVABLE
Aging holocaust survivors' well-being and adjustment: associations wit	2005	Ben-Zur	INCLUS MA
Psychological consequences of rape on women in 1991-1995 war in Croati	2006	Loncar	INCLUS MA
Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict se	2001	de	INCLUS MA
Comparison of children of Holocaust survivors with children of the gen	1978	Gay	INCLUS MA
"Though My Father was a Killer, I Need to Know Him": Children born of	2020	Denov	INCLUS MA
Emotional distress and satisfaction in life among Holocaust survivors-	1986	Carmil	INCLUS MA
Forced displacement in Yugoslavia: a meta-analysis of psychological co	2001	Porter	INCLUS MA
Effect of the Holocaust on coping with cancer.	1992	Baider	INCLUS MA
Chronic pain in Holocaust survivors.	1999	Yaari	INCLUS MA
Higher prevalence of osteoporosis among female Holocaust survivors.	2007	Marcus	INCLUS MA
Forty years later: long-term consequences of massive traumatization as	1989	Nadler	INCLUS MA
On the long-range effects of concentration camp internment on Nazi vic	1978	Dor-Shav	INCLUS MA
Individual differences in posttraumatic stress disorder symptom profil	1997	Yehuda	INCLUS MA
Disorganized reasoning in Holocaust survivors.	2002	Sagi	INCLUS MA

## ANNEXE 4 : Matériel supplémentaire.

### ANNEXE 4-1: résultat de l'analyse méthodologique des études incluses.

Tableau 9 : Évaluation de la qualité méthodologique des 49 études incluses dans l'analyse de G1 selon le GeSuQ

Premier auteur (année)	Validité externe				Méthodes de collecte				NOTE
	Approbation éthique de l'étude	de de sélection	biais de classification	Biais de Conception de l'étude	Facteurs de confusion	de de données	Retraits et abandons	Analyses	
Hasanović 2005	F	M	Fa	M	Fa	M	F	M	Faible
Weine 1995	F	Fa	M	F	Fa	Fa	Fa	M	Faible
Yehuda 1997	F	Fa	M	M	F	Fa	M	F	Faible
Sagi-Schwartz 2003	F	Fa	M	Fa	M	Fa	M	M	Faible
Musanabaganwa 2020	F	M	M	M	Fa	M	Fa	M	Faible
Mutuyimana 2023	F	M	M	M	M	F	Fa	M	Moyenne
Ferren 1999	F	M	M	M	M	Fa	M	M	Moyenne
Carlton 2008	F	M	M	M	M	M	Fa	M	Moyenne
Conn 2000	F	M	M	M	M	M	Fa	M	Moyenne
Momartin 2003	F	M	M	F	M	F	M	M	Moyenne
Mollica 1999	F	F	Fa	F	M	F	F	F	Forte
Gali 2023	F	F	F	M	F	F	M	F	Forte
Forstmeier 2023	F	Fa	F	F	M	F	F	F	Forte
Platt 2021	F	F	M	F	F	M	F	M	Forte
Wilker 2018	F	M	M	M	M	M	F	M	Moyenne
Trappler 2002	F	M	F	F	M	F	F	F	Forte
Wein 1998	M	M	F	M	M	F	Fa	M	Moyenne
Eytan 2014	F	M	F	M	F	M	F	M	Forte
Comtesse 2019	F	M	F	M	F	M	F	F	Forte
Yehuda 2006	F	M	F	F	F	M	F	F	Forte
Labinsky 2006	F	M	F	M	F	M	F	M	Forte
Lehrner 2014	F	M	F	F	F	M	F	M	Forte
Priebe 2010	F	F	M	M	F	M	F	M	Forte
Meyerowitz 2015	F	F	M	F	Fa	F	M	F	Forte

Neugebauer 2009	F	M	Fa	Fa	F	M	F	F	<b>Faible</b>
Neugebauer 2014	F	M	F	Fa	F	F	F	F	<b>Forte</b>
Cohen 2003	Fa	Fa	F	M	M	F	Fa	M	<b>Forte</b>
Kayiteshonga 2022	F	F	M	F	M	F	M	F	<b>Faible</b>
Weine 1995	F	M	F	F	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Shira 2007	M	Fa	M	F	M	F	Fa	F	<b>Faible</b>
Robinson 1994	Fa	M	F	M	M	M	Fa	F	<b>Faible</b>
Kuch 1992	Fa	M	F	M	M	M	Fa	M	<b>Faible</b>
Yehuda 2002	F	M	F	F	F	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Landau 2000	Fa	M	F	M	M	F	Fa	M	<b>Moyenne</b>
Fodor 2015	F	F	F	F	M	F	M	F	<b>Forte</b>
Rieder 2023	F	M	F	Fa	M	F	Fa	F	<b>Faible</b>
Joffe 2003	M	F	F	M	M	F	Fa	M	<b>Moyenne</b>
Rugema 2015	F	M	F	Fa	M	F	F	F	<b>Forte</b>
Vukojevic 2014	F	M	F	M	F	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Cohen 2011	F	M	F	M	M	F	Fa	F	<b>Moyenne</b>
Umubyeyi 2014	F	M	F	M	M	F	Fa	M	<b>Moyenne</b>
Munyandamutsa 2011	F	F	F	M	F	F	F	F	<b>Forte</b>
Schaal 2012	F	M	F	M	F	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Heim 2014	F	M	F	M	F	F	Fa	M	<b>Moyenne</b>
Schaa 2010	F	F	F	F	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Kolassa 2010	F	F	F	F	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Schaal 2006	F	M	F	M	F	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Wilker 2013	F	F	F	M	F	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Joffe 2003	F	F	F	M	F	F	Fa	F	<b>Forte</b>

---

\*F = forte ; \*\*M = modérée, \*\*\*Fa = faible.

Tableau 10 : Évaluation de la qualité méthodologique des 17 études incluses sur la G2 selon le GeSuQ.

Premier auteur (année)	Validité externe			Méthodes					NOTE
	Approbation et éthique de l'étude	de de sélection	Biais de classification	Conception de l'étude	Facteurs de confusion	de collecte de données	Retraits et abandons	Analyses	
Owoso 2017	F	M	F	M	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Danieli 2016	F	F	M	M	F	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Nyirandamutsa 2023	F	M	F	M	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Uwizeye 2023	F	M	F	M	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Uwizeye 2021-11	F	M	F	M	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Shiraa 2019	F	M	F	M	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Uwizeye 2021-04	F	M	F	M	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Greenblatt-Kimron 2021	F	M	F	M	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Dashorst 2019	F	M	M	M	M	M	Fa	F	<b>Moyenne</b>
Shenkmana 2018	F	M	F	M	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Preiss 2021	F	M	F	M	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Lindert 2016	F	F	F	F	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Mutuyimana 2019	F	M	F	M	M	F	Fa	F	<b>Moyenne</b>
Dekel 2013	F	M	F	F	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Schick 2013	F	M	M	F	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Hoffman 2019	F	M	M	F	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>
Levine 2016	F	M	F	F	M	F	Fa	F	<b>Forte</b>

\*F = forte ; \*\*M = modérée, \*\*\*Fa = faible.

**ANNEXE 4-2: Résultat de la méta-analyse par transformation arcsin en modèle à effet aléatoire.**

Modèle mixte à effet aléatoire (k = 57)

	<b>Estimation</b>	<b>ES</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>IC95% inf.</b>	<b>IC95% sup.</b>
Intercept	0.0250	0.00357	7.01	< .001	0.018	0.032

*Note.* Tau<sup>2</sup> Estimator : Maximum de vraisemblance

Fail-Safe N Analysis (File Drawer Analysis)

<b>Fail-safe N</b>	<b>p</b>
1660.000	< .001

*Note.* Fail-safe N Calculation Using the Rosenthal Approach

Rank Correlation Test for Funnel Plot Asymmetry

<b>Kendall's Tau</b>	<b>p</b>
0.661	< .001

Regression Test for Funnel Plot Asymmetry

<b>Z</b>	<b>p</b>
5.790	< .001

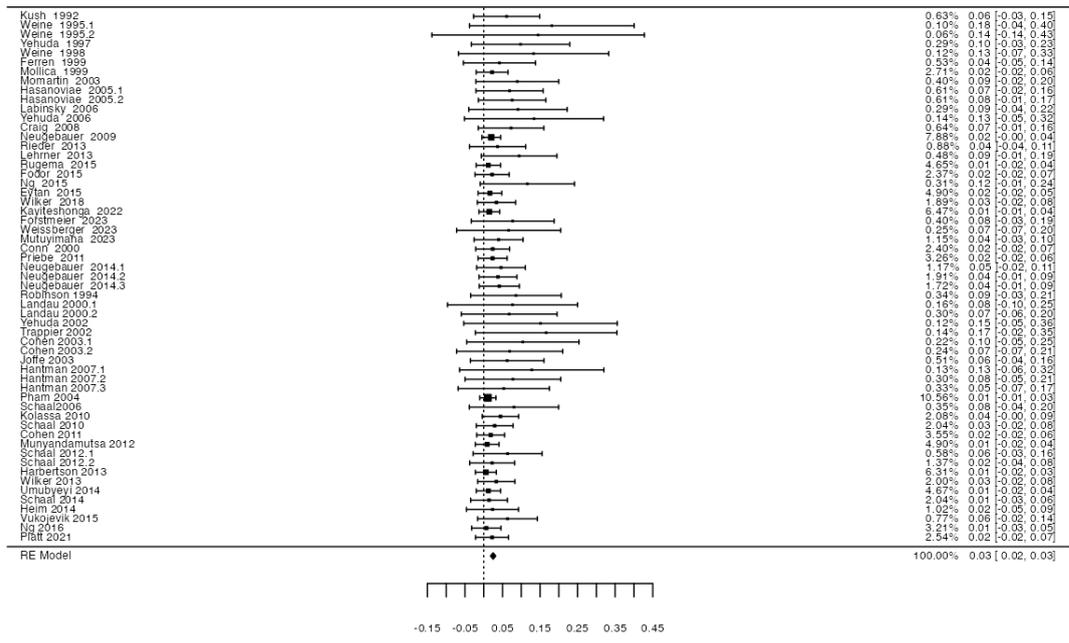


Figure A4-2.1 : Diagramme de Forest du modèle mixte en transformation arcsin.

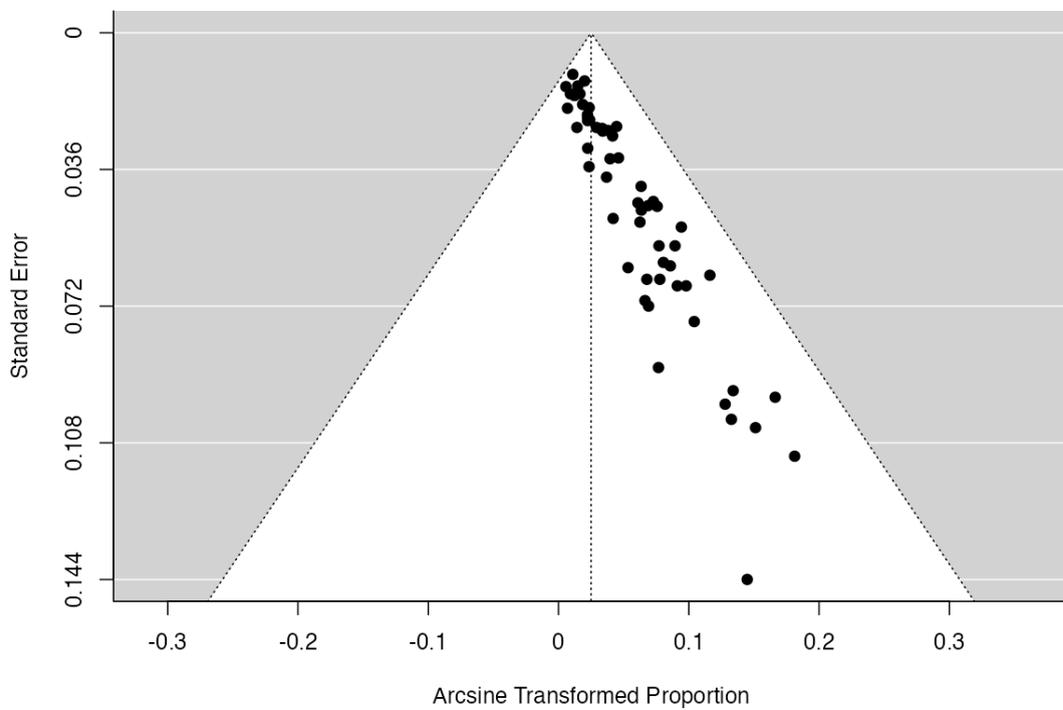


Figure A4-2.2 : Diagramme en tunnel des erreurs standard des proportions.

### ANNEXE 4-3 : Résultats de la méta-analyse en méthode linéaire mixte.

#### Model Info

Info	
Estimate	Linear mixed model fit by ML
Call	Prévalence ~ 0 + Methods + n+( 1   Génocide )
AIC	-16.606
BIC	-0.403
LogLikel.	16.303
R-squared Marginal	NaN
R-squared Conditional	NaN
Converged	yes
Optimizer	bobyqa

*Note.* (Almost) singular fit. Maybe random coefficients variances are too small or correlations among them too large.

*Note.* R-squared cannot be computed.

#### Fixed Effect Omnibus tests

	F	Num df	Den df	p
Methods	43.04	5	56.0	< .001
n	5.78	1	56.0	0.019

*Note.* Satterthwaite method for degrees of freedom

#### Fixed Effects Parameter Estimates

Names	Effect	Estimate	SE	95% Confidence Interval		df	t	p
				Lower	Upper			
MethodsDSM-III-R	MethodsDSM-III-R	0.444	0.0640	0.3184	0.569	56.0	6.93	< .001
MethodsDSM-IV	MethodsDSM-IV	0.431	0.0369	0.3589	0.504	56.0	11.68	< .001
MethodsDSM-IV-TR	MethodsDSM-IV-T R	0.664	0.1050	0.4580	0.870	56.0	6.32	< .001
MethodsDSM-V	MethodsDSM-V	0.389	0.1080	0.1776	0.601	56.0	3.60	< .001
MethodsCIM-11	MethodsCIM-11	0.386	0.1814	0.0308	0.742	56.0	2.13	0.038



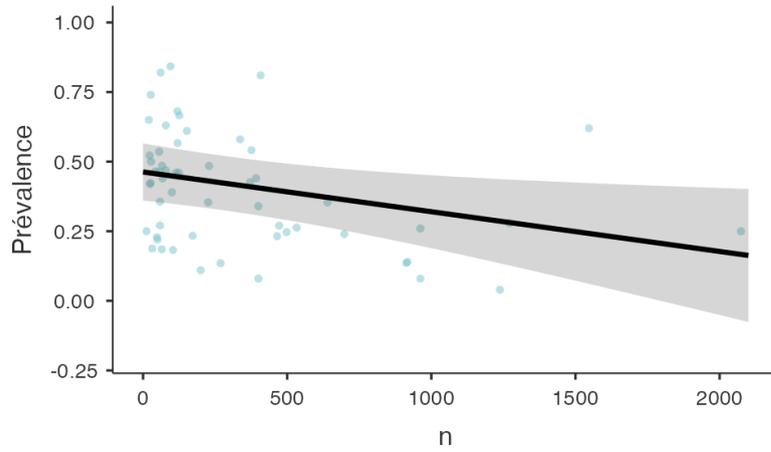


Figure A4-3. 1 : Diagramme d'effet poolé global.

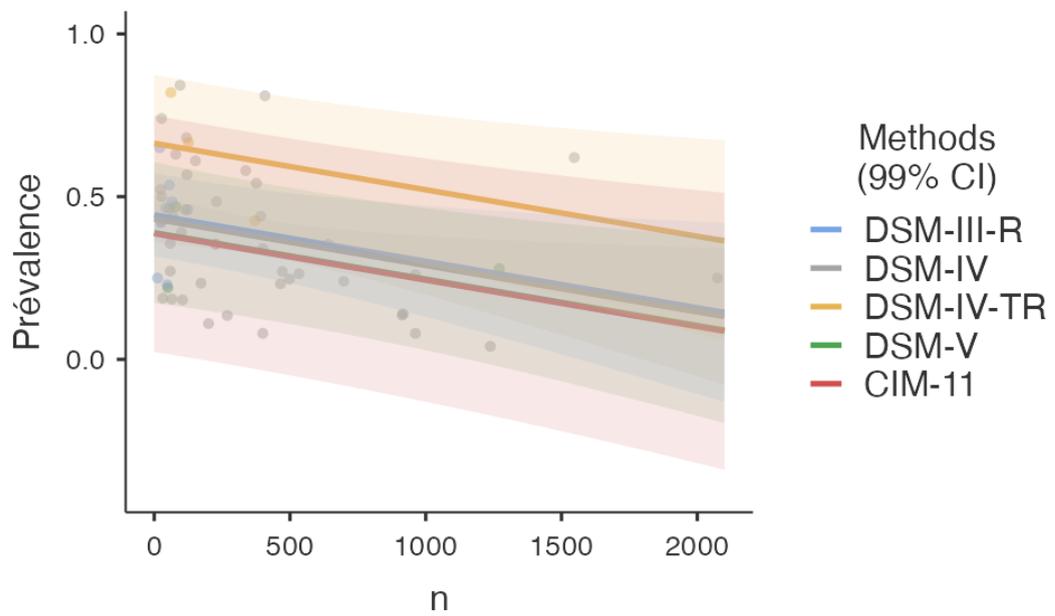
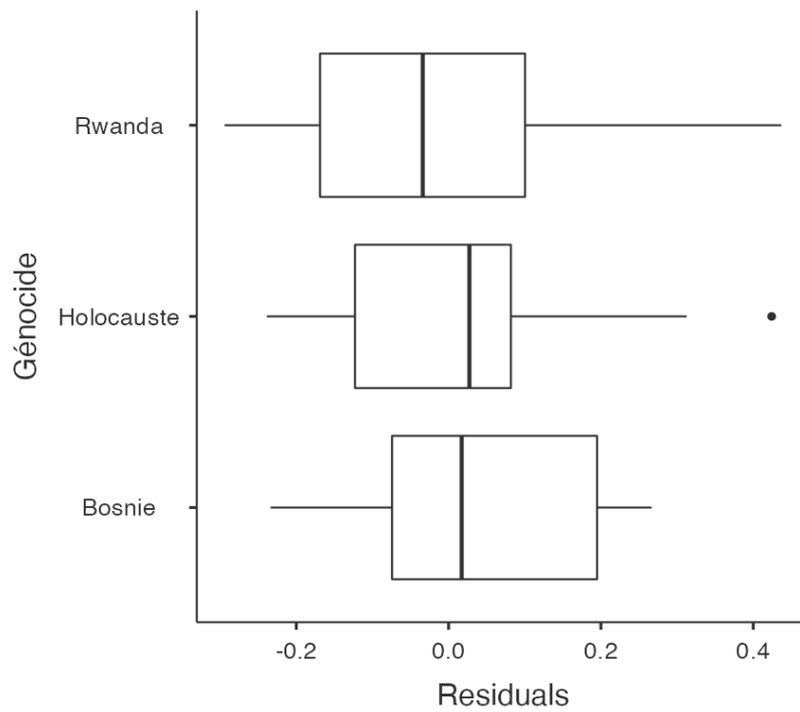
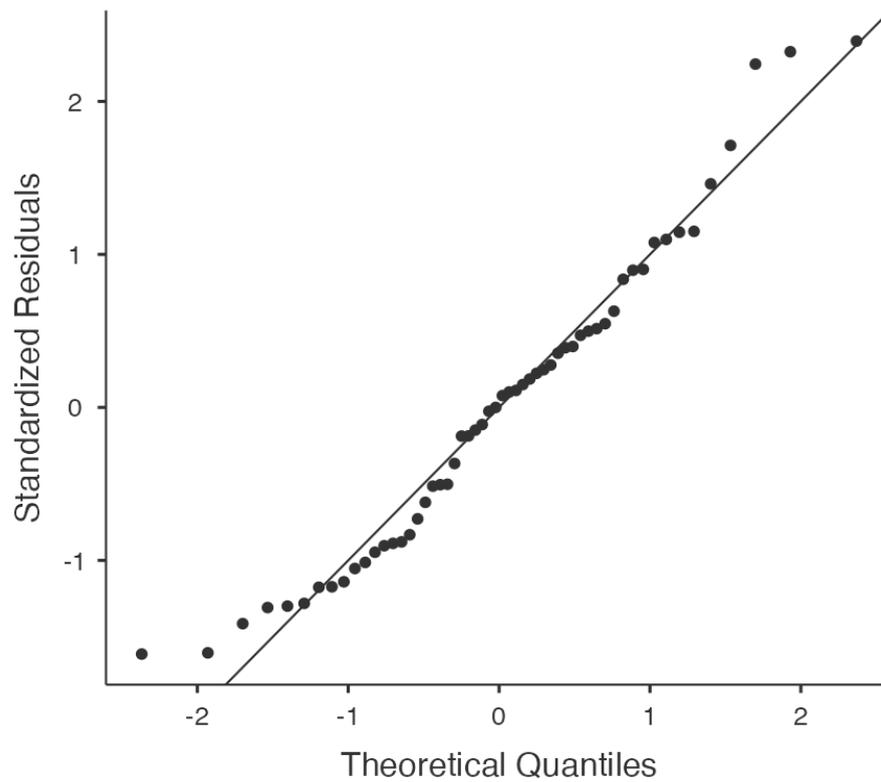


Figure A4-3. 2 : Diagramme d'effet poolé par méthode diagnostic

**Clustering variable: Génocide**



**Figure A4-3.3 : Boîtes à moustache des résidus par clusters.**



**Figure A4-3.4 : Diagramme Q-Q.**

## **Serment d'Hippocrate.**

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## **Conséquences psychiatriques d'un génocide. Prévalence du syndrome de stress post-traumatique chez les survivants, et conséquences psychiatriques pour leurs descendants de la première génération: Une revue systématique de la littérature.**

---

**Contexte:** Les génocides constituent des événements à haut potentiel traumatogène. Ils marquent les survivants et leurs descendants durablement, entraînant des risques pour la santé psychique.

**Objectifs:** L'objectif principal de cette recherche est de déterminer la prévalence du TSPT parmi les survivants de génocides et de déterminer les répercussions psychiatriques sur leurs descendants de première génération.

**Méthodologie:** Une revue systématique de la littérature a été menée en suivant les critères PRISMA et en interrogeant 3 bases de données (Pubmed, Psychnet et Scopus). Les études incluses portaient sur l'un des 4 génocides reconnus par la France (Arménie, Holocauste, Rwanda et Bosnie). Une prévalence médiane a été calculée pour chacun des génocides. Puis les conséquences psychiatriques chez les descendants ont été analysées.

**Résultats:** Parmi les 895 articles retrouvés, 47 articles ont été inclus pour la prévalence du TSPT sur la première génération et 17 sur les répercussions sur la seconde génération. Ils montraient une prévalence médiane du TSPT chez les survivants de génocides de 39% (IQR 23.4% - 52.4%), ainsi que des troubles psychiatriques importants chez leurs descendants. Les sources retrouvées se sont avérées très hétérogènes et certains résultats parfois contradictoires. Aussi certains troubles ont été peu étudiés.

**Conclusion:** Cette thèse met en évidence les effets profonds et durables des génocides sur la santé mentale des survivants et de leurs descendants. De futures recherches seraient nécessaires pour évaluer plus en détail certaines comorbidités notamment addictologiques mais aussi évaluer les répercussions sur la descendance des auteurs de génocide.

---

**Mots-clés :** psychotraumatisme, TSPT, génocide, descendant, transmission.

## **Psychiatric consequences of genocide. Prevalence of post-traumatic stress disorder in survivors, and psychiatric consequences for their first-generation descendants: A systematic review of the literature.**

---

**Background:** Genocide is a highly traumatic event. They have a lasting impact on survivors and their descendants, leading to psychological health risks.

**Objectives:** The main objective of this research was to determine the prevalence of PTSD among genocide survivors and to determine the psychiatric repercussions on their first-generation descendants.

**Methodology:** A systematic review of the literature was conducted following PRISMA criteria and searching 3 databases (Pubmed, Psychnet and Scopus). The included studies concerned one of the 4 genocides recognised by France (Armenia, Holocaust, Rwanda and Bosnia). A median prevalence was calculated for each of the genocides. The psychiatric consequences for the descendants were then analysed.

**Results:** Of the 895 articles retrieved, 47 articles were included for the prevalence of PTSD in the first generation and 17 for the repercussions on the second generation. They showed a median prevalence of PTSD in genocide survivors of 39% (IQR 23.4% - 52.4%), as well as significant psychiatric disorders in their descendants. The sources found were very heterogeneous and some of the results were sometimes contradictory. Some disorders have also been little studied.

**Conclusion:** This thesis highlights the profound and lasting effects of genocide on the mental health of survivors and their descendants. Future research is needed to assess certain comorbidities in more detail, particularly addictive disorders, and also to evaluate the repercussions on the descendants of perpetrators of genocide.

---

**Keywords :** psychotrauma, PTSD, psychological trauma, genocide, offspring, transmission.

