

Place de la consultation de psychotraumatologie dans l'accueil des victimes d'agression sexuelle

F. WAREMBOURG

Points essentiels

- La prise en charge psychologique des victimes d'agression sexuelle est peu développée.
- L'agression sexuelle est à haut risque de complications psychiatriques et notamment d'évolution vers un état de stress posttraumatique.
- Il semble important de proposer des prises en charge adaptées par des équipes formées à la clinique psychotraumatique.
- Il est important de proposer des prises en charge rapides pour les personnes ayant été victimes d'agression sexuelle.
- Quel protocole de prise en charge des victimes d'agression sexuelle, en collaboration avec les équipes de gynécologie et de médecine légale ?

« Pas d'arrêt de travail, pas d'ITT. Pourtant, c'est cette ITT délivrée par le médecin qui me permettra quelques années plus tard de faire respecter plus facilement mon droit de victime et de prouver que je n'allais pas bien. Mais sans trace de sang ou sans fracture, une victime s'en sort bien... alors à quoi bon vérifier son état psychologique ? » (1).

Nous ne pouvons en effet que constater que la prise en charge psychologique des victimes d'agression sexuelle n'est pas toujours au premier plan. Or, les séquelles

Praticien Hospitalier, Psychiatrie de Liaison et Psycho-oncologie.

Correspondance : Hôpital Fontan, rue André Verhaeghe, CHRU de Lille. Tél. : 03 20 44 47 04.

E-mail : Frederique.warembourg@chru-lille.fr

psychologiques qui surviennent au décours d'une agression sont très souvent plus importantes et persistantes dans le temps que les séquelles physiques (2).

Il est vrai que celle-ci s'est tout de même développée depuis quelques années, que ce soit par le biais des associations, par la mise en place des centres régionaux d'accueil des victimes, mais aussi plus récemment par l'arrivée de psychologues au sein des commissariats.

1. État des lieux

1.1. Données épidémiologiques

On considère pourtant que les viols et agressions sexuelles présentent un risque de séquelles traumatiques importantes même plusieurs années après. Le viol est un événement stressant que l'on peut comparer en intensité aux traumatismes majeurs comme les guerres ou les prises d'otage (3). Les statistiques retrouvées dans les différentes études sur les risques de complications psychiatriques suite à un viol font état de risques importants : on recense environ 65 % de PTSD et 71 % de dépression après une agression sexuelle.

À noter également la notion de trouble des conduites : 30 % de TS (dans le cadre du PTSD en général, on retrouve 15 fois plus de TS par rapport à la population générale), 24 % de consommations abusives d'alcool et 25 % de fugues (4). Ces chiffres rendent compte de l'importance des conséquences psychologiques d'une agression sexuelle dans le champ du traumatisme psychique et de ses complications.

1.2. Dispositions réglementaires

En effet, la circulaire de 1997, complétée par les circulaires du 13 juillet 2000 relative à l'extension aux mineurs de toute forme de maltraitance et 22 octobre 2001 relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violence ainsi que toute personne en situation de détresse psychologique, met en avant la nécessité d'une prise en charge psychiatrique ou psychologique systématique. Depuis peu, des psychologues ont été recrutés dans les commissariats pour prendre en charge les victimes d'agression (incluant les agressions sexuelles) mais cela ne concerne que les personnes qui portent plainte.

Ces circulaires posent la question de la prise en charge psychologique rapide des victimes d'agression sexuelle.

Néanmoins, aucun protocole n'est mis en place dans les centres régionaux.

1.3. Prise en charge actuelle

Dans la majorité des centres, l'intervention se fait au cas par cas, lorsqu'il existe une inquiétude ou certaines particularités (viol en groupe, grossesse, antécédents

psychiatriques...). Mais qu'en est-il des autres ? Quels sont les signes cliniques qui doivent nous rassurer ou à l'inverse nous inquiéter ?

En effet, est-ce qu'une patiente calme et qui parle peu après un viol nous rassure ou, au contraire nous inquiète ? De même, une patiente qui semble détachée de ce qui est arrivé l'est-elle parce qu'elle n'est pas trop angoissée ou parce qu'elle présente une dissociation péritraumatique ?

Un exemple est celui d'un audit récent en Belgique a montré que seules 11 % des femmes avaient été orientées vers une prise en charge psychologique (5).

C'est en reprenant la littérature et forts de notre expérience clinique que nous avons souhaité mettre en place un dispositif de prise en charge systématique de toute personne se présentant aux urgences au décours d'une agression sexuelle. Dispositif en lien avec les équipes de gynécologie et de médecine légale.

Nous savons que tout événement traumatique engendre de multiples conséquences psychologiques et que personne n'en sort indemne. Au mieux, les personnes font une réaction de stress adapté. Au pire, les bouleversements qu'ils connaissent seront responsables d'importantes difficultés posttraumatiques qui participeront à la genèse d'un trouble (6).

En outre, de nombreux auteurs s'accordent actuellement sur la nécessité de traiter précocement le psychotraumatisme. On sait que le traitement symptomatique des détresses péritraumatiques est souhaitable puisque ces symptômes et leur prise en charge semblent avoir une valeur prédictive sur les troubles psychotraumatiques (7).

En effet, lorsque le psychotraumatisme est constitué (chronique après 3 mois selon les anglo-saxons), les symptômes sont plus difficiles à traiter, d'où l'intérêt d'intervenir le plus rapidement possible et notamment dans la première année qui suit le traumatisme. De plus, plus le trauma est ancien, plus il y a de risques qu'il y ait des comorbidités.

La question que nous nous posons est donc celle de la nécessité d'une intervention immédiate ou quasi immédiate d'un psychiatre lorsqu'une personne victime d'agression sexuelle est prise en charge dans un centre régional d'accueil.

Nous allons développer les différents symptômes que l'on peut retrouver au décours d'un traumatisme afin de mettre en avant la nécessité d'une intervention rapide par des personnels formés à cette prise en charge (9).

2. Les réactions immédiates et leurs débordements

2.1. Les réactions de stress

Afin de mieux comprendre la clinique, il est intéressant de revenir rapidement sur la notion du stress et notamment du stress adapté et du stress dépassé.

Confronté à un événement traumatique soudain et violent, les sujets développent des manifestations biopsychophysiologiques appelées réactions de stress qui sont considérées comme un moyen de défense. Ces signes engendrent des phénomènes d'urgence normaux dont l'objectif est l'adaptation du sujet à la situation. Cela pour qu'il puisse soit s'y soustraire (flight) soit se défendre (fight). Néanmoins, si ce stress est trop intense, répété ou prolongé, les capacités d'adaptation sont dépassées. Surviennent alors des réactions archaïques, stéréotypées et inadaptatives que l'on classe en 4 catégories :

- sidération : stupeur affective et sidération motrice ;
- agitation incoordonnée et stérile ;
- réaction de fuite panique ;
- action automatique, la moins bruyante des 4 et donc beaucoup moins repérée : Le patient est dans un état second, comme dans une bulle hypnotique avec un discours et un comportement stéréotypé.

2.2. La dissociation péritraumatique

Lors d'un traumatisme d'intensité extrême, les patients peuvent présenter un état de dissociation péritraumatique qui se traduit par une rupture immédiate ou postimmédiate de l'unité psychique. On retrouve une altération de la perception du temps, du lieu et de soi qui entraîne un sentiment d'irréalité.

La dissociation péritraumatique ne protège pas de la détresse péritraumatique.

La détresse péritraumatique s'articule autour de 2 dimensions : celle des émotions négatives (sentiment être en colère ou d'avoir honte...) et celle du sentiment de menace vitale. Ces symptômes semblent être de bons prédictifs de l'ESPT ultérieur.

2.3. L'effroi

L'effroi est le marqueur d'une effraction traumatique de l'appareil psychique au cours de l'exposition à un événement hors du commun. Il apparaît lorsque l'individu est confronté brutalement à sa propre mort. Il correspond à une expérience transitoire d'absence totale d'affect avec une perte totale de pensée et de mots. L'effroi est en général très bref mais peut durer quelques jours dans certains cas.

Différentes études ont permis de montrer qu'il existerait une forte corrélation entre la réaction d'effroi et la constitution d'un ESPT 2 mois après l'exposition (10).

2.4. Particularité de la clinique psychotraumatique

La symptomatologie initiale peut être marquée par une désorganisation importante avec des signes de sidération, de confusion ou de dissociation. Si les deux premiers sont facilement repérables, il n'en est pas de même pour la dissociation. En effet, une personne dissociée peut masquer cette dissociation derrière un discours qui semble adapté à son interlocuteur avec des comportements automatiques qui ne vont pas forcément alerter l'entourage.

3. L'intérêt d'une intervention rapide

C'est pourquoi de nombreux auteurs insistent sur la nécessité d'une prise en charge rapide au décours d'une exposition traumatique (7). C'est probablement ces différentes études qui ont permis une évolution très importante dans le champ du psychotraumatisme.

Depuis plusieurs années, la question de la prise en charge des victimes d'agression sexuelle se pose sociologiquement avec beaucoup d'acuité.

En effet, depuis leur création en 1995, l'activité des CUMP a beaucoup changé avec un glissement vers des situations moins exceptionnelles et plus individuelles.

Cette activité est surtout mise en place pour les victimes de catastrophes macro-sociales (tremblements de terre, catastrophes dans les stades...).

Néanmoins, depuis quelques années, l'intérêt s'oriente également pour les catastrophes dites microsociales inter voire intrapersonnelles (viols, AVP, braquages...).

3.1. L'IPPI : une première ventilation

Les interventions postimmédiates ont pour objectif de prendre en charge les manifestations aiguës de stress après une exposition à un événement traumatogène.

L'événement traumatogène entraîne une menace de mort (sa propre mort ou autrui) ou une menace grave de l'intégrité physique ou psychique responsable d'un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur (9).

L'intervention postimmédiate permet de remettre des mots là où il n'y en a plus. En effet, lors de ces interventions, nous insistons sur la verbalisation de l'expérience émotionnelle. Le fait que cette intervention se fasse rapidement après l'événement permet de libérer l'affect qui est rattaché aux souvenirs de cet événement. Mettre en mot rapidement ces expériences traumatiques diminuerait la chronicisation des troubles.

En outre, il semble que les patientes victimes d'agression sexuelle n'en parlent pas spontanément (3).

Il nous paraît à nouveau important qu'elles puissent rencontrer des équipes formées au psychotraumatisme et l'IPPI prend là toute son importance puisque son objectif premier est la ventilation des émotions et par là même, la verbalisation de cette expérience.

En effet, de nombreux auteurs pensent que les conséquences psychologiques du viol ont été longtemps sous-évaluées car non recherchées chez des patients qui n'en parlent que peu (11).

De plus, il est parfois nécessaire de prescrire des traitements médicamenteux à certains patients présentant un état de stress aigu. Ces prescriptions permettent de diminuer les phénomènes d'hyperéveil neurovégétatifs et semblent avoir un rôle important dans la prévention de l'ESPT. Néanmoins, il existe des règles précises de prescriptions.

Nous savons en effet que certaines molécules pourraient avoir des effets délétères sur la symptomatologie, comme par exemple, les benzodiazépines qui pourraient favoriser la survenue de troubles psychotraumatiques séquellaires (12).

Là encore, nous voyons l'intérêt d'une prise en charge rapide par une équipe formée aux règles de prise en charge du psychotraumatisme.

3.2. Repérer et prévenir

En outre, le fait d'être exposé à un événement traumatisant peut induire un ESPT chez certains sujets mais pas tous. On sait qu'il y a des facteurs de risque mais aussi des facteurs de protection.

L'un des facteurs de risque les plus connus est le sexe. En effet, les femmes sont plus à risque que les hommes de développer un ESPT. Ensuite, la nature de l'événement joue un rôle important. En effet, si on s'intéresse au viol, certaines études ont montré que 94 % des sujets présentent des symptômes posttraumatiques après un viol à 2 semaines et 47 % à onze semaines (13). Cette étude permet de mettre en évidence l'impact traumatique majeur de l'agression sexuelle mais aussi l'importance de la période postimmédiate. Durant cette période, tout peut s'arranger ou s'enkyster. De plus, la plupart des auteurs qui se sont intéressés à la dissociation péritraumatique ont montré que cette dernière est un bon facteur prédictif d'un ESPT ultérieur (14). C'est pourquoi, il semble intéressant de mettre en place des stratégies de prévention secondaire telles que l'IPPI. Stratégies qui permettent d'agir sur les cognitions dysfonctionnelles ainsi que l'apparition des troubles à plus long terme.

4. Vers un recontact rapide

Lors des recommandations établies en 2000 par l'ordre des médecins, il était indiqué qu'« il est très important de reconnaître que la victime a subi un traumatisme réel, de lui laisser exprimer son effroi... que ces victimes subissent des dommages physiques et psychiques... le premier entretien est essentiel et sera souvent déterminant pour le suivi ultérieur ».

En revanche, « le recours à un psychiatre ne sera jamais systématique. Dans bon nombres de cas, le médecin qui a assuré le premier accueil peut continuer le suivi ultérieur et l'orientation vers un psychiatre ne se fera que pour les cas les plus graves ».

Ces données sont assez contradictoires avec les différentes études réalisées d'un point de vue général sur le psychotraumatisme et, plus précisément sur le viol. Un exemple peut être l'étude réalisée en 2001 par Filipas et Ullman, dans laquelle la plupart des femmes interrogées auraient souhaité avoir davantage de soutien émotionnel (réassurance, écoute, empathie) mais aussi de validation (feedback, normalisation des émotions), ce qui rejoint les interventions proposées dans le cadre de l'IPPI (15).

En effet, il est actuellement reconnu que le viol est un des événements traumatisant le plus pathogène sur le plan du psychotraumatisme avec, notamment un risque majeur de développer un ESPT mais aussi un risque accru de tentative de suicide voire de suicide.

Comme nous l'avons vu précédemment, les directives actuelles sur les prises en charge dans le cadre des événements psychotraumatiques tendent à montrer l'intérêt des prises en charges spécifiques précoces, notamment avec un rôle préventif non négligeable.

La prise en charge au long cours est une partie de ce qui peut être bénéfique au patient. Cette prise en charge est d'ailleurs déjà assurée par les différents praticiens de l'équipe de psychotraumatisme, par le biais des consultations.

En revanche, rien n'est mis en place dans le cadre de l'accueil et de l'évaluation en urgence des victimes d'agression sexuelle.

C'est pourquoi nous nous sommes interrogés sur la nécessité de proposer un protocole de prise en charge des victimes de violences sexuelles prises en charge dans un centre régional.

Nous avons proposé deux axes de prise en charge.

Le premier s'articule avec le service d'urgence. En effet, si le praticien reçoit un patient victime d'agression sexuelle et que cette personne présente des signes d'inquiétude, il aura la possibilité de l'orienter vers le psychiatre de garde aux urgences. Ces signes d'inquiétude relèvent de la clinique que présente le sujet au moment de l'examen. Pour cela, nous avons remis à l'équipe de gynécologie et de médecine légale un document récapitulatif des critères cliniques de gravité d'un état de stress aigu.

Le deuxième axe de prise en charge concerne les personnes n'ayant pas vu un psychiatre en urgence. Nous avons proposé de pouvoir les contacter systématiquement après que les gynécologues nous aient transmis leurs coordonnées et les aient prévenu de ce contact. Nous nous engageons alors à les voir rapidement.

Il nous paraît important de ne pas attendre que la victime fasse une demande de prise en charge psychiatrique. En effet, demander à une femme violée si elle veut voir un psychiatre ou un psychologue peut sembler absurde car, dans un premier temps, elle n'a pas le sentiment d'avoir un problème psychiatrique.

Nous savons par ailleurs que l'IPPI doit avoir lieu pas trop tôt ni trop tard (maximum 2 semaines) et nous proposons de les revoir en consultation de psychotraumatisme dans la semaine qui suit l'agression.

5. Conclusion

Être victime de viol, c'est devoir faire face à un événement, se trouver dans la situation d'avoir à faire face, avec ses propres moyens à un événement invivable, à tel point que la seule issue pour certaines d'entre elles est de vouloir mourir.

De nombreuses recherches mettent en évidence le danger pour ces victimes de développer des PTSD qui mettent à long terme l'équilibre psychique du sujet en danger mais aussi sa vie sociale, professionnelle et familiale.

En outre, des études récentes insistent sur l'importance du support social dans les suites d'une agression sexuelle. Il semblerait qu'un mauvais étayage familial soit un facteur de risque important d'ESPT. C'est pourquoi, il semble nécessaire de recevoir rapidement un membre de la famille et notamment le conjoint.

Là encore, nous ne pouvons qu'insister sur la nécessité d'une prise en charge spécifique et la plus organisée possible.

Nous pensons que la mise en place de ce dispositif permettrait :

- un accès plus facile aux soins ;
- une meilleure évaluation de l'état psychique des victimes avec d'une part, une prise en charge directe en cas de besoin et, d'autre part, un rôle préventif majeur en accord avec les différentes recommandations actuelles dans le cadre du traumatisme psychique.

Tout comme les victimes de catastrophes, les victimes de viol nécessitent un abord psychologique précoce susceptible d'éviter ou de diminuer les risques d'ESPT et ses comorbidités. Afin d'évaluer la pertinence de ce protocole, nous nous proposons de mettre en place une base de donnée permettant un suivi quantitatif et qualitatif de la population étudiée.

Références

1. Le Boulaire M.A. Le viol. Paris. J'ai lu. 2004. 190 p.
2. Billette V., Guay S., Marchand A. Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : Synthèse des écrits. Santé Mentale au Québec, 2005 ; 30 (2) : 101-20.
3. Darves Borno J.M., Pierre F., Lepine J.P., Degiovanni A., Gaillard P. Screening for psychologically traumatized rape victims. Europ J Obstet Gynecol Reprod Biology, 1998 ; 77 (1) : 71-5.
4. Vaiva G., Jehel L., Cottencin O., Ducrocq F., Duchet C., Omnes C., Genest P., Rouillon F., Roelandt J.L. Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé mentale en population générale. L'Encéphale 2008, 34 (6) : 577-83.
5. Gilles C., Van Loo C., Roezenberg S. Audit on the management of complainants of sexual assault at an emergency department. Eur J Obstet Gynecol, 2010, 151 : 185-9.
6. Lopez G. Clinique des violences sexuelles. Psychotraumatologie. Dunod, Paris, 2006 : 77-90.

7. Vaiva G., Lestavel P., Ducrocq F. Quand traiter le psychotraumatisme ? La Presse Médicale 2008 ; 37 : 894-901.
8. Ponseti-Gaillochon A., Duchet C., Molenda S. Le debriefing Psychologique. Paris. Dunod, 2009. 263 p.
9. Vaiva G., Brunet A., Lebigot F., Boss V., Ducrocq F., Devos P., Laffargue P., Goude-
mand M. Fright (effroi) and other peritraumatic responses after serious motor vehicle
accident: prospective influence on acute PTSD development. Can J Psychiatry 2003,
48 : 395-401.
10. Darves-Bornoz, J.M., Alonso J., De girolamo G., de Graaf R., Haro J.M., Kovess-Mas-
fety V. et al. Main traumatic Events in Europe: PTSD in the european Study of the Epi-
demiology of Mental Disorder Survey. J trauma Stress, 2008, 21 (5) : 455-62.
11. Ducrocq F., Vaiva G. De la biologie du trauma aux pistes pharmacologiques de
prévention de l'état de stress posttraumatique. L'Encéphale 2005 ; 31 (2) : 212-26.
12. Rothbaum B.O., Foa E.B., Riggs D., Murdock T. and Walsh W. A prospective exami-
nation of post-traumatic stress disorder in rape victims. Journal of traumatic Stress
1992, 5 : 455-75.
13. Darves-Bornoz J.M. Rape-Related psychotraumatic syndromes. Eur J Obstet Gynecol
Reprod Biol 1997 ; 71 : 59-65.
14. Filipas H.H., Ullman S.E. 2001, Social reactions to sexual assault victims from various
support sources, Violence and Victims, 2001 ; 16 (6) : 673-92.
15. Ullman S.E., Filipas H.H., Townsend S.M., Starzynski L.L. Psychosocial Correlates of
PTSD Symptom Severity in Sexual assault Survivors. J Trauma Stress, 2007 ; 20 : 821-
31.

