

2017-2018

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en PSYCHIATRIE

REPÉRAGE ET ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES : LA PLACE DU PSYCHIATRE TRAITANT

A propos d'une enquête auprès des psychiatres du Maine-et-Loire

BLOUET Pauline

Née le 17 mars 1987 à QUIMPER (29)

Sous la direction de Monsieur le Docteur DUBOIS DE PRISQUE Gilles

Membres du jury

Madame le Professeur GOHIER Bénédicte		Président
Monsieur le Docteur DUBOIS DE PRISQUE Gilles		Directeur
Monsieur le Professeur CAILLIEZ Éric		Membre
Madame le Professeur ROUGÉ-MAILLART Clotilde		Membre
Monsieur le Docteur BARDOU Dominique		Membre

Soutenue publiquement le :
20 février 2018



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) BLOUET Pauline
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **01/02/2018**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine

LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétiq	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie
ATER		
FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine
AHU		
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
CONTRACTUEL		
VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Bénédicte Gohier,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements pour la richesse et la rigueur de votre enseignement, ainsi que pour la disponibilité avec laquelle vous accompagnez les internes en formation.

A Monsieur le Docteur Gilles Dubois de Prisque,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger et d'accompagner ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude pour le partage de vos conseils, votre expérience et votre culture, avec tant de bienveillance.

A Madame le Professeur Clotilde Rougé-Maillart,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail en participant au jury de cette thèse. Je vous remercie d'avoir accepté de partager votre expertise et votre engagement dans la prise en charge de ces victimes, et des violences faites aux femmes. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Éric Cailliez,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail en participant au jury de cette thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de l'intérêt que vous portez à la psychiatrie. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère considération.

A Monsieur le Docteur Dominique Bardou,

C'est une fierté que tu participes au jury de cette thèse. Ton accueil chaleureux « au Pin » et ta passion communicative pour l'accompagnement des familles ont fortement influencé ma formation et participé à mon intérêt pour l'approche systémique. Trouve ici l'expression de mes sincères remerciements.

Mes remerciements vont également à celles et ceux qui ont permis et aidé à l'élaboration de ce travail :

A l'ensemble des psychiatres et internes en psychiatrie qui ont accepté de participer à cette enquête.
A Madame Aude Helbert, vice-procureure de la République près le tribunal de grande instance du Mans, pour son accueil et son enseignement pendant ces trois jours de stage.
Au Docteur Cosmin Mesu, pour sa disponibilité habituelle et son aide dans la méthodologie de cette enquête ; pour son humour espiègle aussi, utile pendant mon semestre au CHU. Au Docteur Carole Barre, pour les précisions qu'elle a pu y apporter.

Je remercie aussi toutes les personnes qui m'ont fait partager leur savoir et leurs expériences :

Aux médecins brestois, angevins, manceaux, choletais, saboliens ou pinois qui m'ont accompagnée au cours de ces études, et donné goût à la médecine et à la psychiatrie.

Aux équipes soignantes rencontrées tout au long mon internat, qui ont également contribué à ma formation.

Aux psychiatres, urgentistes, infirmières de liaison et secrétaires de l'hôpital de Cholet, qui m'ont accueillie parmi eux depuis plusieurs mois déjà.

Aux patients rencontrés, qui m'ont aussi tant appris.

REMERCIEMENTS

A mes amis,

A mes co-internes, pour tous ces instants partagés à l'hôpital et surtout en dehors : Céline, Julie, Fleur, Apolline, Audrey et tous les autres. Merci à ceux qui sont devenus de vrais amis.

Je tiens ici tout particulièrement à remercier Rudy pour sa disponibilité sans égale, ses lectures - et relectures - pragmatiques, ainsi que pour son amitié.

Merci également à Dewi pour sa présence et ses conseils avisés, mais aussi les bons moments partagés et à venir. A Benjamine, pour ses précieux encouragements durant ces derniers mois, son esprit libre et nos échanges plus ou moins engagés. Who run the world ?

A toutes les « Filles de Brest », Marie, Anaïs, Marguerite, Stéphanie, Mathilde, Célie, Justine, Armelle, Emilie, Maryline, qui ont partagé certaines de ces longues années d'étude, et surtout les moments de complicité - et de fête - qui les ont permises. Leur amitié m'est très chère.

A mes amis angevins et plus spécialement aux « angevines », toutes si précieuses.

A ma famille,

A mes parents, pour la force et l'affection avec laquelle ils soutiennent chacune de leurs filles, leur confiance dans nos choix. Merci tout particulièrement à ma mère pour son aide dans la réalisation de ce travail, jusqu'à son exploration minutieuse et chronophage du site SurveyMonkey.

A mes sœurs, Alice et Léa, dont je suis si fier.

A mon grand-père, et à l'ensemble de la famille.

A mes grands-mères, à qui je dois tant.

A Julien, pour chacun des jours passés à ses côtés.

« Elle devient un objet ; et elle se saisit comme objet ; c'est avec surprise qu'elle découvre ce nouvel aspect de son être : il lui semble qu'elle se dédouble ; au lieu de coïncider exactement avec soi, voilà qu'elle se met à exister dehors »
(Simone De Beauvoir, *Le deuxième sexe*, 1949)

Liste des abréviations

AAVAS	Association d'Aide aux Victimes d'Abus Sexuels (Maine-et-Loire)
ADAVEM 49	Association d'Aide aux Victimes Et de Médiation du Maine-et-Loire
AMTV	Association Mémoire Traumatique et Victimologie
BAV	Bureau d'aide aux victimes
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CFCV	Collectif Féministe Contre le Viol
CH / CHU	Centre hospitalier/ Centre hospitalier universitaire
CIDFF	Centre d'information sur les droits des femmes et des familles
CIM 10	Classification Internationale des Maladies, 10ème Edition
CIVI	Commission des victimes d'infractions pénales
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNIDFF	Centre national d'information des droits des femmes et des familles
CPEF	Centre de planification et d'éducation au planning familial
CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
CSF	Enquête Contexte de la sexualité en France
CVS	Enquête Cadre de vie et sécurité
DESNOS	Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5ème Edition
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ENVEFF	Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France
ET	Evènement traumatique
FFP	Fédération Française de Psychiatrie
HAS	Haute autorité de santé
HCE	Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes
IES-R	Impact of Events Scale - revised
INAVEM	Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation
INED	Institut national d'études démographiques
ISTSS	International Society for Traumatic Stress Studies
MIPROF	Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDRP	Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales
SPIFEV	Service pour les professionnels d'information femmes et violences
TCC	Thérapies cognitivo-comportementales
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
UMJ	Unité médico-judiciaire
VS	Violence sexuelle

Plan

INTRODUCTION

CONTEXTE

1) VIOLENCES SEXUELLES ET TRAUMATISME PSYCHIQUE, ETAT DES LIEUX

1. Comment définir les violences sexuelles ?
2. Epidémiologie des violences sexuelles : Quelles réalités ?
3. Aspects cliniques et psychopathologiques

2) SPECIFITES DU PARCOURS DE LA VICTIME DE VIOLENCE SEXUELLE

1. Des victimes sous silence et souvent isolées
2. Une procédure éprouvante et une faible réponse judiciaire
3. Une société tolérante, imprégnée de fausses représentations
4. Une période de prise de conscience
5. Moyens mis en œuvre à l'échelle nationale

3) PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE

1. L'évaluation initiale
2. Les recommandations dans la prise en charge du trouble de stress post-traumatique
3. Quelques approches thérapeutiques

JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE CE TRAVAIL : LE REPERAGE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES, QUELLE PLACE POUR LE PSYCHIATRE TRAITANT ?

METHODES

RÉSULTATS

1. Données caractéristiques descriptives de la population
2. Expériences de prise en charge des victimes de violence sexuelle
3. Les pratiques des psychiatres et la perception de leurs connaissances
4. Le point de vue des psychiatres sur la place du parcours judiciaire et le cadre thérapeutique
5. Analyse des difficultés rencontrées dans ces prises en charge
6. Analyse de quelques connaissances de la législation
7. Le(la) dernier(e) patient(e) victime pris(e) en charge
 - 7.1. L'âge des victimes lors de la prise en charge
 - 7.2. Les caractéristiques des violences sexuelles subies
 - 7.3. Le motif initial du suivi
 - 7.4. L'orientation vers les professionnels et les contacts avec les tiers
8. Analyse comparative des pratiques, des connaissances et du point de vue des psychiatres
9. Analyse comparative des pratiques selon le type de violence et l'âge de la victime
 - 9.1. Selon le caractère intra ou extra familial des violences sexuelles
 - 9.2. Selon l'ancienneté des violences sexuelles
 - 9.3. Selon le caractère répétitif ou isolé de(s) la violence(s) sexuelle(s)
 - 9.4. Selon l'âge de la victime

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'enquête
2. A propos des résultats de l'enquête
 - 2.1. Les expériences de prise en charge de victimes
 - 2.2. Le dépistage systématique des violences anciennes
 - 2.3. L'information et l'orientation vers la justice :

- 2.3.1. Les effets potentiels du parcours judiciaire
- 2.3.2. La question de l'orientation vers la justice
- 2.3.3. L'information sur la procédure judiciaire
- 2.4. Le signalement à l'autorité judiciaire
- 2.5. Le cadre thérapeutique
 - 2.5.1. Les risques d'événements traumatiques secondaires survictimisants lors des soins
 - 2.5.2. L'aménagement du cadre de soin
- 2.6. L'orientation dans le réseau d'accompagnement social et judiciaire
- 2.7. Les relations avec les tiers
 - 2.7.1. Transmission d'informations
 - 2.7.2. La relation avec les proches
- 2.8. Perception des connaissances et formation

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Sous ce titre, « les violences sexuelles », peut se décliner un champ très vaste, qui intéresse de nombreux domaines. Le sujet, bien qu'ancien, reste toujours d'actualité. Preuve en est, il interroge encore les professionnels accueillant des victimes, et tout récemment les médias internationaux puis les politiques, depuis le mouvement déclenché par l'enquête du New York Times, publiée en octobre 2017 sur l'« affaire Weinstein », du nom du puissant producteur d'Hollywood accusé de harcèlement sexuel puis de viol par plusieurs actrices (1). Le hashtag #MeToo, qui incite les victimes à dénoncer ces agressions et comportements a rencontré un écho puissant et planétaire sur les réseaux sociaux. Il pointe un certain mur du silence et une tolérance sociale auxquels se heurtent de nombreuses victimes. Mais si les violences sexuelles sont encore un débat de santé publique, c'est bien parce qu'elles se distinguent par leur ampleur, leurs conséquences psychopathologiques et psychotraumatiques souvent sévères. En France, une femme sur sept et un homme sur vingt-cinq déclarent avoir été victime d'au moins une forme de violence sexuelle au cours de la vie. Le poids des représentations sociales dominantes qui s'exercent sur les victimes peut pourtant conduire à leur isolement. Une grande majorité des agressions concerne des victimes mineures et a lieu au sein du cercle familial (2). De nombreuses victimes de viol gardent le silence, ne font aucune démarche. Peu déposent plainte (3). Ces violences peuvent être à l'origine de troubles dépressifs et post-traumatiques, et, en cas d'agressions répétées, affecter profondément la personnalité des sujets victimes, sous la forme de troubles traumatiques complexes (4). Se manifestent alors des troubles dissociatifs, une répétition littérale des éléments traumatiques dans les relations actuelles et des conduites de mise en danger. Ces troubles spécifiques entraînent parfois incompréhension et rejet de la part des proches et des professionnels, freinant le diagnostic et les prises en charge médico-sociale et judiciaire (5). Ainsi, médecins, équipes pluridisciplinaires médico-psycho-sociales, en collaboration avec la justice et la police, mais aussi les associations d'aide aux victimes, travaillent pour dépister, évaluer, dénoncer, orienter et apporter aide et soins aux victimes de violences sexuelles. La mission est vaste et les pratiques multiples.

Les professionnels de santé doivent être outillés et formés pour répondre à cet enjeu. Plusieurs études ont déjà démontré le rôle primordial des médecins dans le repérage systématique et la prise en charge globale des victimes de violences sexuelles, et l'importance de leur orientation vers un réseau associatif

(6)(7), or, certaines montrent que de nombre d'entre eux se sentent insuffisamment formés pour les prendre en charge (6)(8).

La situation est aussi singulière pour les psychiatres qui prennent en charge ces victimes. Ainsi, à son rôle habituel de soins, le psychiatre traitant devra ajouter une capacité particulière d'accompagnement, et un positionnement clair, qui aura ici les impératifs supplémentaires du droit et de la confidentialité. Nous pourrions nous poser la question des limites de sa mission, mais aussi des compétences spécifiques qui doivent être les siennes en ce domaine. En ce sens, la connaissance des modalités du parcours judiciaire et de ses effets potentiels sur la victime lui seront précieuses pour se positionner, l'orienter et l'informer. Il s'agira aussi de préparer et aider le patient dans cette démarche, en gardant en tête les représentations propres au soignant, et ce qu'elles induisent dans la relation. L'objectif est de se décentrer de situations souvent chargées d'émotion, voire d'effroi et de sidération psychique, pour garder la capacité de penser et de soigner, et évitant la victimisation secondaire.

L'objet de ce travail concerne plus précisément les psychiatres traitants et porte une réflexion sur leur place dans le repérage et l'accompagnement des victimes de violences sexuelles ; alors que ces violences sont fréquentes et que leurs conséquences sont bien connues, existe-t-il des obstacles au dépistage systématique, à l'orientation vers la justice, et à l'accompagnement vers les réseaux associatifs ?

Nous tâcherons dans un premier temps de dresser un état des lieux des connaissances actuelles sur les violences sexuelles et leurs conséquences psychopathologiques grâce à une revue de la littérature. Nous en préciserons le cadre juridique et quelques données épidémiologiques. Nous envisagerons ensuite, à travers les difficultés de la révélation et le poids des représentations sociales, les spécificités du parcours de ces victimes, qui restent souvent isolées et obtiennent, lorsqu'elles se manifestent, une plus faible réponse judiciaire. La prise en charge thérapeutique sera enfin présentée.

La deuxième partie de ce travail abordera l'accompagnement des victimes par les psychiatres traitants. L'élaboration d'une étude rétrospective quantitative nous permettra de comprendre plus clairement quelles sont les connaissances des psychiatres du Maine-et-Loire à ce sujet, la mise en pratique de celles-ci, les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans ce champ de travail et comment y remédier. Nous en confronterons les résultats à une revue bibliographique des réflexions et recommandations sur le repérage, le cadre thérapeutique, l'orientation vers la justice et les interactions avec les tiers.

CONTEXTE

1) VIOLENCES SEXUELLES ET TRAUMATISME PSYCHIQUE, ETAT DES LIEUX

1. Comment définir les violences sexuelles ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2013, définit le terme de violence sexuelle comme « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » (9). Il s'agit d'actes imposés à la victime, comme des attouchements ou des rapports sexuels non consentis et tentatives, en utilisant la violence, la menace, la contrainte ou la surprise. La notion de victime n'est pas superposable au psychotraumatisme. Une victime est un sujet (ou une personne morale) qui a subi un préjudice reconnu par une loi, un texte ou un règlement.

1.1. La majorité sexuelle en France

Il semble nécessaire avant de classifier les violences sexuelles, de définir la notion de « majorité sexuelle ». Aucune loi ne dispose qu'il existe une majorité sexuelle en France, mais ce concept est une interprétation de quelques articles du Code pénal, détaillés ci-après, qui interdisent certaines relations sexuelles entre mineurs et majeurs. La France fixe cette « majorité sexuelle » à 15 ans depuis 1945. Ce seuil de 15 ans est une spécificité en matière de sexualité qui ne se retrouve pas dans les autres pans du droit. En dessous de cet âge, même si le mineur semble consentir à une relation avec un majeur, il y a atteinte sexuelle.

1.2. Cadre juridique des violences sexuelles

La notion de violence sexuelle regroupe plusieurs entités qui peuvent être diversement classées. Utiliser le cadre juridique français peut nous permettre de les distinguer. Les articles de loi sont consultables sur le site officiel du gouvernement français pour la diffusion des textes législatifs et réglementaires : Légifrance (10). Loin d'ignorer les limites de ces définitions, elles ont le mérite d'éviter toutes appréciations subjectives et sont nécessaires au principe de légalité, notamment en droit pénal.

1.2.1. Les agressions sexuelles

L'article 222-22 du Code pénal (10) définit comme agression sexuelle, « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». Le Code pénal distingue le viol, les autres agressions sexuelles et le harcèlement sexuel.

a) Le viol

Depuis 1810, le viol est considéré comme un crime en France, jugé par la cour d'assises. Il est la plus grave des agressions sexuelles dans le domaine juridique et définit dans les articles 222-23 à 222-26 du Code pénal comme « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ». C'est l'absence de consentement libre et éclairé qui caractérise le viol. L'auteur encourt alors une peine de 15 ans de réclusion criminelle et jusqu'à 20 ans en cas de circonstance aggravante. Il est considéré comme circonstance aggravante, s'il est commis sur mineur de moins de 15 ans ou sur une personne vulnérable, si l'auteur est « un ascendant légitime naturel ou adoptif ou par toute personne ayant autorité sur la victime » ou qui "abuse de l'autorité que lui confère ses fonctions ».

b) Les agressions sexuelles autres que le viol

Les agressions sexuelles autres que le viol sont des délits définis dans les articles 222-27 à 222-31 du Code pénal. Elles regroupent « tous les faits d'attouchements sexuels commis avec violence, contrainte, menace ou surprise sans acte de pénétration sexuelle ». La contrainte peut être physique ou morale. L'auteur encourt alors 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende, doublés en cas de circonstances aggravantes.

c) Le harcèlement sexuel

Le harcèlement sexuel est un délit constitué par « le fait de harceler autrui en donnant des ordres, proférant des menaces, imposant des contraintes ou exerçant des pressions graves dans le but d'obtenir des faveurs sexuelles » (Article 222 - 33 du Code pénal) (10).

1.2.2. Les atteintes sexuelles sans violence sur mineur

Toute forme de relation sexuelle, y compris sans violence, contrainte, menace ou surprise, entre un majeur et un mineur de moins de 15 ans est un délit.

Les atteintes sexuelles sans violence sur mineur sont définies dans l'article 227-25 du Code pénal comme étant tous « attouchements sexuels commis par un majeur sur un mineur de 15 ans, sans violence contrainte menace ni surprise ». L'auteur encourt 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende. Dans le cas d'une relation non consentie, dans la mesure où ledit adulte a fait preuve d'une attitude violente, contraignante, menaçante, ou ayant surpris la victime, il ne s'agit plus d'une atteinte sexuelle mais d'une agression sexuelle ou d'un viol. Parmi les circonstances aggravantes pouvant être retenues (article 227-26 du Code Pénal) : Les faits imposés à un mineur de 15 ans ou à une personne vulnérable, les faits imposés par un ascendant légitime, ou par une personne ayant abusé de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

Le mineur de plus de 15 ans étant considéré en âge de consentir, la loi ne retient pas d'infraction, mais les relations sexuelles entre un majeur et un mineur de 15 à 18 ans restent un délit si le majeur est un ascendant, ou une personne qui a autorité sur le mineur (Article 227-27).

1.2.3. L'inceste

Si le viol est puni de 20 ans d'emprisonnement quand il est commis, entre autres, « par un ascendant ou toute personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait » les autres agressions sexuelles incestueuses (par la fratrie par exemple) ne faisaient pas l'objet d'une augmentation de la peine.

Les parlementaires ont récemment modifié le Code Pénal pour y réintroduire la notion d'inceste (Loi du 14 mars 2016). Ils ont formulé deux articles rédigés ainsi : *"Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis sur la personne d'un mineur par : 1° Un ascendant ; 2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce ; 3° Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées (1° et 2°) (..), s'il a sur le mineur une autorité de droit ou de fait."* (Art. 222-31-1 du Code Pénal). Le nouveau texte introduit la notion d'inceste dans le Code pénal en nommant comme "incestueuses" des incriminations déjà existantes(10).

1.3. Délai de prescription

Le retard apporté au dépôt de la plainte est un phénomène classique en matière de violence sexuelle. A la différence d'autres blessures, celles qui résultent de cette forme de violence ont souvent des répercussions tout au long de la vie des victimes. C'est donc à l'âge adulte que ces dernières prennent conscience de leurs difficultés (11). Les règles de prescription posent des délais au-delà desquels il n'est plus possible d'exercer des poursuites pénales contre l'auteur des faits. Le législateur a voté plusieurs lois successives, dérogeant au régime général de la prescription, qui permettent de faire renaître cette prescription après la majorité des victimes.

Depuis la récente loi n° 2017-242 du 27 février 2017 (10), les délais de prescription des crimes et délits ont doublé. Ceux concernant les crimes et délits aggravés sur des mineurs n'ont pas été modifiés. Ainsi, en cas de viol (Art. 7 du code de procédure pénale) : Si la victime est majeure au moment des faits, le délai est de 20 ans à compter du jour de l'infraction ; il est de 20 ans à compter de la majorité si la victime est mineure au moment des faits. Dans le cas d'agression sexuelle (Art. 8 du code de procédure pénale) : Si la victime est majeure, le délai est de 6 ans à compter du jour de l'infraction ; Il est de 10 ans à compter de la majorité si la victime est mineure au moment des faits. Lorsqu'il y a circonstance aggravante, le délai est de 20 ans.

2. Epidémiologie des violences sexuelles : Quelles réalités ?

2.1. Quelques données chiffrées : un phénomène d'ampleur sous-estimée

Les violences sexuelles sont encore en partie ignorées par la société dans son ensemble et sous-estimées par les professionnels de santé, alors même que leur retentissement sur la santé est considérable (12). Ces violences sont fréquentes et n'épargnent aucun milieu. Au total en France, une femme sur sept déclare avoir été victime d'au moins une forme de violence sexuelle au cours de la vie (2). Principalement commises par des hommes (95% des cas) et par des proches (80% des cas pour les adultes), elles s'exercent partout, mais dans plus de la moitié des cas, dans la famille et dans le couple (3)

Dans le monde, selon les estimations publiées en 2013 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une femme sur cinq serait victime de viol ou de tentative de viol dans sa vie (9). Ces violences concernent en premier plan les enfants : « 120 millions de filles (une sur dix) ont subi des viols

(UNICEF, 2014), et l'OMS souligne que près de 20 % des femmes et 5 à 10 % des hommes rapportent avoir subi des violences sexuelles pendant leur enfance »(13).

2.2. Enquêtes épidémiologiques en France

La prise de conscience de la prévalence des violences sexuelles en France est très récente. Elle remonte aux années 2000. Les données épidémiologiques concernant les violences sexuelles, notamment lorsque les victimes sont mineures, sont issues de diverses études de méthodologies variables. Elles se différencient dans la sélection des cohortes étudiées, dans la nature des questions posées, et surtout de par les définitions et législations non consensuelles au niveau international. En France elle proviennent des données administratives fournies par les ministères de l'Intérieur et de la Justice, et des grandes enquêtes de victimation en sondage de population générale : l'enquête ENVEFF (14), les enquêtes CVS « Cadre de vie et sécurité » de l'Observatoire National des réponses pénales qui regroupent des données de 2010 à 2015 (3), l'enquête CSF « Contexte de la sexualité en France » (15) et enfin les premiers résultats de l'enquête VIRAGE réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 27 268 personnes par l'Institut national d'études démographiques (2). Ces enquêtes portant sur les violences subies ou sur le comportement sexuel des français ont été menées auprès d'échantillons aléatoires de la population adulte par entretien téléphonique. Elles négligent cependant la question des violences sexuelles commises sur les enfants, qui demeurent sous-documentées, et de ce fait invisibles. Ces estimations de la prévalence des violences sexuelles sont probablement largement sous-estimées, notamment lorsque l'auteur des violences fait partie du cercle familial proche.

2.2.1. Les violences au cours de l'année

Les femmes sont plus souvent victimes de ce type de violences que les hommes. Chaque année en France, selon les résultats de l'enquête CVS 2010-2015, « 84 000 personnes âgées de 18 à 75 ans déclarent avoir été victimes de viols ou de tentatives de viol, dont plus de 95% de femmes. Parmi ces femmes victimes, plus de huit sur dix ont subi un viol » (3). Au total, 580 000 femmes âgées de 20 à 69 ans, soit 2,90%, ont été victimes d'au moins une agression sexuelle sur un an (2).

En 2015, selon les données recueillies par les services de police et de gendarmerie, 35 000 victimes de violences sexuelles, dont 13 730 victimes de viols, ont été enregistrées par les forces de sécurité en France (dans le cadre de dépôt de plainte ou d'enquête après signalement). Une victime enregistrée

sur deux est âgée de moins de 15 ans. 92% des victimes âgées de plus de 15 ans sont des femmes, 44% ont été victimes d'un viol dont, dans un cas sur quatre, l'auteur présumé est le conjoint ou l'ex-conjoint de la victime (Base des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie) (12).

2.2.2. Les violences au cours de la vie

Au total, d'après l'enquête Virage en 2016, au cours de leur vie, « 14,5% des femmes et 3,9% des hommes déclarent avoir été victimes d'au moins une forme de violence sexuelle. 3,7 % des femmes et 0,6 % des hommes déclarent avoir subi des viols ou des tentatives de viols au cours de leur vie »(2).

2.3. Caractéristiques des violences et des victimes

Les données épidémiologiques nous permettent également de caractériser globalement les victimes, les agresseurs et les types de violence.

2.3.1. Âge aux violences

Toutes les enquêtes soulignent le poids des violences sexuelles subies aux plus jeunes âges. Au niveau international, une méta-analyse de 65 études en 2009 montre que les violences sexuelles touchent particulièrement les enfants : 19,7 % des femmes et 7,9 % des hommes déclarent avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans. (16)

En France, d'après l'enquête Virage, les viols et tentatives de viols sur des hommes sont très majoritairement commises durant leur minorité : 76 % avant leurs 18 ans dont 60% avant leurs 15 ans. Parmi les femmes victimes de viols et de tentatives de viol au cours de leur vie, 56% l'ont été avant leurs 18 ans, dont 40% avant leurs 15 ans. (2). Les femmes sont les principales victimes de viols et tentatives à l'âge adulte (95%), notamment dans le cadre des relations de couple ou avec un ex-conjoint, et au travail.

2.3.2. Des agresseurs connus et principalement masculins

Les agressions sexuelles déclarées par les femmes au cours de la vie sont presque exclusivement le fait d'un ou plusieurs hommes (plus de 95%), quel que soit l'espace de vie considéré (2). Pour les femmes comme pour les hommes, le cercle familial et proche est la première sphère de vie où ont lieu

les viols et les tentatives de viol principalement pendant leur enfance ou leur adolescence (devant le couple, les espaces publics, les études et le travail).

Dans 90% des cas, la victime de viol ou de tentative de viol connaît son agresseur, qui fait partie du ménage pour plus de la moitié des femmes victimes. « Dans 37% des cas, l'auteur est le conjoint vivant avec la victime au moment des faits. Les agresseurs inconnus représentent seulement 10 % de l'ensemble des agresseurs » (3). Dans l'enquête CSF de 2006, les femmes qui ont connu un épisode de violence sexuelle avant 18 ans incriminaient principalement leur père, beau-père ou une personne de la famille, puis des personnes connues d'elles (31%).

À l'âge adulte, les femmes rapportent plus fréquemment que les hommes des viols ou des tentatives dans les espaces publics et dans le couple ou par un ex-conjoint, et des agressions sexuelles au travail ou dans les études (2). Quant aux agressions dans les espaces publics, elles sont commises sur des personnes de moins de 25 ans (plus de deux cas sur trois).

2.3.3. Des violences souvent répétées

Quel que soit l'espace considéré, les violences sexuelles ont été répétées pour plus de la moitié des femmes qui les ont déclarées. C'est principalement le cas pour les violences au sein du couple ou par un ex-conjoint (84%), ou dans la famille (65 %). Ces violences peuvent également se cumuler dans divers espaces et au cours de la vie, principalement pour les femmes. En effet, 42 % des femmes qui ont déclaré des violences par un membre de la famille ou de l'entourage proche en ont subi aussi dans les espaces publics ou au sein de leur couple (2).

2.3.4. Les modes de contrainte

Un viol sur deux est commis sans violence physique. Peur, sidération, menaces suffisent à immobiliser la victime. Les modes de contrainte sont variables selon le contexte dans lequel ces violences s'exercent et l'âge auquel elles se produisent. Ceux mentionnés le plus fréquemment lors des viols et tentatives de viol relèvent de l'abus de confiance (50%) et de l'âge des victimes (70%) (2). L'abus de confiance est d'autant plus fréquent que la victime est jeune et que les faits se sont déroulés dans l'espace familial ou des relations avec les proches. Il est également utilisé par les conjoints ou ex-conjoints (30%), avec le chantage affectif (55%) ; ainsi que le recours à la force physique lorsque les victimes sont des femmes (65%). Les modes de contrainte pour les viols et tentatives de viol subis dans les espaces

publics font souvent intervenir la confiance également (57%), lorsque l'agresseur est connu et fait partie de l'entourage, mais également la force physique (53%). Les viols et tentatives de viol dans le cadre scolaire ou professionnel s'accompagnent souvent de prises d'alcool ou de drogues. (2)

2.3.5. Des violences sexuelles dans tous les milieux sociaux

Dans tous les milieux sociaux, les femmes et les hommes déclarent avoir subi des agressions sexuelles au cours de leur vie (L'Annexe I détaille les déclarations de violences sexuelles par catégorie professionnelle et sociale de la victime). Les indépendantes, les femmes cadres, et celles exerçant une profession intellectuelle supérieure déclarent plus que la moyenne avoir subi d'autres agressions sexuelles que le viol ou la tentative de viol, ce que l'on peut expliquer par leur présence dans des milieux professionnels traditionnellement très masculins et/ou par une sensibilité plus grande aux problèmes d'égalité de genre (2).

2.4. Situations à risque de maltraitance sexuelle intrafamiliale

Les données de la littérature ne permettent pas de repérer des facteurs de risque spécifiques de la violence sexuelle intrafamiliale. Elle peut exister quel que soit le contexte social et familial, du plus précaire au plus favorisé.

Cependant, bien qu'aucune ne soit spécifique, certaines circonstances ont été rapportées par la Recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) 2011 sur le Repérage et signalement de l'inceste par les médecins, comme « pouvant être en lien avec des situations de maltraitance sexuelle intrafamiliale telles que :

Un mode de fonctionnement familial replié sur lui-même (peu ou pas de relations sociales avec l'extérieur, refus d'intervention extérieure, etc.) ;

L'absence de repère familial : problème de filiation, confusion des générations à l'intérieur de la famille (par ex. : adulte avec autorité ayant un faible écart d'âge avec le mineur, un des parents en situation de grande soumission vis-à-vis de l'autre) ;

Un climat familial équivoque (insuffisance de limites et d'interdits, érotisation des relations parents/enfants, non-respect de l'intimité, etc.) ;

La coexistence ou des antécédents de violence intrafamiliale : par ex. violence conjugale, maltraitance physique, carence, négligence ;

Une situation favorisant un passage à l'acte de l'agresseur : des conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie), une pathologie mentale ». (17)

3. Aspects cliniques et psychopathologiques

Parmi les événements traumatiques, les agressions sexuelles sont le plus fréquemment à l'origine de traumatisme psychologique. (18)

Le viol fait irruption dans la vie d'un individu, et engendre un stress intense. « Une agression sexuelle est un acte de pouvoir et de domination visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs, par l'utilisation ou la menace de la force ou de la contrainte, implicite ou explicite. Il s'agit d'une expérience profondément déshumanisante où le risque de mort est pratiquement toujours éprouvé par la victime » (19)(20).

Le retentissement des violences sexuelles sur la victime est tel qu'il va modifier de façon brutale et plus ou moins durable sa vie, sa pensée, l'image qu'elle a d'elle-même, son caractère, son humeur, sa vie sociale, ses relations, sa sexualité, son fonctionnement au quotidien.

Les violences sexuelles renvoient le sujet à un court-circuit des processus de mentalisation. Elles confrontent les victimes à l'innommable, l'impensable, l'irreprésentable. Celles-ci sont niées dans leur identité, leur position de sujet, leur parole (21). L. Daligand décrit à ce propos le traumatisme consécutif aux agressions sexuelles comme « une action de dissociation entre les sensations et ce qui parle » (22). Pour L. Crocq, l'expérience traumatique vécue entraîne un « bouleversement profond de l'être dans ses rapports avec le monde et avec lui-même ». Il ajoute que la victime traumatisée est « aliénée dans sa personnalité, figée dans sa temporalité (fixée parfois à l'événement traumatique, envahie par le sentiment d'avenir bouché, obnubilée par un présent réduit à une image du trauma) et dépouillée de son accès au sens ». (23)

3.1. Les conséquences psychologiques initiales

Les manifestations cliniques immédiates sont diverses et habituellement fluctuantes au cours des premières heures, au cours desquelles peuvent se succéder ou coexister des symptômes dépressifs ou anxieux aigus, un vécu de désespoir et d'abandon, une agitation et une hyperactivité souvent sans but, alternant avec un repli sur soi, « une hébétude caractérisée par un rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une difficulté croissante à intégrer des stimuli, pouvant aboutir à un véritable état de stupeur aréactive » (24).

3.1.1. La dissociation péritraumatique

La dissociation peut être définie comme la « rupture de l'unité psychique, la désunion des fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception spatio-temporelle, suite à un psychotraumatisme » (24). Il s'agit d'un état de conscience modifiée « probablement destiné à soustraire la victime à l'horreur de la situation vécue, en le mettant dans un état second, auto hypnoïde » (25).

Se caractérisent cliniquement une sensation de détachement du monde et de soi, un rétrécissement du champ de conscience (confusion, désorientation, amnésie dissociative d'un aspect important de l'événement) et une distorsion des perceptions réelles avec déréalisation (état oniroïde avec sentiment d'irréalité, sentiment d'être un spectateur détaché de l'action, etc.) et dépersonnalisation (26).

Plusieurs études ont démontré que la survenue d'une dissociation pendant le traumatisme et sa persistance après le traumatisme est positivement corrélée à l'apparition de troubles psychotraumatiques durables (27) (28). Plus que la dissociation, c'est l'hyperactivation neurovégétative qui semble être le pivot central du développement d'un trouble ultérieur.

3.1.2. La détresse péritraumatique

La détresse péritraumatique est la « résultante des réactions émotionnelles négatives à la confrontation à un événement particulièrement menaçant ». Le sujet présente un état anxieux et éprouve immédiatement de façon intense des émotions comme l'impuissance, la tristesse, la colère, la frustration, la culpabilité, l'horreur, ou la perte du contrôle émotionnel, accompagnées d'un sentiment immédiat de menace vitale et de manifestations neurovégétatives (peur pour sa propre sécurité, sentiment de malaise ou de mort imminente, tremblements, sudation, palpitations, impression de s'évanouir). Cette « détresse péritraumatique » est, comme la dissociation péritraumatique, positivement corrélée à l'apparition de troubles psychotraumatiques ultérieurs.

3.1.3. La sidération et l'immobilité tonique

Des études suggèrent que, comme les animaux, les humains exposés à une peur extrême peuvent réagir par une absence totale de réaction, une inhibition motrice temporaire « l'immobilité tonique », réaction de défense face à un prédateur lorsqu'aucune résistance ni aucune échappatoire ne sont possibles. La récente étude prospective de Möller (2017), a observé qu'une majorité de victimes d'agression sexuelle

peut subir cet état de sidération psychique et physique. Sur 298 femmes accueillies au centre d'urgence pour les victimes de viols de Stockholm, 70 % ont manifesté une immobilité tonique pendant l'agression, en particulier en cas de violences physiques concomitantes ou viol. Par rapport aux réactions de défense, l'immobilité tonique était associée à six mois au développement d'un état de stress post traumatique (51 % vs 28 %, OR = 2,75 ; p=0,001) ou d'une dépression sévère (34 % vs 14 %, OR = 3,42 ; p = 0,003). (29)

3.1.4. Le trouble de stress aigu

A la phase immédiate, va succéder une période post-immédiate de plusieurs jours à plusieurs semaines, au cours de laquelle peut s'installer une symptomatologie psychotraumatique plus ou moins intense, mais qui peut n'être que transitoire. Au cours de cette période correspondant au trouble de stress aigu du DSM 5, on observe l'association de symptômes « de reviviscence, de symptômes dissociatifs, de comportements d'évitements et de symptômes anxieux persistants ». Si cette symptomatologie est présente et a un retentissement fonctionnel pendant plus d'un mois, on considère que le patient souffre d'un TSPT.(30) (31)

3.2. Les mécanismes neurobiologiques de la dissociation et des troubles post-traumatiques

La dissociation péritraumatique est une réaction neurobiologique connue, qui coupe les afférences du cerveau émotionnel vers le cortex cérébral. Les mécanismes du psychotraumatisme concernent le système limbique, impliqué dans la mémoire, et en particulier l'amygdale à l'origine des réponses émotionnelles en situation de danger notamment.

Une agression sexuelle, violence incohérente et impensable crée un sentiment d'impuissance et d'incompréhension, qui va sidérer le psychisme. Le cortex cérébral ne pourra alors plus jouer son rôle de modulation ou d'extinction de la réponse émotionnelle de l'amygdale (32).

L'hyperactivation cataclysmique de l'amygdale est responsable d'un état de stress dépassé qui représente un « risque majeur pour l'organisme, à la fois cardiovasculaire (surproduction d'adrénaline par les glandes surrénales, entraînant un risque d'ischémie myocardique) et neurologique (surproduction de cortisol à l'origine d'atteintes neuronales et dendritiques localisées dans certaines

structures comme l'hippocampe, et responsables d'atrophies ou de crise comitiale, de perte de connaissance et d'amnésie lacunaire) » (33).

Cette hyperactivation impose la mise en place de mécanismes de sauvegarde neurobiologique inhabituels qui isolent l'amygdale et permettent d'éteindre la réponse émotionnelle, protégeant ainsi ces organes. La disjonction du circuit émotionnel se fait entre autres à l'aide de la libération par le cerveau d'endorphines (comme les morphines endogènes sécrétées au niveau de l'hypophyse) et de substances kétamine-like (antagonistes des récepteurs au N-Méthyl-D-Aspartate du système glutamatergique). Celles-ci coupent les voies efférentes de l'amygdale et déconnecteraient le système limbique du cortex cingulaire. (34)

Cette disjonction entraîne une dissociation, une « anesthésie émotionnelle et physique alors que les violences continuent, et elle donne une sensation d'irréalité, de déconnexion, d'indifférence, d'insensibilité ». Cette dissociation est visible notamment en imagerie fonctionnelle qui objective clairement la déconnection entre le système limbique et le cortex.

La disjonction est aussi à l'origine de troubles de la mémoire sous la forme d'une mémoire traumatique, et pourrait produire des lésions neurotoxiques cérébrales. Ce court-circuit empêche de contextualiser l'événement. Le souvenir traumatique sera traité dans l'amygdale, sans le traitement par l'hippocampe (structure permettant le traitement et l'encodage de la mémoire consciente et des apprentissages, et la contextualisation temporo-spatiale des souvenirs autobiographiques).

Ce souvenir traumatique restera vivace, piégé dans le cerveau émotionnel, en l'état, immuable, chargé de l'émotion initiale (effroi, détresse, douleur). Il sera ensuite rappelé par tout stimulus évoquant le traumatisme. Il « recrée alors une forte réponse émotionnelle qui sera incompréhensible pour le cortex et l'hippocampe puisque ces derniers vont recevoir des messages paradoxaux : un message émanant du thalamus via le cortex sensoriel et sensitif informant de situations banales et un message émanant de l'amygdale envoyant au cortex des informations émotionnelles liées au souvenir traumatique ». (24)

3.3. Les conséquences psychotraumatiques d'une agression sexuelle unique

Les victimes de viols, agressions sexuelles, présentent dans un peu moins de 40 % des cas un trouble de stress post-traumatique (TSPT) dont les signes cliniques sont bien connus (35). Les événements traumatiques sexuels, classés dans les événements de type II selon la classification de Terr (infligés

volontairement par un être humain et/ou répétitifs) ont des conséquences plus fréquentes et plus graves que les autres types d'événements traumatiques, classés événements de type I comme les accidents ou les catastrophes naturelles (imprévisibles et de durée limitée). (18)

Cependant, le TSPT ne résume pas à lui seul la clinique des événements traumatiques uniques qu'il partage avec les états dépressifs et divers troubles comorbides.

3.3.1. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)

La symptomatologie du TSPT est caractérisée par un syndrome intrusif, un syndrome d'évitement, et une altération des cognitions et de l'humeur, et une hyperactivation neurovégétative. Ce trouble est reconnu par la communauté scientifique internationale : OMS (CIM 10) et Association Américaine de Psychiatrie (DSM 5). Le tableau en annexe II résume les critères diagnostiques du DSM-5.

L'agression sexuelle atteint profondément les croyances fondamentales antérieures des sujets : « les concernant (contrôle, confiance, estime de soi, intimité), concernant les autres et le monde devenus dangereux. Les conduites d'évitement caractéristiques du TSPT affectent fréquemment leur sexualité de façon plus ou moins durable ». (30)

Ces symptômes varient selon les sujets, les faits et les liens éventuels avec l'agresseur. L'état antérieur de la victime, ainsi que l'existence d'un réseau affectif de qualité sont déterminants pour le devenir de la victime. Une personne victime d'un fait unique, sans antécédents particuliers, bénéficiant d'un entourage suffisamment étayant, aura un bon pronostic pour surmonter le traumatisme de l'agression (36) (37).

À l'inverse, une personne ayant déjà souffert de précédents traumatismes, de faits répétés d'agression particulièrement brutale et présentant des difficultés sociales, ainsi qu'un isolement affectif, aura un risque accru d'état de stress post-traumatique avec un pronostic à long terme plus réservé (38) (Vasseur, 2015).

3.3.2. Le sentiment de honte et de culpabilité

Les sentiments de honte et de culpabilité sont fortement éprouvés par les personnes agressées sexuellement, surtout durant leur enfance (39). La honte et la culpabilité seraient des prédicteurs, voire des médiateurs, dans l'émergence de troubles psychopathologiques à l'âge adulte. Des recherches ont également souligné le lien existant entre honte, culpabilité et dissociation (40).

« La culpabilité a à voir avec la parole bafouée, et la honte avec la comparaison dévalorisante avec tout autre resté à sa place d'être humain » (41).

La honte isole la victime qui se sent différente des autres, de tous ceux qui n'ont pas vécu cette expérience avilissante de l'agression sexuelle. Cette effraction de l'estime de soi lui donne l'impression de porter les stigmates de ce qu'elle a vécu. « La honte est tellement forte que le regard de l'autre ou l'absence de regard peut blesser » (20).

Le sentiment de culpabilité peut recouvrir deux fonctions : à la fois atténuer l'impact psychique et permettre au sujet de mieux intégrer l'expérience dans son histoire de vie (42). La culpabilité est un mécanisme de défense pour l'individu, qui se réapproprie activement ce qu'il a subi de façon passive. La victime justifie et légitime l'événement, elle se reproche « d'avoir été là, de s'être habillée de cette manière, de ne pas avoir crié, de ne pas s'être débattue ». Elle se sent coupable pour se donner l'illusion d'avoir au moins, en partie, été un acteur qui s'est impliqué comme sujet pour ne pas être réduite à néant ou à un statut d'objet.

3.3.3. Les troubles psychotraumatiques comorbides

Le TSPT n'est pas la seule conséquence psychopathologique des traumatismes uniques.

Les troubles comorbides post-traumatiques sont extrêmement fréquents :

- états dépressifs dont le risque majeur est le suicide : Les états dépressifs, plus fréquents que le TSPT, affectent la moitié des victimes (43). Avoir subi des violences augmente très fortement le risque de conduite suicidaire. D'après l'enquête ENVEFF (2000), 4,3% des femmes ayant subi des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois ont fait une tentative de suicide. Ce taux est de 0,2% chez les femmes n'ayant pas subi de violences. Le fait d'avoir subi des violences sexuelles multiplie ainsi par 26 le risque de faire une tentative de suicide (14).
- troubles anxieux : Selon Kessler, suite à un épisode traumatique, l'anxiété généralisée toucherait environ 15 % des hommes et des femmes ; le trouble panique : 12,6 % des femmes contre 7 % des hommes ; la phobie simple près de 30 % des hommes et des femmes ; la phobie sociale près de 30 % des hommes et des femmes ; l'agoraphobie 22 % des femmes et 16 % des hommes. (44)
- conduites addictives : La toxicomanie et/ou l'alcoolisme constituent une complication fréquente ; ils peuvent s'interpréter comme une tentative d'automédication contre les symptômes d'intrusion ou d'hyperactivation neurovégétative du TSPT. Sigward en 2006, rapporte dans son étude réalisée à

l'hôpital Tenon que 8% des patients toxicomanes du groupe étudié ont été témoins ou victimes de scènes potentiellement traumatisantes et que parmi eux, 53% ont subi au moins une fois des attouchements sexuels ou un viol. (45)

- troubles des conduites alimentaires (boulimie, anorexie)
- troubles somatoformes
- troubles dissociatifs durables, intermittents, devenant parfois un mode de défense habituellement utilisé comme « anesthésiant » pour éviter ou atténuer les phénomènes de reviviscence anxieuse.

3.4. Les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles répétées : les troubles post-traumatiques complexes.

De plus en plus d'adultes dévoilent de façon spontanée ou après questionnement de leur psychiatre avoir subi des violences sexuelles répétées dans l'enfance. Ils ne font souvent pas le lien entre leur souffrance actuelle et les violences subies « qui ont affecté plus ou moins gravement leur capacité de régulation des affects et la structuration narcissique et identitaire de leur personnalité »(4). Les événements traumatiques répétés ont des conséquences considérables sur le plan personnel et social, surtout s'ils sont précoces.

Ainsi, selon G.Lopez, il ne faudra ne « pas s'arrêter aux troubles psychotraumatiques spécifiques qu'ils présentent (intrusions, évitement, hyperactivation neurovégétative), mais rechercher des troubles de la personnalité » (4).

3.4.1. Les personnalités traumatiques complexes

Des auteurs anglo-saxons qualifient de « troubles post-traumatiques complexes » les victimes de traumatismes répétés présentant des troubles graves de la personnalité.

Ces personnalités traumatiques complexes (Lopez, 2016) sont actuellement répertoriées comme étant des « troubles de stress post-traumatiques complexes », « DESNOS (Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified) » (46) ou « Trouble de développement traumatique » .

Les symptômes caractéristiques sont très proches de ceux décrits dans la catégorie diagnostique borderline ou état limite des nomenclatures internationales, mais ils font, quant à eux, clairement un lien avec la répétition d'une expérience vécue comme traumatique durant la période de l'enfance, essentiellement des violences physiques et/ou sexuelles. Selon Herman, le processus de traumatisation complexe n'est possible que si la victime est dans l'incapacité de fuir, la projetant par exemple dans

une situation de contact prolongé avec un agresseur, ce qui implique l'établissement d'une relation particulière entre la victime et l'auteur des violences. Les événements traumatiques répétés sont source parfois de troubles de la personnalité, de type états limites ou borderline dus à des frustrations extrêmement précoces. Ainsi, il apparaît que de nombreux adultes catégorisés comme « souffrant de personnalités limites » ont été soumis à des faits violents durant leur enfance parmi lesquels les violences sexuelles sont fréquentes (47)

3.4.2. Clinique du trouble de la personnalité traumatique complexe

Les principaux troubles repérés sont des troubles dissociatifs chroniques, des conduites à risque et automutilatoires, une dysrégulation émotionnelle, une agressivité, une absence d'estime de soi et de confiance en toute forme d'aide possible, une forte culpabilité ; le comportement est marqué par la répétition des éléments traumatiques dans les relations actuelles : les conduites de revictimisation (être victime à nouveau). (48). Le Developmental Trauma Disorder est décrit selon le tableau I par Van der Kolk (49) :

Tableau I: « Developmental Trauma Disorder décrit par Van der Kolk (2005)

A. Exposition
<ul style="list-style-type: none"> a. Maltraitements divers : abandon, trahison, agressions physiques, agressions sexuelles, menaces à l'intégrité corporelle, pratiques coercitives, violence psychologique, être témoin de violence ou de mort. b. Expériences subjectives négatives : rage, trahison, peur, démission, défaite, honte.
B. Dysrégulation des réponses aux signaux traumatiques (durables, répétées, non modifiées par la conscience)
<ul style="list-style-type: none"> a. Tr émotionnels b. Tr somatiques c. Tr du comportement (p. ex., répétition, automutilation) d. Tr cognitifs (attente d'une répétition des événements traumatiques, confusion, dissociation). e. Tr relationnels (violence, opposition, méfiance, hyper conformisme). f. Honte, culpabilité.
C. Attentes et croyances erronées
<ul style="list-style-type: none"> - manque de confiance en soi – méfiance envers les autres – manque de confiance dans les organismes sociaux – manque de confiance dans la justice – attente d'autres événements traumatiques.
D. Dysfonctionnements
<ul style="list-style-type: none"> - scolaires – familiales – relationnelles – judiciaires – professionnelles »

3.4.3. Les troubles dissociatifs « chroniques » et la dysrégulation de la gestion des émotions

Les personnalités traumatiques complexes éprouvent de grandes difficultés à gérer leurs émotions. Elles sont impulsives, alexithymiques, agressives.

Elles ont tendance à se dissocier lorsqu'elles sont confrontées à une situation rappelant ou symbolisant un aspect du scénario traumatique causal. Si une dissociation de conscience est présente en per-traumatique, cette éclipse pourra en effet « se réitérer par la suite sous la forme de répétitions traumatiques non de la scène vécue, mais des moments dissociatifs qui ont permis l'absence de mémorisation des perceptions sensorielles » (26). Pour auto-induire un état d'anesthésie émotionnelle, une nouvelle disjonction du circuit émotionnel peut s'obtenir en augmentant la quantité de substances dissociantes (endorphines, substances kétamine-like), « soit en ajoutant des drogues exogènes, alcool ou substances toxiques qui sont elles aussi dissociantes, soit en augmentant leur sécrétion endogène par aggravation du stress »(50) .

Cette dissociation peut se manifester par des conduites à risque et des comportements paradoxaux souvent stigmatisants : conduites addictives, mises en danger, surtout chez les adolescents, conduites auto-agressives (tentatives de suicides, automutilations), conduites sexuelles dangereuses (rapports sexuels non protégés, sexualité violente, multiplication des partenaires, rapports avec des inconnus), troubles des conduites alimentaires, fugues, conduites délinquantes récidivantes (vols, comportements violents).

Ces conduites dissociantes permettent certains passages à l'acte, parfois catastrophiques et rechargent la mémoire traumatique, aggravant les troubles psychologiques dans une sorte de spirale infernale. Certaines mutilations dites atypiques, survenant pendant l'adolescence, associant plusieurs types de lésions, affectant la face, le cou, l'abdomen, les cuisses, les organes génitaux, doivent faire rechercher des maltraitances anciennes ou récentes, sexuelles notamment. Selon Muehlenkamp (51), « la fonction majeure du comportement d'automutilation est d'abord adaptative. L'expérience psychologique précédant l'acte d'automutilation s'accompagne la plupart du temps d'une élévation de la tension interne, associée à de l'anxiété, ou encore des sentiments de solitude ou d'abandon ». Ces conduites permettent dans l'immédiat un apaisement et une régulation des affects, une amélioration du sentiment de contrôle de l'angoisse et de la situation, notamment par les répercussions sociales et familiales que de tels actes peuvent avoir. Elles permettent également l'expression d'une souffrance chez des sujets qui sont le plus souvent dans l'incapacité de verbaliser leurs affects.

3.4.4. La répétition littérale

Les personnes qui ont subi des traumatismes répétés, physiques, psychologiques (emprise), sexuelles, ont tendance à rejouer soit en tant que victime, soit en tant qu'auteur, le scénario traumatique de l'enfance. La dysrégulation émotionnelle serait en partie responsable de ce phénomène de répétition littérale (52) (49).

Au regard des données de l'enquête Enveff (14) les maltraitances sexuelles pendant l'enfance sont associées au risque d'être victime d'agressions physiques ou sexuelles à l'âge adulte (Jaspard et al., 2010). Alors qu'une femme sur vingt femmes n'ayant déclaré aucune difficulté dans l'enfance a subi des agressions sexuelles après 15 ans, c'est le cas d'une sur trois parmi celles ayant déclaré avoir subi une agression sexuelle avant 15 ans.

Les personnes « régulièrement violentées dans leurs relations conjugales, et dans leurs contacts avec les professionnels et les institutions, rejouent souvent littéralement leur enfance maltraitante »(30). Selon l'enquête Virage, 42 % des femmes ayant déclaré des violences par un membre de la famille ou de l'entourage proche en ont subi aussi dans les espaces publics ou au sein de leur couple (2). Ces sujets ont davantage de relations sexuelles à risque, ou avec des personnes ayant une emprise (professionnelle notamment) ; la répétition littérale peut également s'exprimer dans le domaine de

l'agression directe. On parle alors « d'identification à l'agresseur, mécanisme psychologique initialement décrit par Ferenczi et qui explique la perpétuation des lignées d'agresseurs » (53).

S'il y a bien, dans certaines proportions, une répétition ou reproduction des situations de violences vécues pendant l'enfance, cette répétition est d'autant plus forte que la maltraitance s'inscrit dans la durée et qu'elle est perpétrée par des proches ; le préjudice est encore aggravé dans le cas de blessures indicibles parce que ressenties comme honteuses telles les violences sexuelles, notamment dans les situations d'inceste.

Ainsi, le risque relatif d'agression sexuelle lié aux sévices subis dans l'enfance est de 17 quand l'auteur appartient à la famille et de 4 lorsque celui-ci est extérieur à la famille (14).

Cette répétition reste contrastée selon le genre, les femmes étant davantage victimes à l'âge adulte. Fondamentalement, « plus qu'une simple répétition d'un scénario familial cette reproduction sexuée de la violence repose davantage sur les positions sociales assignées aux hommes et aux femmes et aux systèmes de valeurs et de représentations qui traversent la société. C'est une sorte de pérennisation de la domination masculine. » (Jaspard) (54)

3.4.5. Les troubles somatiques consécutifs aux événements traumatiques répétés

Les victimes de traumatismes répétés risquent de présenter diverses plaintes et pathologies somatiques. Il s'agit bien souvent de troubles « écrans ». L'étude de Felliti (55) réalisée chez 9 508 sujets, conclut à une relation graduelle entre l'ampleur de l'exposition à des traumatismes infantiles (agressions sexuelles et maltraitance) et le risque de comportements et pathologies chez l'adulte, certaines pouvant entraîner une surmortalité. Le tableau II le résume.

Tableau II : Conséquences de l'exposition à quatre événements traumatiques pendant l'enfance d'après Felliti

Conséquences	Facteur de risque	Conséquences	Facteur de risque
Tabagisme	x 2,2	Obésité sévère	x 1,6
Dépression durant plus de 2 semaines	x 4,6	Absence d'activité physique et de loisir	x 1,3
Tentatives de suicide	x 12,2	Toxicomanie	x 4,7
Alcoolisme	x 7,4	Toxicomanie Parentérale	x 10,3
Maladie sexuellement transmissible	x 2,5	Coronaropathie	x 2,2
Cancer	x 1,9	Agressions	x 2,4
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	x 3,9	Diabète	x 1,6
Hépatite	x 2,5	Fractures	x 1,6
Etat de santé précaire	x 2,2	>50 partenaires sexuels	x 3,2

Source : ACE Felliti 1998 (55)

2) SPECIFITES DU PARCOURS DE LA VICTIME DE VIOLENCE SEXUELLE

1. Des victimes sous silence et souvent isolées

Il peut s'écouler des années, parfois des décennies entre le moment où un enfant subit une violence sexuelle et celui où la femme ou l'homme qu'il est devenu ose parler. Le délai serait d'en moyenne 16 ans, selon une étude menée en 2010 par l'Association internationale des victimes d'inceste (56). Les victimes de violences sexuelles à l'âge adulte ont également souvent des difficultés à parler des agressions subies et d'autant plus quand elles connaissent leur agresseur. Le silence s'impose si cela n'est pas questionné. Ainsi, dans l'enquête CSF de 2006, à la question « En avez-vous parlé à quelqu'un ? », 46 % des femmes et 62 % des hommes ayant subi l'une de ces agressions répondent ne s'être confiés à personne avant l'enquête.

La génération la plus âgée (les femmes de 60 à 69 ans, et les hommes de 50 à 69 ans) les en avait davantage gardé le silence (respectivement 33 et 30 %). Chez les plus jeunes, notamment les femmes de 18 à 25 ans, 71 % en avaient déjà parlé, ce qui indique une modification de la sensibilité, « sans doute liée aux campagnes d'information et aux mesures prises contre la violence faites aux femmes » (15).

1.1. La révélation tardive

De nombreuses études montrent la difficulté à révéler des agressions sexuelles, notamment dans le cadre intrafamilial. Le dévoilement procède d'un cheminement individuel, plus ou moins long, où de multiples facteurs internes et externes interviennent. La culpabilité, l'impuissance, la honte, la peur de la réaction de l'entourage et des conséquences sur le quotidien et la famille, les conflits de loyauté, la crainte de ne pas être cru accompagnent ce processus (57). Les victimes décrivent le plus souvent des allers-retours émotionnels où ces différentes émotions complexes peuvent être tour à tour éprouvées. Chez le mineur, Gabel (58) a mis en exergue à la fois la peur de l'enfant de parler et la peur de l'adulte d'entendre.

Summit puis Sorensen ont décrit chez le mineur le « syndrome d'accommodation des agressions sexuelles » (59). Les étapes de ce processus de révélation sont les suivantes : dénégation, hésitation/minimisation/mise à distance, divulgation, rétractation et réaffirmation finale. Alaggia a également décrit les tentatives des victimes de s'exprimer par des moyens comportementaux et

verbaux indirects, les révélations volontairement retenues et les révélations possibles grâce à des souvenirs retrouvés (60).

Smith et Alaggia ont travaillé sur les délais de révélations pour distinguer les facteurs prédictifs du dévoilement (61). Ainsi, la perception que la victime a de sa responsabilité dans les faits, la relation intra- ou extrafamiliale avec l'agresseur, les caractéristiques de la victime (âge, sexe), les influences communautaires ainsi que les attitudes culturelles et sociales sont des facteurs qui influencent la révélation, le plus souvent de manière interconnectée.

Les révélations rapides, dans les premiers mois, concernent les agressions sexuelles commises par un inconnu ou une agression unique dont on sait qu'elles relèvent plus du cadre extrafamilial. Les victimes entretenant une relation familiale avec leur agresseur et les victimes plus jeunes sont celles qui tardent à révéler, voire ne révèlent pas. (62)

Bon nombre de ces adultes dévoilent des faits de violence sexuelle subie dans l'enfance lorsqu'un événement particulier (séparation, grossesse, éloignement ou décès de l'agresseur, nouveau traumatisme subi parfois d'une toute autre nature que sexuelle, imminence du délai de prescription pour porter plainte) ou leur impossibilité à supporter plus longtemps le fardeau du silence ou du non-dit réactive chez elles le traumatisme en déclenchant en chaîne l'éclosion de symptômes psychotraumatiques. L'équilibre psychologique établi pendant des années s'effrite alors, ouvrant de nouveau la voie aux réminiscences douloureuses, aux ruminations anxieuses, à la souffrance psychique intense, associées à une temporalité figée dans la présentification de la scène traumatique. (63) (21).

1.2. L'impact de la révélation dans la famille

L'étude prospective de Dupont et al. a analysé le processus de révélation d'agression sexuelle sur les mineurs. L'impact au niveau de la famille est variable. Les conflits familiaux et parentaux pouvant aller jusqu'au divorce sont majeurs (80 %) suite à une révélation d'agression intrafamiliale par un mineur. Les parents adoptent une attitude empathique et soutenante, majoritairement lors de révélation d'agression extrafamiliale (69 % vs 31 % lors d'agressions intrafamiliales). Les révélations d'agression intrafamiliale rencontrent davantage de non-dits, de silences, de non-dénonciations, pouvant aller jusqu'à la perpétuation des agressions sans intervention des personnes au courant (6%). Dans 7 % des situations, la révélation n'est pas crue par les parents. 20 % des victimes mineures ont révélé plusieurs fois à leurs proches avant d'aboutir à une procédure judiciaire.

Les victimes d'agression intrafamiliale ont besoin de temps pour révéler, et restent de ce fait longtemps isolées de toute prise en charge. Cette solitude amplifie les troubles psychopathologiques. La révélation serait alors un facteur primordial dans l'apparition ou non de troubles psychologiques suite aux faits. (62)

1.3. Démarches entreprises par les victimes

Les estimations de la prévalence du viol et les données administratives fournies par les ministères de l'Intérieur et de la Justice, permettent de dresser un ordre de grandeur : parmi les 84 000 femmes majeures déclarant chaque année être victimes de viol ou tentative de viol, moins de 10 % déposeraient plainte, et seule 1 plainte sur 10 aboutirait à une condamnation.

a) Démarches médico-sociales

La moitié des femmes victimes de viols ou de tentatives de viol (51%) ne font aucune démarche, ni auprès des forces de l'ordre, ni auprès de médecins, psychiatres et psychologues, ni auprès des travailleurs sociaux, associations ou numéros d'appel, dans les 12 mois suivant les faits. (3)

Le système de soins est le premier recours pour près d'un tiers des femmes victimes de viol ou de tentatives de viol. Trois victimes sur dix (33%) déclarent avoir consulté un psychiatre ou un psychologue à la suite de cet événement et un quart avoir consulté un médecin généraliste (25%) (Tableau III). Par ailleurs, le recours aux numéros verts et au milieu associatif est peu fréquent.

Tableau III: Les démarches entreprises par les femmes victimes de viols et de tentatives de viols, selon l'ONDRP, Enquête CVS (2015)
Femmes âgées de 18 à 75 ans, vivant en ménage ordinaire en métropole.

Parmi les 84 000 femmes victimes	%
A consulté un psychiatre, un psychologue	33
A été vue par un médecin généraliste à la suite l'agression	25
S'est rendue au commissariat ou à la gendarmerie	21
... et a déposé plainte	10
... et a fait une déclaration à la main courante	7
A parlé de sa situation aux services sociaux	15
A appelé un numéro vert, un service téléphonique d'aide aux victimes	11
A rencontré des membres d'une association d'aide aux victimes	10
N'a fait aucune des démarches citées ci-dessus	51

b) Démarches judiciaires

Trop peu de victimes entreprennent des démarches, faute d'être aidées et accompagnées pour porter plainte. Selon les enquêtes CVS (3), seulement une victime sur dix (10%) des femmes victimes de

viols ou tentatives de viol porte plainte alors que 21 % d'entre elles se rendent à la gendarmerie ou au commissariat, 7% ne déposent qu'une main courante (Tableau III). Des expériences probantes en France, notamment au Centre d'Accueil en Urgence de Victimes d'Aggression du CHU de Bordeaux, et à l'étranger ont montré que lorsque l'accueil et la prise en charge d'urgence des victimes de viols sont adaptés, les taux de plainte sont multipliés par trois (7).

2. Une procédure éprouvante et une faible réponse judiciaire

Le processus de réparation d'un sujet victime peut nécessiter la reconnaissance sociale et personnelle du statut de victime que lui permet la Loi. Mais le parcours judiciaire est souvent une épreuve où rien n'est gagné d'avance (4).

Selon le HCE, « Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes » (Instance nationale consultative créée en 2013), l'inadaptation de la réponse judiciaire face à ces violences va jusqu'à renforcer le sentiment de culpabilité des victimes (64). Celles-ci attendraient en moyenne trois ans pour que l'instruction d'un viol soit achevée, et cinq ans pour le jugement en cour d'assise (65).

Par ailleurs, les condamnations pour viol concernent moins de 10% des plaintes. En exemple, au cours de l'année 2015, selon le Ministère de la justice, 1 048 condamnations ont été prononcées pour des faits de viol, alors que 13 730 victimes ont porté plainte cette même année (12). Dans certains tribunaux, la moitié des dossiers est classée sans suite ou se solde par un non-lieu (65).

2.1. La question du consentement

Ce parcours judiciaire est parfois vécu comme un second traumatisme pour les victimes de viol ou d'agression sexuelle, qui doivent justifier et prouver l'absence de consentement. En l'absence de preuves matérielles (blessures notamment), la discussion est contradictoire : la parole du plaignant n'a, par elle-même, pas plus de poids que celle de la personne soupçonnée. C'est pourquoi elle est analysée, placée face à ses contradictions, contestée, appréciée dans son authenticité par un expert psychologue ou psychiatre. La victime majeure est soumise à plusieurs interrogatoires à toutes les phases de l'enquête, parfois longuement, confrontée avec le mis en examen, et enfin interrogée une nouvelle fois par le tribunal correctionnel ou la Cour d'assises lors d'une audience (11).

R. Coutanceau souligne que le témoignage de la victime est « a priori » remis en doute (66). Le viol a, dans les crimes de violence, un statut particulier : Il est en effet attendu que la victime se débatte. L'absence de consentement est caractérisée dans le Code pénal par la menace, la surprise, la contrainte

ou la violence. En somme, le mode opératoire de l'agresseur définit le viol et non le vécu de la victime. Le lien hiérarchique, l'abus de confiance sont des modes de contrainte qui peinent à être pris en compte, et la sidération de la victime est souvent mal comprise. Pourtant cette immobilité tonique est fréquente et les professionnels, tout comme le grand public, devraient abandonner l'idée que les victimes d'agression sexuelle se défendent activement, et qu'une passivité est synonyme de consentement. (29)

2.2. La correctionnalisation

Enfin, le viol fait souvent l'objet de disqualification en agression sexuelle constitutive d'un délit. Cette pratique judiciaire de correctionnalisation des viols, qui concerne entre 50 et 80% des viols jugés (67), est souvent justifiée par des motifs d'opportunité afin que l'affaire soit jugée plus rapidement devant le tribunal correctionnel et non en Cour d'assises. Elle minimise la gravité du viol et remet en cause le principe d'égalité devant la justice. Les conséquences diffèrent significativement : peines, délais de prescription, accompagnement de la victime, etc.

2.3. La victimisation secondaire

D'après une enquête réalisée auprès de 1200 victimes par l'association Mémoire traumatique et victimologie en 2015, 70% des répondantes ayant porté plainte ne se sont pas senties reconnues comme victimes par la police et la justice (13). La victimisation secondaire ou sur-victimisation apparaît lorsque des conséquences négatives découlent du traitement de la victime par les professionnels, c'est le cas par exemple lorsque la victime n'arrive pas à se faire reconnaître en tant que tel. Ainsi selon C. Gaudino, permettre aux victimes de briser, même très tard, « le mur du silence » qui a empoisonné leur vie, peut causer plus de dégâts que de bienfaits si une fois encore, par manque de preuve, la victime n'est pas entendue par la société.

Mais malgré ces difficultés, il est frappant de constater que des victimes d'agressions sexuelles n'hésitent plus à enclencher une procédure judiciaire qu'elles vivent comme une véritable thérapie. Souvent, la sanction infligée à l'agresseur reconnu coupable est moins importante à leurs yeux que la reconnaissance par la société de leur statut de victime (11).

3. Une société tolérante, imprégnée de fausses représentations

Les victimes sont culpabilisées également par le regard que la société porte sur elles. Selon le HCE, la faible réponse judiciaire témoigne d'une certaine tolérance sociale qui laisse peser une responsabilité

sur les victimes et peut minimiser les souffrances. Si le viol constitue un drame personnel pour chaque victime, l'ampleur et le caractère sexué de ces crimes (la très grande majorité des victimes sont des femmes et 99% des auteurs condamnés sont des hommes) sont le signe d'une société encore sexiste (HCE, 2016).

Les violences sexuelles s'intègrent dans un continuum de multiples violences faites aux femmes, avec notamment l'inceste, les violences conjugales, le harcèlement sexiste et sexuel au travail, les mariages forcés, etc. La définition des violences faites aux femmes adoptée par la France est celle de la convention européenne dite d'Istanbul (ratifié le 5 mai 2014) : « *tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent ou seraient susceptible d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances physiques, sexuelles, ou psychologiques que ce soit dans la vie publique ou privée, et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation de liberté* ».

D'après le groupe de travail sur la formation médicale réuni par la MIPROF en 2014, ces violences sont « légitimées par l'idéologie sexiste de domination historique dont les stéréotypes assignent des rôles différents aux personnes de sexe féminin et masculin dans le quotidien, la famille, le travail et la société » (68).

S'appuyant sur une conception stéréotypée de la sexualité féminine et masculine et sur de fausses croyances quant aux caractéristiques de ces agressions, les représentations généralement admises autour des violences sexuelles tendent à atténuer la responsabilité des agresseurs et à culpabiliser les victimes en les rendant en partie responsables de ce qu'elles ont subi. Une enquête réalisée en 2015 par l'institut IPSOS pour l'association « Mémoire traumatique et victimologie » auprès de 1001 personnes constituant un échantillon représentatif de la population française, a interrogé les représentations des français. Elle met en évidence une méconnaissance de la réalité de ce que sont ces agressions, de leur prévalence au sein de la société française. Ainsi, 41% des français approuvent l'idée que si « la victime se défend vraiment, elle peut faire le plus souvent fuir le violeur ». 38% pensent que la responsabilité du violeur est atténuée si la victime a « flirté avec lui mais ne voulait pas de relations sexuelles ». Enfin, 21% se déclarent d'accord avec l'affirmation selon laquelle « lors d'une relation sexuelle, les femmes peuvent prendre plaisir à être forcées » (31% chez les 18-24 ans). Ces représentations erronées se retrouvent chez les hommes comme chez les femmes. (12) (69).

Ces représentations, en décalage avec ce que les recherches nous apprennent des violences sexuelles, en premier lieu la fréquente proximité entre la victime et l'agresseur, renforce la stratégie mise en place par les agresseurs qui veulent réduire les victimes au silence pour assurer leur impunité (12).

4. Une période de prise de conscience

Un rapport du ministère de l'intérieur mis en ligne le jeudi 25 janvier 2018 (70) établit que « les viols et les autres agressions sexuelles (y compris harcèlement sexuel) portés à la connaissance de la police et de la gendarmerie sont en nette hausse en 2017 (+12 % et +10 %) ». Ainsi, au quatrième trimestre, les plaintes pour agression sexuelle progressent de 31,5 % par rapport à la même période en 2016. Au total, 40 400 personnes ont porté plainte pour des violences sexuelles en 2017, dont une sur quatre dans un cadre intrafamilial.

On peut, selon les auteurs, y voir un effet de révélation aux forces de sécurité de faits éventuellement plus anciens, dans le contexte du mouvement de prise de parole des femmes à la suite des révélations de l'affaire Weinstein, et des phénomènes #metoo apparus sur les réseaux sociaux.

On peut faire la supposition que cette libération de la parole, la médiatisation de cette problématique, permettent aux victimes d'oser déposer plainte, avec une moindre crainte de ne pas être crues, de ne pas être écoutées et prises en compte. La hausse du nombre d'agressions sexuelles en particulier peut également témoigner d'une meilleure identification de l'infraction par les victimes.

5. Moyens mis en œuvre à l'échelle nationale

En novembre 2004, le gouvernement lançait le premier plan global de lutte contre les violences faites aux femmes (Plan triennal). Le troisième plan triennal (2011 à 2013) dénonçait, pour la première fois, les violences intra-familiales, les viols, les agressions sexuelles. Le 5ème plan triennal (2017-2019) se base sur plusieurs objectifs : « renforcer les dispositifs existants pour améliorer le parcours des victimes de violences et assurer l'accès à leurs droits, et déraciner les violences par la lutte contre le sexisme, qui banalise la culture des violences et du viol. » (71).

L'article 51 du 4 août 2014 de la Loi pour l' « Egalité réelle entre les femmes et les hommes » instaure l'obligation de formation pour tous les professionnels en lien avec des femmes victimes de violences : « La formation initiale et continue des médecins, des personnels paramédicaux, des magistrats, des fonctionnaires et personnels de justice, de la police et de la gendarmerie [...] comporte une formation

sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes et sur les mécanismes d'emprise psychologique. »(72)

La création en 2013 de la Mission Interministérielle de Protection des Femmes contre les violences et de lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), a permis de définir un plan de sensibilisation et de mettre en place un véritable plan de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes, et la diffusion d'outils de formation efficaces ; Le kit « Elisa » notamment (court-métrage et livret d'accompagnement) traite des conséquences des violences sexuelles et de l'impact du repérage systématique sur la femme victime (12).

Le gouvernement, à travers le secrétariat d'Etat en charge de l'Egalité femmes-hommes, a annoncé en octobre 2017 un projet de loi contre les violences sexistes et sexuelles, qui sera transmis à l'Assemblée nationale et au Sénat le 8 mars 2018. Ce projet de loi sera élaboré avec le concours de la MIPROF, du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE), ainsi que de magistrats, psychiatres, psychologues, représentants des forces de l'ordre, et de l'enseignement. (73)

Une réflexion autour de 3 axes est annoncée : un allongement du délai de prescription pour les viols sur mineurs à 30 ans à partir de la majorité ; la présomption de non consentement pour les mineurs, avec « l'établissement d'un âge minimum en-dessous duquel un enfant ou un adolescent serait présumé comme non consentant à un acte sexuel » (entre 13 et 15ans) ; La verbalisation du harcèlement de rue. (73)

Parmi les mesures annoncées figure également un possible signalement, « une pré-plainte » en ligne pour les victimes de violence, harcèlement ou discrimination, qui pourraient de chez elles joindre des interlocuteurs formés dans les commissariats ou les gendarmeries et connaître les démarches à entreprendre. Il est par ailleurs évoqué qu'une préservation des preuves dans les unités médico-judiciaires des hôpitaux serait rendue possible, même si la personne ne souhaite pas déposer plainte.

Malgré les évolutions législatives et médico-sociales relatives à la santé et aux droits des femmes, et la formation des différents intervenants, cette problématique implique une prise en charge multidisciplinaire, à la fois médico-psychologique, sociale et juridique, et un nécessaire travail en réseau.

3) PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE

Les thérapies proposées dans la prise en charge des troubles post-traumatiques chroniques, psychothérapies ou pharmacothérapies, ont pour objectif d'améliorer la qualité de vie du patient, en diminuant sa souffrance. Les psychothérapies vont pour la grande majorité inclure, dans un contexte sécurisant, un temps de rappel à la conscience du traumatisme, c'est-à-dire d'abréaction (74). Lorsqu'il s'agit de victimes de violence sexuelle, elles doivent avoir pour objectif « de donner place dans des psychismes ravagés et désertifiés par l'effroi, à de nouveaux objets fictifs et réels sur lesquels puissent se reconstruire une histoire et un sens. » (75). Depuis une vingtaine d'années, des techniques psychothérapeutiques ont été adaptées au psychotraumatisme. Cependant, la recherche et les recommandations concernent essentiellement le TSPT, assez peu le soin des conséquences des événements traumatiques répétés, ou dans le champ des maltraitances anciennes (4).

1. L'évaluation initiale

Avant de débiter les soins, les premiers entretiens doivent être consacrés à l'évaluation des différentes conséquences psychologiques, sociales et judiciaires de l'épisode traumatique. Ils doivent permettre d'identifier les facteurs pronostiques et de guider le patient vers les options thérapeutiques et le réseau d'accompagnement adaptés. Le psychiatre spécialisé en psychotraumatologie n'est le plus souvent pas le premier interlocuteur du patient présentant un traumatisme psychique. Afin d'aider les professionnels non aguerris à ce type de prise en charge, des outils simples ont été élaborés. On peut citer une aide au repérage d'évènement traumatique en 4 questions ciblées que l'on peut retrouver sous le nom de « Trousse de diagnostic rapide » sur le site www.info-trauma.org (76). L'évaluation initiale pourra se baser sur le canevas « les 10 questions de l'évaluation » proposé par Jehel L., Sylvestre M. et Louville P. (77)

1. Préciser la nature et la durée des actes de violences sexuelles subis, s'accompagnant ou non de violences physiques, psychologiques ou de graves négligences.
2. Indiquer le délai entre l'évènement et la consultation.
3. Identifier la réaction péritraumatique lors de l'évènement et son intensité

La réaction péritraumatique serait un bon indicateur de risque de troubles de stress post-traumatiques (77). La recherche d'une éventuelle prostration ou sidération durant les violences permet également

d'évaluer le risque d'état de stress post-traumatique ou d'une dépression sévère (29). D'autre part, cet état de sidération est souvent vécu avec culpabilité par les victimes : une explication de ce mécanisme permet d'atténuer ce sentiment.

4. Evaluer le soutien social et familial

Un soutien social précoce et étayant (notamment une perception élevée de soutien familial ou de soutien par les pairs) est associé à une diminution du risque d'apparition de symptômes traumatiques pour les victimes d'agression sexuelle (36) et les interactions sociales négatives sont de pronostic péjoratif (37)

5. Repérer les antécédents psychiatriques et les autres évènements traumatiques

L'existence de trouble psychiatrique antérieur à l'évènement est un facteur de vulnérabilité. Pour Ozer (2003) les troubles de la personnalité, de l'humeur, anxieux ou obsessionnels sont des facteurs de risques prétraumatiques, de même qu'un traumatisme antérieur. Le risque de présenter un TSPT augmente avec le nombre et le type de traumatismes (78)(79).

6. Identifier les symptômes psychotraumatiques spécifiques, le TSPT et la personnalité traumatique complexe

Pour mettre en évidence un trouble de stress post-traumatique, l'auto-questionnaire IES-R « Impact of Events Scale – revised - Impact des évènements stressants » pourra être utilisé. Il mesure la sévérité des symptômes d'intrusion, d'évitement et neurovégétatifs vécus pendant les 7 derniers jours. (80)

Le trouble de stress post-traumatique ne résume cependant pas la clinique psychotraumatologique. Les personnalités traumatiques complexes seraient plus nombreuses (5). Il est par conséquent important de rechercher systématiquement les symptômes qui les caractérisent, avec d'éventuelles conduites de revictimisation, quelle que soit la pathologie psychologique, psychiatrique ou somatique que présente un patient. L'échelle SIDES-SR (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress) pour les sujets adultes, identifie les symptômes et en évalue l'intensité (81)(82).

7. Repérer les troubles comorbides : états dépressifs, anxieux, addictifs, dissociatifs, potentiel suicidaire.

8. Evaluer le retentissement somatique

9. Evaluer le retentissement social, familial et professionnel

10. Rechercher d'éventuels antécédents judiciaires (infraction à la législation des stupéfiants, violences diverses, etc.) comme auteur ou victime.

2. Les recommandations dans la prise en charge du trouble de stress post-traumatique

2.1. Recommandations francophones

Plusieurs recommandations françaises basées sur des méthodologies variables ont été réalisées dans le champ de la psychotraumatologie :

- **Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie en 2003 : « Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir »**

Les experts de la conférence de consensus ont utilisé la méthodologie de la HAS pour définir la puissance des recommandations (de A à E) et ont complété cette analyse bibliographique grâce à un « consensus clinique » établi par des praticiens expérimentés. (83)

Ils concluent à une force A pour les thérapies cognitivo-comportementales et la pharmacothérapie, et à un grade intermédiaire A/B pour l'EMDR. Ces deux techniques n'obtiennent qu'un « consensus clinique discuté » par les experts. Les thérapies d'inspiration psychodynamiques sont considérées de force B, contrastant avec leur « fort consensus clinique ». L'hypnose serait de force C et les thérapies familiales une force E, mais avec un « consensus clinique bon ».

Les auteurs rappellent que les troubles psychotraumatiques sont en « relation directe et certaine » avec l'événement subi, bien que la personnalité de la victime, son histoire personnelle, ses troubles psychiques antérieurs, interfèrent avec les troubles. Ainsi le traitement devrait si possible, privilégier les thérapies dites centrées sur le traumatisme psychique et son impact sur la vie quotidienne.

Cependant, les auteurs soulignent que c'est la « qualité de la relation qui est le facteur thérapeutique déterminant », la recherche indiquant que l'expérience du soin du psychotraumatisme est plus importante que le savoir-faire technique du thérapeute (52,84). Les experts proposent alors un aménagement du cadre relationnel thérapeutique que nous détaillerons ultérieurement

- **Le rapport INSERM de 2004 « Psychothérapie – Trois approches évaluées »**

Ce rapport conclut à une « efficacité prouvée » des TCC et de l'EMDR dans le traitement du TSPT alors que les thérapies psychodynamiques sont reléguées à une « présomption d'efficacité » (85).

- **Guide ALD de la Haute Autorité de santé sur les « troubles anxieux graves » (2007)**

Le TSPT est ici uniquement considéré comme un trouble anxieux (86). Les auteurs abordent conjointement les accidents, viols, attentats et catastrophes naturelles. La partie consacrée au TSPT retient les TCC, l'EMDR et l'hypnose comme psychothérapies de référence.

2.2. Recommandations anglophones

Les recommandations de l'ISTSS de 2008 (International Society for Traumatic Stress Studies) notent que l'EMDR et la thérapie cognitivo-comportementale semblent efficaces et rapides. Les experts remarquent que leur efficacité à long terme est peu étudiée. Ils soulignent également que des recherches supplémentaires sont essentielles pour documenter l'efficacité de la psychanalyse (87).

3. Le traitement d'après l'Institut de Victimologie et l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie

L'Institut de Victimologie et l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie (AMTV) proposent également des conseils dans la prise en charge thérapeutique de ces victimes(88)(89). Ainsi, selon l'Institut de Victimologie, le traitement des troubles post-traumatiques, associés à des événements uniques comme répétés est essentiellement psychothérapique. G. Lopez cite les travaux de Van der Kolk et son équipe (90), et indique qu'il faudrait tout d'abord choisir des techniques corporelles (respiratoires, relaxation, yoga, etc.) pour « désamorcer les effets dissociatifs de la mémoire traumatique (piégée dans le système limbique déconnecté de ses rétrocontrôles corticaux) », ce que ne peut pas dans un premier temps une thérapie basée sur la parole. Lorsque le patient parvient à mieux gérer ses émotions, une thérapie relationnelle tente de « briser la répétition littérale et de réécrire le scénario traumatique » (4).

D'après l'AMTV, le traitement psychothérapique centré sur la mémoire traumatique consiste à aider les patients à repérer les mécanismes psychotraumatiques, identifier les violences, et à réintroduire des représentations mentales pour chaque manifestation de la mémoire traumatique (cauchemars, émotions, etc.). L'objectif est d'éviter les conduites dissociantes et de permettre qu'ils ne soient plus sidérés par le non-sens apparent de ce type de violence (91). Il s'agit de « réparer l'effraction psychique initiale, la sidération psychique liée à l'irreprésentabilité des violences » (90)(87) en « revisitant le vécu des violences dans un climat de sécurité psychique offerte par la psychothérapie et si nécessaire par un traitement médicamenteux ». Cette analyse approfondie permettra un meilleur contrôle de la réponse émotionnelle et un apaisement de la détresse sans avoir recours à une disjonction spontanée ou provoquée par des conduites dissociatives à risque (91). L'objectif est « d'encoder la mémoire traumatique émotionnelle pour la transformer en mémoire autobiographique consciente et contrôlable » (92).

4. Quelques approches thérapeutiques

Nous aborderons ensuite quelques techniques thérapeutiques dans le cadre des psychotraumatismes d'origine sexuelle. Le recensement des différentes psychothérapies et pharmacothérapies n'étant pas l'objectif de ce travail, cette présentation n'est pas exhaustive.

- Thérapies cognitivo-comportementales

Les TCC ont été évaluées de façon positive depuis plus de 30 ans (93)(94)(87)(52). Elles se sont adaptées à la prise en charge du TSPT. Plusieurs techniques ont été développées comme thérapies spécifiques du TSPT notamment suite à des violences sexuelles, elles sont variées : exposition et désensibilisation, relaxation, technique de respiration et autres techniques composites comme l'affirmation de soi notamment, restructuration cognitive et gestion de l'anxiété par arrêt de pensée.

Les techniques d'exposition, notamment par exposition prolongée, permettent une confrontation à l'angoisse provoquant une habitude progressive et l'extinction des symptômes. Il faudra affronter les situations évitées mais non dangereuses où la peur est très forte (agir sur les idées intrusives, les cauchemars, les flash-back) (95)(87). Les techniques de restructuration cognitive ont pour objectif de corriger l'effondrement des croyances fondamentales antérieures, et atténuer les affects dépressifs. Les techniques de gestion du stress permettent d'apprendre à contrôler l'anxiété quand elle perturbe le fonctionnement quotidien. Elles visent l'acceptation des émotions ressenties dans les situations interpersonnelles (honte colère peur, dégoût). Les techniques d'affirmation de soi permettent une expression claire et directe, mais sans agressivité, des pensées et des émotions. Elles sont utiles pour aider certaines victimes à effectuer les démarches judiciaires (43).

- EMDR

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) que l'on peut traduire par désensibilisation et retraitement des informations par mouvements oculaires, a été développé comme une thérapie spécifique du stress post-traumatique. Il a été évalué par de nombreuses études contrôlées et méta-analyses démontrant son efficacité dans le TSPT (83)(84). L'EMDR permet de modifier les cognitions négatives accompagnant les pensées et les émotions suscitées par l'image intrusive du traumatisme. Le protocole utilise les stimulations sensorielles bilatérales alternées oculaires afin de modifier les souvenirs négatifs anxiogènes de l'évènement traumatique. Les mouvements oculaires vont mobiliser l'attention du sujet alors qu'il s'expose aux souvenirs qu'il a de l'évènement. Le système limbique serait

alors stimulé en activant de manière alternative les deux hémisphères cérébraux, permettant au sujet au cours de cet état de relaxation, d'intégrer différemment les informations liées au trauma. Les troubles dissociatifs constitueraient cependant une contre-indication classique (84).

- Approche psychodynamique

Les thérapies psychodynamiques regroupent aussi bien la psychanalyse traditionnelle que les psychothérapies dites d'inspiration analytique longues ou brèves. D'après Darves-Bornoz, on peut dire que le « hiatus entre les informations réelles apportées par l'évènement traumatique et la conception du soi antérieure au traumatisme est ce qui produit le stress traumatique ». Autrement dit le viol est traumatique parce qu'il « contredit les conceptions, parfois naïves et sûres d'elles-mêmes, sur le soi et le monde qui assureraient un équilibre serein de la personne. C'est une blessure narcissique qui ne peut cicatriser que dans un processus de transformation du soi. » (75)

La verbalisation avec un thérapeute permet à la victime d'effectuer une « greffe de paroles dans l'absence de sens qui alimente le syndrome de répétition. Elle lui permet de reprendre le cours de son histoire sans rester fixé dans une dimension purement imaginaire, c'est à dire personnelle, et d'accéder ainsi à la dimension symbolique (collective) »(84). Mais la verbalisation ne permet pas de donner du sens à un événement insensé comme l'est tout type de violence sexuelle. Un tel traumatisme ne pourra être intégré. Cependant, il serait important que la victime parvienne à faire le deuil de l'état antérieur idéalisé. (30)

Horowitz a formalisé une psychothérapie psychodynamique brève (96), visant la résolution des conflits intrapsychiques inhibant le processus d'adaptation du sujet depuis le traumatisme vécu. La position du thérapeute au cours de cette thérapie est différente de celle de la cure analytique. Les principes de « neutralité bienveillante » et « d'attention flottante » sont relègues au profit d'une attitude empathique ainsi qu'un rôle actif du thérapeute. Celui-ci mène les entretiens, guide le sujet vers la prise de conscience de l'altération, depuis le trauma, des conceptions antérieures de soi et de la perception de son environnement.

- Hypnose

L'hypnose est un « traitement suggestif obtenu par induction d'un état de conscience modifié, permettant de modifier les processus mentaux et les comportements ». Elle a été évaluée positivement, et aurait une efficacité de force C selon la conférence de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP)

(84) . Cependant dans le cas des violences sexuelles, les auteurs estiment qu'elle est d'utilisation délicate et contre-indiquée dans le cadre des souvenirs tardifs de viols subis dans l'enfance, « lesquels souvenirs pourraient être malencontreusement greffés par des thérapeutes au cours de psychothérapies suggestives ou régressives ». Pourtant, l'hypnose est utile pour soigner les troubles dissociatifs post-traumatiques et les états dissociatifs récurrents (97).

- Groupes de paroles

Les groupes de paroles (98) sont particulièrement utiles, selon l'Institut de Victimologie ; Ils luttent contre le vécu de culpabilité, commun chez les personnes victimes, en attribuant les responsabilités aux agresseurs et circonstances réelles ; ils permettent de transformer la honte en colère qui, bien orientée, devient une motivation puissante pour inverser le cycle des évènements. Ils sont fondés sur la critique du système agresseur, le sexisme pour les victimes de viol ou de violences familiales.

L'entraide et la création de liens sociaux représentent une composante principale des groupes ; les participants apprennent à se faire confiance et à fonctionner ensemble. Le partage des difficultés, souffrances, émotions, permet de reconnaître en l'autre une personne semblable à soi, rencontrant des difficultés personnelles, familiales, sociales, souvent assez proches. L'entraide mutuelle permet à chacun de retrouver l'estime de soi. Ils tendent à favoriser la solidarité du groupe et à rompre les liens de dépendance qui entravent l'autonomie des participants.(30)

- Thérapies familiales systémiques

Il sera toujours propice de proposer des entretiens familiaux pour informer la famille sur les conséquences du traumatisme sur l'individu et son entourage, ceci afin d'éviter certains conflits destructeurs parfois basés sur l'incompréhension (84).

En thérapie de famille systémique, les troubles psychiques présentés par un membre de la famille sont souvent considérés comme l'expression d'un dysfonctionnement de tout le groupe familial. Le dysfonctionnement se situe avant tout dans l'interaction existante entre l'individu et son réseau relationnel et dans les règles, explicites ou implicites, conscientes ou inconscientes, qui gèrent ce système relationnel. L'unité de traitement n'est donc plus l'individu seul mais la famille, le système relationnel, ou le jeu des interactions dans lequel les personnes sont impliquées (99). Des auteurs comme Minuchin, à l'origine de l'approche structurale systémique, et Andolfi, pensent que ce sont les changements dans la structure de la famille qui engendrent des modifications de position et ainsi de

perception, permettant des changements dans le comportement et les processus psychiques internes de chaque membre du système (99) (100). Le changement peut apparaître à travers le processus d'affiliation du thérapeute au système familial, et à partir de la restructuration qu'il permet. L'objectif est de transformer les dysfonctionnements relationnels. Dirigé principalement vers le développement global du système familial, un tel cadre conceptuel évite spontanément une focalisation sur le symptôme.

Ainsi selon De Becker, « l'épistémologie systémique a contribué à sortir le processus abusif d'une dynamique à deux protagonistes ; dépassant une causalité linéaire, elle a montré les interactions et intrications conduisant à la transgression » (101). La complexité du champ des violences intrafamiliales est telle qu'il y aura lieu, pour chaque famille, que les intervenants adaptent leur prise en charge à la singularité de ses membres, aux parents et aux enfants (101).

Les intervenants pourront aborder les responsabilités avec les personnes de la famille présents, en reconnaissant les défaillances, et en soutenant aussi la mobilisation des ressources de chacun pour définir des modalités transactionnelles adéquates et épanouissantes. Ils pourront travailler les questions des places, des liens, des loyautés, des frontières, entre la victime et les personnes de son entourage et/ou impliquées dans les faits.

Un des objectifs sera de battre en brèche un dysfonctionnement fréquent dans les familles à transactions abusives, centré sur l'ambiance de secret et sur les emprises plus ou moins déclarées. P. Lebbe-Berrier écrit à ce propos : " dans les familles incestueuses, se limiter uniquement à l'un des sous-systèmes ne permet pas à l'ensemble de sortir de cette aliénation particulière aux mille facettes que sont l'emprise, les fidélités et les loyautés invisibles dans l'inceste " (102). Une thérapie familiale permettra également de donner à ces victimes un support qui les relie à leur groupe d'origine et préserve le sentiment d'appartenance à celui-ci, si important, surtout dans les cas où une séparation s'impose.

Le préalable indispensable sera cependant constitué par une reconnaissance des faits chez tous les protagonistes potentiels des rencontres. Dans les familles où il y a violence ou maltraitance, il ne pourra y avoir d'indication à la thérapie de famille aussi longtemps que la violence n'a pas été jugulée, si nécessaire par des mesures de contrôle social (par exemple la justice). Vannotti (103) insiste sur le fait qu'il ne peut pas y avoir de thérapie avant le jugement, dans des situations telles que l'inceste, où

elle ne ferait qu'accentuer les tensions puisqu'elle interviendrait comme élément réparateur apaisant la souffrance, alors que précisément cette souffrance n'aurait pas encore été reconnue par le tiers légal. Enfin, sans se focaliser continuellement sur l'abus sexuel en tant que symptôme, les premiers temps d'une thérapie familiale seront tout de même consacrés à l'évaluation, l'évocation des faits transgressifs. Des auteurs préconisent de débiter par des entretiens individuels, puis dyadiques, souvent en séparant les personnes impliquées (101). Il faudra soutenir les rythmes de chacun et de la famille, en tenant un cadre, en préservant les plus jeunes et en respectant « les blessures narcissiques anciennes des adultes qui, comme l'expérience le démontre souvent, ont souffert de carences dans leur enfance » (104).

- Pharmacothérapie

Les psychotropes seront si besoin prescrits au cours d'une prise en charge multimodale, en association avec une psychothérapie individuelle ou groupale. Les benzodiazépines, les plus prescrites, diminuent l'anxiété et favorisent l'induction du sommeil, mais n'ont selon la Conférence de Consensus de la FFP pas fait la preuve de leur efficacité. Il conviendrait de les prescrire avec modération et pour de courtes durées car elles risquent de majorer les troubles mnésiques, de la concentration, et le ralentissement, conséquences psychotraumatiques fréquentes ; de plus, elles sont responsables d'une accoutumance qui risque d'entraîner des problèmes de sevrages. L'efficacité des antidépresseurs, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) principalement, a été évaluée positivement par de multiples études (30)(83). Ils luttent contre le syndrome intrusif et les troubles dépressifs particulièrement fréquents après les psychotraumatismes de ce type et possèdent de plus des propriétés anxiolytiques très utiles. Ils favorisent également le sommeil et ne provoquent pas d'accoutumance.

JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE CE TRAVAIL : LE REPERAGE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES, QUELLE PLACE POUR LE PSYCHIATRE TRAITANT ?

Nous l'avons vu, les violences sexuelles ont des conséquences psychotraumatiques spécifiques et graves. Malgré leur fréquence, le poids des représentations sociales dominantes qui s'exercent sur les victimes entraîne un isolement important, une sous-estimation de leur prévalence, et ainsi parfois une absence de prise en charge adaptée (médicale et juridique), voire engendre une survictimisation dans le parcours judiciaire ou le parcours de soins.

Malgré les préoccupations à ce sujet, nous n'avons pas recensé d'études ayant pour objet l'évaluation des pratiques et du point de vue des psychiatres. La plupart des travaux sur le sujet concernent principalement le vécu des patientes ou les pratiques des médecins généralistes (105)(8)(6).

A travers une étude rétrospective quantitative, déclarative, par enquête, nous avons :

- pour objectif principal d'établir un état des lieux des pratiques et des connaissances des psychiatres du Maine-et-Loire sur le thème du repérage, de l'accompagnement et de l'orientation des victimes de violence sexuelle. Elle permet de confronter leurs pratiques à une revue de la littérature relative à ce sujet, à la conférence de consensus de la FFP (84), et aux recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de santé. (17).
- pour objectifs secondaires, l'évaluation du point de vue des psychiatres sur les conséquences et la place du parcours judiciaire dans la réparation des victimes et l'identification des difficultés spécifiques associées au repérage et à l'accompagnement de ces victimes.

METHODES

L'outil de mesure est un auto-questionnaire anonyme, à contenu mixte, à questions fermées (choix unique, choix multiples), afin de faciliter le recueil de données, d'uniformiser les réponses, et de restreindre au maximum le temps de passation pour en augmenter la participation et la représentativité.

Population étudiée

L'enquête était adressée aux psychiatres, pédopsychiatres et internes en psychiatrie du Maine-et-Loire, exerçant une activité libérale ou hospitalière.

Les participants n'ayant pas répondu aux items relatifs aux « pratiques » et « connaissances » ont été exclus.

L'utilisation du terme « psychiatres » fera, en l'absence de précision, référence aux psychiatres, pédopsychiatres, et internes en psychiatrie ayant répondu à l'enquête.

Méthode de recueil

Nous avons choisi de réaliser un recueil par réponse en ligne uniquement. Le questionnaire a été édité sur le site de sondage SurveyMonkey® (Annexe III). Le lien du questionnaire a été communiqué par courrier électronique, à la suite d'une explication des objectifs de notre étude. Il était accessible du 18 décembre 2017 au 08 janvier 2018. Une relance a été effectuée après 10 jours. Des coordonnées d'associations nationales et locales, et des liens vers des sites et numéros de téléphone utiles pour les professionnels étaient proposés dans un second lien en fin de questionnaire (Annexe IV).

Le conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) ne nous a pas transmis la liste et les adresses électroniques des psychiatres. Il nous a informé que 195 psychiatres (Psychiatrie adulte et de l'enfant) exercent dans le département (n=90 libéraux et n=105 hospitaliers). Par ailleurs, quarante-six internes de psychiatrie sont actuellement inscrits en DES à l'UFR de médecine d'ANGERS.

Les adresses électroniques de 51 psychiatres libéraux ont pu être récoltées par échanges téléphoniques à partir des Pages Jaunes (n=37) ou directement grâce à des listes de courriels existantes pour la communication d'informations aux psychiatres (n=14). Vingt-deux psychiatres libéraux n'ont pas pu être joints par téléphone, 3 psychiatres ont refusé de communiquer leur adresse électronique. Quarante-vingt quinze psychiatres hospitaliers (CHU ANGERS, Centre de Santé Mentale Angevin, CH CHOLET, CH

SAUMUR) ont été contacté par l'intermédiaire d'un médecin de chaque établissement, via des listes de courriers électroniques communes. Enfin les internes en psychiatrie ont reçu le lien du questionnaire par l'intermédiaire de l'Association des Internes de Psychiatrie Angevine (n=46).

Au total nous avons diffusé ce questionnaire à 192 adresses électroniques de psychiatres et internes en psychiatrie.

Elaboration de l'enquête :

Ce questionnaire a été élaboré à partir des connaissances issues de la littérature actuelle et des recommandations sur le sujet, et a été testé sur six médecins au préalable. Le temps estimé pour y répondre était de cinq de minutes.

L'enquête comprend 13 questions (Annexe III), réparties en 3 parties :

- La première partie (question 1) s'intéresse aux caractères socio-démographiques des psychiatres (genre, nombre d'années d'exercice, mode d'exercice, orientation thérapeutique privilégiée) ;
- La deuxième partie (questions 2 et 3) quantifie le nombre de victimes de violence sexuelle rencontrées ;
- La troisième partie (questions 4 à 8) comprend une autoévaluation des connaissances des psychiatres (législation concernant un signalement à l'autorité judiciaire, contacts avec la justice), de leurs pratiques (repérage systématique, orientation vers les structures associatives et judiciaires, rédaction de certificats, perception de leurs connaissances, etc.). Elle les invite ensuite à donner leur point de vue au sujet du cadre thérapeutique dans la prise en charge de ces victimes, et de la place et des conséquences du parcours judiciaire dans la réparation. Elle questionne par la suite les psychiatres sur les difficultés rencontrées lors de ces prises en charge ;

Trois questions concernant la législation relative au signalement au procureur de la République et aux contacts directs avec des professionnels judiciaires ont été posées, afin de faire un état des lieux des connaissances des psychiatres interrogés dans ce domaine. Pour chaque item nous avons attribué une réponse correcte. Les voici :

« Le signalement d'une violence sexuelle est possible sans l'accord préalable de la victime si celle-ci est une mineure de plus de 15 ans. » : Vrai ;

« Le signalement au procureur de la République est obligatoire pour le médecin si un mineur lui révèle avoir subi une agression sexuelle. » : Faux, il ne s'agit pas d'une obligation de « signalement » (113) ;

« Avec son accord et pour l'intérêt de la victime, le psychiatre traitant peut accepter d'avoir un contact direct avec les enquêteurs ou les magistrats. » : Faux.

- La quatrième partie (questions 9 à 13) aborde la pratique des psychiatres à travers la prise en charge d'une (e) patiente (e) victime : motif initial de prise en charge, type de violence sexuelle (récente ou non, intra ou extra-familiale, isolée ou répétées), orientation vers la justice et d'autres professionnels, contacts avec des tiers.
- Enfin, un espace libre de rédaction permet l'expression de commentaires ou suggestions concernant la formation des psychiatres.

Analyse des données

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS 23. La mesure de l'association entre les deux co-variables qualitatives a été mesurée à l'aide d'un test du Chi-2, ou à l'aide du test de Fisher, si les conditions d'application du Chi-2 n'étaient pas respectées (effectifs théoriques étaient inférieurs à 5). Pour la comparaison de moyennes, nous avons utilisé le test de Student pour échantillons indépendants. Le risque de première espèce alpha était arbitrairement fixé à 5 %, une différence était considérée comme significative pour une valeur de p inférieure à 0,05.

Nous avons comparé dans un premier temps les pratiques, les connaissances et les points de vue des psychiatres en fonction des données socio-démographiques (années d'exercice, lieu et type d'exercice, genre). Nous avons ensuite comparé les pratiques d'orientation lors d'une prise en charge de victime de violence sexuelle, en fonction du type de violence (intra ou extra-familiale, ancienneté, répétition). Afin de faciliter la présentation des résultats, des regroupements deux à deux ont été établis. Ainsi, les réponses positives et négatives à l'échelle de type Likert ont été associées. Ont été regroupés les items « pas du tout d'accord » avec « plutôt pas d'accord » et « tout à fait d'accord » avec « plutôt d'accord ».

RÉSULTATS

Nous avons obtenu 90 réponses sur 192 psychiatres et internes en psychiatrie contactés, soit un taux de réponse de 46,6%. Cent dix-neuf personnes avaient validé la fin du questionnaire, mais 29 d'entre elles, n'ayant pas participé à la totalité des items relatifs aux « pratiques » et « perception des connaissances », ont été exclus.

1. Données caractéristiques descriptives de la population

Les données caractéristiques socio-démographiques et les orientations thérapeutiques des psychiatres participant à l'enquête sont détaillées dans le tableau IV.

Tableau IV. Données caractéristiques socio-démographiques et orientations thérapeutiques des psychiatres et internes en psychiatrie participants (N=90)

	Nombre de participants (N=90)	%
Genre		
Homme	34	37,78%
Femme	56	62,22%
Nombre d'années d'exercice*		
Moins de 5 ans	31	34,44%
Entre 5 et 10 ans	15	16,67%
Entre 10 et 20 ans	11	12,22%
Plus de 20ans	33	36,67%
Type d'exercice		
Psychiatrie adulte	48	53,33%
Pédopsychiatrie	14	15,56%
Interne en psychiatrie	28	31,11%
Lieu d'exercice		
Hôpital public	65	72,22%
Libéral	16	17,78%
Mixte	9	10,00%
Orientation thérapeutique		
TCC	17	19,10%
Psychanalytique / Psychodynamique	27	29,21%
Systémie	6	6,74%
Thérapie brève	10	11,24%
Pharmacothérapie	14	15,73%
Autre	16	17,98%

Notes * depuis le début de l'internat

2. Expériences de prise en charge des victimes de violence sexuelle

L'ensemble des psychiatres et internes ayant répondu à l'enquête avait déjà eu en charge des victimes de VS (n=90). Le nombre de révélations de VS subies reçues au cours des 12 derniers mois varie de 0 à 50 avec une moyenne de **5,7** par psychiatre ($\pm 7,7$). La médiane du nombre de révélations est de 3 (intervalle interquartile [2; 7]).

3. Les pratiques des psychiatres et la perception de leurs connaissances

Les pratiques des psychiatres et la perception de leurs connaissances dans le cadre de l'accompagnement des victimes de VS sont détaillées dans le tableau V.

Tableau V. Déclaration des pratiques et perception des connaissances par les psychiatres et internes participants

Items	Réponses des participants (n et %) (N=90)			
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Pratiques				
Je pose systématiquement la question d'un ATCD de VS en début de chaque PEC	18 (20%)	32 (35,56%)	31 (34,44%)	9 (10%)
J'oriente systématiquement vers une association locale d'aide aux victimes.	4 (4,44%)	23 (25,56%)	48 (53,33%)	15 (16,67%)
Je propose régulièrement de rencontrer la famille du(de la) patient(e) victime.	9 (10%)	21 (23,33%)	42 (46,66%)	18 (20%)
Perception des connaissances				
Je suis en mesure d'informer la victime sur ses droits et les étapes de la procédure judiciaire.	2 (2,22%)	35 (38,89%)	46 (51,11%)	7 (7,78%)
Je manque de formation pour l'accompagnement de ces victimes.	5 (5,56%)	22 (24,44%)	46 (51,11%)	17 (18,89%)
Je connais la symptomatologie du trouble de stress post-traumatique complexe.		17 (18,89%)	73(81,11%)	

Note : VS : Violence sexuelle

3.1. Analyse des pratiques des psychiatres : repérage, orientation, rencontre des familles

Ainsi, en regroupant réponses positives et négatives, moins de la moitié des psychiatres interrogés déclaraient poser la question d'un antécédent de VS en début de chaque prise en charge. En cas de révélation de VS, sept psychiatres sur dix affirmaient orienter le patient vers une association locale d'aide aux victimes (Figure 1).

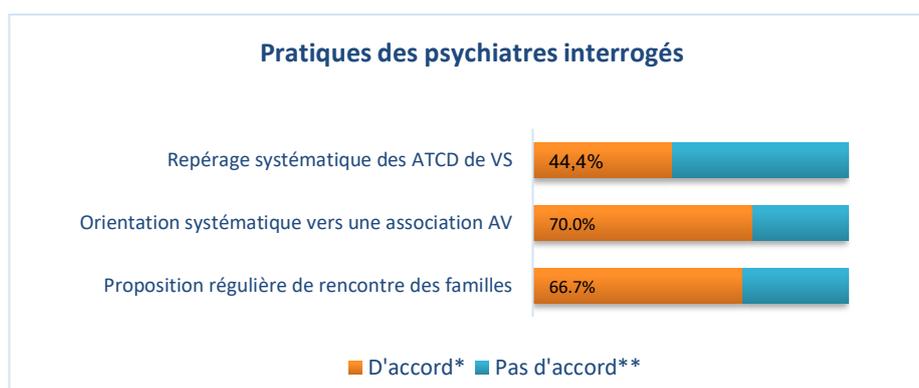


Figure 1. Déclaration des pratiques de repérage et d'orientation des victimes par les psychiatres participants (N=90).

(Notes : * Incluant « plutôt » et « tout à fait » d'accord ; ** Incluant « pas du tout » et « plutôt pas » d'accord ; ATCD : antécédent ; VS : violences sexuelles ; AV : Aides aux victimes)

Communication de certificats : En excluant les internes, seuls 22,6% des psychiatres interrogés avaient déjà communiqué un certificat au patient en cours de procédure judiciaire, mentionnant l'évolution clinique ou le traitement. Par ailleurs, un tiers des répondants déclaraient avoir déjà refusé de rédiger un certificat dans ce contexte (33,9%).

3.2. Analyse des perceptions des psychiatres sur leurs connaissances

La perception des connaissances des participants est détaillée dans la figure 2.



Figure 2. Perceptions de leurs connaissances par les psychiatres participants (N=90).
(Notes : V : Victime ; J : judiciaire)

4. Le point de vue des psychiatres sur la place du parcours judiciaire et le cadre thérapeutique

L'annexe V détaille les réponses précises à ces items (de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). Seuls 88 psychiatres ont répondu à ces items.

4.1. Les conséquences et la place du parcours judiciaire dans la réparation

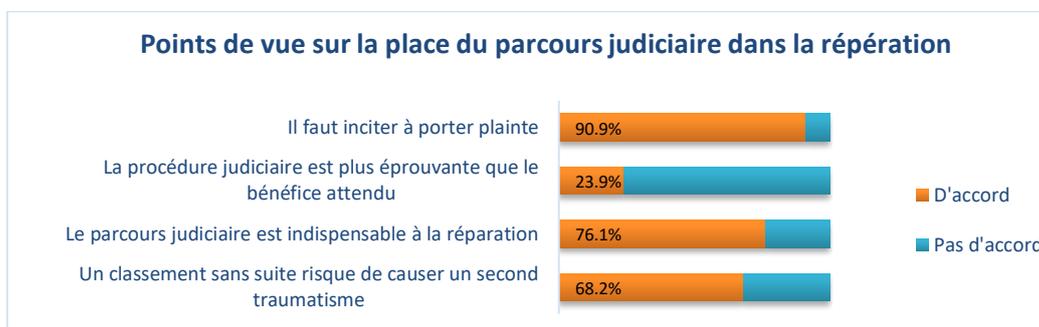


Figure 3. Point de vue des participants sur les conséquences et la place du parcours judiciaire dans la réparation (N=88)

4.2. Le cadre thérapeutique

Près de huit psychiatres sur dix estimaient que lors d'un entretien le psychiatre doit valider la parole de la victime, et qu'il faut garder une neutralité bienveillante. Pour une très large majorité, il faut aborder le ou les événements traumatiques (Figure 4).



Figure 4. Points de vue des participants sur le cadre thérapeutique dans l'accompagnement des victimes de VS (N=88)

5. Analyse des difficultés rencontrées dans ces prises en charge

L'annexe VI détaille les réponses précises à ces items (de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). En regroupant les réponses positives et négatives, près de sept psychiatres sur dix déclaraient qu'il leur était déjà arrivé de douter de la conduite à tenir après une révélation de VS par un(e) patient(e). Six sur dix auraient déjà douté de la crédibilité des propos d'un(e) de ces patient(e)s (Figure 5)

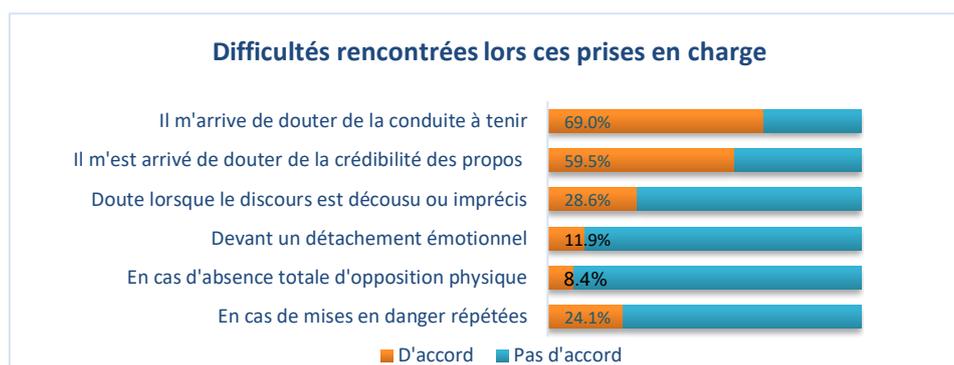


Figure 5. Difficultés rencontrées par les participants lors de la prise en charge des victimes de violence sexuelle (N=84)

6. Analyse de quelques connaissances de la législation

Sur les questions relatives au signalement au procureur de la République et aux contacts directs avec les enquêteurs ou magistrats (N=90) :

- Seuls 18,9% des psychiatres et internes répondaient correctement (non) à l'item relatif à l'obligation de signalement (« Le signalement au procureur de la République est obligatoire pour le médecin si un mineur lui révèle avoir subi une agression sexuelle »).
- Plus de la moitié cochaient la réponse exacte (56,7%) concernant la question de l'autorisation de signaler sans l'accord d'un mineur de plus de 15 ans (oui).
- Enfin 57,8% répondaient correctement quant à la possibilité de contacts directs avec les enquêteurs ou magistrats (non).

Au total, 5,6% des psychiatres ont répondu correctement aux trois questions, 34,4% à deux questions, 47,8% à une question et 12,2% à aucune question. Le nombre moyen de réponses exactes est 1,33 ($\pm 0,76$) et le nombre médian de bonnes réponses est 1.

7. Le(la) dernier(e) patient(e) victime pris(e) en charge

Les psychiatres participant étaient interrogés sur quelques éléments concernant une de leur dernière prise en charge de victime de VS. 11 participants ont signalé qu'il n'avait pas rencontré de situation récemment. 79 prises en charges ont donc été analysées.

7.1. L'âge des victimes lors de la prise en charge :

Près d'un quart des patient(e)s étaient mineur(e)s (24%, n=19) lors de cette prise en charge.

7.2. Les caractéristiques des violences sexuelles subies :

Plus de trois quarts des patients victimes (77%, n=61) avaient rapporté une(des) VS **ancienne(s)** (> 1 an). Un peu moins de la moitié avaient subi une(des) VS **intra-familiale(s)** (46%, n=36). Enfin, il s'agissait pour plus de la moitié des patients de violences **répétées** (57%, n=45).

7.3. Le motif initial du suivi

Les motifs initiaux de suivi pour ces victimes étaient principalement des troubles thymiques, dans plus d'un quart des cas (29%), des troubles anxieux (16%), des troubles post traumatiques ou de l'adaptation pour (15%), et des troubles de la personnalité (11%). Les troubles du comportement alimentaire (8%), les troubles psychotiques (5%), les troubles addictifs pour (5%) étaient moins fréquents.

7.4. L'orientation vers les professionnels et les contacts avec les tiers

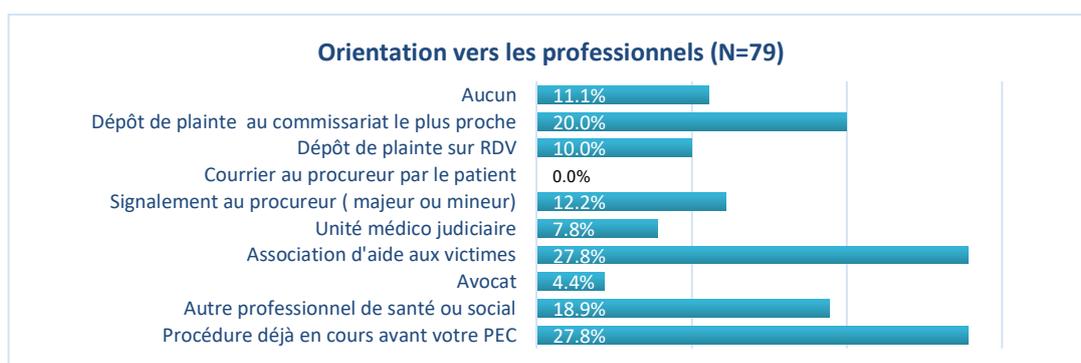


Figure 6. Orientation des patients vers les professionnels par les psychiatres participants, lors de la dernière prise en charge d'une victime de violence sexuelle (N=79)

L'orientation de ces dernières victimes par les psychiatres vers les professionnels est détaillée dans la figure 6. Enfin, près de quatre psychiatres sur dix ont été en contact avec la famille du patient dans le cadre du suivi (37,8%), 7,8% avec une association d'aide aux victimes, 2,2% avec les services de police et les magistrats et 42,2% n'ont été en contact avec aucun tiers.

8. Analyse comparative des pratiques, des connaissances et du point de vue des psychiatres

Nous avons comparé les réponses aux divers items selon plusieurs facteurs :

- Le nombre d'années d'exercice du psychiatre (début d'internat)
- Le type d'exercice psychiatrie adulte ou pédopsychiatrie (excluant alors les internes)
- Le lieu d'exercice hôpital ou libéraux (mixtes regroupés aux libéraux)
- Le statut : interne ou psychiatre
- Le genre du psychiatre
- Les connaissances de la législation et de la symptomatologie du TSPT complexe

Nous détaillerons ci-dessous les différences significatives.

8.1. Les différences dans les caractéristiques socio-démographiques des différents groupes

Il est à noter que les femmes étaient significativement plus nombreuses dans les psychiatres exerçant depuis moins de 10 ans participant à l'enquête (73,4% contre 50% de ceux qui exercent depuis 10 ans et plus ($p=0,019$)). Par ailleurs, il y avait un lien entre le lieu d'exercice et le nombre d'années d'exercice. 16% des libéraux et mixtes exercent depuis moins de 10 ans contre 64,6% des psychiatres exerçant à l'hôpital ($p=0,027$).

8.2. Comparaison des pratiques de dépistage systématique, d'orientation vers les associations, et de rencontre des familles :

Les psychiatres exerçant depuis moins de 10 ans, et les psychiatres hospitaliers étaient plus nombreux à poser systématiquement la question d'un antécédent de VS (figure 7).

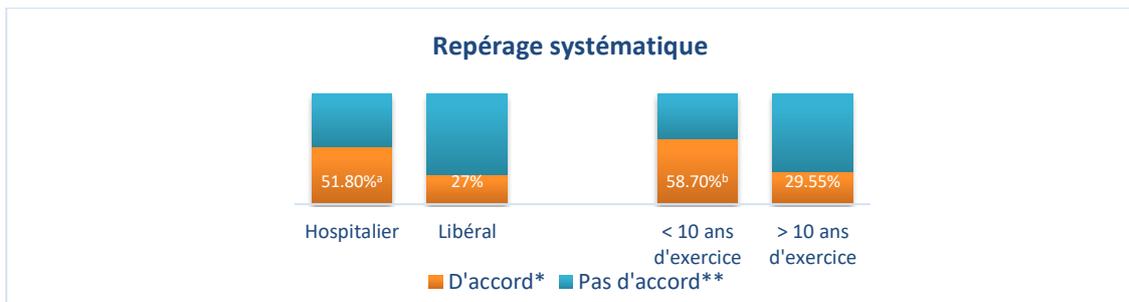


Figure 7. Analyse comparative des pratiques de repérage systématique des antécédents de violence sexuelle : les différences significatives.

(Notes. a : p= 0,05 ; b : p=0,005 ; * Incluant « plutôt » et « tout à fait » d'accord ; ** Incluant « pas du tout » « plutôt pas » d'accord)

Ces mêmes groupes proposaient davantage de rencontrer la famille du patient victime que leurs confrères (figure 8). Il n'y avait pas de différence dans les pratiques des internes et des psychiatres.

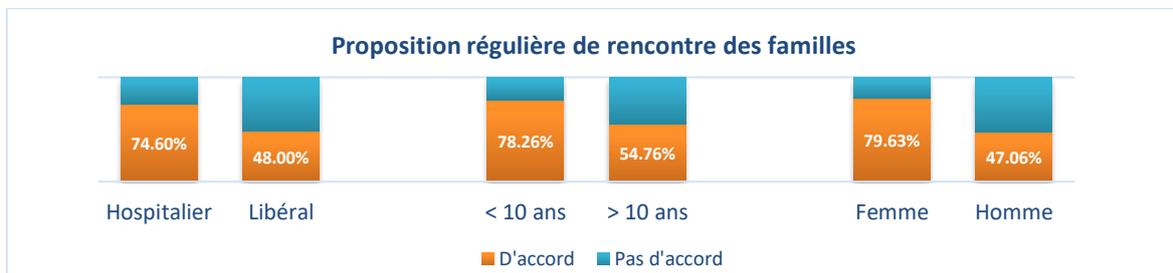


Figure 8. Analyse comparative des pratiques de rencontre des familles : les différences significatives

(Notes : dans l'ordre d'apparition p=0,017 ; p=0,019 ; p=0,002)

Enfin, les psychiatres adultes orientaient significativement davantage vers une association d'aide aux victimes (75% contre 35,7% des pédopsychiatres ; p=0,010).

8.2.1. La perception des connaissances et de leur formation

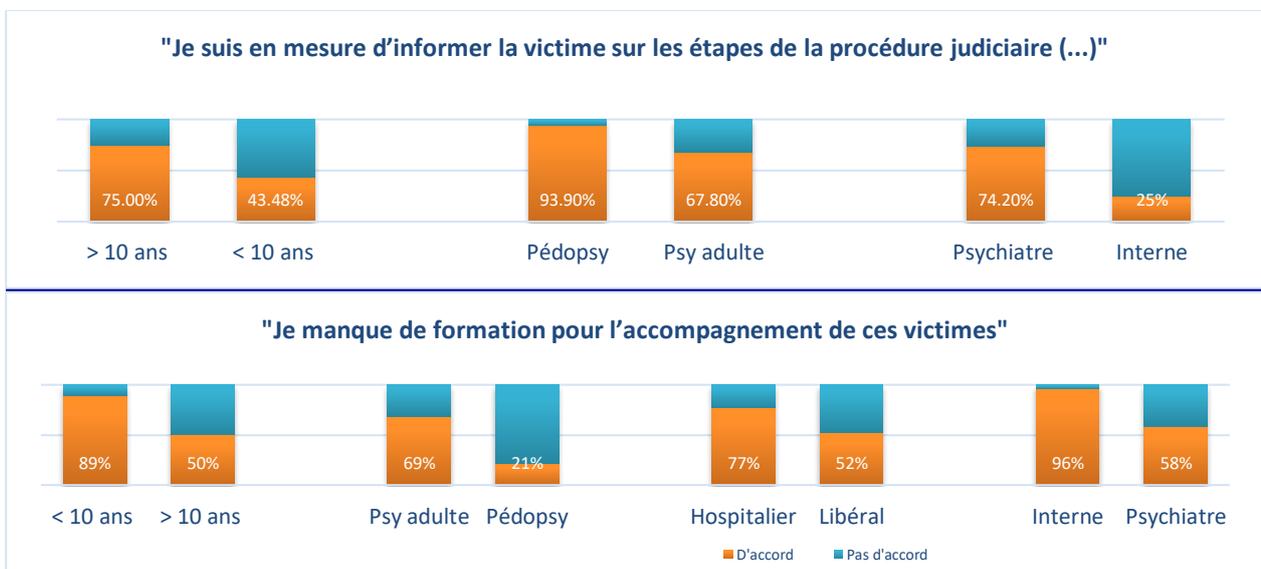


Figure 9. Analyse comparative des perceptions des connaissances des participants : les différences significatives

(Notes : dans l'ordre d'apparition : p<0,001 ; p=0,002 ; p=0,021 ; p<0,001 ; p=0,002 ; p=0,05 ; p<0,001)

8.3. Quelques connaissances de la législation

Le score moyen au « vrai/faux » concernant quelques connaissances de la législation était meilleur pour les psychiatres qui exercent depuis moins de 10 ans ($1,50 \pm 0,66$ points contre $1,16 \pm 0,83$ points pour les psychiatres exerçant depuis 10 ans et plus ; $p=0,034$). Il n'y avait pas de différence dans les autres groupes. A la question 10 : « Avec son accord et pour l'intérêt de la victime, le psychiatre traitant peut accepter d'avoir un contact direct avec les enquêteurs ou les magistrats », 66,7% des psychiatres adultes répondaient correctement contre 28,6% des pédopsychiatres ($p=0,011$).

8.4. Expériences de prise en charge de victimes de violence sexuelle

Les psychiatres hospitaliers déclaraient avoir reçu en moyenne davantage de révélations de VS dans les 12 derniers mois ($6,58 \pm 8,65$ révélations contre $3,17 \pm 2,85$ pour les psychiatres libéraux (et mixte) ; $p=0,008$)

8.5. Comparaison des points de vue sur le cadre thérapeutique et la place du parcours judiciaire dans la réparation

Les jeunes psychiatres (97,8%) et les hospitaliers (98,4%) pensaient davantage qu'il faut inciter la victime à porter plainte (contre 83,3% de ceux exerçant depuis plus de 10 ans ($p=0,025$) et 71% des libéraux ($p<0,001$)). Enfin, les hommes psychiatres pensaient davantage que, malgré un non-lieu, le parcours judiciaire est indispensable à la réparation de la victime (90,6% contre 67,2% des femmes ; $p=0,014$). Les pédopsychiatres étaient moins nombreux (75%) à penser que le psychiatre doit aborder les événements traumatiques en entretien (La totalité des psychiatres d'adultes ; $p=0,007$).

8.6. Selon les connaissances de la législation et de la symptomatologie du trouble de stress post-traumatique complexe

Il n'y avait pas de différence significative dans les pratiques selon la connaissance du TSPT complexe, ou selon les résultats aux quelques questions concernant la législation.

9. Analyse comparative des pratiques selon le type de violence et l'âge de la victime

Nous avons comparé les pratiques déclarées des psychiatres interrogés sur une des dernières prises en charges de victime de VS. De même que précédemment nous ne détaillerons ici que les résultats significatifs.

9.1. Selon le caractère intra ou extra familial des violences sexuelles

Lorsque la violence était intrafamiliale, les psychiatres ont significativement moins orienté leur dernier patient vers la gendarmerie ou le commissariat le plus proche (8,3% contre 33,3% lorsque la violence est extrafamiliale ; $p=0,008$).

9.2. Selon l'ancienneté des violences sexuelles

Lorsque les VS étaient récentes (< 1 an) les psychiatres ont davantage orienté les dernières victimes prises en charge vers une unité médico judiciaire (22,2% contre 4,9% pour les violences anciennes ; $p=0,044$) et vers un dépôt de plainte (44,4% contre 16,4% pour les violences anciennes ; $p=0,023$). En revanche, ils les ont significativement moins orientées vers une association d'aide aux victimes (5,6% contre 39,3% en cas de violence ancienne ; $p=0,007$). Seuls les psychiatres ayant en charge une victime de violence récente (<1an) ont eu, lors de la dernière prise en charge, un contact avec les services de police, les magistrats ou l'avocat du patient (11,1%, contre aucun en cas de violence ancienne ; $p=0,050$).

9.3. Selon le caractère répétitif ou isolé de(s) la violence(s) sexuelle(s)

Il n'y a ici pas de différence significative selon si la violence était isolée ou répétée.

9.4. Selon l'âge de la victime

Les psychiatres ont davantage rencontré la famille lorsque ce dernier patient était mineur (78,9% contre 32,2% pour les majeurs ; $p<0,001$). Lors de cette prise en charge, aucun signalement au procureur n'a été réalisé pour une victime majeure, contre près de six psychiatres sur dix lorsqu'il avait en charge une victime mineure (57,9%) ($p<0,001$).

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'enquête

1.1. Echantillon des psychiatres répondants

Malgré sa diffusion sur une durée restreinte, le taux de réponses a été de 46,6% (42,5% pour les psychiatres, 60% pour les internes). Celui-ci, particulièrement élevé dans le cadre d'une enquête auprès de médecins (105)(8), peut marquer un intérêt fort ou des questionnements importants quant à cette problématique.

Cependant, en dépit de la forte participation, l'échantillon total reste faible (N=90), et les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des psychiatres et internes exerçant en Maine-et-Loire. Nous n'avons d'ailleurs pas recensé de données socio-démographiques permettant de comparer cet échantillon à la population médicale, les informations accessibles sur la démographie médicale en Pays de Loire ne détaillant que celles relatives aux psychiatres libéraux. D'après les données communiquées par le CDOM, nous avons contacté davantage de psychiatres hospitaliers du département (95/105 contre 51/90 libéraux). Le taux de réponses était cependant meilleur pour les psychiatres libéraux (49%). Bien sûr, un biais de sélection ne peut être exclu, puisque la participation au questionnaire était basée sur le volontariat. Il est probable que les médecins ayant fait le choix de participer à cette étude étaient plus intéressés et sensibles à cette problématique et donc éventuellement mieux formés, influençant ainsi les résultats.

1.2. Questionnaire

L'originalité de ce travail concernait l'exploration des pratiques, du ressenti et des points de vue des psychiatres sur l'accompagnement des victimes de violences sexuelles. Cette enquête permet en partie de dresser un état des lieux global sur ce sujet, mais sa méthodologie, notamment par questions fermées ne permet pas d'en expliquer les fondements. En effet, l'élaboration d'un questionnaire à choix multiples, dans l'objectif de restreindre le temps de participation et d'en faciliter l'analyse, n'a pas permis aux participants de décrire précisément leur prise en charge, leur point de vue, ni d'exprimer librement les freins ressentis lors de ces situations particulièrement complexes et singulières. Les pratiques de repérage, d'orientation, et rencontre de tiers sont notamment nécessairement dépendantes du contexte. Il en résulte une perte d'information, mais surtout de nuance. Le choix d'un

nombre pair de modalités de réponses à l'échelle de type Likert (sans proposition « neutre »), afin d'évaluer plus clairement les points de vue et ressentis, a probablement majoré cet effet. Un entretien semi-dirigé aurait permis d'affiner nos résultats.

D'autre part, comme pour toute enquête déclarative, nous ne pouvons écarter un biais de désirabilité sociale pouvant influencer favorablement sur les réponses. Les questions 9 à 12, étaient basées sur le souvenir d'une des dernières prises en charge, afin de limiter ce biais. Cependant, un biais de mémoire était alors probable, avec des données approximatives. Il est possible que certains psychiatres se soient focalisés sur la dernière prise en charge ayant occasionné des contacts avec des tiers ou des questionnements, qui n'était pas nécessairement la dernière rencontre de victime.

Enfin, malgré son élaboration antérieure, nous ne pourrions ignorer l'influence du contexte de diffusion de cette enquête sur les résultats et la participation. Sa diffusion dans une période de débat actif, public, médiatique et politique quant à l'écoute et la prise en charge accordées aux victimes de VS, a probablement sensibilisé les psychiatres et internes interrogés à cette problématique.

Plusieurs points dans la construction du questionnaire peuvent également paraître critiquables :

L'item relatif au dépistage systématique aurait dû prendre en compte un antécédent de « tout type de violence », le repérage des violences sexuelles pouvant être intégré dans une question plus globale. Nous aurions également pu questionner le repérage sur signes évocateurs. Il aurait été intéressant d'interroger la formation des psychiatres, notamment en psychiatrie légale, en victimologie, ou en psychotraumatologie.

D'autre part, dans les démarches auprès des professionnels, à l'item 28, la modalité de réponse « rédaction d'une information préoccupante » n'a pas été proposée. De manière générale, le questionnaire a davantage été construit pour s'adresser aux psychiatres de l'adulte (questions sur les pratiques de dépistage systématique, sur la possibilité de contacts directs avec des tiers, avec les magistrats, incitation à un dépôt de plainte, etc.), mais nous avons fait le choix de ne pas exclure les pédopsychiatres qui sont tout autant, si ce n'est plus, confrontés à cette problématique.

1.3. Analyse statistique

Pour simplifier la présentation et la lecture des analyses comparatives, les réponses positives et négatives à l'échelle de Likert ont été comparées deux à deux. Toutefois, les cotations moyennes à l'échelle de Likert pour chaque item (de 1 pas du tout d'accord, à 4 tout à fait d'accord) ont initialement été comparées, cette analyse concluait à des différences significatives superposables.

2. A propos des résultats de l'enquête

Cette enquête auprès des psychiatres du département a permis de mettre en valeur plusieurs données intéressantes concernant le dépistage et la prise en charge des patients victimes de violence sexuelle.

2.1. Les expériences de prise en charge de victimes

Tous les psychiatres interrogés avaient pris en charge des victimes de VS. Parmi les derniers patients pris en charge, plus de la moitié avait subi des violences répétées, et 46% avaient rapporté une violence intrafamiliale. La population rencontrée par les psychiatres était donc à l'image des études épidémiologiques nationales sur les violences sexuelles (2).

Le nombre moyen de révélations d'antécédent de VS recueillies dans les douze derniers mois était plus élevé pour les psychiatres hospitaliers (6,58) que pour les libéraux (3,17). Cette valeur pourrait être associée à la pratique de dépistage plus fréquente déclarée par ces praticiens. Nous pouvons également faire l'hypothèse d'une orientation prédominante en milieu hospitalier dans le cadre de conduites suicidaires ou de mises en danger, s'intégrant dans les troubles consécutifs à ce type de violence.

2.2. Le dépistage systématique des violences anciennes

Dans notre étude, moins de la moitié des psychiatres déclaraient poser la question d'un antécédent de VS ancienne en début de chaque prise en charge. Ils étaient moins de trois sur dix parmi les libéraux et les psychiatres exerçant depuis plus de 10 ans. Si nous n'avons pas recensé d'études ayant pour objet l'évaluation des pratiques des psychiatres, plusieurs études françaises constatent que les médecins repèrent peu les victimes de violences physiques et sexuelles et de ce fait, ne les accompagnent pas suffisamment. Les médecins généralistes notamment ne feraient que peu de dépistage systématique (7 à 9 %) (105) (8)(6).

Les médecins sont les premiers professionnels auxquels les victimes de violences sexuelles ont recours, devant les forces de l'ordre et les travailleurs sociaux. Selon l'enquête CVS 2010-2015, elles sont notamment 33% à s'être adressé à un psychiatre ou un psychologue dans l'année suivant les faits (3); Pourtant, en dehors de ces consultations initiées par une minorité de victimes, beaucoup ne font aucune démarche, alors même que les conséquences de ces violences sur la santé physique et mentale sont considérables. Les patients consultent peu pour les conséquences psychiques de traumatismes anciens qu'ils n'associent pas à leurs souffrances actuelles ; ils se présentent plus fréquemment pour des troubles comorbides comme un état dépressif après une rupture vécue comme un insurmontable

abandon, un trouble anxieux ou somatique (5). Poser systématiquement la question augmenterait de façon significative le repérage des violences et serait bien accepté par les patients. En 2007, lors d'une enquête de repérage systématique des violences subies auprès de 557 patientes interrogées par des médecins généralistes (Seine-St-Denis), 90% des victimes de violences sexuelles en parlaient pour la première fois (6).

Ainsi, les experts de la Conférence de consensus de la FFP en 2003 portant sur les conséquences des maltraitances sexuelles, estimaient déjà que « les violences sexuelles, comme les autres types de maltraitances, récentes ou anciennes, devraient être systématiquement recherchées dans tout bilan clinique initial au même titre que les antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, allergiques, addictifs, judiciaires, etc. » (84). Poser systématiquement la question permettrait une seconde chance de reconnaissance, leur parole ayant souvent été négligée ou totalement niée.

Dans certains cas, la présence de troubles dissociatifs chroniques marqués, la confusion clinique entre hallucinations et symptômes intrusifs psychotraumatiques (comme la voix d'un violeur), ainsi que la dysrégulation de la gestion des émotions, peuvent induire en erreur dans l'orientation diagnostique (trouble psychotique, trouble de l'humeur, trouble de la personnalité antisociale, etc.), ce malgré une biographie marquée par la maltraitance sexuelle. La recherche de l'étiologie traumatique des troubles dissociatifs ou pseudo-psychotiques permettra d'orienter la prise en charge thérapeutique (4).

a) Les obstacles à la prise en charge médicale initiale

Les agressions sexuelles sont des violences qui dérangent, impossibles à penser, et qui faute de connaissance, peuvent être tolérées au même titre que par la société. Notre étude par questions fermées, n'a pas permis d'aborder les freins à ce repérage initial. Nous pouvons cependant noter que près de 70% des participants ont déclaré qu'il leur arrivait de douter de la conduite à tenir dans l'accompagnement des victimes de VS.

Plusieurs enquêtes auprès de médecins ont mis en évidence les problématiques en cause dans la difficulté à dépister plus largement les violences faites aux femmes. Il existait pour certains médecins généralistes une crainte d'être intrusif ou de « déclencher à nouveau le traumatisme, une crainte de ne pas savoir orienter ou prendre en charge », une plainte du manque de formation (8) (6). Leurs représentations des violences faites aux femmes étaient similaires à celles de la population générale (106). L'écoute était décrite comme indispensable pour les médecins, cependant, un malaise était associé à un sentiment d'impuissance. Il s'exprimait parfois par le doute, la méfiance et la banalisation.

Les difficultés étaient centrées sur l'ambivalence de la femme victime, les contraintes de l'exercice (manque de temps, manque de connaissance des réseaux), mais peu sur les barrières personnelles des médecins.

Cette réticence à poser la question existerait également chez certains psychiatres, et paraît pour G.Lopez, président de l'Institut de Victimologie, être une « défense de la part de ceux qui la formulent ». Il rappelle alors que les limites de l'intimité ou de la sphère privée sont définies par le Code pénal qui sanctionne les agressions sexuelles et les viols. (84)

b) Repérage : le cas des mineurs

Le cas des mineurs est bien évidemment singulier. Poser une question relative à un traumatisme ou aborder la sexualité génitale ferait intrusion chez les plus jeunes. Dans notre étude, seuls deux pédopsychiatres sur dix déclaraient poser la question d'un antécédent de violence sexuelle ancienne (21,4% n= 3/14) (contre 44 % des psychiatres d'adultes, sans différence significative probablement du fait de petits effectifs).

En revanche, cette pratique de dépistage est envisageable avec les adolescents dans certains cas et une vigilance aux signes évocateurs est toujours indispensable. La recommandation de la HAS 2011 sur le « Repérage et signalement de l'inceste par les médecins » rappelle qu'il faut envisager une possible maltraitance sexuelle chez tout mineur présentant un signe clinique sans explication cohérente ou devant toute modification de comportement inexpliquée, notamment si ces signes persistent dans le temps ou sont répétées. L'HAS souligne que cette hypothèse dépend beaucoup de la vigilance du professionnel « à penser à ce type de maltraitance, d'autant plus dans le cadre d'une maltraitance intrafamiliale où le mineur est souvent contraint au secret par son entourage (chantage, manœuvres de séduction, menaces sur le mineur ou sur l'un de ses proches, etc.) » (17).

Le dévoilement d'un mineur peut être tout à fait fortuit, soudain et parfois fluctuant (rétractation, variation des propos). Il est donc indispensable d'être en alerte pour y penser quel que soit le contexte. Aucune manifestation clinique ou comportementale de l'enfant n'est caractéristique d'une maltraitance sexuelle. Il faudra tout de même être attentif en cas de troubles du sommeil, de troubles du comportement alimentaire, de scarifications, de difficultés scolaires, ou de plaintes fonctionnelles peu spécifiques (céphalées, douleurs abdominales, etc.). En cas de doute, l'HAS recommande d'avoir un « entretien seul avec le mineur, quel que soit son âge et de le laisser s'exprimer spontanément, en

évitant de reformuler ou d'interpréter ses propos, en respectant les silences et en privilégiant les questions ouvertes » (17).

2.3. L'information et l'orientation vers la justice :

2.3.1. Les effets potentiels du parcours judiciaire

La procédure judiciaire reste le meilleur moyen de « réinscription symbolique des victimes comme sujet dans le groupe social, en particulier de celles qui n'ont jamais pu conquérir une place dans la famille, l'école, la société, etc. » (84). La majorité des psychiatres connaît l'importance de la Loi dans le processus de reconstruction des victimes de violence sexuelle ancienne ou récente.

Ainsi, trois-quarts des psychiatres interrogés estimaient dans cette étude que le parcours judiciaire est indispensable à la réparation de la personne victime de violence sexuelle. Cependant, près de 70% approuvaient également l'idée qu'un « classement sans suite risque de causer un second traumatisme », et pour un quart d'entre eux que le « parcours judiciaire est plus éprouvant que le bénéfice attendu ».

Dans la littérature internationale, si les données concernant les conséquences psychiques à long terme des violences sexuelles sont nombreuses, très rares sont les articles qui étudient spécifiquement les effets bénéfiques ou iatrogènes des procédures mises en place. Certains auteurs, tout en soulignant l'intérêt de la révélation des violences et de leur accompagnement, insistent sur les risques de survictimisation liés à certains programmes d'intervention et à la mise en doute de la parole des victimes. (107)

Cependant, la justice se positionne en tiers dans la dyade agresseur-victime, en redisant les interdits que sont la prohibition de l'inceste, du viol, et la condamnation des rapports sexuels entre adulte et mineur. Elle fait régner l'ordre préétabli, rappelle les règles, et peut permettre de soulager partiellement la culpabilité et la honte. Chez le mineur, le parcours socio-judiciaire assure déjà, et c'est son premier objectif, une mission de protection visant à empêcher la prolongation ou la récurrence de l'abus. Il doit conforter la victime dans la capacité qu'a la société de le protéger. Il vise par ailleurs à redonner à la victime son statut dans sa filiation et les générations. L'autorité judiciaire en énonçant l'interdit de la transgression vient rappeler l'obligatoire nécessité de garantir les distances entre les êtres (107).

2.3.2. La question de l'orientation vers la justice

Si la grande majorité des psychiatres (90%) considéraient dans cette étude que le psychiatre doit inciter un dépôt de plainte, ils n'étaient que sept sur dix parmi les psychiatres libéraux et ceux exerçant depuis plus de 20 ans. La faible réponse judiciaire amène souvent à certaines réflexions et questionnements dans les structures de soins en psychiatrie, sur le rapport à la Loi, la place à faire au judiciaire dans la prise en charge. Ces situations déclenchent des réflexions parfois vives de la part des intervenants, notamment dans la prise en charge des adolescents, entre ceux qui « se couvrent » derrière le judiciaire et les obligations de la Loi, et ceux qui « tempèrent », évoquant la confidentialité, parfois au risque de devenir complice.

Il est à noter que dans cette étude, lorsque les psychiatres étaient interrogés sur une prise en charge de victime de violence sexuelle, une orientation vers un dépôt de plainte était nettement plus fréquente lorsque la violence était extrafamiliale (33%), et plus rare lorsqu'elle était intrafamiliale (8%). Cette différence ne pouvait s'expliquer par la rédaction de signalement ou par l'âge de la victime, en l'absence de différence significative dans ces deux groupes. Nous pouvons supposer que le refus et l'ambivalence des patients, les éventuelles craintes de conséquences immédiates sur la dynamique familiale lors de ces procédures, soient parmi les causes de ces différences de pratiques.

Cette question de l'orientation vers la justice dérange, empêche de penser. D'une façon caricaturale, en dehors de la prise en charge des mineurs en danger imminent ou risque de récidive, la question pourrait être « à quoi bon porter en justice à propos de tels événements puisque dans bon nombre de situations le tribunal statue sur un non-lieu ? ». Par cette réflexion, le psychiatre se substituerait alors en quelque sorte à la justice et sortirait de son champ d'exercice professionnel. (108)

La question judiciaire n'appartient pourtant pas au soignant et est une réalité indispensable. Même si les réponses sont imparfaites, les lois évoluent avec notamment l'obligation au procureur de la République de motiver et notifier par écrit à la victime sa décision de classement sans suite, et l'allongement des délais de prescription qui permet de différencier les temps de prise en charge tant thérapeutique que judiciaire.

Le tout judiciaire comporte ses risques, le plus important, par l'incompréhension de sa mission et par une attente avide, d'installer le sujet dans une position passive de victime et ainsi qu'il perde ses capacités et ses ressources pour continuer à avancer.

Dans notre étude, seuls six psychiatres sur dix approuvaient l'item « en entretien le psychiatre doit se référer constamment à la loi ». Certains auteurs suggèrent pourtant que le psychiatre devrait constamment se référer au Code pénal pour rappeler les interdits, qualifier les faits, et proposer une procédure judiciaire, sans minimiser les réelles difficultés que cela représente (105). Les experts de la conférence de consensus de la FFP recommandent d'encourager un dépôt de plainte et de préciser les délais de prescription des faits. Il peut être nécessaire de communiquer au patient une information sur ce que le parcours judiciaire pourrait lui apporter, notamment en terme de reconstruction symbolique de sa personnalité.

Il s'agit aussi d'analyser les résistances, mais surtout « ne jamais faire pression pour éviter de reproduire une relation d'emprise, bien souvent responsable des troubles, et ne pas en faire une condition nécessaire à la prise en charge » (106).

La question est bien comment préparer et aider le patient dans cette démarche, en gardant en tête les représentations propres au soignant, et ce qu'elles induisent dans la relation.

2.3.3. L'information sur la procédure judiciaire

Plus de quatre psychiatres sur dix ne s'estimaient pas en mesure d'informer la victime de VS sur ses droits et les étapes du parcours judiciaire. Pourtant, quels que soient leur âge ou leur condition, les victimes sont souvent réticentes à déposer plainte. Si le psychiatre n'a pas toujours les connaissances pour donner à la victime des informations certaines, exhaustives et détaillées, il doit connaître quelques éléments de la procédure judiciaire pour diriger la victime si celle-ci en fait la demande ou si cela paraît être dans son intérêt.

a) La plainte

Lors de leur dernière prise en charge de victime de VS, les psychiatres ont orienté 30% des victimes vers un dépôt de plainte : 20% dans le commissariat le plus proche, 10% sur rendez-vous. L'accompagnement peut consister à orienter le patient vers le service le plus adapté à recevoir sa plainte : il peut se rendre spontanément dans un service de police ou de gendarmerie « choisi en fonction de son domicile ou du lieu de commission des faits sans se préoccuper des règles de compétence » (110). Tout service de police judiciaire est tenu de recevoir les plaintes déposées par les victimes d'infraction à la loi pénale. La victime devra veiller à ce que sa plainte soit « réellement recueillie par procès-verbal et non sous forme de main courante, procédure simplifiée parfois choisie

pour des affaires jugées de peu d'importance mais qui ne doit pas être utilisée en matière de maltraitance sexuelle » (Conf.Consensus FFP 2003) (84).

Si les faits sont anciens, la victime peut téléphoner dans un service de police ou de gendarmerie pour prendre rendez-vous avec un professionnel référent, formé à la prise en charge de ce type de violence. Il peut être conseillé à la victime de rédiger un écrit relatant précisément les faits, permettant de préparer les auditions.

Enfin, elle peut s'adresser par courrier au procureur de la République. Ce dernier demandera à un service de police ou de gendarmerie d'enquêter sur les faits dénoncés et d'entendre notamment le plaignant. Aucune victime n'a été orientée vers ce procédé dans notre étude.

Les principales étapes du parcours judiciaire sont détaillées en Annexe VII.

b) La prise en charge médico-judiciaire

Lors de la dernière prise en charge, 8% des victimes ont été orientées par les psychiatres vers une unité médico-judiciaire, 22% lorsque les faits dataient de moins d'un an. La prise en charge immédiate des victimes doit être assurée par des médecins formés pour prendre en compte les aspects médicaux et judiciaires, le plus souvent au sein d'une unité spécialisée médico-judiciaire ou médico-légale rompue aux procédures. Il s'agira dans un premier temps de constater les blessures physiques et psychiques de la victime, de recueillir les indices biologiques, d'effectuer les soins d'urgence et d'orienter la victime. Dans les agressions sexuelles récentes (moins de 8 jours), il est préférable que cet examen soit réalisé dans le cadre d'une réquisition judiciaire, après un dépôt de plainte (80). Un certificat médical sera remis à l'autorité judiciaire requérante. Si la personne ne souhaite pas déposer plainte, les examens et les prélèvements doivent être réalisés comme dans un cadre médicolégal, et un certificat complet doit lui être remis et une copie est gardée au dossier.

c) Le cas des mineurs

Dans notre étude, les dépôts de plainte concernaient 42% des cas lorsque la victime était mineure. Un mineur victime d'une infraction peut porter plainte lui-même et peut ainsi signaler toute infraction dont il est victime à la justice. Mais s'il veut être impliqué dans le reste de la procédure et se constituer partie civile, il devra obligatoirement être représenté par une personne majeure (ses parents, ses représentants légaux ou un administrateur ad hoc désigné par la justice, lorsque les parents du mineur ne peuvent pas défendre ses intérêts). Si la victime est mineure, le médecin doit inciter les parents à

porter plainte. Si le parent ne fait pas la démarche du dépôt de plainte ou que l'agresseur potentiel est un des parents, il appartient au professionnel de santé de signaler les faits aux autorités judiciaires ou médicales (111). Une alternative, en cas de présomption de maltraitance sexuelle, est d'orienter le mineur vers une équipe hospitalière habituée à ces cas, permettant de protéger l'enfant, de partager l'information et de réaliser un bilan global pour apprécier la situation.

2.4. Le signalement à l'autorité judiciaire

Lorsque la victime n'a pas déposé plainte, le médecin a un rôle de signalement à l'autorité judiciaire dans certaines circonstances.

a) Signalement de violences commises sur une personne mineure ou un adulte vulnérable

Lorsque la prise en charge concernait une victime mineure, 58% des psychiatres ont déclarés avoir réalisé un signalement auprès du procureur de la République. La proportion de médecins à l'origine de signalements est mal connue et à prendre avec précaution : le Dr Grouchka, membre du collège de la Haute Autorité de Santé, a affirmé que seuls 5% des signalements pour maltraitance émanaient des médecins (107), mais nous n'avons pas recensé de source officielle étayant ce chiffre.

L'article 226-14 du Code pénal autorise le médecin à signaler, notamment au procureur de la République, les privations ou les sévices (y compris sexuels) commis sur un mineur ou un adulte vulnérable, dont il a eu connaissance, ou s'il a constaté des éléments permettant de les suspecter (10). Il s'agit alors bien d'une possibilité de déroger au secret professionnel, et non d'une obligation de signalement pour le médecin comme l'indique le rapprochement de ces dispositions avec celles de l'article 434-3 du Code pénal réprimant la non-dénonciation des sévices et qui exclut expressément leur application aux personnes tenues au secret professionnel (113). Il convient de rappeler cependant qu'en cas de constat de sévices infligés à un mineur, un médecin ne saurait rester passif et sans protection de l'enfant sans encourir les peines prévues à l'article 223-6 du Code pénal réprimant la non-assistance à personne en danger. Ainsi, s'il est confronté à une maltraitance et en l'absence de moyen de mettre immédiatement l'enfant à l'abri (hospitalisation, absence de contact avec l'agresseur), le médecin doit la signaler aux autorités judiciaires (109).

Les psychiatres interrogés dans cette étude étaient très nombreux à ne pas connaître cette nuance : Plus de 78% des pédopsychiatres, 83% des psychiatres d'adultes et 79% des internes approuvaient l'item relatif à l'obligation de signaler en cas de révélation par un mineur d'agression sexuelle.

La récente loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 clarifie la procédure de signalement et facilite le signalement des médecins en les protégeant de toutes poursuites (110). Le signalement aux autorités compétentes « ne pourra engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi ». La « bonne foi » peut se définir comme la croyance juste de se trouver dans une situation conforme au droit.

En pratique, il s'agit de transmettre le signalement par écrit (fax puis courrier) après avoir prévenu le procureur de permanence par téléphone. Le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour faire un signalement, mais il doit mentionner uniquement ce qui a été rapporté, entendu ou constaté, sans interprétation personnelle. Il doit veiller à rapporter exactement la formulation donnée, en utilisant le conditionnel et en relatant tous les propos entre guillemets. Il ne nomme, entre guillemets, un auteur présumé que s'il a été clairement nommé. Il ne doit pas qualifier l'infraction (viol, agression sexuelle), cette compétence relevant des compétences de l'autorité judiciaire. Il peut utiliser le formulaire type de signalement du Conseil national de l'ordre des médecins. Une copie du signalement doit être conservée, et n'a pas à être transmise aux parents, ni au mineur (111).

Depuis 2004, la notion de mineur de 15 ans a disparu de l'article 226-14 au profit de la simple notion de minorité légale de 18 ans. Le signalement est donc possible sans l'accord préalable de la victime si celle-ci est mineure. Les psychiatres interrogés n'étaient que 56% à connaître cette modification. Pouvons-nous supposer que certains ne signalent pas des faits de violences sur mineur de plus de quinze ans faute de consentement du jeune ?

La situation d'un mineur qui n'est plus en danger, mais qui révèle une situation d'abus ou de violence sexuelle, laisse plus de temps, et permet de sortir de l'urgence, d'autant plus que la loi le favorise (délai de prescription après la majorité). Il peut être intéressant que l'adolescent puisse prendre position et porter plainte lui-même (17), comme il sera parfois important que les parents prennent ce rôle de protection en déposant plainte. Rappelons que dans notre étude, lorsque la victime était mineure les psychiatres déclaraient 42% d'orientation vers des dépôts de plainte.

En dehors des situations à caractère de gravité, il est également possible pour le professionnel, de transmettre des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, à la Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation de l'information préoccupante (CRIP) (Art L226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles).

b) Signalement de violences commises sur une personne majeure

Aucun signalement dans le cadre de prise en charge de victime majeure n'a été rapporté par les psychiatres dans cette enquête. L'article 226-14 alinéa 2 du Code pénal permet au médecin, avec l'accord de la victime, de déroger au secret professionnel et de signaler les violences, y compris anciennes, au procureur de la République. Il est important pour le médecin de connaître et d'informer les victimes de cette dérogation qui permet de faciliter les démarches. (105). Elle permet, lors d'un accueil en urgence, de réaliser un examen dans les conditions d'une réquisition, assurant une meilleure validité des preuves.

2.5. Le cadre thérapeutique

Quel que soit l'approche thérapeutique choisie, la prise en charge d'une victime sera très difficile si le suivi est dérangé par tous les obstacles rencontrés après une révélation, évoqués en introduction de ce travail. La confrontation à l'incompréhension des proches, aux questionnements et à la faible réponse des professionnels judiciaires et médico-sociaux, est une forme de maltraitance sociale, qui aggrave l'état des sujets traumatisés. Elle entraîne une sur-victimisation ou victimisation secondaire.

2.5.1. Les risques d'évènements traumatiques secondaires survictimisants lors des soins

Les psychiatres sont parfois les premiers à accueillir la parole de la victime. La honte est souvent telle qu'une parole maladroite, une réflexion peuvent faire perdre à la victime toute confiance. Les questions posées sur l'intimité ou sur les épisodes traumatiques peuvent être interprétées comme une curiosité et un jugement. Les modalités d'accueil, le choix des mots et le cadre thérapeutique doivent donc être anticipés (107).

Dans cette étude, 95% des psychiatres interrogés déclaraient approuver l'item « les évènements traumatiques doivent être abordés en entretien ». Ce chiffre va dans le sens des recommandations de la conférence de consensus. Pourtant selon G.Lopez, les victimes se confrontent parfois à des

psychiatres qui les entraînent dans des psychothérapies où le traumatisme subi est négligé en se concentrant sur leur enfance, leur famille, etc. Cela tiendrait à une « difficulté héritée de certains courants analytiques qui postulent que les troubles psychotraumatiques actuels sont liés dans l'«après-coup» aux avatars de la structuration œdipienne de la personne » (5). Cette notion est définie par Laplanche comme le fait que « des expériences, des impressions, des traces mnésiques sont remaniées ultérieurement en fonction d'expériences nouvelles. » La notion « d'après coup » permettrait la résurgence d'un contenu psychique inconscient qui vient prendre une place différente et inassimilable pour le moi, par le biais des associations initiées par un évènement extérieur (6).

La question de la crédibilité

Par ailleurs, dans cette enquête, près de 60% des psychiatres et internes interrogés déclaraient qu'il leur était déjà arrivé de douter de la crédibilité des propos de patients révélant des violences sexuelles. Un quart d'entre eux en avait notamment douté en cas de mises en danger répétées de la victime (24%) ou lorsque son discours était décousu ou imprécis (28%).

Chez l'adulte comme chez l'adolescent, les fausses allégations sont très rares en comparaison des situations réelles. Elles sont le plus souvent facilement identifiées, devant des récits multiples et particulièrement changeants avec notamment l'absence d'une préservation du secret et une reformulation spontanée à différentes personnes (112). Toutefois, il est intéressant d'analyser ces situations paraissant affabulées ou exagérées. Dans de nombreux cas en effet, une situation actuelle perçue comme traumatique peut faire écho avec une situation d'abus sexuels plus anciens, qui colore l'acte présent d'une toute autre signification. En fait, on retrouve beaucoup plus de fausses rétractions que de fausses allégations. (113)

La crédibilité du discours paraît pourtant parfois incertaine, alors qu'il est attendu que celui-ci soit détaillé, rationnel et cohérent. Le récit de la victime est rendu flou et imprécis par la dissociation traumatique liée à la déconnection du circuit émotionnel, les souvenirs n'étant pas intégrés en mémoire autobiographique. Les sujets ont bien souvent des doutes sur le déroulement de l'agression subie, avec un vécu d'irréalité, une amnésie des certains aspects, et une difficulté à préciser certains repérages temporo-spatiaux. L'absence de réaction et l'apparente anesthésie émotionnelle associée, comprise par l'entourage comme du détachement, vont agacer, entraîner des jugements négatifs, voire une grande indifférence. D'après M.Salmona, « plus leur interlocuteur sera incrédule ou agacé, plus elles seront dissociées et perdues. » (114)

Enfin, selon G.Lopez, l'identification projective peut entraîner des contre attitudes de rejet chez les professionnels. Les victimes de traumatismes répétés, par leur comportement de répétition littérale (mises en danger, violences conjugales, toxicomanies, révélations tardives d'agressions sexuelles vécues dans l'enfance etc.), perdent parfois leur crédibilité et génèrent des sentiments d'incompréhension irritée de la part des certains professionnels. Ces derniers, s'alliant involontairement avec l'auteur, ignorent le mécanisme de revictimisation (Institut de victimologie)(88).

Il arrive que certains psychiatres pointent le surinvestissement de l'identité de victime. Cette question n'a pas été abordée dans cette enquête. D.Casoni, à partir du traitement psychanalytique de victimes d'agression sexuelle, constate « l'importance qu'accorde l'individu à une identité de victime » (115). Ce surinvestissement permettrait au patient de maintenir à l'écart son vécu de culpabilité et de rationaliser sa violence pulsionnelle, dans le cadre d'une stratégie défensive. La difficulté serait alors que ces défenses empêchent toute élaboration psychique. S.Lesourd précise que le danger serait de réduire le patient au traumatisme subi, de le réduire à une position passive de devoir dépendre de l'autre, « au risque de fixer les symptômes » (120).

2.5.2. L'aménagement du cadre de soin

La prise en charge thérapeutique se base sur une bonne connaissance de la problématique des victimes et en particulier des victimes d'agressions sexuelles.

Dans notre étude, 80% des participants estimaient que le psychiatre doit valider la parole de la victime, ce malgré la présence occasionnelle de doute sur la crédibilité des propos. Cela va dans le sens des recommandations. Les experts de la conférence de consensus de la FFP notaient en effet que le psychiatre n'a, quand il n'est pas en position d'expert, « aucune raison de ne pas croire le sujet qui dévoile avoir subi un crime ou un délit » et doit clairement le signifier à son patient. Selon C.Jonas, le psychiatre doit savoir se contenter d'un récit flou, elliptique et brouillé par l'émotion (121).

Pourtant, 83% des psychiatres interrogés approuvaient également l'item « en entretien le psychiatre doit garder une neutralité bienveillante ». Selon Brenot, il est important, que le thérapeute soit « un écoutant actif représentant de la société et pouvant (12) des opinions claires par rapport à la loi, afin que la personne se sente confortée dans la réalité de ce qu'elle a vécu ». En cela, l'écoute passive silencieuse et l'approche psychanalytique ne sont pas indiquées pour les victimes de viol et d'agressions sexuelles (122). Ainsi dans la conférence de consensus, il est précisé la nécessité de faire preuve

d'empathie active, « la neutralité bienveillante nécessaire pour prendre en charge un sujet névrosé, étant particulièrement malveillante pour ces sujets ». E. PIET recommande d'informer les victimes sur la prévalence des violences sexuelles, sur les mécanismes impliqués dans les réactions péritraumatiques (la sidération et la prostration notamment) et d'expliquer la stratégie de l'agresseur afin d'accompagner la culpabilité des victimes (109). Les victimes expriment en effet souvent leur honte ou leur culpabilité. La tentation est grande alors de la nier par des paroles toutes faites (« vous n'y êtes pour rien, il ne faut pas... »). Minimiser ces émotions, est un rejet du vécu du sujet et engendre un risque de rupture du dialogue. Le sujet se réapproprie la responsabilité de l'évènement par ce mécanisme de défense. Il est alors plus soutenant de signifier que ces émotions présentes sont susceptibles d'évoluer et de s'atténuer avec le temps, et qu'elles sont fréquentes chez les victimes pour diminuer leur vécu d'isolement face à la culpabilité (106).

Les principes cliniques de la psychothérapie consistent alors à donner la parole à une victime avec pour objectif d'ordonner ses souvenirs et de donner un sens au traumatisme. Les seules interprétations possibles sur le (non)sens des violences subies consistent à critiquer les systèmes agresseurs qui les légitiment. Cette réécriture du scénario traumatique est donc souvent de l'ordre de la « critique des processus de domination et d'emprise, pour traiter le dispositif de défense dans lequel les troubles dissociatifs sont déterminants » (20).

Gérard Lopez, dans la Conférence de consensus de la FFP de 2003, définit ainsi les grands principes d'aménagement du cadre :

- « Poser clairement des questions sur le passé traumatique de tous les patients, dès la première consultation.
- Valider la parole de la victime pour ne pas se faire le complice involontaire du déni caractéristique du système de domination.
- Faire preuve d'empathie active
- Se référer constamment à la Loi, seul cadre de référence.
- Etablir une relation de confiance, processus difficile pour les sujets victimes d'agressions sexuelles anciennes et répétées, trahis par ceux qui étaient chargés de les protéger.
- Eviter le silence qui rappellerait la loi du silence caractéristique du viol ou de l'emprise.
- Ne pas occulter le ou les évènements traumatiques.
- Permettre une critique du système de domination qui a protégé l'agresseur, aveuglé les proches, les institutions et les professionnels de la santé.

- Ne jamais imposer un dépôt de plainte comme préalable indispensable au travail thérapeutique, mais rappeler les dates de prescription judiciaire. »

Selon cet auteur, plus que la technique psychothérapeutique, c'est la qualité de la relation qui est thérapeutique.

2.6. L'orientation dans le réseau d'accompagnement social et judiciaire

Soixante-dix pour cent des psychiatres interrogés dans notre étude déclaraient orienter systématiquement leurs patients vers une association locale d'aide aux victimes. Lorsqu'ils étaient interrogés sur une prise en charge en particulier, ils n'étaient que 28% à avoir orienté leur patient vers une association. Cette pratique était plus fréquente (39%) lorsque les faits étaient anciens.

En fait, en cas de violence sexuelle datant de moins d'un an, seuls 6% des psychiatres avaient pensé à ce recours.

Le guide de l'HAS (2007), « Affections psychiatriques de longue durée : Troubles anxieux graves », souligne pourtant l'importance du soutien psychosocial ainsi que de l'aide associative et juridique : « Le soutien psychosocial est essentiel chez la plupart des patients victimes de traumatismes graves (viols, accidents, attentats, etc). L'information du patient sur son trouble et sur ses droits est essentielle, et peut être facilitée par le soutien d'associations de patients ou d'aide aux victimes (assistance juridique, psychothérapies, etc.). »(86).

La spécificité de l'aide psychothérapeutique apportée aux victimes d'infractions pénales, et notamment sexuelles, « réside dans son lien très étroit avec les aléas de la procédure pénale, amenant ainsi à une pratique psychothérapeutique très largement infiltrée d'éléments de la réalité judiciaire (traitement psychothérapeutique et traitement pénal sont comme intriqués) » (82).

L'information et l'accompagnement des victimes sur le plan judiciaire font partie de la prise en charge et d'autant plus lorsqu'il s'agit de violences sexuelles. C'est dans ce domaine que le travail en réseau prend toute son importance. Savoir orienter ces patients vers des associations spécialisées et compétentes pour ces questions doit faire partie de la palette du professionnel de santé, afin aussi de préserver un cadre strictement thérapeutique (119).

Le carnet de correspondants des psychiatres devrait comporter les coordonnées des associations compétentes dans l'aide aux victimes, de services sociaux, d'avocats spécialisés, etc.

Cette orientation permet de déléguer ce qui ne relève pas de leurs compétences pour mettre en place une prise en charge globale du patient. Les victimes y seront ainsi informées sur les difficultés liées à la procédure, sur le choix de constitution de partie civile, sur le principe de présomption d'innocence, la procédure d'indemnisation devant les juridictions pénales et devant la commission d'indemnisation des victimes d'infraction (CIVI), les règles du fonctionnement contradictoire, l'intérêt des expertises, le rôle du médecin de recours, etc. (68)

Les offres associatives locales dans le Maine et Loire et les missions des principaux acteurs ont été répertoriées dans le lien qui était accessible pour les psychiatres après le questionnaire. Il est présenté en Annexe IV.

Il est important de préciser le possible recours au SPIFEV (Service pour les professionnels d'information femmes et violences), standard téléphonique à destination des professionnels de santé, créé par l'UMJ d'Angers, dans l'optique d'améliorer le travail de partenariat entre les principaux professionnels des Pays-de-la-Loire. Les médecins peuvent ainsi bénéficier des conseils en temps réel des différents professionnels de l'UMJ (médecin légiste, infirmière, assistante sociale...). (127) (124)

Les associations nationales d'aide aux victimes accompagnent les personnes victimes dans leurs démarches sociales et judiciaires. Certaines associations de victimes sont spécialisées dans le domaine des violences sexuelles. Elles dénoncent par exemple les violences concernant les mineurs, l'inceste, et permettent un soutien aux victimes d'agressions sexuelles grâce à des centrales d'écoute et des actions locales (AIVI, CFCV, etc.). Les associations d'aide aux victimes adhérentes à l'Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation (INAVEM) ne sont pas spécialisées dans les violences sexuelles, mais accompagnent régulièrement dans les procédures d'indemnisation, auprès de la CIVI notamment ; Enfin, les associations féministes et les associations de lutte contre les violences faites aux femmes (AVFT, CNIDFF, Solidarité femmes) peuvent offrir un soutien aux victimes en organisant des groupes de parole et un relais vers des centres d'hébergement. (68)

2.7. Les relations avec les tiers

Ce rôle d'accompagnement impose assez souvent des relations avec les tiers. Selon C.Jonas, le psychiatre traitant, « s'il n'est pas un auxiliaire de justice, ne doit pas se retrancher derrière une conception erronée du secret professionnel et de la confidentialité qui serait à la fois contraire aux intérêts de sa patiente et à certaines règles juridiques et déontologiques »(121). Le psychiatre doit

parfois accepter d'être en contact avec les tiers, mais dans certaines situations maintenir un devoir de confidentialité.

2.7.1. Transmission d'informations

Au cours du parcours judiciaire, il n'est pas rare que la victime ou un tiers sollicite le médecin pour apporter des informations relatives au diagnostic, au traitement, à l'évolution de son état. Le médecin peut également être questionné sur la possibilité ou non de supporter une confrontation au cours de l'enquête ou de l'instruction. Il peut aussi initier cette démarche, s'il estime qu'il y va de l'intérêt de son patient. Selon C.Jonas, le psychiatre « ne doit alors pas oublier que les règles du secret professionnel continuent à s'appliquer ». Ainsi le psychiatre traitant ne devrait, durant la phase judiciaire, « n'avoir aucun contact direct avec les tiers. Il en est ainsi aussi bien avec les enquêteurs, les avocats, que les magistrats ». (121)

Dans notre étude, 43% participants ne connaissaient pas cette limite, et approuvaient l'item « Avec son accord et pour l'intérêt de la victime, le psychiatre traitant peut accepter d'avoir un contact direct avec les enquêteurs ou les magistrats ». Les pédopsychiatres étaient plus nombreux à considérer ces contacts possibles (71%), probablement dans le cadre d'enquêtes après un signalement.

Cependant, si la victime demande à obtenir des informations médicales précises sur son état de santé au moment de la consultation, sur l'évolution de celui-ci ou encore sur la symptomatologie qui pourrait orienter vers l'existence d'un antécédent de violence, elle est tout à fait en droit de les recevoir.

« Cela se fera par la rédaction d'un certificat remis en main propre à la victime et que celle-ci pourra si elle le souhaite produire en justice ou confier à son avocat. Cet aspect parfois essentiel dans le cours de la procédure judiciaire, est malheureusement souvent méconnu des psychiatres. » (C.Jonas) (121)

Dans notre étude en effet, seuls 23% des psychiatres interrogés avaient déjà communiqué un certificat au patient en cours de procédure judiciaire, mentionnant l'évolution clinique ou le traitement. D'autre part, un tiers des répondants déclaraient avoir « déjà refusé de rédiger un certificat dans ce contexte », alors qu'ils auraient un intérêt important au profit de la victime.

Si les freins n'ont pas été abordés dans cette enquête, cette réticence serait selon C.Jonas, le plus souvent liée à la connaissance imprécise des risques de la rédaction de ce type de document.

De fait il conviendra d'être prudent dans la rédaction d'un certificat de ce type. Sur la forme, il ne peut contenir que des constatations. La « difficulté provient des aspects subjectifs de la symptomatologie

psychique, notamment en cas d'agression sexuelle. Elle doit être décrite avec le maximum de précision et d'objectivité ». Les paroles rapportées du patient ou d'un tiers devront être inscrites entre guillemets ou énoncées au conditionnel. Il ne faudra pas mettre un tiers en cause dans un certificat. Il est par ailleurs indispensable de conserver un double du certificat.

2.7.2. La relation avec les proches

Enfin, dans cette situation douloureuse et traumatisante la victime aura besoin de l'accompagnement de ses proches. La loi du 4 mars 2002 permet une dérogation au secret professionnel vis-à-vis des proches et de la famille mais aussi de la personne de confiance sauf opposition du malade.

Dans notre étude, deux tiers des psychiatres participants affirmaient proposer régulièrement de rencontrer la famille des patients. Lorsqu'ils étaient interrogés sur une prise en charge en particulier, les psychiatres déclaraient davantage de contacts avec la famille lorsque le patient était mineur (79%) que pour un majeur (32%). Il pourra pourtant être utile, toujours avec l'accord du patient, et quelque soit son âge, d'avoir des contacts fréquents avec certains proches afin de les aider à mieux comprendre les réactions de la victime et ainsi à la soutenir et à « éviter un repli sur soi voire une position d'agressivité et de rejet de l'extérieur ». Parfois, comme souligné en introduction de ce travail, une thérapie familiale pourrait être utile. Il faudra cependant être prudent car dans de nombreuses affaires de violences sexuelles les proches sont directement ou indirectement en cause (84).

2.8. Perception des connaissances et formation

Près de six psychiatres sur dix et 96% des internes estimaient manquer de formation pour l'accompagnement des victimes de VS. Plus d'un quart des psychiatres participants et trois quarts des internes déclaraient ne pas être en mesure d'informer les victimes de VS sur leurs droits et les étapes de la procédure judiciaire. La méconnaissance de la loi et des parcours judiciaires a pourtant été citée comme facteur de sur-victimisation lors de la conférence de consensus de la FFP (84).

Ce manque de formation était davantage ressenti par les jeunes psychiatres (< 10 ans d'exercice), les psychiatres hospitaliers, et les psychiatres d'adultes.

Pourtant, les jeunes psychiatres obtenaient un score significativement meilleur au succinct quizz concernant quelques connaissances de la législation, et étaient par exemple plus nombreux, avec les hospitaliers, à déclarer pratiquer un dépistage systématique des antécédents de VS. Nous pourrions

alors faire l'hypothèse d'une meilleure sensibilisation actuelle à cette problématique, engendrant une perception du manque de formation.

L'article 51 du 4 août 2014 de la Loi pour l' « Egalité réelle entre les femmes et les hommes » instaure l'obligation de formation pour tous les professionnels en lien avec des femmes victimes de violences : « La formation initiale et continue des médecins (...) comporte une formation sur les violences intrafamiliales, les violences faites aux femmes et sur les mécanismes d'emprise psychologique. » Pour les étudiants en médecine, un item sur les violences sexuelles a été intégré dans les examens des « épreuves classantes nationales » (ECN) (arrête du 8 avril 2013), à partir d'un polycopié réalisé en collaboration avec la MIPROF. Ainsi depuis 2016, l'item 183 des ECN intitulé « Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles » a été remplacé par l'item 10 « Violences sexuelles » (125). Ce nouveau chapitre de l'ECN détaille les différents types de violences, l'épidémiologie et la législation, et décrit la prise en charge immédiate des victimes de VS. Le repérage et l'accompagnement de ces victimes y sont également abordés. Des études à distance seraient intéressantes pour déterminer si la mise en place de cette formation améliore le repérage et la prise en charge des violences par les futurs médecins.

S'il n'y a actuellement pas de cours dédié à cette problématique pour les internes en psychiatrie, ces derniers sont informés sur les violences sexuelles lors de différents cours dans le cadre du DES : dans le programme de psychiatrie adulte (psychotraumatologie, psychiatrie d'urgence, psychiatrie médico-légale, à travers les conséquences psychopathologiques des violences sexuelles (épisodes dépressifs, troubles anxieux, troubles de la personnalité, etc.)) et dans le programme de pédopsychiatrie (notamment sur l'enfant et sa famille, les troubles psychiques à expression somatiques, le travail en partenariat et réseaux (Aide sociale à l'enfance, signalements, CRIP, etc.)). Ils peuvent également, à Angers, avoir accès au diplôme inter-universitaire « Psychiatrie criminelle et médico-légale ».

Dans le Maine-et-Loire, des sessions de formation continue sont proposées chaque année à l'ensemble des professionnels, par le CHU et par la Délégation Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité et ses partenaires : sur les violences conjugales, animées par SOS Femmes avec d'autres intervenants ; sur les violences sexuelles, animées par le Planning Familial 49 (124).

Des séminaires et colloques d'une journée sont organisés en Maine-et-Loire chaque année pour les professionnels, élus, responsables d'associations, à l'Université d'Angers ou au CHU, avec le soutien de la Délégation Départementale aux Droits des Femmes et à l'Égalité. A titre d'exemples : Le 21 novembre 2017 « Les réponses judiciaires face aux violences conjugales » avec le CHU d'Angers ; le

25 novembre 2015 "Santé et victimes de violences conjugales : du dépistage systématique au travail en réseau".

CONCLUSION

Cette étude révèle que des progrès sont encore à réaliser dans le dépistage systématique des violences sexuelles, pratiqué par 44% des psychiatres et internes interrogés. Il apparaît que de nombreux praticiens, fréquemment en contact avec ces victimes, ne s'estiment pas suffisamment formés pour les accompagner (70%), ni en mesure de les informer sur leurs droits et les étapes de la procédure judiciaire (41%). Si la très grande majorité d'entre eux estime qu'il faut inciter les victimes à déposer plainte, l'environnement légal qui entoure les révélations des mineurs et des contacts avec les tiers, n'est que partiellement connu des psychiatres. Enfin, le recours au réseau d'accompagnement social et judiciaire reste ponctuel, notamment en cas d'épisode de violence récent.

Le repérage et l'accompagnement des victimes par les psychiatres sont essentiels, tant les conséquences psychotraumatiques de ces violences, notamment dissociatives, et les représentations sociales dominantes peuvent isoler ces patients et freiner leur prise en charge.

La place du psychiatre reste complexe car s'il ne doit pas interférer dans le parcours judiciaire en dépassant ses compétences et ses droits, il ne peut pas s'en abstraire totalement car la victime ne peut être prise en charge sans tenir compte de l'environnement social et judiciaire. Nous ne pourrions cerner toutes les questions qui émanent du vaste champ des violences sexuelles. La complexité est telle, que lors de chaque nouvelle rencontre de victime, le psychiatre devra adapter sa pratique à la singularité des individus, sans suivre un parcours défini au préalable.

Cependant, une bonne connaissance des conséquences psychotraumatiques, du cadre juridique, et du réseau associatif existant, permettra dans chaque situation d'adopter une position plus claire et d'offrir un cadre thérapeutique adapté. Une formation initiale et continue est essentielle, pour guider les pratiques et accompagner au mieux les victimes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kantor J, Twohey M. Harvey Weinstein Paid Off Sexual Harassment Accusers for Decades. The New York Times. 5 oct 2017;
2. INED, Debauche A, Lebugle A, Brown E, Hamel C. Enquête Violences et Rapports de genre (Virage) : Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Popul Sociétés. nov 2016;(538).
3. ONDRP. Enquêtes « Cadre de vie et sécurité » Insee-ONDRP. Observatoire National des réponses pénales; 2015.
4. Lopez G. Clinique et prise en charge des adultes victimes d'agressions sexuelles. EMC Psychiatr. 2012;37(510-A):60.
5. Lopez G. Prendre en charge les victimes d'agressions et d'accidents: Accueillir, orienter, traiter. Dunod; 2014. 238 p.
6. Lazimi G, Piet E, Casalis M. Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique. Cah Santé Publique Prot Soc. 2011;(septembre 2011):9-18.
7. CAUVA-MIPROF. Source CFCV et Etude CAUVA-MIPROF, recueil des données statistiques du CAUVA sur la période 2003-2013. 2014.
8. Cornilleau A. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. [Internet]. 2012 [cité 30 fév 2017]. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/cornilleau_these.pdf
9. OMS. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: executive summary. World Health Organization; 2013.
10. www.legifrance.gouv.fr.
11. Gaudino C. Dossier l'inceste: Le parcours judiciaire. Santé Ment. mars 2011;(156):52-7.
12. MIPROF. Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes : Les violences sexuelles. [Internet]. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains; 2016 nov [cité 5 mars 2017]. Report No.: 10. Disponible sur: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_10_-_Violences_sexuelles_-_nov16.pdf
13. Association Mémoire Traumatique et Victimologie. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte, déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge : enquête nationale auprès des victimes. [Internet]. 2015 [cité 27 août 2017]. Disponible sur: https://www.dropbox.com/s/quxk2ib01t5gelv/Rapport-enquete-AMTV_mars-2015_BD.pdf?dl=0
14. Jaspard, Enquête ENVFF M. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF-2000). Les violences envers les femmes en France. 2003.
15. Bajos N, Bozon M. Enquête « Contexte de la sexualité en France ». Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Popul Sociétés Bull Mens D'information L'Institut Natl D'études Démographiques. 2008;(n° 445).
16. Pereda N, Guilera G., Forns M., Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples : A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2009;(29:328-338.).
17. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins: reconnaître les maltraitements sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Recomm HAS. 2011;
18. Jackson JC, Hart RP, Gordon SM, Hopkins RO, Girard TD, Ely Ew. Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. Crit Care. 2007;11(1):R27.
19. Sabouraud-Seguín, Kedia M. L'aide-mémoire : psycho-traumatologie. Paris: Dunod; 2008.

20. Vasseur P. Traumatisme psychique des victimes d'agressions sexuelles avec possible soumission chimique. *Prise en charge UMJ. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mars 2015;173(2):168-73.
21. Galaber P, Benali L, Gromb S. La prise en charge des victimes d'agression sexuelle au CAUVA : une urgence psychologique. *Rev Médecine Légale.* 1 mars 2010;1(1):22-6.
22. Daligand L. *L'enfant et le diable.* Paris: L'archipel; 2004.
23. Crocq L. Dépassement et assumption du trauma. In: *Œuvres de justice et victimes.* L'Harmattan. Paris; 2002. p. 21-49.
24. Louville P, Salmona M. Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique. *Santé Ment [Internet].* févr 2013 [cité 27 juil 2017];(n°176). Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/Louville-Salmona-syndrome-sychotraumatique.pdf>
25. Kédia M. La dissociation: un concept central dans la compréhension du traumatisme. *Evol Psychiatr (Paris).* 2009;74(4):487-496.
26. Auxéméry Y. Une conception moderne du traumatisme psychique à l'usage des médecins somaticiens : des différentes formes cliniques du trauma à leurs perspectives pharmacologiques. *Rev Médecine Interne.* 1 déc 2012;33(12):703-8.
27. Coronas R, Gallardo O, Moreno MJ, Suarez D, García-Parés G, Menchon JM. Heart rate measured in the acute aftermath of trauma can predict post-traumatic stress disorder: A prospective study in motor vehicle accident survivors. *Eur Psychiatry.* 2011;26(8):508-512.
28. Lensvelt-Mulders G, van Der Hart O, van Ochten JM, van Son MJ, Steele K, Breeman L. Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(7):1138-1151.
29. Möller A, Söndergaard HP, Helström L. Tonic immobility during sexual assault - a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. *Acta Obstet Gynecol Scand.* août 2017;96(8):932-8.
30. Lopez G, Sabouraud-Séguin A. *Traiter les psychotraumatismes.* Dunod; 2016.
31. Association American Psychiatric. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®).* American Psychiatric Pub; 2013.
32. Rauch SL, Shin LM, Phelps EA. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future. *Biol Psychiatry.* 2006;60(4):376-382.
33. Zimmerman JM, Maren S. NMDA receptor antagonism in the basolateral but not central amygdala blocks the extinction of Pavlovian fear conditioning in rats. *Eur J Neurosci.* 2010;31(9):1664-1670.
34. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry.* 2010;167(6):640-647.
35. Ferreri F, Agbokou C, Peretti C. Psychotraumatismes majeurs, état de stress aigu et état de stress post-traumatique. 2011;37(329-A):11.
36. Hébert M, Lavoie F, Blais M. Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Cienc Saude Coletiva.* mars 2014;19(3):685-94.
37. Billette V, Guay S, Marchand A. Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle: synthèse des écrits. *Santé Ment Au Qué.* 2005;30(2):101-120.
38. Bryant RA. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(2):233-239.
39. Feiring C, Taska L, Chen K. Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreat.* 2002;7(1):25-39.
40. Dorahy MJ, Corry M, Shannon M, Webb K, McDermott B, Ryan M, et al. Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *J Affect Disord.* 2013;147(1):72-79.
41. Daligand L. *Traumatismes psychiques.* Paris: Masson; 2007.

42. Ciccone A, Ferrant A. Honte, culpabilité et traumatisme. Dunod; 2015.
43. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*. 2008;34(6):577–583.
44. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry*. 2000;
45. Sigward JM. Conduites addictives et événements traumatiques. Jehel G Lopez Coll Psychotraumatologie Éval Clin Trait Paris Dunod. 2006;100–111.
46. Herman JL. Complex PTSD. In: *Psychotraumatology*. Springer; 1995. p. 87–100.
47. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):929–935.
48. Tarquinio C, Houllé WA, Tarquinio P. Discussion autour du traumatisme complexe : émergence du concept, étiologie et critères diagnostiques. *Sexologies*. 1 avr 2017;26(2):79-86.
49. Van der Kolk B. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. 2005;35:401-8.
50. Salmona M. La-dissociation-traumatique-et-les-troubles-de-la-personnalité-Dunod-2013.pdf. In: *Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie* [Internet]. 2013 [cité 13 août 2017]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/La-dissociation-traumatique-et-les-troubles-de-la-personnalit-Dunod-2013.pdf>
51. Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry*. 2005;75(2):324.
52. Lopez G. Comment aborder et traiter une maltraitance ancienne chez l'adulte? Conférence de consensus, Les conséquences des maltraitances sexuelles : les reconnaître, les soigner, les prévenir. In: Paris: John Libbey Eurotext [Internet]. Paris; 2003 [cité 13 août 2017]. p. 217-38. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/experthtml/lopez.html>
53. Ferenczi S. *Le traumatisme*. Payot. Paris; 2006.
54. Jaspard M, Brown E, Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. Reproduction ou résilience : les situations vécues dans l'enfance ont-elles une incidence sur les violences subies par les femmes à l'âge adulte ?, *Abstract. Rev Fr Aff Soc*. 1 juin 2010;(3):157-90.
55. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245–258.
56. AIVI. Enquête IPSOS-Association internationale des victimes d'inceste. In 2010. (<http://aivi.org>, www.ipsos.fr).
57. Crisma M, Bascelli E, Paci D, Romito P. Adolescents who experienced sexual abuse: Fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse Negl*. 2004;28(10):1035–1048.
58. Gabel M. *Les enfants victimes d'abus sexuels*. Presses univ. de France; 1992.
59. Sorensen T, Snow B. How children tell: the process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welf J Policy Pract Program*. 1991;
60. Alaggia R. An ecological analysis of child sexual abuse disclosure: Considerations for child and adolescent mental health. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(1):32.
61. Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL. Delay in disclosure of childhood rape: Results from a national survey. *Child Abuse Negl*. 2000;24(2):273–287.
62. Dupont M, Messerschmitt P, Vila G, Bohu D, Rey-Salmon C. Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs. 13 août 2014;
63. Coid J, Petrukevitch A, Feder G, Chung W-S, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *The Lancet*. 2001;358(9280):450–454.

64. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Publication de l'Avis pour une juste condamnation sociétale et judiciaire du viol et autres agressions sexuelles - [Internet]. 2016 oct [cité 6 sept 2017]. Disponible sur:
<http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/actualites-69/article/publication-de-l-avis-pour-une-1137>
65. Guiller A, Weiler N. Le viol, un crime presque ordinaire. Cherche Midi. 2011.
66. Coutanceau R. La violence sexuelle: Approche psycho-criminologique. Dunod. 2010.
67. Rebut D. Correctionnalisation - Quelle place pour les cours d'assises? » in La Semaine juridique , 6 septembre 2010, n° 36, p.1654-1655. 6 sept 2010;
68. Groupe de travail sur la formation médicale initiale de la MIPROF, Duguet A, Lazimi G, Hervé C, Jehel L, Beco I de, et al. Violences sexuelles et autres violences faites aux femmes. Médecine. 27 juin 2014;10(6):262-8.
69. Association Mémoire Traumatique et Victimologie. Enquête nationale IPSOS: Les français et les représentations sur le viol et les violences sexuelles [Internet]. 2016 [cité 26 sept 2017]. Disponible sur:
<https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2016/2016-Rapport-enquete-Ipsos.pdf>
70. Ministère de l'Intérieur. Insécurité et délinquance en 2017: premier bilan statistique [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2017-premier-bilan-statistique>. [cité 27 janv 2018].
Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2017-premier-bilan-statistique>
71. Site officiel stop-violences-femmes.gouv.fr : Violences contre les femmes La loi vous protège [Internet]. [cité 29 sept 2017]. Disponible sur: <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/>
72. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes - Article 51. 2014-873 août 4, 2014.
73. Annonce d'un projet de loi contre les violences sexistes et sexuelles [Internet]. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. [cité 27 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/marlene-schiappa-annonce-un-nouveau-projet-de-loi-contre-les-violences-sexistes-et-sexuelles/>
74. Vacher-Boulogne. Troubles post-traumatiques chez des sujets ayant été victimes de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans : aspects cliniques, thérapeutiques et médico-économiques [Internet]. 2015 [cité 13 août 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01131521/document>
75. Darves-Bornoz J-M. Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste. Masson; 1996.
76. Espace professionnel & formation | Info-Trauma [Internet]. [cité 20 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.info-trauma.org/fr/formation>
77. Jehel L, ylvestre M, Louville P. Evaluation, orientation et accompagnement : intervention auprès d'une personne souffrant d'un trouble psychotraumatique. In: Psychothérapie des victimes: traitements, évaluations, accompagnement. Dunod; 2006.
78. Cogle JR, Resnick H, Kilpatrick DG. Does prior exposure to interpersonal violence increase risk of PTSD following subsequent exposure? Behav Res Ther. 2009;47(12):1012-1017.
79. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychol Bull. 2003;129(1):52.
80. Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a French version of the impact of event scale-revised. Can J Psychiatry. 2003;48(1):56-61.
81. Pelcovitz D, Van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). J Trauma Stress. 1997;10(1):3-16.
82. Payer M. L'état de stress post-traumatique-complexe: un concept novateur à explorer. Université de Montréal (Canada); 2012.

83. Auxéméry Y. Actualités des recommandations en psychotraumatologie. [Internet]. 7 janv 2016; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/1025582/resultatrecherche/107>
84. Fédération Française de Psychiatrie. Conséquences des maltraitances sexuelles les reconnaître, les soigner, les prévenir: Conférence de consensus 06 et 07 novembre 2003. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mai 2004;52(3):182-9.
85. INSERM. Psychothérapie : Trois approches évaluées. *Trois Approch Évaluées* Paris INSERM. 2004;
86. Haute Autorité de Santé. Affections psychiatriques de longue durée, troubles anxieux graves. *Guid Longue Durée St-Denis--Plaine HAS.* 2007;
87. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* Guilford Press; 2008.
88. Institut de Victimologie. L'institut de Victimologie [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: http://www.institutdevictimologie.fr/institut-victimologie/institut-de-victimologie_1.html
89. Mémoire traumatique et victimologie- Association. Site Web [Internet]. [cité 11 août 2017]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/l-association/presentation.html>
90. Van der Kolk B., Roth S, Pelcovitz D. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Stress.* 2005;18:389-99.
91. Salmona M. *Mémoire traumatique et conduites dissociantes.* Traumas Résilience Dunod. 2012;
92. Nijenhuis E, van der Hart O, Steele K. Trauma-related structural dissociation of the personality. *Trauma Information Pages website,* Janu ary 2004. Web URL: <http://www.traumapages.com/a/nijenhuis-2004.php>; 2004.
93. Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(5):748-756.
94. Echeburua E, De Corral P, Zubizarreta I, Sarasua B. Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behav Modif.* 1997;21(4):433-456.
95. Deblinger E, McLEER SV, Henry D. Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: Preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990;29(5):747-752.
96. Horowitz MJ. *Stress-Response Syndromes: A Review of Posttraumatic Stress and Adjustment Disorders.* I: JP Wilson, Raphael. B.(eds.): *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes.* New York: Plenum Press; 1993.
97. Kédia M. *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie-2e éd.: en 49 notions.* Dunod; 2013.
98. Morbois C, Casalis M-F. *L'aide aux femmes victimes de viol.* Esprit Temps. 2002;
99. Minuchin S, Du Ranquet M, Wajeman M. *Familles en thérapie.* Editions France-Amérique; 1979.
100. Andolfi M, Colas A-M, Wajeman M. *La thérapie avec la famille.* ESF; 1986.
101. Becker E de, Chapelle S. L'accompagnement systémique des familles abusives, *Systemic work with abusive families., El trabajo sistémico con familias abusivas.* *Thérapie Fam.* 1 avr 2010;31(1):65-78.
102. Lebbe-Berrier P, Khelifa O, BERRIER J-M. Les violences sexuelles dans la famille: Modélisations des interventions avec des familles incestueuses. *Thérapie Fam.* 1996;17(2):295-307.
103. Vannotti M, Onnis L, Gennart M. La thérapie d'orientation systémique. *Traité Psychothérapie Comparée.* 2002;313-343.
104. Calicis F. La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite. *Thérapie Fam.* 2006;27(3):229-242.
105. Auslender V. *Les violences faites aux femmes: Enquête nationale auprès des étudiants en médecine.* Thèse de médecine. 2015.
106. Canuet H, Belin I. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes : une étude qualitative. *Exercer.* 2010;(92):75-81.

107. Nezelof S. Quels sont les effets potentiels du parcours judiciaire, de l'attitude des professionnels rencontrés, des examens cliniques, des auditions, des confrontations sur la santé de la victime ? In 2003. Conférence de consensus, Les conséquences des maltraitements sexuelles : les reconnaître, les soigner, les prévenir. In: Paris: John Libbey Eurotext
108. Hermouet L. Les abus sexuels (interrogations et positionnement des soignants). 2003.
109. Piet E. Le viol un problème de société, un problème de santé publique. Bull Acad Natle Méd. 23 nov 2010;1535-43.
110. Portelli S. Maltraitements sexuelles Vers qui orienter [Internet]. Conférence de consensus, Les conséquences des maltraitements sexuelles : les reconnaître, les soigner, les prévenir. In: Paris: John Libbey Eurotext [cité 13 août 2017]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confvictime/experthtml/portelli.html>
111. Rougé-Maillart C. Prise en charge des violences sexuelles. EMC Gynécologie. 9 mai 2011;(802-A):50.
112. Haute Autorité de Santé - Victimes d'inceste : mieux repérer pour mieux protéger [Internet]. [cité 21 avr 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1067755/fr/victimes-d-inceste-mieux-reperer-pour-mieux-protger
113. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Signalement et information préoccupante « Mieux prévenir, mieux signaler, mieux intervenir ». 2016 févr.
114. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant: repérage et conduite à tenir. Rapp Délibération St-Denis Plaine Haute Aut Santé Access À Adresse [Httpwww Has-Sante Frportailuploadocsapplicationpdf2014-11maltraitanceenfantrapportdelaboration Pdf](http://www.has-sante.fr/portailuploadocsapplicationpdf2014-11maltraitanceenfantrapportdelaboration) Vérif 26062016. 2014;
115. Article 226-14 modifié par loi no 2015-1402 du 5 novembre 2015 – art. 1.
116. Laplanche J. Vocabulaire de la psychanalyse. 1967;
117. Alvin P. Les adolescents victimes de violences sexuelles. Enfants Vict Abus Sex Paris PUF. 1992;93-105.
118. Gauthier D. L'enfant victime d'abus sexuels. Presses Universitaires de France-PUF; 1994.
119. Casoni D. 'NEVER TWICE WITHOUT THRICE'AN OUTLINE FOR THE UNDERSTANDING OF TRAUMATIC NEUROSIS. Int J Psychoanal. 2002;83(1):137-159.
120. Dufour V, Lesourd S. L'énonciation n'est pas la parole. À propos d'un cas d'inceste. Clin Méditerranéennes. 2007;(1):205-214.
121. Jonas C. Quel est le rôle du psychiatre au long du parcours judiciaire de la victime ? Conséquences des maltraitements sexuelles - Conférence de consensus - Fédération française de Psychiatrie - 6-7 novembre 2003. In Paris: John Libbey Eurotext; 2003.
122. Brenot P. Les Violences ordinaires des hommes envers les femmes. Odile Jacob. 2007.
123. Damiani C. Les victimes: violences publiques et crimes privés. Bayard (USA); 1997.
124. Maine-et-Loire SE. Formation des professionnel·les au contact des femmes victimes de violences [Internet]. 2017 [cité 28 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.maine-et-loire.gouv.fr/formation-des-professionnel-les-au-contact-des-a4864.html>
125. Item 10 – UE 1 – Violences sexuelles. In: Gynécologie Obstétrique [Internet]. Elsevier Masson SAS. 2015 [cité 27 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.decite.fr/media/pdf/feuilletag/9/7/8/2/2/9/4/7/9782294715518.pdf>
126. Questel F, Kierzek G, Fournier L, Pourriat J-L. Aspects médico-légaux du traumatisme sexuel. [Httpwwwem-Premium.com/datatraités/gy00-45357](http://www.em-Premium.com/datatraités/gy00-45357) [Internet]. 12 mars 2007 [cité 13 nov 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/buadistant.univ-angers.fr/article/59481/resultatrecherche/17>
127. CHU-ANGERS - violences faites aux femmes : vous êtes un professionnel de santé ou du secteur social [Internet]. CHU-ANGERS. [cité 2 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/acteur-de-sante-publique/lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/violences-faites-aux-femmes-vous-etes-un-professionnel-de-sante-ou-du-secteur-social--54947.kjsp?RH=1435581631376>

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Déclaration des pratiques de repérage et d'orientation des victimes par les psychiatres participants (N=90).....	44
Figure 2. Perceptions de leurs connaissances par les psychiatres participants (N=90).	45
Figure 3. Point de vue des participants sur les conséquences et la place du parcours judiciaire dans la réparation (N=88).....	45
Figure 4. Points de vue des participants sur le cadre thérapeutique dans l'accompagnement des victimes de VS (N=88).....	46
Figure 5. Difficultés rencontrées par les participants lors de la prise en charge des victimes de violence sexuelle (N=84).....	46
Figure 6. Orientation des patients vers les professionnels par les psychiatres participants, lors de la dernière prise en charge d'une victime de violence sexuelle (N=79)	47
Figure 7. Analyse comparative des pratiques de repérage systématique des antécédents de violence sexuelle : les différences significatives.	49
Figure 8. Analyse comparative des pratiques de rencontre des familles : les différences significatives.....	49
Figure 9. Analyse comparative des perceptions des connaissances des participants : les différences significatives.....	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Developmental Trauma Disorder décrit par Van der Kolk (2005)	19
Tableau II : Conséquences de l'exposition à quatre événements traumatiques pendant l'enfance d'après Felliti	21
Tableau III: Les démarches entreprises par les femmes victimes de viols et de tentatives de viols, selon l'ONDRP, Enquête CVS (2015)	24
Tableau IV. Données caractéristiques socio-démographiques et orientations thérapeutiques des psychiatres et internes en psychiatrie participants (N=90)	43
Tableau V. Déclaration des pratiques et perception des connaissances par les participants (N=90)	44

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
CONTEXTE	3
1) VIOLENCES SEXUELLES ET TRAUMATISME PSYCHIQUE, ETAT DES LIEUX	3
1. Comment définir les violences sexuelles ?	3
1.1. La majorité sexuelle en France	3
1.2. Cadre juridique des violences sexuelles	3
1.2.1. Les agressions sexuelles	4
a) Le viol	4
b) Les agressions sexuelles autres que le viol	4
c) Le harcèlement sexuel	4
1.2.2. Les atteintes sexuelles sans violence sur mineur	5
1.2.3. L'inceste	5
1.3. Délai de prescription	6
2. Epidémiologie des violences sexuelles : Quelles réalités ?	6
2.1. Quelques données chiffrées : un phénomène d'ampleur sous-estimée	6
2.2. Enquêtes épidémiologiques en France	7
2.2.1. Les violences au cours de l'année	7
2.2.2. Les violences au cours de la vie	8
2.3. Caractéristiques des violences et des victimes	8
2.3.1. Âge aux violences	8
2.3.2. Des agresseurs connus et principalement masculins	8
2.3.3. Des violences souvent répétées	9
2.3.4. Les modes de contrainte	9
2.3.5. Des violences sexuelles dans tous les milieux sociaux	10
2.4. Situations à risque de maltraitance sexuelle intrafamiliale	10
3. Aspects cliniques et psychopathologiques	11
3.1. Les conséquences psychologiques initiales	11
3.1.1. La dissociation péritraumatique	12
3.1.2. La détresse péritraumatique	12
3.1.3. La sidération et l'immobilité tonique	12
3.1.4. Le trouble de stress aigu	13
3.2. Les mécanismes neurobiologiques de la dissociation et des troubles post-traumatiques	13
3.3. Les conséquences psychotraumatiques d'une agression sexuelle unique	14
3.3.1. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)	15
3.3.2. Le sentiment de honte et de culpabilité	15
3.3.3. Les troubles psychotraumatiques comorbides	16
3.4. Les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles répétées : les troubles post-traumatiques complexes	17
3.4.1. Les personnalités traumatiques complexes	17
3.4.2. Clinique du trouble de la personnalité traumatique complexe	18
3.4.3. Les troubles dissociatifs « chroniques » et la dysrégulation de la gestion des émotions	19
3.4.4. La répétition littérale	20
2) SPECIFITES DU PARCOURS DE LA VICTIME DE VIOLENCE SEXUELLE	22
1. Des victimes sous silence et souvent isolées	22
1.1. La révélation tardive	22
1.2. L'impact de la révélation dans la famille	23
1.3. Démarches entreprises par les victimes	24
a) Démarches médico-sociales	24
b) Démarches judiciaires	24
2. Une procédure éprouvante et une faible réponse judiciaire	25
2.1. La question du consentement	25
2.2. La correctionnalisation	26

2.3.	La victimisation secondaire	26
3.	Une société tolérante, imprégnée de fausses représentations	26
4.	Une période de prise de conscience	28
5.	Moyens mis en œuvre à l'échelle nationale	28
3)	PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES VICTIMES DE VIOLENCE SEXUELLE	30
1.	L'évaluation initiale	30
2.	Les recommandations dans la prise en charge du trouble de stress post-traumatique	32
3.	Le traitement d'après l'Institut de Victimologie et l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie	33
4.	Quelques approches thérapeutiques	34
	- Thérapies cognitivo-comportementales	34
	- EMDR	34
	- Approche psychodynamique	35
	- Hypnose	35
	- Groupes de paroles	36
	- Thérapies familiales systémiques	36
	- Pharmacothérapie	38
JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE CE TRAVAIL : LE REPERAGE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES, QUELLE PLACE POUR LE PSYCHIATRE TRAITANT ?		39
METHODES		40
	Population étudiée	40
	Méthode de recueil	40
	Elaboration de l'enquête :	41
	Analyse des données	42
RÉSULTATS		43
1.	Données caractéristiques descriptives de la population	43
2.	Expériences de prise en charge des victimes de violence sexuelle	43
3.	Les pratiques des psychiatres et la perception de leurs connaissances	44
3.1.	Analyse des pratiques des psychiatres : repérage, orientation, rencontre des familles	44
3.2.	Analyse des perceptions des psychiatres sur leurs connaissances	45
4.	Le point de vue des psychiatres sur la place du parcours judiciaire et le cadre thérapeutique	45
4.1.	Les conséquences et la place du parcours judiciaire dans la réparation :	45
4.2.	Le cadre thérapeutique :	45
5.	Analyse des difficultés rencontrées dans ces prises en charge	46
6.	Analyse de quelques connaissances de la législation	46
7.	Le(la) dernier(e) patient(e) victime pris(e) en charge	47
7.1.	L'âge des victimes lors de la prise en charge :	47
7.2.	Les caractéristiques des violences sexuelles subies :	47
7.3.	Le motif initial du suivi	47
7.4.	L'orientation vers les professionnels et les contacts avec les tiers	47
8.	Analyse comparative des pratiques, des connaissances et du point de vue des psychiatres	48
8.1.	Les différences dans les caractéristiques socio-démographiques des différents groupes	48
8.2.	Comparaison des pratiques de dépistage systématique, d'orientation vers les associations, et de rencontre des familles :	48
8.2.1.	La perception des connaissances et de leur formation	49
8.3.	Quelques connaissances de la législation	50
8.4.	Expériences de prise en charge de victimes de violence sexuelle	50
8.5.	Comparaison des points de vue sur le cadre thérapeutique et la place du parcours judiciaire dans la réparation	50
8.6.	Selon les connaissances de la législation et de la symptomatologie du trouble de stress post-traumatique complexe	50

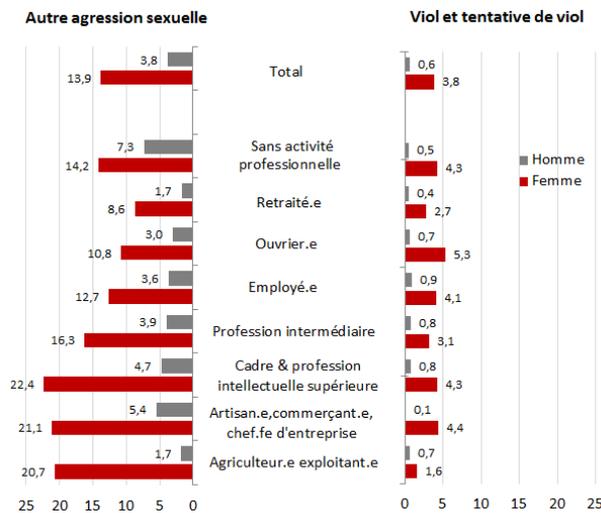
9.	Analyse comparative des pratiques selon le type de violence et l'âge de la victime	51
9.1.	Selon le caractère intra ou extra familial des violences sexuelles	51
9.2.	Selon l'ancienneté des violences sexuelles.....	51
9.3.	Selon le caractère répétitif ou isolé de(s) la violence(s) sexuelle(s).....	51
9.4.	Selon l'âge de la victime.....	51
DISCUSSION		52
1.	Forces et faiblesses de l'enquête	52
1.1.	Echantillon des psychiatres répondants	52
1.2.	Questionnaire.....	52
1.3.	Analyse statistique.....	53
2.	A propos des résultats de l'enquête	54
2.1.	Les expériences de prise en charge de victimes	54
2.2.	Le dépistage systématique des violences anciennes	54
	a) Les obstacles à la prise en charge médicale initiale.....	55
	b) Repérage : le cas des mineurs	56
2.3.	L'information et l'orientation vers la justice :	57
2.3.1.	Les effets potentiels du parcours judiciaire	57
2.3.2.	La question de l'orientation vers la justice	58
2.3.3.	L'information sur la procédure judiciaire.....	59
	a) La plainte.....	59
	b) La prise en charge médico-judiciaire	60
	c) Le cas des mineurs	60
2.4.	Le signalement à l'autorité judiciaire.....	61
	a) Signalement de violences commises sur une personne mineure ou un adulte vulnérable	61
	b) Signalement de violences commises sur une personne majeure.....	63
2.5.	Le cadre thérapeutique	63
2.5.1.	Les risques d'évènements traumatiques secondaires survictimisants lors des soins.....	63
	La question de la crédibilité.....	64
2.5.2.	L'aménagement du cadre de soin	65
2.6.	L'orientation dans le réseau d'accompagnement social et judiciaire.....	67
2.7.	Les relations avec les tiers.....	68
2.7.1.	Transmission d'informations.....	69
2.7.2.	La relation avec les proches	70
2.8.	Perception des connaissances et formation.....	70
CONCLUSION		73
BIBLIOGRAPHIE.....		74
LISTE DES FIGURES		80
LISTE DES TABLEAUX		81
TABLE DES MATIERES		82
ANNEXES.....		I

Annexe I : Déclarations de violences sexuelles (hors harcèlement et exhibitionnisme) au cours de la vie par catégorie professionnelle et sociale de la victime, en pourcentage	I
Annexe II : TSPT : Synthèse des critères diagnostiques du DSM-5.....	I
Annexe III: Questionnaire adressé aux psychiatres et internes du Maine-et-Loire	II
Annexe IV: Lien accessible en fin de questionnaire: Liens et recommandations	IX
Annexe V : Déclaration des points de vue sur la place du parcours judiciaire, et le cadre thérapeutique par les psychiatres et internes participants (N=88).....	XIII
Annexe VI : Déclaration des difficultés rencontrées dans ces prises en charge par les psychiatres et internes participants (N=84)	XIII
Annexe VII : Les principales étapes du parcours judiciaire.....	XIV
Annexe VIII : Test IES-R "Impact of Events Scale – revised" (80).....	XV

ANNEXES

Annexe I : Déclarations de violences sexuelles (hors harcèlement et exhibitionnisme) au cours de la vie par catégorie professionnelle et sociale de la victime, en pourcentage.

Femmes et hommes âgés de 20 à 69 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire.



Source : (2)

Annexe II : TSPT : Synthèse des critères diagnostiques du DSM-5

Critère A	Exposition à un événement traumatique Le sujet a été exposé à un événement traumatique directement, comme témoin ou encore en ayant été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles, sans qu'il ait nécessairement ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. L'exposition à des images d'horreur n'est pas retenue si elle n'est pas liée à des activités professionnelles.
Critère B	Syndrome intrusif Reviviscences constantes de l'événement traumatique par l'une 5 (souvenirs répétitifs, cauchemars)
Critère C	Syndrome d'évitement Évitement des stimuli évocateurs de l'événement traumatique
Critère D	Altération des cognitions et de l'humeur Engourdissement émotionnel – distorsions cognitives négatives par rapport à soi aux autres ou au monde en général - émotions négatives persistantes (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) - sentiment d'être étranger aux autres – incapacité à ressentir des sentiments positifs.
Critère E	Altération de la vigilance et de la réactivité Engourdissement émotionnel – distorsions cognitives négatives par rapport à soi aux autres ou au monde en général - émotions négatives persistantes (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) - sentiment d'être étranger aux autres – incapacité à ressentir des sentiments positifs.
Critère F	Durée > 1 mois. La perturbation (Critères A, B, C, D et E) dure plus d'un mois
Critère G	La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social.
Critère H	Les troubles ne peuvent être attribués à une médication, un abus de substance psychotrope ou à une maladie. »

Enquête concernant la place des psychiatres
dans l'accompagnement des victimes de violences sexuelles.

1. QUI ÊTES VOUS?

* Êtes-vous :

Un homme Une femme

* Depuis **combien de temps** exercez-vous la psychiatrie (début d'internat) ?

Moins de 5 ans Entre 5 et 10 ans Entre 10 et 20 ans Plus de 20ans

* Quel est votre **mode** d'exercice ?

Psychiatrie adulte Pédo-psychiatrie Interne en psychiatrie

* -

Hôpital public Libéral Mixte

Quelle est votre **orientation thérapeutique** privilégiée ?

TCC Thérapie brève
 Psychanalytique / Psychodynamique Pharmacothérapie
 Systémie
 Autre (veuillez préciser)

2. Avez-vous eu en charge des patient(e)s **victimes de violence sexuelle** ?

Oui Non

3. Si oui, **combien de révélations** de violences sexuelles subies (récentes ou anciennes) avez-vous reçu au cours des 12 derniers mois ?

Enquête concernant la place des psychiatres dans l'accompagnement des victimes de violences sexuelles.

4. D'APRÈS VOUS:

* Le **signalement** au procureur de la République est **obligatoire** pour le médecin si un mineur lui révèle avoir subi une agression sexuelle.

Oui Non

* Le signalement d'une violence sexuelle est **possible sans l'accord** préalable de la victime si celle-ci est une mineure de **plus de 15 ans**.

Oui Non

* Avec son accord et pour l'intérêt de la victime, le psychiatre traitant peut accepter d'avoir un **contact direct** avec les enquêteurs ou les magistrats.

Oui Non

Enquête concernant la place des psychiatres dans l'accompagnement des victimes de violences sexuelles.

5. VOTRE PRATIQUE:

Lisez les items suivants et cochez la case qui correspond à votre avis.

- * Je pose systématiquement la question d'un **antécédent** de violence sexuelle subie en début de chaque prise en charge.

PAS DU TOUT d'accord

PLUTÔT PAS d'accord

PLUTÔT d'accord

TOUT À FAIT d'accord

- * Je suis en mesure d'**informer** la victime sur ses droits et les étapes de la procédure judiciaire.

PAS DU TOUT d'accord

PLUTÔT PAS d'accord

PLUTÔT d'accord

TOUT À FAIT d'accord

- * J'oriente systématiquement vers une **association** locale d'aide aux victimes.

PAS DU TOUT d'accord

PLUTÔT PAS d'accord

PLUTÔT d'accord

TOUT À FAIT d'accord

- * Je propose régulièrement de rencontrer la **famille** du (de la) patient(e) victime.

PAS DU TOUT d'accord

PLUTÔT PAS d'accord

PLUTÔT d'accord

TOUT À FAIT d'accord

- * Je manque de **formation** pour l'accompagnement de ces victimes.

PAS DU TOUT d'accord

PLUTÔT PAS d'accord

PLUTÔT d'accord

TOUT À FAIT d'accord

- * Votre pratique :

NON

OUI

Il m'est arrivé de communiquer un **certificat** au patient en cours de procédure judiciaire, mentionnant l'**évolution clinique** ou le traitement.

Il m'est arrivé de **refuser de rédiger** un certificat médical dans ce contexte.

Je connais la symptomatologie du trouble de **stress post-traumatique complexe**.

Enquête concernant la place des psychiatres dans l'accompagnement des victimes de violences sexuelles.

6. VOTRE POINT DE VUE:

* Il faut inciter les patient(e)s victimes à déposer plainte.

PAS DU TOUT d'accord

PLUTÔT PAS d'accord

PLUTÔT d'accord

TOUT À FAIT d'accord

* La procédure judiciaire est plus éprouvante que le bénéfice attendu.

PAS DU TOUT d'accord

PLUTÔT PAS d'accord

PLUTÔT d'accord

TOUT À FAIT d'accord

Malgré un non-lieu, le parcours judiciaire est indispensable à la réparation de la victime.

PAS DU TOUT d'accord

PLUTÔT PAS d'accord

PLUTÔT d'accord

TOUT À FAIT d'accord

Un classement sans-suite risque de causer un second traumatisme.

PAS DU TOUT d'accord

PLUTÔT PAS d'accord

PLUTÔT d'accord

TOUT À FAIT d'accord

7. SELON VOTRE POINT DE VUE, EN ENTRETIEN LE PSYCHIATRE DOIT :

PAS DU
TOUT d'accord

PLUTÔT
PAS d'accord

PLUTÔT d'accord

TOUT À
FAIT d'accord

Valider la parole de la victime

Garder une neutralité bienveillante

Se référer constamment à la loi

Aborder le ou les événements traumatiques

Enquête concernant la place des psychiatres dans l'accompagnement des victimes de violences sexuelles.

8. VOTRE EXPÉRIENCE:

Il m'arrive de **douter de la conduite à tenir** après une révélation de violence sexuelle par un(e) patient(e).

PAS DU TOUT d'accord	PLUTÔT PAS d'accord	PLUTÔT d'accord	TOUT À FAIT d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Il m'est arrivé de **douter de la crédibilité** des propos d'un(e) patient(e)

PAS DU TOUT d'accord	PLUTÔT PAS d'accord	PLUTÔT d'accord	TOUT À FAIT d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ce qui pourrait me faire douter de la crédibilité du discours :

	PAS DU TOUT d'accord	PLUTÔT PAS d'accord	PLUTÔT d'accord	TOUT À FAIT d'accord
Lorsque le discours est décousu ou imprécis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Devant un détachement émotionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cas d' absence totale d' opposition physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En cas de prises en danger répétées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enquête concernant la place des psychiatres dans l'accompagnement des victimes de violences sexuelles.

UNE EXPÉRIENCE

Choisissez UN ou UNE de vos dernier(e)s patient(e)s vous ayant révélé un antécédent de violence sexuelle :

9. Lors de votre prise en charge, le(la) patient(e) était :

- Mineur Majeur Aucune situation rencontrée

10. Quel était le **motif initial** du suivi ?

- Trouble thymique Trouble post-traumatique ou de l'adaptation Trouble addictif
 Trouble psychotique Trouble anxieux
 Trouble de la personnalité Trouble du comportement alimentaire
 Autre (veuillez préciser)

11. Concernant ce(tte) patient(e), s'agissait-il d'une **violence sexuelle** :

	Récente / Ancienne (>1an)	Intra / Extra-familiale	Isolée / Répétée
-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

12. Vers quels professionnels avez-vous **orienté** ce(tte) patient(e) dans les suites de la révélation ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Unité médico-judiciaire |
| <input type="checkbox"/> Dépôt de plainte à la gendarmerie ou au commissariat le plus proche | <input type="checkbox"/> Associations d'aide aux victimes |
| <input type="checkbox"/> Dépôt de plainte sur rendez-vous | <input type="checkbox"/> Avocat |
| <input type="checkbox"/> Courrier au procureur de la République par le(la) patient(e) | <input type="checkbox"/> Autre professionnel de santé ou social |
| <input type="checkbox"/> Signalement au procureur (patient mineur ou majeur) | <input type="checkbox"/> Procédure déjà en cours avant votre prise en charge |

13. Dans le cadre du suivi de ce(tte) patient(e), vous avez été en **contact** à ce sujet :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Avec les services de police, les magistrats ou l'avocat du patient | <input type="checkbox"/> Avec une association d'aide aux victimes |
| <input type="checkbox"/> Avec la famille du patient | <input type="checkbox"/> Aucun tiers |

**Merci d'avoir répondu
à ce questionnaire.**

Vous trouverez via ce lien un recueil de quelques :

**[Informations utiles, Recommandations sur le sujet, et sites
d'associations et structures en MAINE ET LOIRE](#)**

**Vous pourrez également y faire part d'un commentaire ou de suggestions
sur la formation des psychiatres sur les violences sexuelles.**

LIENS VERS LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES - HAS :

« Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuels intrafamiliaux chez le mineur ». Mai 2011

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/maltraitance_sexuelle_fiche_de_synthese.pdf

« Le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour faire un signalement.

- Selon l'article 226-14 du Code pénal, en cas de suspicion de maltraitance sexuelle sur un mineur, le médecin est délié du secret professionnel.
- Pour rédiger un signalement, le **consentement** de la victime si elle est mineure » (<18 ans) « n'est **pas obligatoire**. »
- « Risque de poursuites pour omission de porter secours : s'il est démontré que le médecin n'a entrepris aucune démarche efficace pour protéger le mineur. »
- « Risque de condamnation pour dénonciation calomnieuse : si la personne qui signale sait que les faits dénoncés avaient un caractère totalement ou partiellement inexact. »

- « Fiche Mémo : Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir »

Octobre 2014. Mise à jour Juillet 2017

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf

« Aucune poursuite ni sanction n'est possible si le signalement est effectué selon les règles, (...) discours des divers protagonistes rapportés entre guillemets, utilisation éventuelle du mode conditionnel, pas de dénonciation de personne, pas de nom cité »

« S'il est confronté à une maltraitance et en l'**absence de moyen** de mettre immédiatement l'enfant à l'**abri**, il **DOIT la signaler** aux autorités judiciaires, c'est-à-dire au procureur de la République. Dans le doute, le médecin peut demander conseil par téléphone à la CRIP de son département ou à son conseil départemental de l'Ordre. »

- « Affections psychiatriques de longue durée : Troubles anxieux graves ». Juin 2007. Partie « trouble de stress post-traumatique »

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf

« Le soutien psychosocial est essentiel chez la plupart des patients victimes de traumatismes graves (viols, accidents, attentats, catastrophes naturelles). L'information du patient sur son trouble et sur ses droits est essentielle, et peut être facilitée par le soutien d'**associations de patients ou d'aide** aux victimes (assistances juridiques, psychothérapies, etc.). »

NUMÉROS ET SITES D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

- Dans le Maine et Loire :

· **SPIFEV** (Service pour les professionnels d'information et de conseils pour la prise en charge des femmes victimes de violences) :

· Numéro : 02 41 35 66 66

Plateforme téléphonique de conseils aux **professionnels** médicaux, paramédicaux et sociaux du **Maine-et-Loire**, de la Mayenne et de la Sarthe. Elle vient en aide à ces professionnels pour la prise en charge et l'orientation des femmes victimes de violences. Les médecins peuvent ainsi bénéficier des conseils en temps réel des différents professionnels de l'UMJ (médecin légiste, IDE, assistante sociale...).

· **SITE D'ORIENTATION DES PROFESSIONNELS – CHU ANGERS** :

« Violences faites aux femmes : vous êtes un professionnel de santé ou du secteur social »

<https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/acteur-de-sante-publique/lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/violences-faites-aux-femmes-vous-etes-un-professionnel-de-sante-ou-du-secteur-social--54947.kjsp>

« Rappelons qu'un médecin peut pour toute victime faire un signalement avec l'accord de cette victime (article 226-14 Al.2 du Code pénal). Il se fait par écrit auprès du procureur de la République (ou des services de police/gendarmerie). »

- Réseau national (Source : site internet stop-violences-femmes.gouv.fr) :

Le 39 19 : Violences Femmes Info.

Numéro national destiné aux femmes victimes de toutes formes de violences ainsi qu'à leur entourage et aux professionnels concernés.

Le 0 800 05 95 95 : SOS Viols-Femmes-Informations.

Numéro destiné aux femmes victimes de viol ou d'agressions sexuelles, à leur entourage et aux professionnels concernés.

Le 119 : Allô enfance en danger.

Numéro national dédié à la prévention et à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être

· **Institut de victimologie**

<http://www.institutdevictimologie.fr>

Site donnant accès à des informations et recommandations sur le cadre thérapeutique à proposer lors de la prise en charge de ces victimes, et sur l'accompagnement social et judiciaire au cours du traitement.

ASSOCIATIONS ET STRUCTURES ACCOMPAGNANT LES VICTIMES

- Dans le Maine et Loire :

- **AAVAS** (Association d'aide aux victimes d'abus sexuels du Maine-et-Loire) :

Écoute, soutien et accompagnement psychologique des victimes d'abus sexuels et de leurs proches, à Angers et sur rendez-vous à Cholet.

02 41 36 02 07

<http://aavas.fr>

- **ADAVEM 49** (Associations d'aide aux victimes du Maine-et-Loire) :

Information juridique, accompagnement aux audiences et soutien psychologique aux victimes d'infractions pénales, à Angers (Palais de Justice et permanences au CHU), Cholet, Saumur et Segré.

02 41 20 51 26

adavem49@gmail.com

- **SOS Femmes Angers** :

Accueil, écoute, orientation, suivi et hébergement des femmes victimes de violences conjugales et leurs enfants. Entretiens individuels, téléphoniques ou physiques, avec ou sans rendez-vous, et accueils collectifs sur le site d'Angers. Entretiens sur rendez-vous à Cholet, Saumur, Segré, Baugé en Anjou et Pouancé.

0241 879722

<http://www.sosfemmes.com>

- **CIDFF** (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles du Maine-et-Loire) :

Information sur les droits des femmes et des familles, accompagnement juridique des victimes de violences sexistes ou intrafamiliales

02 41 86 18 04

<http://maineetloire.cidff.info>

- **Planning familial (MFPF)** :

Accueil des victimes de violences sexuelles ou sexistes, groupe de parole de victimes, difficultés conjugales et familiales

02 41 88 70 73

<http://49.planning-familial.org>

- **CPEF**- Centre Florian Tristan CHU - Centre de planification et d'éducation au planning familial :

Ecoute, information, prise en charge psychologique des victimes d'abus sexuels, consultation gynécologique et IVG, contraception, sexologie, dépistage IST.

- **CIFF** (Centre d'Information Féminin et Familial à Cholet) :

Accueil, information juridique sur les droits des femmes et des familles, à Cholet.

ciff2@wanadoo.fr

- ASSOCIATIONS NATIONALES D'AIDES AUX VICTIMES ET SITES UTILES

- **Fédération Nationale Solidarité Femmes** www.solidaritefemmes.asso.org
- **Centre national d'information et de documentation des femmes et des familles (CNIDFF)** www.infofemmes.com
- **CFCV – Collectif féministe contre le viol** www.cfcv.asso.fr
- **Viols femmes informations** 0800 05 95 95
- **AVFT** -Association européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail www.avft.org
- Fédération nationale contre les mutilations sexuelles féminines, les mariages forcés www.federationgams.org
- **INAVEM** : www.inavem.org

LIENS UTILES ET RECOMMANDATIONS

N'hésitez pas à nous faire part d'un commentaire ou de suggestions sur la formation des psychiatres sur les violences sexuelles. Les commentaires libres sont particulièrement utiles. Merci à vous



Annexe V : Déclaration des points de vue sur la place du parcours judiciaire, et le cadre thérapeutique par les psychiatres et internes participants (N=88)

Items	Réponses des psychiatres participants (N=88)			
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Place du parcours judiciaire				
Il faut inciter les patient(e)s victimes à déposer plainte.	1,14%	7,95%	65,91%	25,00%
La procédure judiciaire est plus éprouvante que le bénéfice attendu.	3,41%	72,73%	22,73%	1,14%
Malgré un non-lieu, le parcours judiciaire est indispensable à la réparation de la victime.	1,15%	22,99%	67,82%	8,05%
Un classement sans-suite risque de causer un second traumatisme.	1,14%	30,68%	62,50%	5,68%
Cadre thérapeutique				
En entretien, le psychiatre doit,				
Valider la parole de la victime	0,00%	20,48%	59,04%	20,48%
Garder une neutralité bienveillante	2,41%	14,46%	49,40%	33,73%
Se référer constamment à la loi	2,38%	35,71%	52,38%	9,52%
Aborder le ou les événements traumatiques	0,00%	4,76%	72,62%	22,62%

Annexe VI : Déclaration des difficultés rencontrées dans ces prises en charge par les psychiatres et internes participants (N=84)

Items	Réponses des psychiatres participants (N=84)			
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Il m'arrive de douter de la conduite à tenir après une révélation de violence sexuelle par un(e) patient(e).	7,14%	23,81%	59,52%	9,52%
Il m'est arrivé de douter de la crédibilité des propos d'un(e) patient(e)	8,33%	32,14%	53,57%	5,95%
Ce qui pourrait me faire douter de la crédibilité du discours :				
Lorsque le discours est décousu ou imprécis	21,43%	50,00%	27,38%	1,19%
Devant un détachement émotionnel	30,95%	57,14%	10,71%	1,19%
En cas d'absence totale d'opposition physique	37,35%	54,22%	8,43%	0,00%
En cas de mises en danger répétées	27,71%	48,19%	24,10%	0,00%

Annexe VII : Les principales étapes du parcours judiciaire

Suite au dépôt de plainte, l'enquête de police s'engage soit dans le cadre d'une procédure de flagrant délit (infraction datant de moins de 8 jours), soit dans le cadre d'une enquête préliminaire (infraction datant de plus de 8 jours). L'examen médical sur réquisition judiciaire, premier élément de l'enquête, précède souvent l'ouverture d'une information judiciaire avec désignation d'un juge d'instruction.(126)

Ce premier examen est ensuite complété par des expertises médicales et psychologiques demandées à distance des faits par le juge d'instruction, pour évaluer notamment les différentes séquelles. Elles aident les juridictions à fixer la peine et à évaluer la réparation financière lorsque la victime se constitue partie civile. La phase d'instruction peut être longue. Toutefois, tous les six mois, le juge d'instruction doit informer le plaignant de l'avancement du dossier. Si après un an (s'il s'agit d'une agression sexuelle autre que le viol) ou 18 mois (s'il s'agit d'un viol), le juge d'instruction n'a pas mis un terme à son travail, la victime est en droit de demander de clore l'instruction. Lorsque l'instruction est terminée, le dossier est renvoyé devant le tribunal compétent (tribunal correctionnel ou Cour d'assises) pour le procès. D'après le code de procédure pénale, l'affaire peut être classée sans suite par le procureur de la République, notamment après la prescription des faits, et un non-lieu peut être prononcé par le juge d'instruction pour charges insuffisantes ou doute sur l'intentionnalité de l'auteur des faits.

À toutes les étapes de la procédure, la victime peut se constituer partie civile et demander des dommages et intérêts. La victime devra en effet choisir entre le statut de partie civile ou de simple plaignant : le premier cas donne à la victime un véritable statut et des droits qui lui permettant d'être informée du déroulement de l'instruction, d'être assistée d'un avocat qui aura accès au dossier et sera présent à ses côtés lors des auditions, confrontations et à l'audience. « Ce statut permet également de faire appel de certaines décisions, et d'obtenir réparation (dommages et intérêts). Dans le second cas, elle sera simple témoin sans aucune prise sur le déroulement de l'enquête et sa clôture. Le plus souvent, le procureur de la République aura pris l'initiative d'ouvrir une information judiciaire et la victime pourra choisir de se constituer partie civile auprès du juge d'instruction déjà en charge du dossier. Elle peut également saisir directement le juge d'instruction ».

Lorsque l'agresseur est inconnu ou non solvable, la victime peut déposer un dossier auprès de la Commission des victimes d'infractions pénales (CIVI) pour obtenir une indemnisation. (126)

Annexe VIII : Test IES-R "Impact of Events Scale – revised" (80)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) pour chacune de ces difficultés au cours de ces 7 derniers jours, en ce qui concerne l'événement suivant

ENTOUREZ LA RÉPONSE CORRESPONDANT À VOTRE CHOIX :

	Pas du tout	Un peu	Moyenne-ment	Beau-coup	Énormément
Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement.	0	1	2	3	4
Je me suis réveillé la nuit.	0	1	2	3	4
Différentes choses m'y faisaient penser.	0	1	2	3	4
Je me sentais irritable et en colère.	0	1	2	3	4
Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.	0	1	2	3	4
Sans le vouloir, j'y repensais.	0	1	2	3	4
J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel.	0	1	2	3	4
Je me suis tenu(e) loin de tout ce qui m'y faisait penser.	0	1	2	3	4
Des images de l'événement surgissaient dans ma tête.	0	1	2	3	4
J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement.	0	1	2	3	4
J'essayais de ne pas y penser.	0	1	2	3	4
J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face.	0	1	2	3	4
Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés.	0	1	2	3	4
Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement.	0	1	2	3	4
J'avais du mal à m'endormir.	0	1	2	3	4
J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement.	0	1	2	3	4
J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.	0	1	2	3	4
J'avais du mal à me concentrer.	0	1	2	3	4
Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.	0	1	2	3	4
J'ai rêvé à l'événement.	0	1	2	3	4
J'étais aux aguets et sur mes gardes.	0	1	2	3	4
J'ai essayé de ne pas en parler.	0	1	2	3	4

**Repérage et accompagnement des victimes de violences sexuelles :
La place du psychiatre traitant.
A propos d'une enquête auprès des psychiatres du Maine-et-Loire**

RÉSUMÉ

Introduction : Les violences sexuelles ont des conséquences psychotraumatiques spécifiques et graves. Malgré leur fréquence, le poids des représentations sociales dominantes qui s'exercent sur les victimes entraîne souvent une sous-estimation de leur prévalence, un isolement et un vécu de culpabilité. Les conduites dissociatives et la mémoire traumatique notamment peuvent déstabiliser les proches et les professionnels. Les prises en charge médico-sociale et juridique peuvent en être retardées, inadaptées, jusqu'à l'origine d'une sur-victimisation. Le psychiatre aura un rôle majeur dans leur accompagnement.

Objectifs : Établir un état des lieux des pratiques, des connaissances et du point de vue des psychiatres sur le thème du repérage, de l'accompagnement et de l'orientation de ces victimes. Identifier les difficultés spécifiques associées à ces pratiques.

Méthodes : Étude rétrospective quantitative, déclarative, par recueil en ligne, proposée à 192 psychiatres et internes en psychiatrie du Maine-et-Loire en décembre 2017.

Résultats : Nous avons obtenu 90 réponses interprétables (62 psychiatres, 28 internes). Le dépistage systématique des antécédents de violence sexuelle était pratiqué par 44% des psychiatres et internes. 70% déclaraient manquer de formation pour l'accompagnement de ces victimes et 41% ne s'estimaient pas être en mesure de les informer sur leurs droits et les étapes de la procédure judiciaire. Les jeunes psychiatres (moins de 10 ans d'exercice) et les hospitaliers ressentaient davantage ce manque de formation, mais pratiquaient plus fréquemment un repérage systématique et obtenaient un meilleur score aux questions relatives au cadre juridique de ces prises en charge. 70% des participants déclaraient orienter vers les associations d'aides aux victimes. Les psychiatres interrogés avaient nettement moins recours à l'orientation vers les réseaux associatifs lorsque l'épisode de violence était récent (moins d'un an).

Conclusion : Les pratiques des psychiatres divergent partiellement des recommandations. Des progrès sont encore à réaliser dans le dépistage des violences sexuelles et dans l'information des patients. Une formation adaptée à leur pratique et aux difficultés potentielles posées par ces situations complexes doit se poursuivre, pour permettre une meilleure connaissance du réseau et du cadre juridique de ces prises en charge, afin d'accompagner au mieux ces victimes.

Mots-clés : Orientation, Prise en charge, Psychiatrie, Repérage, Réseaux, Victimes, Violences sexuelles.

**Screening and support of sexually abused victims: The role of psychiatrist.
Study submitted to psychiatrists in Maine-et-Loire**

ABSTRACT

Introduction: Sexual abuses have serious and specific psycho-traumatic consequences. Despite their frequency, common social representations weight heavily on the victims and often lead to the under-estimation of their prevalence, an isolation and a sense of guilt for the victims. Dissociative disorders and traumatic memory particularly can destabilize relatives and professionals. Medico-social and legal care is often too slow and inadequate which adds up to the weight carried by victims. In this context, psychiatrists must play a key role to assist and support these victims.

Objectives: Assess psychiatrists' practices, knowledge and point of view in the fields of screening, care and referral of sexual violence victims. Identify specific issues caused by these practices.

Methods: Retrospective, quantitative and declarative study carried out online, submitted to 192 psychiatrists and interns in psychiatry in Maine-et-Loire in December 2017

Results: We have obtained 90 interpretable responses (62 psychiatrists, 28 interns). Routine screening for antecedents of sexual violence was found to be practiced by 44% of psychiatrists and interns. 70% said they lacked training to support these victims and 41% felt that they were not able to inform them about their rights and the stages of the legal process. Young psychiatrists (less than 10 years of practice) and hospital workers felt more this lack of training, but more frequently used systematic screening and obtained a better score on questions related to the legal framework of these treatments. 70% of the participants stated that they were referring to victim support associations. Psychiatrists interviewed relied significantly less on these associations when the episode of violence was recent (less than one year).

Conclusion: The practices of psychiatrists partially diverge from recommendations. Progress still needs to be made in sexual violence screening and in patients' information. Trainings adapted to their practice and to potential difficulties they may face, must be encouraged to allow for a better knowledge of the network and of the legal framework of these care, in order to provide the most adequate help to these victims.

Keywords : Referral, Care, Psychiatry, Screening, Network, Victims, Sexual violence