

PREMIÈRE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 11 - Synthèse Clinique et Thérapeutique

Question 183

Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles

Rédaction : N. Giraudeau et F. Thibaut

Objectifs pédagogiques généraux

- Savoir reconnaître un état de choc psychologique et mettre en place très précocement les modalités d'intervention thérapeutique adaptées
- Savoir évaluer, chez un sujet, les conséquences d'un psychotraumatisme ou d'un facteur de stress psychosocial, les traiter et les prévenir quand cela est possible

Objectifs pédagogiques spécifiques

- Savoir diagnostiquer un état de stress aigu, dans les suites d'une agression ou d'un accident grave
 - Savoir en cas de stress aigu apporter une assistance psychologique immédiate en en connaissant les principes directeurs
 - Savoir diagnostiquer un état de stress post-traumatique et orienter le patient dans les filières de soins adéquates
-

Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles - Prise en charge immédiate

Introduction

Tout médecin (quel que soit sa spécialité ou son mode d'exercice) doit savoir reconnaître ce type de violences et être capable d'accueillir et d'orienter les victimes. Il est essentiel de ne pas agir seul mais de travailler en partenariat avec les services sociaux, l'école, la justice, la police et également avec les associations.

Actuellement, la prise en charge des victimes de violences sexuelles répond à des critères admis par tous. Des pôles de référence régionaux chargés de l'accueil et de la prise en charge des victimes de violences sexuelles existent à peu près partout en France et fonctionnent sur le même mode. Il ne faut pas hésiter à se mettre en contact avec eux pour y adresser la victime ou y obtenir des conseils.

1. Les définitions

En droit, les crimes et délits d'agression sexuelle correspondent au viol (tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, menace, contrainte ou surprise est un viol), à l'agression sexuelle (toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise), à l'exhibition sexuelle (s'imposer à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public) et au harcèlement sexuel (le fait de harceler autrui en usant d'ordres de menaces ou de contraintes, dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle, par une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions). En matière de législation, l'inceste n'est reconnu par le droit qu'en terme de circonstance aggravante. On fait une différence entre atteinte et agression sexuelle. Les atteintes sexuelles concernent spécifiquement les enfants et les adolescents. Les faits sont commis sans violence, contrainte, menace ni surprise par un majeur sur un mineur. Au sein des infractions sexuelles, seul le viol est considéré comme un crime et jugé par la cour d'assises. Les autres infractions sont des délits jugés par le tribunal correctionnel (tribunal de grande instance). Le terme d'abus sexuels qui est d'origine anglo-saxonne, n'a pas toujours le même sens dans la littérature internationale.

2. Les données épidémiologiques

Dans l'Enquête sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) de 2000, 11 % des femmes déclaraient avoir subi au moins une agression sexuelle dans leur vie. Les violences sexuelles sont la première cause de maltraitance chez l'enfant. Les enfants jeunes (3-6 ans) sont particulièrement touchés. La plupart des études s'accordent pour constater que 80 % des victimes sont de sexe féminin (tous âges confondus). En France, en 1998, 40 % des crimes sexuels et 50 % des délits sexuels concernaient des mineurs¹. D'autre part, 80 % des victimes entretiennent avec leurs agresseurs des relations familiales proches.

3. Le cadre juridique

a. Signalement et secret professionnel

Lorsque la victime est un mineur ou une personne vulnérable, le médecin est autorisé à signaler² les faits au procureur de la république sans que puisse lui être reprochée une violation du secret professionnel dont il est alors délié. Le médecin n'est tenu de signaler que des faits constatés. Il rapportera aussi fidèlement que possible les paroles de la victime en les notant entre guillemets. Le médecin ne peut présenter des agressions comme fait avéré sur la seule foi des déclarations d'un parent ou d'un accompagnant. L'accord de la victime est nécessaire au signalement pour toute victime de plus de 18 ans mais il est souvent difficile, voire impossible de recueillir un tel consentement chez des personnes âgées ou handicapées mentales. En conclusion, la crainte d'une poursuite pour violation du secret médical ou dénonciation calomnieuse ne doit pas arrêter le médecin qui souhaite faire un signalement.

¹ CFV Collectif Féministe contre le viol. Etude statistique sur les appels reçus. 1998.

² Un modèle de signalement a été établi par la chancellerie, le ministère de la santé, en collaboration avec le conseil national de l'ordre. Il est téléchargeable sur le site de l'ordre : www.conseil-national.medecin.fr

b. L'examen peut se faire avec ou sans réquisition

La réquisition est un acte par lequel une autorité judiciaire (procureur de la république ou juge d'instruction) fait procéder à un acte médico-légal qui ne peut être différé. Tout médecin, sauf s'il est le médecin traitant de la personne à examiner, peut être requis, quel que soit son mode d'exercice ou sa spécialité. Le respect du secret professionnel doit être préservé mais il faut pouvoir expliquer aux autorités la nécessité d'orienter la victime vers une structure spécialisée pour une prise en charge plus adaptée et optimale d'emblée.

Mais l'examen peut aussi être réalisé sans réquisition. Il y a alors plusieurs cas :

- Les faits sont récents (< 3 jours) et la victime ne veut ou n'ose pas porter plainte. Il faut réaliser l'examen et les prélèvements comme en cas de réquisition pour conserver les preuves qui sont "fugaces". Cette prise en charge encourage la victime à porter plainte. Le médecin, avec l'accord de la victime, peut lui-même procéder au signalement judiciaire.
- Les faits sont plus anciens et la demande est médicale (bilan de l'état de santé sur le plan somatique) ou d'ordre psychologique.
- La demande est parfois plus confuse (demande de certificat ou de prélèvement vaginal pour porter plainte ultérieurement).

4. L'accueil en urgence de victimes d'agression et l'examen médico-légal initial

L'accueil doit avoir lieu dans un endroit calme avec une relative intimité, sans attente. Cet aspect est capital pour les enfants et les adolescents. La victime doit pouvoir se laver et se vêtir au sortir de l'examen.

Aucun examen ne doit être pratiqué sans l'accord préalable de la victime. Le premier examen médical a des conséquences judiciaires, médicales et psychologiques. Sa qualité est essentielle pour la suite des événements. Il est préférable de ne pas pratiquer cet examen dans un cabinet médical privé.

a. L'évaluation globale de la situation

L'anamnèse des faits comporte les conditions et le lieu de l'agression, l'identification du ou des agresseurs, leur nombre, les modalités précises de l'agression.

Il faut rechercher les antécédents médicaux, psychiatriques et gynécologiques de la victime ainsi que la notion de virginité et la date des dernières règles.

Une première évaluation psychologique est réalisée et les plaintes de la victime sont prises en compte et écoutées avec empathie.

b. L'examen clinique

Il doit toujours être réalisé avec des gants. Les prélèvements sont effectués avec des gants. Un examen normal ne permet pas d'éliminer une agression sexuelle.

- Les examens communs à la femme, l'homme et l'enfant

Noter la date et l'heure de l'examen ainsi que le délai écoulé depuis l'agression. L'examen général comprend la taille et le poids de la victime, l'examen de la cavité buccale et

l'examen cutanéomuqueux avec la recherche de traces de violence. L'examen de l'anus est indispensable et systématique.

- L'examen de la femme

L'examen gynécologique se fait après l'examen général. Il doit être expliqué et réalisé par une personne compétente. Les prélèvements sont effectués dans le même temps.

- L'examen de l'homme et du garçon comporte l'examen des organes génitaux externes.

- L'examen de la petite fille

Si l'intérêt de l'enfant exige un examen clinique et le recueil de sperme pour soustraire l'enfant à un environnement dangereux, la question de l'anesthésie se pose; si par contre, l'intérêt de l'enfant n'exige pas un examen approfondi, celui-ci ne doit pas être fait, car il serait une agression supplémentaire.

c. Les prélèvements à réaliser et la prévention en cas d'agression récente

- La recherche de spermatozoïdes et les prélèvements en vue d'analyses génétiques

- La recherche et la prévention d'une éventuelle grossesse

- la recherche et la prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) bactériennes (Chlamydia Trachomatis, gonocoque et syphilis) et virales.

Pour le Virus de l'Immuno Déficience Humaine (VIH), il faut adresser le patient en urgence au médecin référent des accidents d'exposition localement.

Lorsque l'agression date de moins de 8 jours, une injection de vaccin contre l'hépatite B est recommandée de façon systématique. Pour l'hépatite C, il n'y a pas de traitement préventif.

- Prévention du tétanos

- Recherche de toxiques

5. L'aide psychologique immédiate aux victimes de violences sexuelles

a. Le vécu de l'agression

Le traumatisme a des effets à court, moyen et long terme. Selon le fonctionnement psychique de chacun, son âge, son sexe et ses antécédents (psychiatriques et/ou traumatiques), le vécu de l'agression sera très différent. A court terme, un état de stress intense va durer quelques heures (parfois quelques jours) et va se manifester par un état de sidération anxieuse (mécanisme de défense archaïque de camouflage dans le milieu naturel) ou, au contraire, d'agitation inadaptée (équivalent d'un réflexe de fuite avorté). La verbalisation est souvent difficile voire impossible. Au niveau du comportement on peut observer un repli sur soi avec un désarroi émotionnel, des pleurs et de l'angoisse allant parfois jusqu'à des tremblements ou des vomissements.

La culpabilité³ est omniprésente. L'impression de souillure n'est pas toujours évoquée spontanément mais parfois dans un second temps. Le sentiment de honte⁴ est également parfois retrouvé.

b. La prise en charge immédiate

Elle vise principalement à rassurer la personne sur la normalité de ce qu'elle ressent. Il s'agit d'être attentif et empathique sans pour autant dramatiser l'agression. Pour le praticien, c'est aussi un temps d'évaluation des risques d'apparition de troubles secondaires et la possibilité d'instaurer un climat de confiance qui permettra, si cela s'avère nécessaire, une orientation vers un spécialiste. Il est important d'évaluer la qualité de l'entourage et le risque de passage à l'acte suicidaire. Une hospitalisation ou un hébergement social d'urgence peuvent au besoin être proposés.

c. Ce qu'il ne faut pas dire aux victimes

Tout ce qui peut induire un sentiment de culpabilité est à éviter :

" Vous n'aviez jamais pensé que vous pouviez vous faire violer ? ", " Comment étiez-vous habillé(e) ? ", " Que faisiez vous là à cette heure là ? ", " Pensez-vous avoir laissé entendre que vous étiez d'accord ? ", " Ce qu'il faut c'est vous déculpabiliser ", " Ce n'est pas si grave que ça ", " Maintenant il va falloir essayer d'oublier ", " Vous êtes sûr que vous ne pouviez pas vous défendre ? " ...

Se souvenir également que lors d'une agression la menace et la peur entraînent un état de sidération. Un oubli total ou partiel des faits est très fréquent. Il ne faut pas souligner trop ouvertement ces incohérences lors de la description des faits. C'est le rôle de l'enquête judiciaire. En règle générale, il ne faut perdre de vue que, face à une victime, toute insinuation même légère sur la véracité de ses dires peut être interprétée comme une nouvelle agression.

d. Quand faut il faire appel à un psychiatre ?

D'emblée :

- Lorsque la personne présente des antécédents sur le plan psychiatrique ou des éléments de fragilité sur le plan psychologique.
- Lors d'un état de détresse manifeste avec prostration intense, agitation, agressivité anormale.
- Lors de symptômes de déréalisation ou de dépersonnalisation (la victime a le sentiment d'avoir été spectateur de sa propre agression).
- Lors d'un risque de passage à l'acte suicidaire.

Dans un second temps :

- Lorsque les symptômes présentés par la victime ont des répercussions sur sa vie quotidienne : par exemple l'incapacité à sortir de chez soi ou à reprendre une vie sociale normale.
- Lorsque les fonctions vitales (sommeil, appétit ...) et le rythme de vie sont perturbés de façon persistante.
- Lorsqu'il existe des symptômes de dépression (avec ou sans idées suicidaires) ou d'état de stress post-traumatique (voir chapitre e).

³ Culpabilité : sentiment d'être en faute, d'avoir suscité une telle réaction chez l'autre ou d'avoir transgressé une règle.

⁴ Honte : sentiment d'humiliation, de dégradation de soi.

e. Risques évolutifs des agressions sexuelles insuffisamment prises en charge

- L'état de stress aigu⁵

Dans les heures, les jours ou les semaines (de 2 jours à 4 semaines) qui suivent une agression on peut observer un état de sidération avec une impression de détachement qui peut aller parfois jusqu'à un tableau de dépersonnalisation. L'événement traumatique est alors totalement envahissant et peut désorganiser la pensée. L'anxiété est majeure et peut se manifester sous diverses formes.

- L'état de stress post-traumatique (PTSD pour les anglo-saxons)

Il s'agit d'un trouble anxieux spécifique qui survient après " un événement stressant patent qui entraînerait des signes évidents de détresse chez la plupart des individus ". Cet état apparaît chez la victime après une phase de latence (quelques semaines à quelques mois). Un événement intercurrent (rupture, bouleversement familial ou professionnel, nouvelle exposition à un traumatisme) peut favoriser son installation.

Il faut savoir que les symptômes du PTSD sont variés et complexes et qu'il n'existe pas de syndrome post-abus sexuel spécifique.

Le PTSD est caractérisé par le syndrome de répétition traumatique dont la durée est supérieure à un mois. Les symptômes sont les suivants :

- Des cauchemars où le sujet revit l'agression dont il a été victime.
- Des ruminations diurnes durant lesquelles la victime pense à l'agression de façon obsédante, au point d'être dans l'incapacité de mémoriser ou de se concentrer sur un travail.
- Des réactions de sursaut qui traduisent un état d'hypervigilance où tout élément de l'environnement est vécu comme potentiellement dangereux ou anxiogène. Des conduites d'évitement peuvent alors s'installer et aller jusqu'à empêcher le patient de sortir de chez lui.
- La personne présente souvent un émoussement affectif et un désintérêt de plus en plus marqué pour les activités et le monde extérieur. Toute initiative devient alors pénible et le sujet a tendance à se replier sur lui-même.

Ces troubles peuvent devenir chroniques dans plus d'un tiers des cas.

- Le cas particulier des abus sexuels qui se déroulent sur une longue période

Ils sont majoritairement le fait de violences sexuelles intra-familiales, soit dans le cas de violences conjugales ou lors d'abus sexuels sur les enfants. Le facteur familial est à prendre en considération avec toute l'ambivalence des sentiments que cette situation peut générer. La victime se trouve alors, de fait, coupée de tout étayage familial. Dans ces situations, la question de la réparation, est beaucoup plus compliquée du fait de l'implication affective des victimes vis-à-vis de leur agresseur.

f. La prise en charge psychothérapeutique des victimes

Une prise en charge globale de la victime est impérative pour permettre un véritable travail de réparation du traumatisme subi. Le thérapeute ne peut pas faire l'impasse de l'importance symbolique et réelle de la réparation judiciaire. Les associations d'aide aux victimes peuvent dans ce cas faire le lien avec l'institution judiciaire. Il est donc

⁵ DSM IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) de l'American Psychiatric Association. Chapitre des "Troubles anxieux". Etat de stress aigu et état de stress post-traumatique.

nécessaire de se référer à la loi, cadre de référence, sans néanmoins jamais imposer un dépôt de plainte comme préalable au travail thérapeutique.

Les approches thérapeutiques recommandées par la conférence de consensus de novembre 2003⁶ sont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et les thérapies psychodynamiques qui vont permettre au sujet une ré appropriation progressive de son corps et de sa vie psychique sans chercher à modifier en profondeur le fonctionnement psychique. La plupart des victimes n'avaient pas avant l'agression le projet de rencontrer un psychothérapeute. Il ne s'agit pas d'une demande motivée par un désir personnel mais d'un besoin de soutien et d'accompagnement.

g. La place des traitements psychotropes et de l'hospitalisation

L'aide que peuvent apporter les médicaments psychotropes ne doit pas être négligée car l'absence de prescription par le médecin ouvre souvent la porte de l'automédication. A court terme on peut proposer un anxiolytique type benzodiazépine sur une courte période du fait de leur incidence sur la mémoire et du risque important d'accoutumance. Pour les troubles du sommeil, les hypnotiques doivent être prescrits avec parcimonie selon les recommandations en cours. On privilégiera l'utilisation de la zopiclone et du zolpidem. Plusieurs Inhibiteurs de Recapture de la Serotonine (IRS) ont reçu l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le traitement du PTSD. Il faut cependant adapter la posologie et savoir que le délai d'action est plus long que pour une dépression.

Les indications d'hospitalisation dans les jours qui suivent un viol sont les suivantes : Risque de passage à l'acte suicidaire, état de détresse psychologique majeur, contexte d'isolement familial ou relationnel suite à la découverte des faits (hospitalisation ou hébergement social d'urgence) ou blessures physiques. Elle est quasi systématique lorsque la victime est un enfant.

Conclusion

La grande majorité des victimes de violences sexuelles sont de sexe féminin. La moitié des crimes et des délits sexuels concerne des mineurs. Les victimes ont, le plus souvent, un lien familial avec leur agresseur. Il est important de suspecter ce type de violences face à certains symptômes parfois peu spécifiques chez l'enfant et l'adolescent. En cas d'agression récente les victimes seront accueillies sans délai. La prise en charge doit se faire avec empathie à la fois sur le plan médical (examen clinique, prélèvements) et psychologique. Un état de stress aigu peut être observé et à plus long terme la victime peut présenter un état de stress post-traumatique. Certains symptômes post-traumatiques immédiats ou différés peuvent nécessiter une prise en charge psychiatrique. Pour permettre une véritable réparation du traumatisme subi, la victime doit être abordée de façon globale et la question de la réparation judiciaire est essentielle. Cependant on ne doit pas imposer un dépôt de plainte comme préalable à une prise en charge médicale ou psychologique.

Bibliographie

⁶ Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir. 7^e conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. ANAES. 6 et 7 novembre 2003.

- Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir. 7^o conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. ANAES. 6 et 7 novembre 2003.
- Le praticien face aux violences sexuelles. Document réalisé en 2000 et validé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la Chancellerie, le Ministère de l'intérieur et le Ministère de la défense. Consultable sur le site psydoc-fr.broca.inserm.fr
- Le signalement des sévices et la nouvelle rédaction de l'article 226-14 du code pénal. Bulletin de l'ordre des médecins. Mars 2004.
- Stress et troubles psychiques post-traumatiques. Monographie. La revue du praticien 2003, 53.
- C. Damiani. L'aide psychologique immédiate aux victimes d'abus sexuels. Le journal des psychologues. Février 2003.
- Soutoul J.H., Chevrant Breton O. L'agression sexuelle de l'adulte et de l'enfant. Ed Ellipses. Paris. 1994.
- Audet J., Katz J.-F. Précis de victimologie générale. Dunod.

Sur Internet

- www.allo119.gouv.fr
- www.anaes.fr
- www.psydoc-fr.broca.inserm.fr
- www.conseil-national.medecin.fr (modèle de signalement)

Téléphones

Pour les enfants : Allo Enfance Maltraitée 119

Pour les jeunes : Fil Santé Jeunes 0800 235 236

Pour les femmes : SOS viols 0800 05 95 95 et SOS violences conjugales 01 40 33 80 60