



HAL
open science

**Les victimes d'inceste face à leur médecin traitant :
ententes et attentes. Étude qualitative auprès de 10
patients suivis en consultation de psychotraumatisme en
2013 et 2014 à la Réunion**

Marion Bergeret

► **To cite this version:**

Marion Bergeret. Les victimes d'inceste face à leur médecin traitant : ententes et attentes. Étude qualitative auprès de 10 patients suivis en consultation de psychotraumatisme en 2013 et 2014 à la Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00995324

HAL Id: dumas-00995324

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00995324>

Submitted on 23 May 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ BORDEAUX 2

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

Thèse n° 39

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 Avril 2014

Par Marion BERGERET

Née le 28 octobre 1982 à Pessac (33)

**LES VICTIMES D'INCESTE FACE À LEUR MÉDECIN TRAITANT :
ENTENTES ET ATTENTES.
Étude qualitative auprès de 10 patients suivis en consultation
psychotraumatisme en 2013 et 2014 à la Réunion.**

Directrice de thèse

Madame le Docteur Visnelda-Douzain Christine

Jury

Monsieur le Professeur Manuel Bouvard : Président du Jury

Monsieur le Professeur Peter Von Theobald

Monsieur le Docteur Jean-Marc Franco, Maître de Conférences Associé : Rapporteur

Madame le Docteur Kathia Cadinouche

Madame le Docteur Christine Visnelda-Douzain : Directrice de thèse

REMERCIEMENTS

Au Jury de cette thèse,

Je souhaite exprimer mes sincères remerciements aux principaux intervenants de cette thèse pour leur disponibilité et leur ouverture d'esprit :

Ma directrice de thèse Madame le Docteur Christine VISNELDA-DOUZAIN, qui a accepté de diriger cette thèse sans même me connaître. Ta présence et ta disponibilité m'ont été précieuses, ton exigence et ton souci du détail m'ont incitée à approfondir ma recherche. Pour ces soirées sur ta terrasse à pousser la réflexion à travers d'innombrables histoires de Vie, autour de ton thermos, merci !

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Professeur des Universités, qui m'a fait l'honneur d'accepter d'être le Président du Jury de cette thèse. Je vous en remercie et vous assure mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Peter VON THEOBALD, Professeur des Universités, qui me fait l'honneur d'être présent dans ce jury. Vous avez d'emblée montré un intérêt certain pour le sujet de ce travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Jean-Marc FRANCO, Maître de Conférences Associé, qui m'a fait l'honneur de juger ce travail et d'être le rapporteur de ma thèse auprès de la faculté. Vous nous soutenez depuis le début de notre internat dans l'Océan Indien. La mesure de vos critiques toujours constructives et argumentées nous permet de progresser dans notre apprentissage. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et soyez assuré de mon respect le plus sincère.

Madame le Docteur Kathia Cadinouche, médecin généraliste, qui a pris le temps de s'intéresser à ce travail. Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

À tous les médecins et équipes médicales qui ont su, tout au long de ces années d'études, me faire découvrir la passion de ce métier, me transmettre leur savoir, m'épauler dans les moments difficiles.

À l'équipe d'externes du Dr Amouretti, pour tous ces bons moments partagés à la découverte de l'hôpital.

À l'équipe du service d'addictologie du Dr Mété qui a guidé mes premiers pas d'interne avec délicatesse.

Au service des urgences de Mamoudzou et son incroyable énergie !

Aux services de gynécologie et pédiatrie de l'Est, pour leur enthousiasme et pour m'avoir si sympathiquement intégré dans leurs équipes.

Aux Docteurs Gungoosingh, et leur passion pour la médecine générale !

Au service de gastro-entérologie de Saint Paul, son équipe médicale dynamique, aux fous rires dans les couloirs, et l'irremplaçable Dr Millon.

À Vanille, la découverte de la pédopsychiatrie, à ces moments de solitude parfois dans l'impuissance, à tout ce que cela m'a apporté dans la relation avec le patient, sous l'œil aidant des soignants.

À Yasmine et Georges, pour le partage de leur connaissance et de leur cabinet ! Merci de m'avoir guidée dans mes débuts de remplaçante, toujours avec bienveillance et rires !
Pascale et Elodie, quel plaisir de travailler avec vous !

À l'équipe de la consultation psychotraumatisme qui a « joué le jeu » avec beaucoup de sympathie.

À ma famille,

À mes parents, sans qui je ne serai pas arrivée jusque là. À mon père qui un jour m'a suggéré de faire médecine, qui m'a montré la passion pour ce métier, m'a soutenue et a cru en moi jusqu'à me confier ses patients dans mes premiers pas de remplaçante (merci !). À ma mère et son amour indéfectible, son soutien, son regard confiant qui me donnait la force de continuer. Je vous dois ma volonté et la folie de rêver.

À ma sœur Agnès pour notre complicité, nos incroyables différences et notre admiration mutuelle ! Merci pour ton aide si précieuse dans l'écriture de cette thèse, tes tuyaux de grand docteur, tes analyses faites l'air de rien au détour d'un entretien, qui m'ont fait progresser à grands pas. Merci pour ton sourire toujours rayonnant sur skype, avec Jacques et Louis.

À mon frère Paul, ton calme et tes attentions pleines de délicatesse, à Emma son sourire et son naturel rafraichissants, à leurs deux merveilleuses filles Élise et Camille.

À mon frère Tim, à son incroyable maturité depuis qu'il est minuscule, à ses folies, à ses insatiables envies, à son humour. Je te souhaite un chemin construit de tous tes rêves.

À Ama, pour tout l'Amour que tu nous as donné à travers ta grosse voix et tes remarques franches. « Faut pas pousser Mémé dans les orties ». Ta présence me manque.

À Marie-Thérèse et Jean, ma famille réunionnaise, remplie de bonne humeur et de joie de vivre. Merci pour votre inébranlable soutien, fait de gentillesse et délicieux carris.
À Jean Christophe et Pauline et leur énergie inépuisable.

À Toi Gilles, qui m'a soutenue pendant tout le travail de cette thèse, mais déjà bien avant. Au quotidien qui est extraordinaire grâce toi, à la danse de bienvenue, aux voyages, au partage et à ce que nous rêvons encore de faire...

À mes amis de Métropole que les kilomètres n'ont pas éloignés,

Fée, mon Amie de toujours, qui m'a aidée à grandir, entre questions existentielles et rires. Ta confiance en moi m'a toujours soutenue. Tu es une personne extraordinaire. Je te souhaite un immense bonheur avec Thanasis et Hector.

Klum, mon Amie depuis les études, extra-terrestre irremplaçable de nos pétages de plomb, corde sensible prête à vibrer à chaque émotion, toujours partante pour partager ses envies, ses folies, son bonheur ! Miloune, ton rire et ta générosité, le plaisir de refaire le monde avec toi, et de courir sur les quais, sont des moments précieux à chacun de mes retours à Bordeaux. Merci de me faire partager votre quotidien ! ... et de le partager avec Jérôme, l'Ami en chemin, tu ne perds jamais courage, tu partages tes émotions avec tant de simplicité, ton amitié inébranlable et simple est un cadeau. Allons porter des croissants à nos amis martiens.

Marion, merci pour ta relecture précieuse. Ton amitié constante et belle, c'est que du bonheur !

Émilie, ta volonté m'a toujours épatée. Tu ne lâches rien ! Nos retrouvailles à Bordeaux sont toujours un régal, quelle énergie ! En souvenir de notre blond girl trip, tu débarques quand déjà ?

Aude, Fred et Camille, mes Belges préférés.... C'était un cadeau que de vous avoir sur l'île intense ! Pour tous ces souvenirs magiques, merci !

Laetitia et toute sa jolie famille, pour la place que tu m'as faite dans ta vie ! Pour tous ces moments partagés depuis plus de 15 ans (ma pauvre lucette)... merci !

Mabé, l'irremplaçable, pour toutes ces années de colocation qui ont fait de mon quotidien des grains de délices à consommer sans modération.

Coralie et Jon, nous nous sommes rencontrés à la Réunion mais vous êtes rentrés en métropole... Les quelques mois de colocation avec vous, duo infernal, restent inoubliables.

Aude, mon Amie des débuts de l'internat. Nous avons fait nos premiers pas ensemble à la Réunion, tu as toujours été là. Tu es une personne unique. Les kilomètres ne nous auront pas ! Je vous souhaite un beau chemin avec Maxence.

À mes amis réunionnais,

Les amitiés se créent souvent lors des rencontres du premier semestre, mais c'est plus tard que je vous ai connus et les liens qui se tissent encore aujourd'hui sont précieux...

Cyn, pour ta relecture attentive et spécialiste, merci ! Avec Agnès, Mary, Sarah vous prenez une place toujours plus grande dans mon univers, c'est un plaisir de découvertes !

Marie, merci de m'avoir entraîné dans la dream team de la BU du Tampon. Ta générosité et ton rire embellissent chaque pause ! Reviens vite ! Hubert... pose ce portable et fonce ! Et merci !

Julie et Clément, la chaleur de votre accueil de Mayotte à la Réunion, les fous rires et les ptis repas entre copines... Rentrez vite !

Clairette, Clem, Gilou, Guillaume, ne changez rien, et il faut qu'on se voit !

France, on se suit depuis maintenant de nombreuses années. Tu es quelqu'un d'exceptionnel. Les ptis verres partagés sont trop rares, toujours sensass !

Pato et Cynzia, Tibor et Émilie, Stéphane et Sophie, Jayz et Milou, Dahoo et Martine, vous me faites découvrir les dimanches emplis de cris d'enfants ! Merci pour votre accueil dans ce groupe si chaleureux.

Constance, Baptiste, Léo, Nico, Idriss, Jérôme, Juliette, la team de Saint Benoît, ça a été un plaisir de vous retrouver récemment !

Aux rencontres faites en voyage,

Aux Hommes et Femmes qui ont accepté, avec simplicité et sincérité, de m'apporter leur témoignage et leur confiance,

Je dédie cette thèse.

TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION	11
2 INCESTE : ASPECTS DESCRIPTIFS	12
2.1 LE PSYCHOTRAUMATISME	12
2.1.1 <i>Définition du psychotraumatisme</i>	<i>12</i>
2.1.2 <i>La réaction de stress.....</i>	<i>13</i>
2.1.2.1 La réaction immédiate.....	13
2.1.2.1.1 Le stress adaptatif.....	14
2.1.2.1.2 Le stress dépassé.....	14
2.1.2.1.2.1 Les actions automatiques	14
2.1.2.1.2.2 La fuite panique	15
2.1.2.1.2.3 La sidération.....	15
2.1.2.1.2.4 Les agitations motrices incoordonnées.....	15
2.1.2.1.3 Le stress pathologique	15
2.1.2.2 Les réactions post immédiates ou différées	15
2.1.2.2.1 La décharge de stress différé	15
2.1.2.2.2 La queue de stress.....	15
2.1.2.2.3 L'état de stress aigu.....	16
2.1.2.2.3.1 Les symptômes dissociatifs	16
2.1.2.2.3.2 Les symptômes psychotraumatiques.....	16
2.1.2.2.3.3 Les symptômes émotionnels.....	16
2.1.3 <i>De la réaction de stress au psychotraumatisme différé chronique.....</i>	<i>16</i>
2.1.3.1 Facteurs prédictifs de psychotraumatisme.....	16
2.1.3.2 Facteur hautement prédictif de syndrome psychotraumatique : la dissociation péri-traumatique.....	17
2.1.3.3 La phase de latence.....	17
2.1.4 <i>Le syndrome psychotraumatique différé chronique.....</i>	<i>17</i>
2.1.4.1 D'un triple effondrement du narcissisme :	17
2.1.4.2 D'un syndrome de répétition :	18
2.1.4.3 La culpabilité :	18
2.1.4.4 La honte	19
2.1.4.5 La fascination	19
2.1.4.6 Une altération de la personnalité : La Triade de Fénichel	20
2.1.4.7 Comorbidités	20
2.1.5 <i>Le psychotraumatisme répété.....</i>	<i>20</i>
2.2 DÉFINITIONS DE L'INCESTE	22
2.3 NOTIONS MYTHOLOGIQUES, HISTORIQUES ET ANTHROPOLOGIQUES	23
2.3.1 <i>Ce que décrivent les mythes de l'inceste.....</i>	<i>23</i>
2.3.2 <i>Point de vue anthropologique de l'inceste</i>	<i>24</i>
2.3.3 <i>Éléments historiques et notions législatives.....</i>	<i>25</i>
2.4 L'INCESTE EN FRANCE ET À LA RÉUNION, QUELQUES CHIFFRES	28
2.5 LE RETENTISSEMENT DE L'INCESTE SUR LA SANTÉ	30
2.5.1 <i>Les chiffres comparés à la population générale.....</i>	<i>31</i>
2.5.2 <i>Les motifs de consultation en médecine générale.....</i>	<i>32</i>
2.5.3 <i>Spécificités de l'enfant.....</i>	<i>32</i>
3 CONTEXTE ET RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE.....	33
3.1 LE SITE ÉTUDIÉ : LA RÉUNION.....	33
3.1.1 <i>Géographie.....</i>	<i>34</i>
3.1.2 <i>Histoire de l'île et population.....</i>	<i>34</i>
3.1.3 <i>La population et la démographie réunionnaise</i>	<i>35</i>
3.2 LE RÔLE CLEF DU MÉDECIN TRAITANT	36
3.2.1 <i>Victimes consommatrices de soins.....</i>	<i>36</i>
3.2.2 <i>Repérage et écoute</i>	<i>37</i>
3.2.3 <i>Évaluation de la situation</i>	<i>38</i>
3.2.4 <i>Signalement et information préoccupante.....</i>	<i>38</i>
3.2.5 <i>Orientation.....</i>	<i>39</i>
3.3 RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	40
4 ETUDE DE 10 CAS DE PATIENT(E)S VICTIMES D'INCESTE : ENTRETIENS SEMI DIRECTIFS	41

4.1	MÉTHODOLOGIE	41
4.1.1	<i>Objectifs de l'étude qualitative</i>	41
4.1.2	<i>Typologie de l'étude</i>	41
4.1.2.1	La population de l'étude	41
4.1.2.1.1	Critères d'inclusion	41
4.1.2.1.2	Critères de non inclusion	42
4.1.2.2	Déroulement de l'étude	42
4.1.2.2.1	Lieu de recueil	42
4.1.2.2.2	Le temps du recueil	42
4.1.2.2.3	L'entretien semi-dirigé	42
4.1.2.2.4	Le guide d'entretien	43
4.1.2.2.5	Déroulement de l'étude	43
4.1.2.3	Retranscription de l'entretien	43
4.1.2.4	Analyse et interprétation	44
4.1.2.4.1	L'imprégnation	44
4.1.2.4.2	Le codage	44
4.1.2.4.3	Classement des thèmes	44
4.1.2.4.4	L'interprétation	44
4.1.3	<i>Aspect éthique de l'étude</i>	44
4.1.3.1	Information au patient	44
4.1.3.2	Confidentialité des données	45
4.2	RÉSULTATS	45
4.2.1	<i>Les données sociodémographiques</i>	45
4.2.1.1	Sexe	45
4.2.1.2	Âge	45
4.2.1.3	Statut marital	45
4.2.1.4	Délai de prise en charge	45
4.2.1.5	Orientation vers la consultation de psychotraumatisme	45
4.2.2	<i>Résultats qualitatifs</i>	46
4.2.2.1	Ce qu'apporte la prise en charge	46
4.2.2.2	Les freins à la révélation	46
4.2.2.2.1	La peur de ne pas être cru(e)	46
4.2.2.2.2	La culpabilité	47
4.2.2.2.3	La honte	47
4.2.2.2.4	La crainte de l'éclatement familial	47
4.2.2.2.5	La peur de l'agresseur	47
4.2.2.3	La place du médecin généraliste	48
4.2.2.3.1	Les réactions du médecin lors de la révélation	48
4.2.2.3.2	La place du médecin traitant	48
4.2.2.3.2.1	Sa place dans la révélation : faire les liens	49
4.2.2.3.2.2	Orienter	49
4.2.2.3.2.3	Sa place dans le suivi	49
4.2.2.3.2.4	Sa place en tant que médecin de famille	50
4.2.2.3.3	Le médecin homme ou femme	50
4.2.2.4	Les éléments indispensables à la révélation	50
4.2.2.4.1	Le comportement du médecin	50
4.2.2.4.2	Relation de confiance et écoute	51
4.2.2.4.3	Les impératifs temporels	51
4.2.2.4.3.1	Le manque de temps lors d'une consultation	51
4.2.2.4.3.2	Les moments clés	51
4.2.2.4.3.3	Temporalité de la consultation elle-même	52
4.2.2.4.4	Le secret professionnel	52
4.2.2.4.5	La reconnaissance	52
4.2.2.4.6	Respecter le rythme et insister	52
4.2.2.4.7	L'environnement : le cabinet médical	53
4.2.2.5	Les mots pour les maux	53
4.2.2.5.1	Les symptômes évoqués	53
4.2.2.5.2	Poser une question directe ?	54
4.2.2.5.3	Les mots à utiliser	54
4.2.2.6	Les conseils des victimes à leur médecin	55
4.2.2.6.1	Sur son comportement	55
4.2.2.6.2	Des consultations inhabituelles ou médiées	55
4.2.2.6.3	Informations disponibles	56
4.2.2.6.4	Réseaux, groupes, associations	56
4.2.2.6.5	Se former	56
4.2.2.6.6	Les pratiques réelles de certains médecins décrites comme bénéfiques	56
4.3	ANALYSE ET DISCUSSION	57

4.3.1	<i>Discussion de la méthode</i>	57
4.3.1.1	Limites de la méthode	57
4.3.1.1.1	Taille de l'échantillon.....	57
4.3.1.1.2	Biais de sélection.....	57
4.3.1.1.3	Limites de l'hétéro évaluation lors d'un entretien semi dirigé	57
4.3.1.1.3.1	Limites posées par l'enquêteur.....	57
4.3.1.1.3.2	Limites posées par la patiente.....	58
4.3.1.1.4	Limites dans la difficulté à retranscrire des faits passés traumatiques	58
4.3.1.2	Atouts de la méthode	58
4.3.1.2.1	Enquêteur unique de sexe féminin.....	58
4.3.1.2.2	Éthique et déontologie	58
4.3.2	<i>Discussion des résultats</i>	58
4.3.2.1	Ce qu'il faudrait pour améliorer le DÉPISTAGE	59
4.3.2.1.1	La relation médecin-patient	59
4.3.2.1.1.1	Le médecin vu comme protecteur	59
4.3.2.1.1.2	Le médecin vu comme étranger	60
4.3.2.1.1.3	Le médecin vu comme savant.....	60
4.3.2.1.1.4	Les difficultés du médecin de genre masculin.....	61
4.3.2.1.2	Trouver du temps pour en gagner et moments-clés.....	61
4.3.2.1.3	Reconnaître une victime en consultation : des maux pour le taire	62
4.3.2.1.4	Le lieu	63
4.3.2.1.5	Particularités du dépistage chez l'enfant.....	63
4.3.2.1.6	Poser des questions directes.....	64
4.3.2.2	Ce qu'il faudrait pour améliorer la PRISE EN CHARGE.....	65
4.3.2.2.1	L'accueil de la révélation.....	65
4.3.2.2.2	Informé et orienter	66
4.3.2.2.3	La « bifurcation » de la prise de conscience de l'inceste et du soin, point de vue sociologique.....	66
4.3.2.2.4	L'importance de la formation des médecins	67
4.3.2.3	Propositions concrètes d'amélioration pour une prise en charge globale à la Réunion	68
4.3.2.3.1	État des lieux	68
4.3.2.3.1.1	Structures et réseaux médicaux	68
4.3.2.3.1.2	Structures judiciaires	69
4.3.2.3.1.3	Formations.....	70
4.3.2.3.2	Ce qui doit être fait	70
4.3.2.3.2.1	Centre ressource	70
4.3.2.3.2.2	Formation des médecins généralistes	71
4.3.2.3.2.3	Création de postes spécialisés.....	71
4.3.2.3.2.4	Collaboration judiciaire et médicale.....	71
4.3.2.3.2.5	Aide à la mise en place d'une association de victimes d'inceste.....	71
5	CONCLUSION	72
6	BIBLIOGRAPHIE	74
7	ANNEXES	78

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIVI : Association Internationale des Victimes de l'Inceste
AMAFAR : Association des Maisons de la Famille de la Réunion
ARAJUFA : Association Réunionnaise pour l'Aide Juridique aux Familles et aux Victimes
A.R.I.V : Antenne Réunionnaise de l'Institut de Victimologie
CAPAS : Centre d'Accueil pour Adolescents en Souffrance
CEVIF : Collectif pour l'Élimination des Violences Intra-Familiales
CMP : Centre médico-Psychologique
CRIP : Cellule départementale de Recueil et d'évaluation de l'Information Préoccupante
CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DESNOS : Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Spécified
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ENVEFF : Enquête Nationale sur la Violence Envers les Femmes en France
HAS : Haute Autorité de Santé
INAVEM : Institut national d'Aide aux Victimes et de Médiation
ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PTSD : Post Traumatic Stress Disorder
SPTDC : Syndrome PsychoTraumatique Différé Chronique

1 INTRODUCTION

L'inceste est le tabou fondateur de l'humanité et de sa perpétuation. Cette valeur universelle est quotidiennement transgressée.

En 2010, l'AIVI (Association Internationale des Victimes de l'Inceste) a souhaité dresser un état des lieux de la situation des victimes d'inceste, concernant notamment leur état de santé et l'impact que ce vécu peut avoir dans leur vie de tous les jours. Ce sondage a mis en évidence que 3 % des Français ont déclaré avoir été victime d'inceste, soit plus de 2 millions de personnes par extrapolation, uniquement en France(1).

Pour le dépositaire d'une révélation d'un inceste, être confronté à cette situation engendre souvent une attitude défensive s'apparentant à l'évitement (par peur de ne pas savoir faire, peur d'entendre, de ne pas supporter, peur de ne pas savoir accompagner). Pourtant il est urgent de dépister des traumatismes qui doivent orienter vers des soins spécifiques, d'où l'importance d'aider à libérer la parole, pour mettre des mots sur des maux. Sans cela, le risque reste l'errance médicale et la persistance des douleurs.

Afin de combattre ce problème de santé publique, le médecin généraliste, en tant qu'interlocuteur privilégié de chaque victime, a assurément un rôle de premier plan à jouer. Selon les études, un nombre réduit de victimes d'inceste ose se confier spontanément à leur médecin traitant. Pour celles qui n'en parlent pas spontanément, la détection d'une telle situation repose sur l'initiative du médecin généraliste. Or, les signes cliniques du retentissement de l'inceste, qui sont repérables dans le cadre de la médecine générale, sont multiples et non spécifiques, ce qui rend leur interprétation difficile. D'ailleurs, en mai 2011, la Haute Autorité de Santé a publié des recommandations portant sur le repérage et le signalement de l'inceste par les médecins, visant à favoriser un dépistage précoce. Ces recommandations font état d'une multitude de symptômes touchant toutes les sphères de l'individu (2).

Devant ces difficultés, plusieurs auteurs proposent des questions directes et ouvertes à chaque patient présentant une symptomatologie évocatrice, pour un dépistage systématique. Mais les victimes d'inceste peuvent-elles supporter cette confrontation directe ? Que pensent-elles des possibilités de repérage et de prise en charge par le médecin généraliste ? Nous allons, à travers une enquête qualitative par entretiens semi-directifs, tenter d'apporter des éléments de réponse.

L'objectif principal de notre étude est donc d'identifier, à travers les expériences personnelles de personnes victimes d'inceste suivies en consultation psychotraumatisme à la Réunion en 2013 et 2014, les attentes et besoins en termes de repérage et de prise en charge par le médecin généraliste.

L'objectif secondaire est de définir le comportement et les démarches à adopter par le médecin traitant pour améliorer le repérage et la prise en charge des victimes d'inceste. Enfin, à partir d'un état des lieux des dispositions actuelles à la Réunion pour la prise en charge de ces victimes, nous ferons des propositions concrètes sur les moyens d'amélioration du parcours de soin.

2 INCESTE : ASPECTS DESCRIPTIFS

Avant d'aborder l'inceste lui-même, il nous a semblé important de rappeler quelques notions liées au psychotraumatisme. Ceci permettra d'apporter un éclairage à la clinique de l'inceste et aux mécanismes mis en cause dans la complexité de la prise en charge.

2.1 Le psychotraumatisme

2.1.1 Définition du psychotraumatisme

Étymologiquement le terme « trauma » signifie « blessure » en grec.

La notion de traumatisme est à l'origine empruntée aux pathologies somatiques. Ce mot désigne des lésions produites accidentellement, d'une manière instantanée, par des agents mécaniques dont l'action vulnérable est supérieure à la résistance des tissus ou organes qu'ils rencontrent. La psychopathologie s'inspire et transpose cette définition au traumatisme psychique. (3)

Le psychotraumatisme est un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses, par des excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité physique ou psychique d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur. (4)

Le caractère traumatique du choc psychique dépend ainsi du degré de violence de l'évènement traumatique. En effet, un événement qui provoque un choc psychique violent exerce sur l'appareil psychique une telle force, quasi mécanique, qu'elle fait irruption au sein du psychisme en débordant les défenses et provoque l'effraction. Cette effraction est comparable à une blessure ou une contusion organique interne. À l'inverse, un choc psychique, mineur, ne provoquant pas d'effraction, ne provoquera pas de perturbation du psychisme et ne pourra pas être qualifié de traumatisme.

Mais l'effraction, et donc le psychotraumatisme, n'est pas seulement fonction de l'intensité du choc psychique, elle dépendra de l'état antérieur du sujet, de ses défenses, de ses éventuels traumatismes passés. La fragilité psychique de l'individu au moment de l'évènement va déterminer l'émergence d'un psychotraumatisme.

Le traumatisme psychique confronte de manière brutale le sujet avec le réel de la mort : « *je me suis vu mourir* ». Selon Epicure dans la lettre à Ménécée « *la mort n'est rien pour nous* », la mort ne nous concerne pas. Nous savons ce qu'est un cadavre mais nous ne savons pas ce qu'est la mort (5). L'homme n'a aucune représentation inconsciente de la réalité de la mort puisque la mort n'est pas à sa portée.

Le traumatisme est un voyage au cœur de la mort, là où les vivants ne sont pas censés allés. Le mythe d'Orphée illustre parfaitement cette rencontre interdite pour les vivants. Cette expérience a la particularité d'être un voyage vers le néant, sans langage pour le soutenir.

Selon Freud, après le passage de l'acquisition du langage, l'homme conscient est capable de représentations. Le langage lui permet de commencer à se représenter le monde, à en avoir des explications et à donner un sens aux choses. Les représentations sont conscientes, préconscientes et inconscientes. Chaque représentation est faite de souvenirs, d'expériences passées, vécus, accumulés, mis en mémoire. Il en résulte que, pour l'homme intégré dans le monde du langage, toute perception consciente est prise en charge et transformée, aussitôt reçue, au niveau de l'inconscient des représentations.

Lors de l'effraction psychique de l'événement potentiellement traumatique, aucune représentation n'existe pour l'accueillir, la prendre en charge et la lier à d'autres représentations. Le réel de la mort ne se transforme pas en image représentable car le traumatisme pénètre hors du langage, sous forme de perceptions sensorielles, qui restent intactes et constituent un corps étranger.

Ainsi, chez l'individu, se produira une cassure par rapport à l'état antérieur. Un sentiment de ne plus être comme avant, d'être en dehors du monde des vivants.

Le psychotraumatisme s'accompagne toujours d'un vécu d'effroi. C'est la perception d'un vide complet avec suspension de la pensée et des affects. C'est l'entrée dans un monde en dehors du langage. C'est un moment d'anéantissement de toute parole possible (6) avec une sensation d'éprouvés archaïques, de retour à l'originel mais aussi de néantisation, de morcellement, tel un nouveau-né.

Ainsi le trauma résulte de perceptions. Il met en jeu tous les organes des sens et les sensations proprioceptives. Il n'est jamais ni le fruit d'un discours rapporté par procuration, ni transgénérationnel. Une histoire rapportée, sous forme de récit, réintègre le monde du langage et ainsi ne peut être vécue comme traumatique.

Nos perceptions ne sont jamais réelles, mais apparaissent sous la forme d'une réalité prise dans une signification déjà présente, construite par le biais des représentations qui sont propres à chaque individu. Ainsi, un même événement peut être vécu comme traumatique pour une personne et non traumatique pour une autre, ou traumatique pour une personne à un moment donné de la vie et non traumatique, à un moment différent, du fait de meilleures défenses (6).

2.1.2 La réaction de stress

Dans la clinique, lorsqu'un individu est confronté à un événement potentiellement traumatogène, il faut faire une nette distinction entre la réaction immédiate physiologique de stress (défense qui a pour but une adaptation au milieu hostile) et le syndrome psychotraumatique différé chronique. Le stress est un phénomène normal de protection et ne s'accompagne pas forcément d'un psychotraumatisme.

Dans la clinique de la réaction de stress nous décrirons deux phases successives :

- La réaction immédiate : lors de l'événement ou immédiatement après l'événement, elle correspond à une réponse de stress. Ce stress peut être plus ou moins adaptatif, dépassé voire pathologique.

- La réaction post immédiate ou différée débute quelques heures après l'évènement et peut durer jusqu'à 4 semaines. C'est le classique « état de stress aigu » des anglo-saxons. C'est la réaction la plus courante. Lorsqu'elle dépasse une durée de 4 semaines, elle entre dans le cadre d'un psychotraumatisme différé chronique.

Suite à cette phase de réaction post immédiate, il peut exister une phase de latence, variable dans sa durée, qui aboutira au syndrome psychotraumatique différé chronique ou névrose traumatique, proche du P.T.S.D. Anglo-saxon.

2.1.2.1 La réaction immédiate

Un sujet, brutalement exposé à un événement agressant et inattendu, perçoit une discordance réelle ou imaginaire entre les demandes de l'environnement, dans une situation donnée, et les ressources de ses propres systèmes physiologiques,

psychologiques et sociologiques de réponses. Il en résulte un déséquilibre de l'homéostasie du sujet. Ainsi va-t-il mettre en place une stratégie de défense quasi réflexe mais consciente : la réaction de stress.

2.1.2.1.1 Le stress adaptatif

La réaction de stress qui implique un circuit réflexe neurophysiologique, endocrinien et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, permet de préparer une prise de décision et un comportement le plus adapté à la situation donnée. Le stress adaptatif est donc une réponse adaptée à la situation de stress.

Durant la phase d'alarme, le sujet concentre son attention sur la situation. Son niveau de vigilance est très augmenté, il mobilise ses cinq sens. Le sujet perçoit ainsi un maximum d'informations qu'il sélectionnera par la suite afin de se focaliser sur le danger et de ne retenir que les perceptions utiles.

Durant la phase de mobilisation, toutes les facultés mentales sont exacerbées. Les capacités de mémoire, d'analyse, d'anticipation, de contrôle émotionnel, affectif et d'imagination sont mobilisées permettant ainsi une évaluation globale de la situation de danger. Cette phase permet également d'élaborer différentes stratégies de réponses possibles pour faire le choix d'une solution adaptée.

Durant la phase de défense une tension interne, intense, pousse le sujet à l'action, à la prise d'une décision rapide.

Néanmoins, la réaction de stress adapté s'accompagne souvent de symptômes :

- Psychiques tels que l'invasion émotionnelle, un sentiment d'impuissance, d'irréalité,
- Neurovégétatifs comme la pâleur, les sueurs, une lipothymie, les tremblements, une striction laryngée, une sensation d'oppression thoracique, une dyspnée, une tachycardie, une débâcle intestinale ou urinaire,
- Moteurs de précipitation à l'exécution d'un geste, d'automatismes, de tremblements, d'imprécisions, de lenteur, d'asthénie, de bégaiement.

Cette réaction immédiate, même adaptée, est coûteuse en énergie et épuise les capacités de contrôle émotionnel, d'attention soutenue et de mémorisation. Lorsque la situation de stress est terminée, elle aboutit à un état psychique ambigu qui mêle euphorie, soulagement et sensation d'épuisement physique et psychique.

L'organisme humain est fait pour vivre en routine et paye donc le prix fort pour s'adapter aux situations d'exceptions.

2.1.2.1.2 Le stress dépassé

Parfois, la confrontation à une situation trop violente, trop intense, ou une vulnérabilité psychique au moment de l'événement peuvent faire déborder les capacités d'adaptation du sujet. La réponse à l'événement devient inadaptée : on parle alors de stress dépassé.

Les réactions lors d'un état de stress dépassé sont peu adaptatives et stéréotypées. Ce sont des réactions archaïques d'urgence que l'on retrouve sous différentes formes :

2.1.2.1.2.1 Les actions automatiques

Lors d'un état de choc, le sujet incapable de toute prise de décision se met à exécuter des gestes comme un automate. Ces gestes peuvent appartenir au sujet ou par mimétisme à ceux du voisin. Ces gestes cohérents en apparence se font en réalité dans un état

d'étrangeté et de quasi déréalisation. Cette déréalisation peut annoncer un début de dissociation qui est un facteur de risque prédictif puissant d'apparition d'un syndrome psychotraumatique différé chronique ultérieur.

2.1.2.1.2.2 La fuite panique

Chez un sujet pris de terreur, c'est une fuite éperdue dans n'importe quel sens parfois même de façon suicidaire en éliminant violemment tous les obstacles potentiels retrouvés sur son chemin. Cette réaction lorsqu'elle est collective représente un danger majeur.

2.1.2.1.2.3 La sidération

Un état de stupeur, affectif et intellectuel, envahit le sujet et lui donne une sensation de retrait imaginaire de la situation. Cette sensation est accompagnée d'un état d'inhibition physique et psychique.

La sidération est souvent accompagnée de dissociation péritraumatique qui reflète une tentative illusoire de sauvegarder une certaine intégrité psychique.

2.1.2.1.2.4 Les agitations motrices incoordonnées

Suite à une excitation psychique, un besoin d'agir provoque une action stérile et inadaptée associée à une anarchie volitionnelle.

Ces réactions ne durent que quelques minutes à quelques heures et ne laissent généralement pas de séquelles.

La frontière est parfois très étroite entre stress adaptatif et stress dépassé. Certains sujets peuvent passer d'un stress adapté à un stress dépassé ou le contraire, lors d'un même évènement, ou même faire des allers retours entre les deux, selon la durée de la situation.

2.1.2.1.3 Le stress pathologique

Chez des sujets fragiles, souvent porteurs de pathologies psychiatriques préexistantes, on peut retrouver des réactions de stress pathologique. Celles-ci s'expriment sous la forme de réactions hystériques, phobiques ou troubles anxieux bruyants chez les patients souffrant de névroses mais aussi sous forme de bouffée délirante aiguë, épisode maniaque ou épisode aigu de psychose ancienne chez les sujets psychotiques.

2.1.2.2 Les réactions post immédiates ou différées

2.1.2.2.1 La décharge de stress différé

Chez certains sujets, la réaction de stress ne peut avoir lieu au moment de l'action, au moment de l'évènement traumatique. Néanmoins, on observe une réaction de décharge de stress post immédiate ou différée, une fois le danger écarté. Cela se définit par une décharge neurovégétative brutale qui associe : agitation, crise de larmes ou euphorie. De durée brève, elle se termine par une sensation de soulagement intense.

2.1.2.2.2 La queue de stress

On note une persistance des symptômes négatifs du stress pendant plusieurs jours pouvant aller jusqu'à une semaine avec un vécu d'étrangeté, une impression d'insécurité, le souvenir de l'évènement, une décharge émotionnelle, de l'agressivité et des manifestations neurovégétatives.

2.1.2.2.3 L'état de stress aigu

L'état de stress aigu apparaît sous la forme de différents symptômes :

2.1.2.2.3.1 *Les symptômes dissociatifs*

On retrouve des troubles de la conscience, une obnubilation, de la stupeur, des engourdissements, une amnésie sélective prédominant sur les faits récents, un sentiment de détachement voire de dépersonnalisation et de déréalisation.

2.1.2.2.3.2 *Les symptômes psychotraumatiques*

Phénomènes de répétitions (cauchemars, pensées...), hyper vigilance, reviviscences de la scène traumatique par flash back, évitements des situations faisant repenser à l'événement, ruminations, troubles relationnels et du fonctionnement social (irritabilité, mutisme, émoi affectif, retrait, colère).

2.1.2.2.3.3 *Les symptômes émotionnels*

Avec un sentiment profond d'insécurité, d'angoisse, d'inhibition, de tristesse, de crises de larmes et de sentiments de désespoir.

On retrouve l'état de stress aigu décrit dans la classification du DSM IV de l'association américaine de psychiatrie, défini sous des critères bien spécifiques(7).

Ces troubles se présentent dès les premiers jours qui suivent l'événement traumatique et peuvent persister jusqu'à 4 semaines. Les signes cliniques préfigurent ceux du syndrome psychotraumatique différé chronique. Néanmoins pour l'état de stress aigu, ces signes évoluent favorablement. En effet, la disparition des symptômes est rapide dans les 4 semaines qui suivent le traumatisme.

2.1.3 De la réaction de stress au psychotraumatisme différé chronique

Si les symptômes de l'« état de stress aigu » persistent au-delà des 4 semaines il faut envisager l'installation d'un syndrome psychotraumatique différé chronique.

2.1.3.1 Facteurs prédictifs de psychotraumatisme

Selon Ducrocq (8), plusieurs éléments sont connus comme facteurs de risque contribuant à majorer le risque de développement de séquelles psychotraumatiques après un événement. Il s'agit en premier lieu du sexe féminin, des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, notamment des lignées anxieuse et dépressive, personnalité antérieure, niveau socioéconomique bas ainsi qu'un large ensemble de paramètres strictement liés à l'événement lui-même : degré de proximité par rapport à l'épicentre de l'événement, intensité de la menace vitale, mort ou blessure grave d'un proche et gravité des lésions physiques. La qualité, l'intensité et le type des réactions immédiates de stress semblent également d'importance : la dissociation et la détresse péritraumatique, l'effroi, une attaque de panique lors de l'exposition, la présence d'un état de stress aigu ou plus simplement un niveau de stress élevé et prolongé après l'événement sont des facteurs prédictifs fort de développer un syndrome psychotraumatique différé chronique.

2.1.3.2 Facteur hautement prédictif de syndrome psychotraumatique : la dissociation péri-traumatique

La dissociation péri-traumatique est un facteur fortement prédictif du développement d'un psychotraumatisme.

Création du concept par Pierre Janet, en 1889, la dissociation péri-traumatique regroupe une altération de l'état de conscience, impliquant une déconnexion de soi-même et du monde, une compartimentation des processus psychiques, dont certains ne sont plus accessibles à la volonté, ceci étant envisagée dans la perspective du faire face ou du mécanisme de défense. Les recherches actuelles ont montré qu'il existait, dans l'expérience du sujet, un vécu dissociatif, constitué d'une dépersonnalisation, dont la présence, au moment du traumatisme, pouvait prédire la gravité du traumatisme.

Dans 70 % environ des cas, l'impact traumatique se manifeste par une réaction de détresse et/ou un état de dissociation péri-traumatique, un état de conscience modifiée, probablement destiné à soustraire la victime à l'horreur de la situation vécue.

Nous retiendrons que la dissociation se constitue d'une dépersonnalisation (perte du sens de Soi), d'une déréalisation (perte du sens du monde), d'une non-présentification (perte du sens du temps présent) et d'une incapacité à intégrer l'expérience traumatique.

La dissociation péri-traumatique est un phénomène majeur très présent chez les victimes d'inceste et très prédictif de la gravité du psychotraumatisme.

2.1.3.3 La phase de latence

La phase de latence est une période silencieuse d'incubation. Cette phase que l'on pourrait aussi appeler phase de rumination silencieuse est un temps nécessaire au psychisme pour la mise en place de défenses nouvelles, là où les mécanismes habituels de défenses ont été débordés.

Cette phase est retrouvée de manière systématique dans le syndrome psychotraumatique différé chronique mais est très variable dans sa durée.

La période de latence peut durer de quelques jours à quelques années. En moyenne de dix à vingt jours.

2.1.4 Le syndrome psychotraumatique différé chronique

C'est une réaction différée dans le temps, d'apparition variable selon un temps de latence spécifique à chaque individu. Il correspond au Post Traumatic Stress Disorder (P.T.S.D.) des anglo-saxons (6).

Le courant européen s'est fondé sur des conceptions psychanalytiques du début du XXe siècle pour établir un modèle de référence clinique du syndrome psychotraumatique différé chronique (SPTDC).

Le SPTDC se compose :

2.1.4.1 D'un triple effondrement du narcissisme :

Avec chez le sujet traumatisé :

- Un effondrement de l'illusion d'invulnérabilité et d'immortalité,

- Un effondrement de la croyance « naïve » que l'environnement physique est solide et protecteur,
 - Un effondrement de la conviction que l'humanité est bonne et aidante. (9)
- Ainsi dépourvu de toutes ses convictions sécurisantes et de tous ses moyens de défense, le sujet traumatisé va ressentir un sentiment profond d'abandon.

2.1.4.2 D'un syndrome de répétition :

Élément pathognomonique du SPTDC, il constitue une tentative de réappropriation active des événements vécus de manière passive lors du trauma. Le traumatisme ayant fait sortir le sujet du monde du langage, cette réappropriation ne se fait que par de violentes décharges d'excitations et de mobilisation des cinq sens. Ainsi cela peut-il se manifester sous de multiples formes :

- Reviviscences sous forme de cauchemars à répétition ou de flashes diurnes : vision hallucinatoire de la scène traumatique d'apparition brutale, inattendue et éphémère, avec détresse, implication émotionnelle majeure par adhésion du sujet au « flash back ». Ces reviviscences peuvent être spontanées ou provoquées par un stimulus. Les reviviscences sont pathognomoniques d'un syndrome psychotraumatique différé chronique, mais avec le temps le changement de personnalité peut passer au premier plan.
- Souvenirs envahissants et répétitifs de l'événement traumatique, indépendamment de la volonté, et cela malgré des efforts pour y résister sans prise de distance possible
- Crises émotives de répétition comme si l'événement allait se reproduire avec une sensation de danger imminent voire un vécu de terreur
- Évitements de tout sentiment, action, pensée, objet qui sont en lien avec l'événement traumatique, car ce sont potentiellement des facteurs déclenchant des reviviscences. À terme, le sujet développe des pseudos phobies
- Ruminations mentales et interrogations récurrentes sur les conséquences du traumatisme et sur le sentiment d'être incompris
- Gestes ou actes moteurs répétitifs : développement de tics sans signification apparente ou sursaut spontané, attitude de défense ou d'hyper vigilance
- Besoins impérieux ou permanents de raconter l'événement sous forme de récits et fascination plus ou moins contemplative et morbide pour des spectacles violents rappelant l'événement. Le sujet devient ainsi acteur, metteur en scène et producteur de ses propres cauchemars
- Jeux répétitifs des enfants et mise en scène de l'événement traumatique.

2.1.4.3 La culpabilité :

L'apparition d'un sentiment de culpabilité chez les victimes de psychotraumatisme est très fréquente. Elle paraît étonnante et les sujets eux-mêmes ne se l'expliquent pas. Le courant psychanalytique explique le sentiment de culpabilité par un retour au refoulé originel. En effet, le traumatisme, dénué de lien aux représentations inconscientes, vient se loger au niveau du néant, du refoulement originnaire de Freud où sont déposés les éprouvés archaïques d'avant l'acquisition du langage.

Ces éprouvés archaïques (plénitude, jouissance, néantisation et morcellement) du nouveau-né deviennent normalement inaccessibles et interdits au sein de la vésicule psychique lors de l'acquisition du langage.

Cette régression du sujet dans le monde d'avant le langage est une transgression de cet interdit au refoulé originnaire et entraîne le sujet, malgré lui, « dans le ventre maternel ».

Ainsi, chaque réapparition de l'image traumatique sera connotée de culpabilité.

2.1.4.4 La honte

Très présent et intriqué à la culpabilité, le sentiment de honte est récurrent chez les victimes. Ce sentiment peut être relié au monde social en général, qui édicte les normes et la Normalité : on est sali par l'inceste car on n'est pas « normal ».

La honte se rattache à une notion de souillure : la victime est marquée du sceau de la faute commise dont elle se sent plus porteuse que l'auteur. Elle renvoie aussi directement à la notion de passivation imposée par l'agresseur et d'échec des moyens de défense de la victime. Cela provoque un effondrement narcissique, une perte de l'idéal du Moi. C'est sûrement le moteur le plus puissant du silence : le regard de l'autre pouvant souiller de nouveau, la victime préfère se taire pour avoir l'illusion d'être encore quelqu'un. Le médecin, dans son rôle social, peut faire ressurgir cette honte aux yeux de la victime, en représentant le regard de la société, et réduire son patient à l'identité unique de victime. D'où, dans tous les entretiens, cette barrière que mettent les victimes pour ne pas dire, et cette tentative de cliver le généraliste en médecin uniquement du corps (celui-là même qui a été souillé).

La honte ressentie lors de l'agression laisse rapidement la place à l'anticipation de la honte présumée lorsque « tout le monde » le saura. Le regard des autres sur ce que la victime a subi la catalogue à jamais dans une position difficile à assumer. Elle devient celle dont on a abusé, celle dont on a pitié, parfois celle qui n'a pas su résister voire celle qui a provoqué. La honte et la perte de l'estime de soi vont entraver son développement psychique.

Dans le regard social, chacun de ses actes, de ses traits de personnalité trouvera une justification dans cette agression et la personne sera entièrement définie à travers cet épisode. Elle perd la liberté d'être qui elle est, se retrouve définie par le monde extérieur.

La peur de la stigmatisation sociale est un frein majeur à la révélation (d'autant plus au médecin traitant, représentant social ?).

2.1.4.5 La fascination

L'attachement que peut avoir le sujet pour l'image traumatique va évoluer rapidement avec le temps. Les reviviscences provoquent certes une souffrance mais il procure aussi de manière ambivalente inconsciente une jouissance, un attachement insidieux pour l'horreur qu'il porte en lui.

Pour le traumatisé, le temps s'arrête et l'image traumatique ne se transforme pas en souvenir, elle reste intacte, incrustée dans le psychisme du sujet. Elle va avoir l'étrange pouvoir de combler chez certains un vide, une absence et se transformer en fascination. « Je suis allé au Royaume des morts et j'en suis revenu, je possède quelque chose que vous ne connaissez pas ».

C'est de cette fascination que va naître le syndrome de répétition, pathognomonique du syndrome psychotraumatique différencié chronique où sans fin va se rejouer la scène traumatique. Comme beaucoup de symptômes névrotiques, il est source de souffrance mais génère aussi une certaine jouissance masochiste. Lebigot dit « réservez moi donc encore de ce délicieux gâteau empoisonné ».

2.1.4.6 Une altération de la personnalité : La Triade de Fénichel

L'altération de la personnalité se manifeste selon la théorie de la Triade de Fénichel par le triple blocage des fonctions du Moi (9). Ainsi on retrouve :

- Un blocage de la fonction de filtration : le sujet est en état d'alerte permanent. Le corps ne joue plus son rôle de filtre sélectif permettant d'évaluer le caractère menaçant ou non d'une situation. On retrouve ainsi une hyper vigilance avec sursauts exagérés au bruit, lutte contre le sommeil, réveils nocturnes fréquents et insomnies. En effet, le sujet évite de dormir pour ne pas faire de cauchemars, il dort mais se réveille sous l'effet du cauchemar, il a du mal à se rendormir, son sommeil est léger par hypervigilance, et l'état dépressif fréquent altère lui aussi le sommeil.

- Un blocage de la fonction de présence : il s'installe chez le sujet une aboulie avec perte d'intérêts, démotivation et désinvestissement personnel, social et professionnel pour les activités antérieures. L'avenir est perçu comme lointain et bouché.

- Un blocage de la fonction d'affection : le sujet a le sentiment d'être incompris, mal aimé et sans aucun soutien dans un monde hostile. Il a un désir constant de réparation narcissique insatisfait. On retrouve un émoussement affectif, de l'irritabilité, de l'amertume et un repli sur soi. Parfois on retrouve aussi une régression infantile et une dépendance à autrui.

Ainsi, selon Fénichel, le triple effondrement du narcissisme de l'individu, induit dans sa relation à l'autre des interactions difficiles et très interprétatives. Le vécu et le sentiment d'abandon se transforment progressivement à son insu en un désir de se faire abandonner et se traduit par des troubles graves du caractère.

La perte d'emploi, le rejet, les ruptures conjugales, parfois la désocialisation et la marginalisation se retrouvent fréquemment chez ces patients. Ils se sentent en dehors du monde des vivants.

2.1.4.7 Comorbidités

De nombreuses comorbidités sont retrouvées de façon variable dans le Syndrome Psychotraumatique Différé Chronique. Les plus fréquentes, repérables en médecine générale, sont représentées par les syndromes anxio-dépressifs, les troubles du comportement à type d'agressivité, de violence ou de marginalisations, d'addictions et de troubles psychosomatiques.

2.1.5 Le psychotraumatisme répété

Les troubles psychotraumatiques complexes (répétés), très fréquents, entraînent des troubles de la régulation des affects, mais aussi des troubles identitaires qui affectent profondément la personnalité des sujets victimes, ceux-ci étant le plus souvent des enfants. Ces agressions altèrent ainsi leur développement psychique, et ce d'autant plus que les parents sont incriminés. (10)

De plus en plus d'adultes révèlent spontanément ou à la demande de leur thérapeute avoir subi des maltraitements dont des agressions sexuelles répétées dans l'enfance. Parfois, ils ne font pas le lien entre leurs troubles actuels et les événements traumatiques subis. Il ne faut par conséquent pas se laisser aveugler par l'évidence des

troubles psychotraumatiques spécifiques qu'ils présentent (intrusions, évitement, hyperactivation neurovégétative), mais rechercher aussi des troubles de la personnalité.

Fort de cette évidence, des auteurs anglo-saxons (Herman, Pelcovitz, van der Kolk) décrivent un état de stress post traumatique complexe, un « Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified » (DESNOS) ou un « Developmental Trauma Disorder » dont les symptômes sont très proches de ceux décrits dans la catégorie diagnostique borderline des nomenclatures internationales, mais ces auteurs font quant à eux clairement un lien avec des psychotraumatismes répétés. La classification DESNOS n'a cependant pas été retenue dans le DSM V, le lien entre les traumatismes précoces et ses troubles graves de la personnalité n'étant pas majoritairement admis.

Ces « personnalités traumatiques complexes » présentent des troubles dissociatifs, une incapacité à faire confiance aux autres, une agressivité, la répétition des éléments traumatiques dans des relations actuelles, des passages à l'acte hétéroagressif et sexuel, des comportements automutilatoires, des idéations suicidaires, des prises de risque excessives, une absence d'estime de soi, une forte culpabilité, de la honte, une tendance à idéaliser l'agresseur, des conduites de revictimation, des troubles somatoformes, des troubles des conduites alimentaires comme le montre de façon exhaustive le tableau suivant qui décrit le « Developmental Trauma Disorder » :

Exposition :

- Maltraitements divers : abandon, trahison, agressions physiques, agressions sexuelles, menaces à l'intégrité corporelle, pratiques coercitives, violence psychologique, être témoin de violence ou de mort.
- Expériences subjectives négatives : rage, trahison, peur, démission, défaite, honte.

Dysrégulation des réponses aux signaux traumatiques (durables, répétées, non modifiées par la conscience) :

- Troubles émotionnels
- Troubles somatiques
- Troubles du comportement (répétition, automutilation...)
- Troubles cognitifs (attente d'une répétition des événements traumatiques, confusion, dissociation)
- Troubles relationnels (violence, opposition, méfiance, hyperconformisme)
- Honte, culpabilité

Attentes et croyances erronées :

- Manque de confiance en soi
- Méfiance envers les éducateurs
- Méfiance envers les autres
- Manque de confiance envers les organismes sociaux
- Manque de confiance dans la justice
- Attente d'autres événements traumatiques

Perturbations :

- Scolaires
- Familiales
- Relationnelles
- Judiciaires
- Professionnelles

Éclairés par ces notions essentielles, nous allons aborder maintenant le thème même de l'inceste.

2.2 Définitions de l'inceste

Inceste vient du latin « in-cestus », qui signifie « non chaste, impur ». Son antonyme « castus » désigne « ce qui est à la fois pur, non souillé, mais aussi conforme aux rites et aux règles, éduqué ». On retrouve également une notion de sacré. Le terme est aussi dérivé de « carrere » qui signifie « être dans le manque », qui traduit bien la position de l'agresseur qui a l'illusion d'aller prendre chez son enfant ce qui comble le manque, annule la différence(11). En grec, « keston » désigne une ceinture brodée festive, « inkeston » représente celui qui rompt la ceinture. De manière usuelle et actuelle, le terme d'inceste désigne des relations sexuelles entre apparentés de premier degré (parents et enfants, frères et sœurs) ou entre proches parents de second degré (grands parents, petits enfants, oncles, tantes, neveux et nièces). Le code civil reprend ces représentations à travers l'interdit du mariage : « En ligne directe, le mariage est prohibé entre tous les ascendants et descendants et les alliés dans la même ligne. En ligne collatérale, le mariage est prohibé, entre le frère et la sœur, entre frères et entre sœurs. Le mariage est prohibé entre l'oncle et la nièce ou le neveu, et entre la tante et le neveu ou la nièce. »

Les dictionnaires en font les définitions suivantes : le Robert parle de « relations sexuelles entre un homme et une femme parents ou alliés à un degré qui entraîne la prohibition du mariage ». Le Littré évoque quant à lui la « conjonction illicite entre les personnes qui sont parentes ou alliées à un degré prohibé par les lois » (cité par Parat, 2004) (12). Ces deux définitions ont pour point commun de s'inspirer du champ juridique. Dans chaque pays, les règles et lois varient, en fonction de l'évolution historique. Marie Drouet (2001) (13) propose la définition suivante de l'inceste, inspirée de celle du comité de la protection de la jeunesse du Québec : « l'inceste est défini par toute relation à caractère sexuel entre un enfant et un adulte ayant un rôle parental à son égard, c'est-à-dire bien au-delà des liens du sang. Les actes incestueux concernent toute forme de relations sexuelles, hétéro ou homosexuelles, non seulement lorsqu'il y a pénétration, mais aussi en cas de contact orogénital, anal, masturbation, et certaines conduites parentales impliquant une proximité corporelle où l'exhibitionnisme et le voyeurisme sont imposés à l'enfant ». Cette définition, plus précise et ayant l'avantage de considérer l'inceste de manière plus élargie qu'en termes de liens biologiques, c'est-à-dire en termes de liens relationnels, nous paraît également trop restrictive, du fait de l'absence de prise en compte des situations d'inceste hors lien parental, comme l'inceste entre parents de second degré ou l'inceste fraternel. Cette définition reste dans le champ de l'abus sexuel, c'est-à-dire dans le sens d'une relation d'emprise et d'autorité entre un abuseur et une victime, la relation d'abus n'étant ici envisagée que sous l'angle parent (ou personne ayant une fonction parentale)-enfant, renvoyant aux principaux aspects culturels et sociaux actuels supposés sur l'inceste.

Pour ce qui est d'un abus en dehors de l'angle adulte – enfant une différence d'âge minimum est requise pour établir un abus : entre 14 et 16 ans les jeunes ne sont pas reconnus comme pouvant donner leur consentement à moins d'avoir une relation avec un pair n'ayant pas plus de 5 ans qu'eux, et entre 12 et 14 ans pas plus de 2 ans qu'eux.

Haesevoets (2003)(14) évoque pour l'inceste un « non-sens existentiel », renvoyant à l'incompréhensible qui se dégage de ce type de relation. S'inspirant à la fois de la

littérature anglo-saxonne sur les abus sexuels et des définitions proposées par les auteurs psychothérapeutes spécialistes de la question, l'auteur propose neuf points-clés pour caractériser l'inceste :

- la transgression de règles ou normes sociales et familiales
- la manifestation d'un abus de pouvoir ou de confiance, avec un usage de stratégies, de manipulations ou de moyens coercitifs, voire violents
- la mise en jeu de l'intimité et de l'intégrité corporelle
- des actes sexuels imposés qui peuvent comprendre des formes verbales et non-verbales, des moyens gestuels et/ou visuels (exhibitionnisme, voyeurisme), ainsi tous types de relations sexuelles impliquant un contact (masturbation, fellation, pénétration orale, anale ou vaginale, relations sexuelles dites « complètes »)
- une activité sexuelle, planifiée ou non, ponctuelle ou répétée, entre un adulte ou un partenaire plus âgé et un enfant qui est privé de discernement ou incapable de décider s'il veut participer à cette activité sexuelle
- une différence d'âge significative entre la victime et l'abuseur
- une stimulation sexuelle inappropriée à l'âge de l'enfant, à son niveau de développement psycho-sexuel et à son rôle dans la famille
- des actes se situant à l'intérieur du cercle domestique ou dans la famille élargie
- le caractère dommageable important des actes pour l'enfant et la perturbation de ses liens familiaux.

Nous pouvons trouver à cette définition, par ailleurs très complète, car prenant en compte à la fois les champs social, anthropologique, phénoménologique et clinique, une dimension restrictive dans la prise en compte unique de l'enfant comme subissant l'abus sexuel et d'une différence d'âge notable entre abuseur et victime, alors qu'il existe des incestes subis entre enfants, adolescents et adultes.

Cependant il faut noter que chez les petits, jouer au papa et la maman est de l'ordre de la découverte de la différence des sexes et du développement normal. La frontière dérape parfois avec des « petits agresseurs » et dans ce cas il faut toujours penser au fait que c'est plutôt le signe qu'ils sont eux même victimes et mettent en scène ce qu'ils vivent.

En définitive, ces définitions ne s'excluent pas l'une l'autre, mais sont complémentaires. Les deux points qui nous apparaissent essentiels dans la définition de l'inceste sont la dimension interdite et transgressive des actes qui lui sont associés, et/ou l'asymétrie relationnelle ou « relation d'emprise », évidente lorsque l'on envisage la relation adulte-enfant, mais existant dans toute relation abusive, y compris entre pairs.

2.3 Notions mythologiques, historiques et anthropologiques

2.3.1 Ce que décrivent les mythes de l'inceste

Nous retrouvons de nombreuses histoires incestueuses au sein de la mythologie. Selon Haesevoets (2003)(14), le mythe est porteur d'un sens caché, d'un constituant fondamental de l'humanité. Il est construit comme un langage, dont la trame narrative lui permet d'être transmis à travers les générations, sans pour autant en dévoiler le sens, sauf si l'on cherche à le décomposer et le décrypter en remontant à ses origines.

Parat reprend dans son ouvrage didactique les éléments des mythes à valeur sociale structurante (Parat, 2004)(12). Elle cite pour exemple, Hésiode, poète du VIII^{ème} siècle avant J.-C., qui a relaté l'histoire de l'origine du monde, via les mythes de Chaos et de Gaia. A l'origine, tout est Chaos. Puis la nuit, fille de Chaos, engendre avec lui le jour. Gaia,

la terre, est mère d'Ouranos. Elle engendre avec lui tous les monstres premiers, des êtres hybrides dont la disparition sera nécessaire pour qu'émerge le monde des dieux grecs. Ce poème évoque l'indifférenciation primordiale, source d'« engendrement », par un inceste fondateur de l'humanité, qui associe les origines à l'obscur et à l'impensable du passage de l'un aux multiples. Nous retrouvons cette même notion d'inceste fondateur, de passage de l'un aux multiples, dans le récit d'Adam et Ève : Ève sculptée à partir de la côte d'Adam, celui-ci reconnut la femme comme chair de sa chair et os de ses os, c'est-à-dire "tirée de lui". Adam reconnut la femme pour sa compagne, et Dieu leur commanda d'être féconds, inceste au cœur de notre origine.

Les récits mythologiques grecs racontent de nombreuses unions incestueuses, dans un climat de violence : les enfants des dieux sont incestueux, soit monstres, soit héros triomphants, mais représentent tous potentiellement un danger. Quelques thèmes se dégagent de la complexité des mythes : si un amour réciproque peut exister entre frères et sœurs, l'union entre parent et enfant s'accomplit le plus souvent dans un esprit de vengeance, dans la méconnaissance de l'un des deux et sous l'emprise d'un délire transitoire chez l'autre, la valeur sacrilège de l'inceste venant répondre au sacrilège premier, sacrilèges et condamnations vengeresses se succédant inexorablement. On peut y décrypter une logique de transmission et de répétition transgénérationnelle de l'inceste (15).

Les mythes donnent à l'interdit de l'inceste un rôle fondateur, de par les désorganisations profondes induites par sa transgression, et la mort de ses protagonistes par laquelle il se termine inévitablement. L'interdit de l'inceste devient alors un pivot dans la mise en ordre de la sexualité et de l'organisation sociale (Parat, 2004)(12).

2.3.2 Point de vue anthropologique de l'inceste

En 1980, Salem a publié une « Revue des théories sur les fondements du tabou de l'inceste »(16), reprenant les conceptions finalistes et déterministes sur le sujet (cité par Haesevoets, 2003)(14).

Les théories **finalistes** proposent cinq modèles du tabou de l'inceste :

- Une mesure eugénique, qui permettrait d'éviter les maladies génétiquement transmissibles induites par la consanguinité (Westermarck (17))
- Une protection du clan, par l'évitement des conflits entre hommes pour la conquête des femmes de leur tribu, qui sont de ce fait recherchées hors du clan (Lennan, Spencer et Lubbock)
- Une protection de la famille nucléaire contre la jalousie et les luttes intestines (Freud, Séligman et Malinowsky)
- Une favorisation de structures sociales plus larges que la famille nucléaire, selon un principe d'échange dont le partage des femmes en est un élément fondamental (Lévi-Strauss)
- Un épanouissement de la maturité de l'individu, en régularisant ses rapports érotiques à l'intérieur de sa famille, et en l'obligeant à la quitter, afin de choisir un partenaire sexuel à l'extérieur (Parson).

Les théories **déterministes** proposent trois modèles du tabou de l'inceste :

- Une horreur instinctive d'origine biologique, répulsion acquise au cours du développement de l'enfant (Ellis et Westermarck). Une étude sur les primates

non humains reprise par Chapais en 2008 confirme cette théorie(18).

- Une répression : au lieu d'un frein intérieur contre l'inceste, l'individu aurait une tendance incestueuse naturelle. Cette tendance reflète la volonté d'un retour à l'originaire, de l'enfant qui veut retourner dans le ventre maternel. C'est le mythe du paradis perdu. Cette tendance serait réprimée par divers éléments extérieurs, tels que les règles sociales, la jalousie d'un parent du même sexe, ou le non-consentement du parent du sexe opposé. La violation du tabou provoquerait un sentiment de culpabilité, sous-jacent au refoulement des désirs œdipiens (Freud).
- Un continuum biologique de la prohibition : le tabou de l'inceste au niveau de l'espèce humaine serait la continuation d'une règle qui prévaut et existe dans le monde animal (Bischoff). Cependant, cette règle présente des exceptions dans le règne animal.

Le point de vue d'Héritier mérite d'être souligné par l'originalité de concevoir l'inceste de manière plus complexifiée, notamment sous un aspect homosexuel et indirect. « L'inceste de deuxième type » unit deux personnes consanguines à travers un partenaire sexuel commun, comme une mère et sa fille ayant des relations sexuelles avec le même homme, ou deux frères partageant sexuellement la même femme. Dans son ouvrage « Les deux sœurs et leur mère »(19), l'auteur a cherché à faire apparaître « l'inceste et sa prohibition comme étroitement liés dans chaque culture à des ensembles totaux de représentations qui portent sur la personne, sur l'organisation sociale, sur le monde et sur les relations entre ces trois univers ».

L'auteur met au cœur de la compréhension de l'interdit de l'inceste la question de l'identité, à travers les risques de mise en contact d'humeurs identiques : « la prohibition de l'inceste protège de l'horreur de l'identique ».

Ce modèle est fondé sur la relation mère/fille, où l'inceste représente un « court-circuit » d'identité à partir du partage d'humeurs corporelles identiques. Il véhicule la destruction dans la mesure où il menace ses protagonistes d'indifférenciation.

2.3.3 Éléments historiques et notions législatives

Selon Haesevoets YH : « L'attachement empêche l'inceste et, à l'origine, la loi qui interdit l'inceste est vivante, émotive et naturelle. Ensuite, elle est devenue religieuse, morale, culturelle et langagière. » (20)

La conception de l'inceste est en constante évolution, suivant les changements sociétaux au cours du temps. Dans son livre « Histoire du viol », Vigarello(21) retrace l'évolution des questionnements et des réactions qu'a pu susciter l'inceste. L'idée étayée est que l'inceste agi a toujours été conçu comme un crime. Pour exemple, les lois de l'Ancien Régime étaient formelles quant à la condamnation des actes incestueux et l'opinion était déjà alertée sur ce sujet. Mais déjà à cette époque la confusion induite par l'inceste était repérable dans l'inconstance des jugements. De plus, la victime pouvait être condamnée tout autant que l'abuseur, l'univers religieux du péché et de la faute étant bien prégnant, et alléguant une contagiosité à l'acte incestueux. On a vu cependant apparaître à la fin du XVIIème siècle une évolution vers une différenciation dans la responsabilité de l'acte entre le parent et son descendant.

Le code pénal révolutionnaire remplace l'expression « rapt de violence » par le terme « viol », désignant le préjudice causé directement à la personne et non à la famille, connotant plus la blessure physique que la transgression morale. L'évolution de pensée

tend donc à discriminer et hiérarchiser les types de violences, et à reconnaître et protéger la victime, en particulier l'enfant, que l'on commence à percevoir comme vulnérable. Néanmoins, l'inceste comme infraction spécifique a été retirée du Code Pénal en octobre 1791.

En 1810 apparaîent dans le Code pénal la terminologie d'« attentats à la pudeur », aujourd'hui disparue, qui caractérisait les crimes sexuels autres que viols. Pendant le courant du XVIIIème siècle, le crime sexuel envers les enfants commence à être identifié comme pouvant arriver au sein de toutes les classes sociales, et ne reste plus vu comme l'apanage des marginaux et des ruraux. L'inceste reste encore difficile à penser, et absent du Code pénal, et ce jusqu'en 2010.

En 1994, un nouveau Code pénal a été mis en vigueur, qui modifiait les catégories antérieures d'infraction. Dans la catégorie « atteintes contre les personnes », les anciennes terminologies de « viol, attentat à la pudeur et outrage public à la pudeur » ont été regroupées sous la dénomination plus générale d'« agression sexuelle », définie par l'article 222-22 : « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. Dans ce cas, la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel ne vaut que jusqu'à preuve du contraire. »

Le viol était désigné ainsi dans l'article 222-23 : « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol ». Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

Jusqu'à la modification du Code pénal en janvier 2010 (Légifrance, 2010)(22), initiée par la députée Marie-Louise Fort (Fort, 2009)(23), les actes incestueux étaient considérés dans l'ensemble représenté par les viols d'une part, et les autres agressions sexuelles d'autre part. L'appartenance à une même famille de l'agresseur et de sa victime y constituait une circonstance aggravante, entraînant un doublement des peines qui pouvait aller jusqu'à 20 ans de réclusion. Le viol ou l'agression sexuelle étaient alors réputés commis « par ascendant ou personne ayant autorité ».

Depuis la mise en vigueur de la loi du n° 2010-121 du 8 février 2010, les articles suscités ont été modifiés de la manière suivante :

Article 222-22 : « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace, surprise ou dans l'inceste lorsque la victime est mineure ».

Article 222-23 : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace, surprise ou dans l'inceste lorsque la victime est mineure est un viol. »

D'autres éléments ont été ajoutés ou modifiés, concernant :

- La clarification de la notion de contrainte : il est précisé que la contrainte peut être physique ou morale et que la contrainte morale peut résulter de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits ainsi que de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime.
- La clarification de la notion de personne ayant autorité : il est désormais précisé qu'il peut s'agir d'une autorité de droit ou de fait. Cette précision vient également consacrer une jurisprudence traditionnelle, qui a par exemple considéré, qu'exerçaient une autorité sur un enfant le concubin de sa mère, ou encore le fils de sa nourrice, bien que ces derniers ne soient titulaires d'aucune autorité juridique sur le mineur.

- Des précisions sur la définition de l'inceste : les articles prévoient que les viols, les agressions sexuelles et les atteintes sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait. L'inceste pénal n'est donc constitué que si les faits sont commis au sein de la famille et sur la personne d'un mineur. Ceux commis sur un majeur ne peuvent donc constituer un inceste au sens pénal.
- La nécessité d'un accompagnement de la victime via la nomination d'un administrateur ad hoc.

Au delà de ces conditions communes, le texte distingue trois hypothèses :

- Les crimes et délits sexuels sont commis sur un mineur par un ascendant (de tels faits étant nécessairement commis au sein de la famille), ce qui correspond à l'hypothèse la plus évidente de l'inceste.
- Les faits sont commis sur un mineur par son frère ou sa sœur. La qualification d'inceste de ces faits, nécessairement commis au sein de la famille, répond à la prohibition absolue posée par le code civil des mariages entre frères et sœurs. Il convient de souligner que la qualification d'inceste n'exige pas que le frère ou la sœur auteur des faits ait une autorité de fait sur la victime.
- Les crimes et délits sexuels sont commis, au sein de la famille, par toute autre personne, y compris le concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait. Il s'agit là de l'hypothèse, la plus fréquente en pratique, de l'inceste commis par le compagnon de la mère du mineur, mais également des incestes commis par des membres de la famille, comme des oncles ou des cousins, ou par les concubins des tantes ou des cousines. Dans ce cas, l'inceste suppose que la personne exerce une autorité, le plus souvent de fait, sur le mineur. L'exigence selon laquelle les faits doivent avoir été commis au sein de la famille exclut notamment les actes commis, sans lien de famille, par une personne ayant autorité, comme une nourrice ou toute autre personne par qui l'enfant était gardé.

Enfin, il convient de préciser que ces modifications du Code pénal ont avant tout une valeur symbolique, du fait de l'absence de conséquence de la qualification d'inceste sur les peines encourues. En effet, d'un point de vue juridique, les articles 222-31-1 et 227-2 créent une forme de « surqualification » d'inceste qui se superpose aux qualifications et circonstances aggravantes existantes en matière de viols, d'agressions sexuelles et d'atteintes sexuelles mais ne constituent nullement de nouvelles incriminations et ne modifient pas les peines encourues. Ce constat abolit donc toute portée juridique à cette loi.

Le rapport Estrosi (24) s'interrogeant sur l'utilité d'ériger l'inceste en infraction spécifique allait dans le sens de la non-aggravation des peines prévues pour les délits et crimes sexuels. En effet, sur l'intérêt d'ajuster la répression aux actes incestueux, il conclut : « Constatant, d'une part, que le maximum de ces peines est très rarement prononcé et, d'autre part, que la préoccupation majeure des victimes de ces actes réside essentiellement dans la reconnaissance des faits par leur auteur et/ou par une condamnation judiciaire de ce dernier, il n'a pas paru utile à la mission d'alourdir encore la répression en la matière ». Il n'a pas non plus été proposé de prise en charge thérapeutique spécifique, comme le déplore le Dr Ayoun (25).

Face à la montée en puissance de la victimologie, de la prise en compte générale de la personne qui subit le dommage par la Justice, les associations regrettent le manque de reconnaissance de leur statut de victime ainsi que le manque de moyens déployés pour celle-ci. La pression des associations sur le législateur se fait donc de plus en plus forte

et les lois se multiplient mais manquent de fond. Ce n'est pas le cas par exemple du psychologue et thérapeute familial Michel Suard (26). À l'aube de l'adoption de la loi, il écrit « l'inceste est un tabou d'ordre moral. Le ramener à un simple interdit légal revient à en diminuer considérablement sa portée ».

On assiste à une véritable inflation, une fièvre législative : à tout événement qui soulève la passion et l'émotion de l'opinion publique, il y a une loi-réponse. Cependant, certaines lois sont adoptées alors que les infractions qu'elles visent étaient déjà réprimées par les textes précédents. Dans ce contexte, quel est l'intérêt de légiférer ? La loi du 8 février 2010 apparaît comme la loi-symptôme de notre Justice contemporaine. Stéphane Detraz conclut quant à lui que « l'utilisation du terme incestueux n'a qu'une vertu statistique : en confiant aux tribunaux répressifs le soin d'affirmer le caractère incestueux de l'infraction, le législateur entend permettre à la société de comptabiliser plus facilement qu'auparavant les incestes commis » (27). Les débats de l'Assemblée Nationale, les différents remaniements et les différentes propositions de loi témoignent de cet embarras. Émettre une liste exhaustive des relations dites incestueuses revient à exclure certaines relations qui peuvent être vécues comme incestueuses et proposer une définition plus large pourrait rendre difficile la qualification pénale.

Deux ans après son vote, la loi sur l'inceste a été déclarée anticonstitutionnelle par le Conseil constitutionnel. Celui-ci a motivé sa décision par l'imprécision du texte concernant la définition de l'auteur de l'infraction qui aurait pu se voir appliquer cette nouvelle qualification. Il demande une définition claire de la notion de famille. La proposition de loi initiale définissait pourtant strictement les personnes visées : ascendant, oncle, tante, frère, sœur, nièce, neveu, ainsi que le conjoint, le concubin ou le partenaire de ces personnes.

Mais lors des débats à l'Assemblée nationale, le caractère trop limitatif de cette énumération avait été évoqué et le rapporteur du texte, Laurent Bêteille (Sénat), suivi par les parlementaires, avait préconisé le recours à une définition "volontairement imprécise" de la notion de famille (28). Le Conseil a estimé que le législateur a méconnu le principe de l'égalité des délits et des peines et a déclaré la loi anticonstitutionnelle. L'inceste n'apparaît donc plus dans le code pénal.

L'inceste n'étant pas spécifiquement nommé dans le Code Pénal, il est impossible de connaître le nombre de condamnations dans notre pays. Mais quelques chiffres peuvent quand même nous faire entrevoir l'étendue de ce fléau.

2.4 L'inceste en France et à la Réunion, quelques chiffres

Pour avoir des chiffres officiels de condamnations judiciaires, nous nous référons aux viols et agressions sexuelles sur mineur par ascendant ou personne ayant autorité (29). Cependant le nombre de condamnations ne représente pas le nombre de victimes car 90% des victimes ne portent pas plainte et 80% des plaintes sont classées sans suites. Pourtant en France, un crime sur deux est un viol, majoritairement commis sur un mineur.

Les violences sexuelles (particulièrement les violences sexuelles incestueuses sur mineurs) sont les plus grands pourvoyeurs de psychotraumatismes (60 à 80%, avec 80 % de risque de les développer en cas de viol (30)).

En 1999, Lipschitz (31) a trouvé chez les adolescents hospitalisés une prévalence des agressions sexuelles de 38% avec un âge moyen de survenue de 8 ans et une durée moyenne de 2 à 4 ans avec une sous-estimation pour les jeunes enfants.

Devant l'absence de recherches épidémiologiques et d'études en France, l'AIVI (l'Association Internationale des Victimes de l'Inceste) a réalisé un sondage auprès des victimes et des Français.

En 2009, le sondage « les Français face à l'inceste »(1) a permis de dénombrier deux millions de victimes d'inceste en France. 3% des Français déclarent avoir été victimes d'inceste (5% des femmes et 1% des hommes). Selon eux :

- 54% des victimes ont été crues et aidées par leur famille
- Dans 40% des cas, des mesures ont été prises par la famille pour que l'agresseur ne puisse plus approcher la victime
- Dans 33% des cas l'agresseur a été poursuivi par la justice
- Dans 31% des cas, l'agresseur qui a commis les faits a reconnu ce qu'il avait fait

Toujours selon ce sondage :

- 26% des Français connaissent au moins une personne victime d'inceste dans leur entourage
- 76% des Français disent savoir réagir si un mineur leur disait qu'il est victime d'un inceste
- 31% des Français préviendraient les autorités si un mineur leur disait être victime d'un inceste et exigeait de leur part un secret absolu, 60% attendraient des preuves pour agir, 6% ne feraient rien
- 69% des Français pensent que l'inceste est réprimé en tant que tel au sein du code pénal
- 91% des Français sont favorables à l'insertion de l'inceste dans le code pénal

Selon les information et données internationales recensées :

- 72% des auteurs de violences sexuelles sur mineurs signalés sont des personnes de la famille mais 74% des personnes interrogées supposent que les violences sexuelles sont infligées aux enfants par des inconnus.
- 50% des victimes d'inceste appartiendraient à des familles touchées par l'alcoolisme.

Sur l'île de la Réunion, l'enquête ENVEFF réalisée en 2002 a pu montrer certaines particularités par rapport à la Métropole (32).

En effet, cette étude montre que les agresseurs ne sont pas les mêmes en métropole et à la Réunion.

- Concernant les attouchements, nous notons la place non négligeable du père ou du beau-père à la Réunion (19% contre 10 % en métropole) au détriment des violences commises par un inconnu (14% contre 24%).

- 39% des tentatives de viols sont commises par des conjoints ou ex-conjoints. En métropole ce ne sont les auteurs que de 24 agressions sur 100.

- Par contre si les autres personnes proches ou connues ont commis 45 % des tentatives de rapport forcé en métropole, cette part ne s'élève qu'à 18% à la Réunion.

De manière générale nous pouvons souligner le lien de famille plus systématique à la Réunion entre l'agresseur et la victime.

En effet si en métropole, 4 agressions sexuelles survenues au cours de la vie sur 10 sont l'œuvre du conjoint ou d'une personne de la famille, c'est le cas pour 6 agressions sur 10 à la Réunion.

De la conclusion de cette étude spécifique à l'île de la Réunion, trois points semblent importants à retenir pour notre enquête :

- L'agresseur a, beaucoup plus systématiquement qu'en métropole, un lien de parenté avec sa victime.
- L'alcool, grand fléau pour la population réunionnaise : dans le département, la prévalence de la consommation d'alcool à problème chez les patients masculins est la plus élevée de France (40% à la Réunion Vs 15% pour la moyenne nationale). Or c'est un événement aggravant le niveau de violence, la désinhibition provoquée par l'alcool altérant les mécanismes répressifs internes du sujet.
- Le silence des femmes : les Réunionnaises ont encore plus de mal à parler de leurs agressions que les Métropolitaines.

Les auteurs de l'enquête ENVEFF de 2000 (33) indiquaient que le viol par un père, beau-père ou un autre homme de la parenté était une des agressions sexuelles la plus difficile à dire. Seuls 8 % des rapports forcés ou tentatives sont signalés par les victimes à des médecins, et 4 % à la police ou à la gendarmerie. Les personnes de la famille restent les interlocuteurs principaux des victimes (31 %), même en cas de violence perpétrée par l'un de ses membres. Les agressions commises par le père ou le beau-père, qui suscitent un rejet massif, sont révélées aussi aux amis, au partenaire et aux professionnels de santé.

Les formes multiples et insidieuses de violence telles que les violences verbales, menaces, contraintes sexuelles imposées par le conjoint ou encore violences éducatives sont rarement perçues comme des actes de violence par les femmes de l'île (34).

Une conception différente dans la définition de la violence et de son niveau de gravité, jugé variable selon les femmes, pose plusieurs problèmes : celui du repérage des victimes, celui du traitement des conséquences somatiques et psychiques des violences et surtout celui de la prise en charge de ces victimes.

Des plaintes sont majoritairement déposées pour des violences physiques.

À La Réunion, seulement 13% des femmes ayant subi des attouchements et 7% des femmes ayant été victimes de viol portent plainte.

Cependant, le capital éducatif culturel et économique joue un rôle dans cette perception. Les femmes réunionnaises plus jeunes, qui ont fait des études, ou venant de milieux plus favorisés perçoivent et condamnent davantage ces faits (34).

2.5 Le retentissement de l'inceste sur la santé

L. Daligand décrit bien « ... si, avant la révélation, les agissements ont déjà cessé, parfois depuis plusieurs années, la victime continue à être livrée à ses pensées et à ses symptômes. Car le symptôme est ce qui se manifeste dans la chair en l'absence d'une impossible parole. » (35)

Elle ajoute : « Ce que l'on appelle en clinique les « manifestations symptomatiques » sont multiples. Ces fixations dans des représentations sensorielles sont d'autant plus affirmées que la thérapie a été retardée ou absente. Le phénomène séquellaire constitue généralement un moyen de défense, au prix de la présence d'un corps parasite, étranger à l'être parce que sans signifiante. »(35)

La majorité des personnes ne consulte jamais pour une problématique d'inceste et bon nombre d'entre elles en gardent le secret toute leur vie, soit par honte ou de peur qu'on ne les croit pas. Comme cela se produit dans les syndromes post-traumatiques, on observe fréquemment des périodes de latence avant que les symptômes liés au psychotraumatisme n'apparaissent. Et lorsque ces symptômes surgiront, ces personnes consulteront alors pour les conséquences de leur agression. Comme elles ne feront pas le lien entre leur symptomatologie et l'inceste, elles n'en parleront pas à leur médecin.

2.5.1 Les chiffres comparés à la population générale

Une étude du Comité de protection de la jeunesse canadienne (36) sur les cas de 85 filles ayant subi un inceste, démontre que ces filles présentaient en moyenne huit sortes de problèmes, soit d'ordre familiaux (86%), psychologiques (85%), de relations sociales (49%), scolaires (46%), de nature sexuelle (34%), de délinquance (26%), de fugue (25%) et de santé (23%).

Selon les informations et données internationales (37) recensées par l'AIVI (Association Internationale des Victimes de l'Inceste) en 2004(1), nous retrouvons plusieurs manifestations chiffrées :

- Troubles du sommeil : 20 % à 30 % des enfants agressés sexuellement ont des problèmes reliés au sommeil.
- Anorexie - boulimie : 5 % à 20 % des enfants victimes éprouvent des difficultés reliées aux comportements alimentaires et à l'appétit. 50% des anorexiques et 75% des boulimiques interrogés font état d'agressions sexuelles dont ils auraient été victimes dans leur enfance.
- Fugues et délinquance : des études relatives aux jeunes fugueurs et aux délinquants rapportent qu'entre 30 % et 55 % d'entre eux avaient été victimes d'agressions sexuelles. Les victimes d'inceste auraient tendance à quitter précocement la maison, avant 18 ans.
- Les séquelles qui ont cependant le plus été étudiées et dont on pense qu'elles ont le plus d'impact sont les perturbations psychologiques : la culpabilité, la peur, la dépression, la perte d'estime de soi (60 et 87% des victimes d'inceste seraient modérément ou gravement affectées dans leur estime d'elles-mêmes) et les problèmes de sociabilité, la colère et l'hostilité refoulées, la diminution de l'aptitude à faire confiance à quelqu'un, la confusion des rôles, la pseudo-maturité, alliée à l'incapacité d'accomplir les activités de développement, des problèmes de maîtrise de soi et de contrôle.
- Prostitution : entre 76 et 90% des femmes et des hommes prostitués ont des antécédents d'agressions sexuelles pendant leur enfance, le plus souvent de nature incestueuse. Le professeur Daligand (35) explique bien sur cette problématique que les prostitué(e)s considèrent leur corps comme étranger à elles, un corps parasite, notion qui se retrouvent chez beaucoup de victimes d'inceste.
- Toxicomanie : 35 % des femmes ayant vécu l'inceste auraient des problèmes de drogues et d'alcool, comparativement à 5 % des femmes non agressées. Les femmes ayant été agressées sexuellement durant l'enfance risquent deux fois plus que les autres de prendre des somnifères et trois fois plus de recourir à des calmants.
- Dépressions et suicides : les victimes d'infractions sexuelles sont 8 fois plus susceptibles que les « non victimes » de faire des tentatives de suicide et 5 fois plus susceptibles de faire une dépression.

- Maladies musculaires : 90% des femmes atteintes de fibromyalgie auraient subi des agressions sexuelles, physiques ou psychologiques durant l'enfance, l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- Revictimisation : les femmes exploitées sexuellement pendant leur enfance se réexposent souvent inconsciemment dans des situations dangereuses ou dans des relations où elles sont exploitées. La dégradation de l'estime de soi fait qu'il existe un lien étroit entre l'inceste et l'expérience ultérieure d'agression sexuelle, de violence conjugale ou d'autres formes de violence sexuelle.
- Problèmes affectifs : une forte majorité des victimes d'inceste vivent difficilement leurs rapports avec les hommes, et environ 40% d'entre elles ne se sont jamais mariées.
- L'automutilation : le nombre des victimes d'inceste présentant des gestes d'automutilations (brûlures, entailles, coupures) atteint 58 % dans certaines études.

2.5.2 Les motifs de consultation en médecine générale

Outre les précédents éléments cités qui peuvent amener la victime ou son entourage à consulter son médecin généraliste, l'HAS a répertorié dans ses recommandations de 2011 une liste de symptômes aspécifiques pouvant orienter vers un psychotraumatisme ancien. Parmi ceux-ci, on enregistre ceux accompagnant les symptômes de panique (troubles musculaires, maux de tête, palpitations cardiaques), puis viennent des troubles de la sphère urinaire et génitale (problèmes gynécologiques en général et notamment douleurs pelviennes chroniques), des troubles gastro-intestinaux (prévalence de 14% d'agressions sexuelles dans les maladies digestives(38)), certaines maladies de peau, de la sphère respiratoire (rhinite chronique), des problèmes de mémoire, mais également la notion de douleurs chroniques. Ainsi, des antécédents de violence et d'abus sexuels sont fréquemment retrouvés chez des patients présentant des lombalgies chroniques, des douleurs pelviennes chroniques (39) ou un syndrome polyalgique diffus : la fibromyalgie (40)

Ainsi, les abus sexuels sont responsables à long terme d'une incidence accrue d'hospitalisations psychiatriques, d'addictions(41), de comportements autodestructeurs, de comportements antisociaux, de somatisations, de troubles de la personnalité (border line notamment)(42), de troubles du comportement alimentaire (anorexie très fréquente, alimentation compulsive, boulimie), de troubles de type psychotique, de réactions de type conversion hystérique, de fugues, de prostitution, de revictimisation et de difficultés interpersonnelles.(35) (43)

2.5.3 Spécificités de l'enfant

Le médecin généraliste se doit de connaître les symptômes spécifiques d'un enfant victime d'inceste. Cela permet un repérage précoce, d'être attentif aux comportements de l'enfant lors de la consultation mais aussi aux comportements rapportés par l'entourage. Cela peut aussi être un élément supplémentaire lors d'une consultation avec un adulte : lorsqu'il y a un doute sur une éventuelle agression dans l'enfance, la recherche des antécédents peut étayer ce doute.

Chez l'enfant, ou dans les antécédents du patient, on recherchera donc :

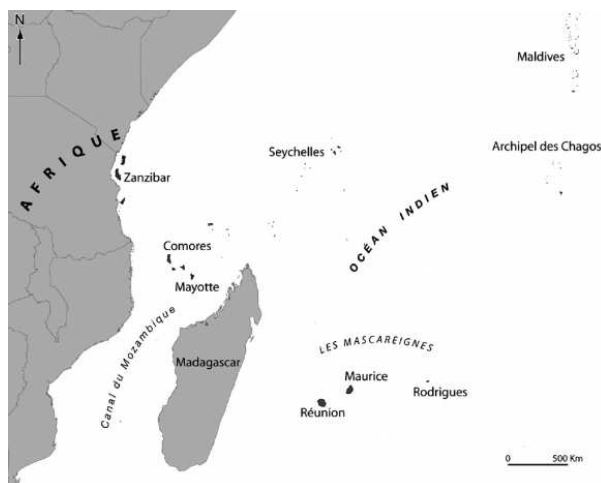
- Jeux et dessins répétitifs compulsifs le plus souvent de nature sexuelle qui rejouent le traumatisme
- Anxiété de séparation (refus de l'école, de rester seul, de s'endormir seul)
- Comportements régressifs (énurésie, encoprésie, parler bébé, sucer son pouce)
- Troubles somatoformes fréquents (douleurs abdominales, nausées, vomissements, céphalées, cystites à répétition, douleurs en allant à la selle)
- Changement de comportement (agressivité, hyperactivité, opposition), agitation ou prostration
- Comportements sexuels inappropriés (masturbation compulsive, introduction d'objets dans le vagin, la verge ou l'anus, violences sexuelles faites à d'autres enfants, comportements de séduction vis à vis des adultes, connaissances et intérêt sexuels inappropriés par rapport à l'âge propos sexualisé, se dévêtir, enlever sa culotte)
- Troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie, phobie alimentaire), du sommeil (terreurs nocturnes, cauchemars, insomnies)
- Difficultés scolaires, troubles de l'apprentissage, de la concentration, de l'attention, dyspraxie, dyslexie
- Troubles dissociatifs avec troubles de la vigilance, décrochage, compagnon imaginaire, anesthésie affective, sentiment d'étrangeté particulièrement par rapport à son corps
- Symptômes neuro-végétatifs : troubles du sommeil, irritabilité, accès de colère, hypervigilance, diminution marquée de la concentration, trouble de l'attention
- Troubles du comportement : hyperactivité, comportement agressif, opposition ou au contraire repli, peur de l'adulte, pudeur extrême, refus du contact.
- Association fréquente à des troubles anxieux qui font partie de conduites d'évitement (idées obsédantes, peurs spécifiques liés au traumatisme, peur du noir, peur d'objet, peur d'aller seul aux toilettes, attaques de panique, phobies) et de la mémoire traumatique agissements soudains "comme si" l'évènement traumatique allait se reproduire, reconstitutions spécifiques du traumatisme, remises en acte

Notre étude se déroule sur l'île de la Réunion, nous allons donc maintenant préciser le contexte.

3 CONTEXTE ET RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

3.1 Le site étudié : La Réunion

Située dans la partie sud-ouest de l'Océan Indien à 55°29' de longitude Est et 21°53' de latitude sud, au-dessus du tropique du Capricorne, l'île de La Réunion, au climat tropical, constitue avec les îles Maurice et Rodrigues, l'archipel des Mascareignes. On doit leur découverte au navigateur portugais Pedro Mascarenhas en 1518. Cette île très colorée appartient à la France depuis 1638.



CARTE 1 - Île de La Réunion

3.1.1 Géographie

La Réunion est une petite île tropicale montagneuse et volcanique qui s'est formée il y a environ 3 millions d'années.

D'une superficie totale de 2 512 km², elle est bordée par 210 kilomètres de côtes, pour l'essentiel inhospitalières, si ce n'est les 25 kilomètres de plage de sable blanc corallien et les 14 kilomètres de sable noir, situés à l'ouest de l'île.

Les deux tiers de sa superficie se composent de deux massifs jumelés : le Piton des Neiges et le Piton de la Fournaise. (44)

3.1.2 Histoire de l'île et population

L'île de La Réunion est découverte par des navigateurs arabes au Xe siècle mais restera déserte jusqu'à l'arrivée des Français au XVIIe siècle. La Réunion devient française en 1638 suite à l'échec de la colonisation de Madagascar par l'équipage du navire le « Saint-Alexis ». Les premiers habitants de l'île furent des mutins qu'on laissa seuls sur l'île de 1646 à 1649. Ces derniers, après leur récupération, firent des récits enthousiastes au sujet de ce petit territoire perdu de l'Océan Indien. En 1649, l'île est appelée « Bourbon ». La colonisation commence en 1665 avec la Compagnie des Indes qui introduit des colons français ainsi que de nombreux esclaves. Ces années sont celles du métissage : les quelques femmes présentes, majoritairement de couleur, mêlent leur sang à celui d'hommes français mais aussi hollandais, anglais, portugais, espagnols, écossais et irlandais.

L'île est rebaptisée île de La Réunion par la Convention de 1792. Après une guerre de 5 ans dans les Mascareignes contre les Anglais, La Réunion est rétrocédée à la France tandis que les îles Maurice et Rodrigues restent anglaises.

Suite à la révolution de 1848 et à l'avènement de la Seconde République, l'abolition de l'esclavage est instaurée par le député alsacien Victor SCHOELCHER. Le 13 octobre 1848, le Commissaire de la République SARDA-GARRIGA débarque dans l'île pour proclamer officiellement le décret d'abolition le 20 décembre 1848. Il libère les esclaves, et en fait des citoyens français à part entière. Il les recense et les enregistre sur les listes d'état civil.

Les nouveaux affranchis quittent ainsi les champs au moment même où les colons s'orientent vers une culture hautement spéculative : la canne à sucre.

De 1849 à 1859, pour disposer d'une main d'œuvre abondante, peu coûteuse et docile, les colons procèdent à l'importation de 300 000 travailleurs en provenance de la côte est de la corne de l'Afrique, de Madagascar et des Comores. En 1859, les vives protestations des philanthropes mettent fin à cet afflux. Le marché africain se ferme. L'importation de travailleurs des Indes qui avait commencé dès 1848 s'intensifie. Entrent également dans l'île de nouveaux Chinois, des Annamites et quelques aborigènes d'Australie.

Un développement économique a lieu grâce à la venue massive de ces travailleurs étrangers et à l'extension de la culture de la canne sur de grands domaines. Les années 1850-1860 sont celles de « l'âge d'or » de la canne à sucre.

En 1946, la colonie devient un département d'outremer français soumis à l'ensemble des lois de la république. De 1947 à nos jours, l'île de La Réunion connaît une accélération de son histoire. En un demi-siècle, les bouleversements sociaux, économiques, politiques sont considérables. La société de plantation coloniale laisse la place à la société de consommation.

Néanmoins l'économie réunionnaise reste fragile, artificielle, déséquilibrée avec un secteur tertiaire hypertrophié.

En l'espace d'un demi-siècle, la population (227 000 habitants en 1946) a triplé (740 000 habitants en 2004), résultat de progrès médicaux considérables entraînant une baisse spectaculaire de la mortalité tandis que la natalité reste forte, et, plus récemment d'un pouvoir attractif de l'île qui attire de plus en plus d'immigrants de la Métropole, d'Europe et de l'océan Indien. La croissance économique, bien que forte, ne suffit pas à donner de l'activité à toute cette population, d'où l'importance du taux de chômage. On note un déséquilibre croissant entre les actifs et les inactifs.

La situation va en s'aggravant. En effet, chaque année, 12 000 jeunes sont à la recherche d'un premier emploi alors que le marché du travail n'offre que 2 000 emplois nouveaux.

Avec les lois de décentralisation de 1982, l'île est devenue une Région, avec un Conseil Régional élu au suffrage universel qui dispose de compétences et de budget propres. Étant toujours un Département, La Réunion est donc une « collectivité régionale monodépartementale ».

Trois siècles d'histoire ont transformé l'île déserte en une mosaïque ethnique complexe. Les différents groupes de populations sont formés de 35% de métis, de 21% de blancs d'origine européenne, de 19% d'indiens tamouls appelés malbars, de 13% de noirs africains appelés cafres, de 1% de malgaches, de 3% de comoriens, de 6% de métropolitains appelés Zoreils, de 3% de chinois et enfin d'environ 1% d'indiens musulmans d'origine indo-pakistanaise, appelés Z'arabes.

Ces différentes ethnies cohabitent de manière harmonieuse et sont bien intégrées dans la vie communautaire. La Réunion forme une société métissée et multiculturelle exemplaire qui reste un puissant catalyseur de l'identité réunionnaise.

Sur le plan linguistique, on compte trois communautés importantes : les créolophones, les Indiens tamouls et les francophones. On doit ajouter aussi les petites communautés d'origine chinoise, comorienne et indo-musulmane. La langue maternelle de la majorité de la population n'est pas le français mais le créole réunionnais. La plupart des créolophones sont bilingues, parlant le créole et le français(45).

3.1.3 La population et la démographie réunionnaise

Au 1^{er} janvier 2010, la population réunionnaise est estimée à 828 100 habitants dont 52% sont des femmes. Les réunionnaises sont ainsi plus nombreuses que leurs homologues masculins. Bien qu'elles naissent en moins grand nombre sur l'île, elles

deviennent majoritaires dès l'âge de 23 ans du fait de mouvements migratoires importants des hommes, plus nombreux à quitter l'île. Aux âges plus élevés, les femmes réunionnaises représentent même deux tiers des personnes âgées de plus de 75 ans. Un écart qui s'explique par une mortalité masculine plus importante. En effet, les réunionnaises ont une espérance de vie supérieure de 7,8% à celle des réunionnais, selon les chiffres de 2010(46).

La population réunionnaise reste globalement beaucoup plus jeune que la population métropolitaine(47).

La Réunion, terre de métissage, tient son peuplement de son histoire. La diversité des populations forme une société multiculturelle où communautés Cafres, Malbars, Z'arabes, Créoles blancs, Zoreils et Chinois cohabitent dans un même cadre politique et régional où la modernité démocratique républicaine et pacifique décloisonne les clivages sociaux. On compte 428 300 femmes à La Réunion en 2010 selon les chiffres de l'INSEE.

3.2 Le rôle clef du médecin traitant

3.2.1 Victimes consommatrices de soins

Les victimes d'inceste, confinées dans le silence, la honte, la culpabilité, vont exprimer pour la plupart leur mal être à travers leurs corps, sans pour autant faire le lien avec l'agression subie. Leur corps meurtri de multiples symptômes va donc les amener à consulter régulièrement leur médecin généraliste. Et c'est là que le médecin traitant peut jouer un rôle primordial dans la prise en charge des victimes, en tant que premier interlocuteur.

Selon le sondage IFOP (AIVI)(48), les victimes d'inceste souffrent d'un grand nombre de pathologies dans des proportions bien plus importantes qu'au sein de la population française :

- La dépression : 98% des victimes indiquent ressentir actuellement (72%) ou avoir ressenti dans le passé (26%) le sentiment régulier d'être très déprimé, alors que la proportion de Français vivant la même situation est nettement moindre (56%, dont 19% qui le vivent actuellement).
- Les victimes sont davantage sujettes à des comportements à risque ou des addictions comme le fait de fumer plus de 10 cigarettes par jour en moyenne (55% contre 44% en moyenne chez les Français), boire plus de 3 verres d'alcool par jour (30% contre 17%) ou consommer de la drogue chaque semaine (27% contre 9%). La très grande majorité d'entre elles souffre de troubles compulsifs alimentaires comme l'anorexie ou la boulimie (76% contre 9% des Français dans leur ensemble), ainsi que de troubles compulsifs de toute sorte (lavage compulsif par exemple) souvent très envahissants.
- Les tentatives de suicide : 86% des victimes indiquent avoir ou avoir eu de façon régulière des idées ou pulsions suicidaires, une situation que ne rencontrent que 14% des Français. Plus grave, la majorité des victimes est déjà passée à l'acte puisque 53% ont déjà tenté de se suicider, dont un tiers à plusieurs reprises.
- Le traumatisme est quasiment permanent... Le souvenir de l'agression les dérange régulièrement (94% connaissent cette situation, dont 74% qui la vivent toujours

actuellement) et elles font souvent des cauchemars très violents ou dérangeants (86% dont 49% actuellement).

- ... Et il a un impact sur leur vie sexuelle (77% sont ou ont déjà été dans l'impossibilité d'avoir un rapport sexuel même si elles le souhaitent) et professionnelle (68% sont ou ont été dans l'impossibilité de se concentrer ou d'exercer une activité professionnelle).(1)

Tous ces symptômes vont conduire la plupart des victimes d'inceste chez leur médecin traitant, de façon répétitive. Et c'est au médecin ensuite de faire les liens entre une symptomatologie polymorphe et un traumatisme remontant parfois à plusieurs années, et d'aider à libérer la parole.

3.2.2 Repérage et écoute

En tant qu'interlocuteur privilégié, le médecin traitant se doit de rester vigilant pour repérer les situations interpellantes.

Reconnaître une maltraitance sexuelle c'est d'abord **y penser**. Y penser, c'est systématiquement suspecter son existence, faciliter sa reconnaissance afin de favoriser l'émergence de la parole de la personne victime de maltraitance sexuelle.

Quelques soient l'âge et le domaine de maltraitance sexuelle, il faut :

- repérer une rupture de trajectoire dans l'histoire du sujet : celui-ci change soudainement de comportement, de mode de relation aux autres, de place tenue dans la famille, de résultats scolaires ou professionnels. Cela peut aussi être, dans le discours, un « trou » dans l'histoire du sujet, un moment-rupture relaté avec un « avant » et un « après ».
- repérer le contexte dans lequel cette modification de trajectoire se réalise (familial, conjugal, institutionnel, environnemental), et les situations de vulnérabilité qui fragilisent encore plus la victime
- affirmer l'absence de symptomatologie spécifique et le polymorphisme des expressions symptomatiques. (38)

Repérer les situations d'abus est essentiel pour le médecin traitant, mais ne constitue qu'une partie du rôle qui lui revient. Il faut ensuite faciliter la libération de la parole de la victime et apporter une écoute. La réaction de l'interlocuteur à la révélation peut être salvatrice comme destructrice, elle doit permettre à la victime de s'extraire du silence et de ne pas retomber dans la honte, la culpabilité, la peur de ne pas être cru.

Dans « L'enfant et le diable » L. Daligand explique « le mouvement émotionnel de celui ou celle qui reçoit la confiance ressource l'énergie nécessaire pour la révélation... » (35)

Pourtant, selon un sondage IFOPS, lorsqu'elles ont révélé pour la première fois ce qui leur était arrivé, la majorité des victimes (55%) indique que leur interlocuteur n'en a plus jamais reparlé avec elles. Plus grave, une victime sur cinq indique que ce dernier leur a demandé ou conseillé de garder le silence, ou qu'il a mis en doute leur témoignage en les accusant de mentir. (1)

3.2.3 Évaluation de la situation

Lorsque la révélation se fait dans le cabinet de médecine générale, que ce soit un enfant ou un adulte qui se livre, le médecin doit pouvoir rapidement évaluer la situation, le contexte, les dangers et les moyens thérapeutiques immédiats à proposer.

Le facteur majeur de la difficulté de prise en charge semble être le climat de confusion qui émane de ces situations, en particulier autour de la place et du rôle que peut occuper chacun : clinicien, patient et proches parents. Cette confusion nous a semblé avoir une influence non négligeable sur notre aptitude à pouvoir évaluer et penser les symptômes présentés par ces patients, et de fait sur les moyens thérapeutiques que nous pouvions leur proposer.

Selon la Fédération Française de psychiatrie, du fait du polymorphisme de la clinique, chaque médecin doit avoir reçu une formation lui permettant d'évoquer le diagnostic devant des signes en rupture avec le comportement antérieur de la personne, non expliqué par les étiologies habituelles. En cas de difficulté, il doit pouvoir avoir accès rapidement à un centre-ressource. (38)

3.2.4 Signalement et information préoccupante

Lorsqu'un mineur révèle des éléments faisant suspecter un inceste à son médecin généraliste, celui-ci a l'obligation d'en faire un signalement aux autorités compétentes, pour protéger l'enfant.

Selon le sondage AIVI(1), 90% des cas d'infractions sexuelles faites sur les enfants ne sont pas déclarées aux autorités. L'inceste constitue 20% des procès d'Assises en France. A la Réunion, nous dénombrons 700 signalements par an.

La notion de signalement doit être définie car elle ne figure pas dans les textes légaux et réglementaires et fait l'objet d'approches plus ou moins restrictives. En conséquence, il apparaît indispensable de cerner précisément et objectivement le signalement car il est déterminant pour assurer la protection des enfants qui ont besoin d'aide ou qui sont en danger. Le signalement se distingue de l'information.

En effet, informer consiste à porter à la connaissance des équipes de professionnels (assistantes sociales, psychologues, médecins ou infirmières scolaires...) par voie orale (entretien, téléphone) ou écrite (courrier, télécopie) la situation d'un enfant potentiellement en danger (inquiétude sur des comportements inhabituels, faits observés, propos entendus ou rapportés...) alors que signaler consiste à alerter l'autorité administrative ou judiciaire, après une évaluation (pluridisciplinaire si possible) de l'enfant, en vue d'une intervention institutionnelle.

Cette distinction information/signalement est de nature à apporter une réponse administrative ou judiciaire justifiée et adaptée à la situation de l'enfant. Par ailleurs, il ne faut oublier que des maltraitances entendues au sens large ne recouvrent pas systématiquement des infractions pénales.

Le signalement doit donc être entendu comme un "écrit objectif comprenant une évaluation de la situation d'un mineur présumé en risque de danger ou en danger nécessitant une mesure de protection administrative ou judiciaire".(49)

Avant 18 ans, le signalement est possible sans l'accord de la victime (mais il faut toujours chercher à l'obtenir).

En pratique : le médecin doit signaler directement au Procureur, éventuellement dans l'urgence par téléphone et courrier à suivre, dès qu'il estime que les faits dont il a été témoin, ou qui lui ont été rapportés, revêtent un caractère de gravité. Il doit utiliser le « *signalement type* » (*annexe 1*) et le remplir en fonction de ce qu'il a constaté uniquement. Il ne doit en aucun cas mettre un tiers en cause.

La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation est un des apports majeurs de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance(50). L'objectif essentiel est de fiabiliser le dispositif, de faire en sorte que toute information à propos d'un enfant ou d'un adolescent qui suscite de l'inquiétude soit prise en compte et traitée. « *Une information préoccupante est constituée de tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur* ». (ONED)

La cellule départementale de recueil et d'évaluation de l'information préoccupante (CRIP) est au centre du dispositif créé par la loi puisqu'elle est chargée de recueillir et d'évaluer les informations. Elle est en général pluridisciplinaire, composée d'un pôle social et d'un pôle administratif, mais on constate de grandes disparités selon les départements. Elle peut faire appel, si besoin, à des personnes ressources.

La cellule a pour rôle d'évaluer toutes les informations dont elle est destinataire et soit de mettre en route une action médico-sociale, soit une mesure de protection de l'enfant, soit de signaler elle-même au Procureur de la République.

En pratique : le médecin prend contact avec la CRIP et si possible avec le médecin de la cellule afin de lui exposer son problème. Si besoin il peut interpeller directement le Président du conseil général qui a toute compétence pour intervenir. Les règles déontologiques sont les mêmes que dans le cas d'un signalement au Procureur. Nul tiers ne doit être mis en cause.

3.2.5 Orientation

La révélation d'une maltraitance sexuelle ou sa découverte inopinée par un tiers est toujours un moment de vérité particulièrement éprouvant pour la victime, l'entourage familial ou institutionnel. Si la victime peut être soulagée, elle est aussi inquiète des décisions qui vont être prises pour elle-même et pour l'auteur. L'entourage, parfois mis en cause publiquement pour sa méconnaissance des faits, est mis en question dans ses fonctions d'aide, de protection et d'éducation. C'est une situation de crise qui, dans la confusion et au risque de l'aggraver, appelle à prendre sans délai des décisions médico-psycho-judiciaires, mais de manière réfléchie, maîtrisée, non précipitée. L'enjeu est en effet important pour l'avenir de la personne victime, avec pour elle un risque : celui d'être enfermée dans son statut de victime mais cette fois par ceux-là même qui voulaient l'en sortir, si ne sont pas réunies les conditions pour qu'elle s'approprie les décisions prises pour elles, si leur légalité n'est pas à ses yeux légitime.

Schématiquement, en dehors des situations d'urgence médico-chirurgicale, deux options institutionnelles distinctes sont alors possibles : l'appel à l'institution judiciaire, l'appel à l'institution médicale. Ce choix n'est jamais neutre et va déterminer le trajet ultérieur de la prise en charge et lui attribuer un pouvoir de signification pour la victime et son entourage. Or, il apparaît à cet égard nécessaire que dans ce moment de grand bouleversement émotionnel, les réponses soient organisées et individualisées au sein d'un cadre institutionnel offrant des garanties de sécurité et de protection. Les réponses

médicales et judiciaires doivent être clairement différenciées aux yeux de la victime, mais une collaboration médico-judiciaire pourrait améliorer les prises en charge des deux versants.

3.3 Rappel des objectifs de l'étude

Selon D. Dussy, les victimes d'inceste subissent une agression « qui n'est pas nommée, pas reconnue, pas pensée, qui n'a officiellement aucun témoin et qui n'est jamais évoquée par personne, ni dans la famille, ni à l'extérieur, à aucun moment. Chacun, agresseur, victime et familial, est seul avec cette affaire. Lorsqu'un interlocuteur devient possible, il est un élément charnière dans l'expérience des victimes qui peuvent mettre un mot sur un mal-être toujours présent et toujours confus. Surtout, les faits vécus passent d'un statut anomique, une expérience subjective et individuelle non désignée et incompréhensible, au statut de fait social communicable. »(51)

Le médecin généraliste, en tant qu'interlocuteur privilégié d'une éventuelle victime, a assurément un rôle de premier plan à jouer en particulier dans leur repérage.

Selon les études, un nombre réduit de victimes d'inceste ose se confier spontanément à leur médecin traitant. Pour celles qui n'en parlent pas spontanément, la détection d'une telle situation repose sur l'initiative du médecin généraliste. Or, les signes cliniques du retentissement de l'inceste, qui sont repérables dans le cadre de la médecine générale, sont multiples et non spécifiques, ce qui rend leur interprétation difficile. Peu ou pas du tout formés à cette problématique pendant nos études, nous ne savons pas comment repérer puis prendre en charge ces patients.

Devant ces difficultés, plusieurs auteurs proposent des questions directes et ouvertes à chaque patient présentant une symptomatologie évocatrice, pour un dépistage systématique.

L'expérience des victimes nous semble le point de départ pour améliorer les pratiques des médecins généralistes. Les victimes d'inceste peuvent nous éclairer sur ce qui est possible et indispensable pour une meilleure prise en charge par le médecin traitant.

La question de notre recherche est centrée sur les attentes et besoins des patients victimes d'inceste vis-à-vis du dépistage et de la prise en charge par le médecin traitant.

L'objectif principal est donc d'identifier, à travers les expériences personnelles de personnes victimes d'inceste, les attentes en termes de repérage et de prise en charge par le médecin généraliste.

L'objectif secondaire est de définir le comportement et les démarches à adopter par le médecin traitant pour améliorer le repérage et la prise en charge des victimes d'inceste qui reste difficile (silence des victimes chargé de honte et de culpabilité, caractère non spécifique des symptômes, difficultés émotionnelles liées à la problématique).

Enfin, à partir d'un état des lieux des dispositions actuelles à la Réunion pour la prise en charge de ces victimes, nous ferons des propositions concrètes sur les moyens d'amélioration du parcours de soin.

4 ETUDE DE 10 CAS DE PATIENT(E)S VICTIMES D'INCESTE : entretiens semi-directifs

4.1 Méthodologie

4.1.1 Objectifs de l'étude qualitative

La recherche qualitative permet de rendre compte des effets de connaissance particuliers, elle fait apparaître les processus, « les pourquoi », les « comment » et relève la logique d'une action. Une étude qualitative ne cherche pas à extrapoler les résultats obtenus à l'ensemble de la population, il n'y a donc pas de notion de représentativité, mais nous recherchons à aller en profondeur et à comprendre les attitudes et sentiments.

Les études quantitatives ont une limite : elles constatent une fréquentation, des pratiques, des satisfactions mais elles n'expliquent en aucun cas pourquoi cette situation existe. Seules les études qualitatives permettent, par l'analyse sociologique, de comprendre les mécanismes de l'opinion, de comprendre pourquoi les gens pensent ceci ou cela, pourquoi ils s'autorisent ou non telle ou telle pratique, comment ils comprennent leur environnement.

Ces études qualitatives nous apportent ainsi des informations qui vont offrir une réelle capacité prospective, que les études quantitatives ne produisent pas vraiment.

Ici, nous allons analyser nos entretiens comme des parcours de vie, des trajectoires, et déterminer à quel moment le médecin généraliste intervient, en quoi il peut provoquer ou non une *bifurcation*, une ouverture vers un partage, un accueil de la souffrance sur la question de l'inceste. Nous entendrons également les propositions des victimes faites à leur médecin traitant.

4.1.2 Typologie de l'étude

4.1.2.1 La population de l'étude

4.1.2.1.1 Critères d'inclusion

Les cinq consultants de la consultation psychotraumatisme ont proposé pendant une semaine à tous les patients suivis dans le cadre d'un inceste (verbalisé) une rencontre avec l'enquêteur. Cette proposition était médiée par une note informative écrite (annexe 2) ainsi qu'une explication orale, « standardisée » par des points clés donnés à chaque consultant. Si la personne acceptait l'entretien, elle donnait un accord écrit et son numéro de téléphone. L'enquêtrice a ensuite pris directement contact avec le ou la patient(e) pour fixer un rendez-vous.

La taille de notre échantillon est de 10 participants. Nous ne cherchons pas à obtenir une généralisation des résultats mais à interroger suffisamment de participants pour voir les données se répéter et obtenir la saturation, c'est-à-dire une redondance des données sans élément nouveau retrouvé concernant les objectifs. Nos résultats seront des indicateurs de tendance.

Il faut noter la difficulté plus importante de recrutement d'un homme pour l'entretien. En effet, la prévalence en consultation de psychotraumatisme dans le cadre d'un inceste est de un homme pour neuf femmes. De plus, l'inceste est encore plus tabou chez l'homme et leur mécanisme de défense étant plutôt dans l'identification à l'agresseur, on les retrouve plus en prison.

Cependant, le recrutement nous a permis d'obtenir un témoignage masculin.

4.1.2.1.2 Critères de non inclusion

Les entretiens n'ont pas été proposés, à l'appréciation du consultant :

- Aux mineurs
- Aux patients présentant une pathologie psychiatrique avérée mettant en cause la validité de l'entretien.
- Aux patients pour lesquels le mot même d'inceste n'avait pas encore été posé en thérapie.

Aucune personne à qui l'entretien a été proposé n'a refusé la rencontre avec l'enquêteur et toutes ont manifesté un sentiment positif à cette demande.

4.1.2.2 Déroulement de l'étude

4.1.2.2.1 Lieu de recueil

Les lieux d'entretien ont été fonction des lieux habituels de consultation des enquêtés. Les bureaux utilisés étaient connus des personnes interrogées dans le cadre de leur suivi, pour faciliter la mise en confiance.

Les entretiens ont donc eu lieu au Centre Médico-Psychologique de Saint Denis et à l'EPSMR, Saint Paul.

4.1.2.2.2 Le temps du recueil

La diffusion de la note informative a débuté en septembre 2013.

Le recueil des données s'est fait de septembre 2013 à février 2014.

4.1.2.2.3 L'entretien semi-dirigé

L'entretien est issu des sciences sociales qui se sont développées au XIX siècle. Il est, avec la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire, l'un des 4 grands types de méthodes de recherche dont disposent les sciences humaines.

L'entretien fait produire un discours, il révèle le prolongement d'une expérience concrète ou imaginaire, s'oppose au questionnaire qui produit des opinions. L'entretien permet l'interprétation de données pour en favoriser la compréhension. L'enquête par entretien est pertinente pour analyser le sens que les acteurs donnent à leur expérience et sera susceptible de produire des effets de connaissance particuliers.

4.1.2.2.4 Le guide d'entretien

Nous avons utilisé un guide d'entretien (annexe 3) pour nous permettre de retrouver les principaux thèmes à chaque entretien, lorsque ceux-ci n'étaient pas abordés spontanément par la personne.

Un « entretien test » a été réalisé avec une patiente en fin de suivi, avec son accord, qui connaissait le rôle de l'entretien et son caractère « test », afin d'améliorer la forme de certaines questions relances et de préciser certains thèmes du guide d'entretien.

Le guide d'entretien a été soutenu et validé par le médecin psychiatre responsable du suivi des victimes, également directrice de thèse.

4.1.2.2.5 Déroulement de l'étude

Tous les entretiens sont individuels, semi-dirigés, enregistrés, et réalisés par l'auteur, que nous appellerons ici « enquêtrice ».

Avant chaque entretien, un rappel de l'anonymat garanti a été fait.

L'enquêtrice a ensuite expliqué le but exact de l'étude et le déroulement de l'entretien avant de commencer l'enregistrement.

Aucun enquêté n'a été gêné par l'enregistrement.

Tous avaient connaissance du métier de l'enquêtrice, médecin généraliste remplaçante.

Nous avons cherché au cours de cette étude purement observationnelle à ne pas modifier la prise en charge habituelle.

Dans la théorie, certaines règles sont à appliquer lors de chaque entretien :

- Adopter un ton chaleureux afin de favoriser l'échange et de mettre en confiance
- Éviter de couper la parole et adopter une attitude d'écoute
- Respecter les silences, les réflexions et les hésitations
- Acquiescer d'un hochement de tête lorsque le patient cherchait une approbation pour ne pas faire dériver l'entretien
- Ne pas perturber l'entretien par ses convictions personnelles.

En fin d'entretien, l'enquêtrice demandait au patient s'il avait des commentaires supplémentaires avant de conclure.

4.1.2.3 Retranscription de l'entretien

La retranscription consiste à restituer intégralement l'entretien. Pour cela, il faut :

- Retranscrire ce qui a été dit dans l'interview en faisant apparaître le ton et le rythme entre les phrases.
- Retranscrire les hésitations, les rires et les pauses.
- Retranscrire les aspects non verbaux : gestes et attitudes.

La retranscription a été réalisée dans les plus brefs délais après chaque entretien. Cela a permis d'obtenir une transcription la plus fidèle possible des propos de la personne interrogée.

La durée de retranscription des entretiens a été variable et influencée par la durée initiale de l'entretien, la qualité de l'enregistrement, la densité du contenu du discours de chaque enquêté. En moyenne, il a fallu entre 6 et 9 heures pour la retranscription de chaque entretien.

4.1.2.4 Analyse et interprétation

Nous avons effectué une analyse thématique du contenu de chacun des entretiens. C'est un découpage transversal des données, qui ne tient pas compte de l'architecture interne des entretiens. Elle a requis plusieurs étapes successives.

4.1.2.4.1 L'imprégnation

La première étape est une écoute puis une lecture intégrale des entretiens à plusieurs reprises afin de prendre connaissance des données et de cerner les différents thèmes récurrents abordés au cours des entretiens.

Les thèmes sont divisés en sous-thèmes en fonction de la catégorie des données qui apparaissent au fur et à mesure. La hiérarchisation en thèmes et en sous-thèmes a permis la constitution d'une grille d'analyse.

4.1.2.4.2 Le codage

Ensuite, chaque entretien a été relu de façon attentive en relevant tous les mots, groupes de mots, phrases ou expressions constituant un thème. Certains thèmes étaient attendus du fait de la trame d'entretien, d'autres du fait de l'imprégnation, tandis que certains thèmes sont apparus au cours de ce codage.

4.1.2.4.3 Classement des thèmes

Les thèmes ont ensuite été classés afin de former un plan contenant plusieurs chapitres : thèmes et sous-thèmes. Chaque thème peut alors être illustré par un extrait de la retranscription qui l'explique le mieux. Ils sont la base de l'analyse de nos entretiens.

4.1.2.4.4 L'interprétation

A l'aide de l'ensemble des citations recueillies pour chaque partie du plan, une interprétation a été effectuée de manière à dégager les différents concepts et opinions exprimés.

Les titres des items ont été choisis pour mettre en évidence l'interprétation des citations classées.

4.1.3 Aspect éthique de l'étude

4.1.3.1 Information au patient

Une demande à la CNIL a été faite et approuvée. (Déclaration normale numéro : 1720770 v 0)

Chaque patient(e) se voyant proposer l'entretien est informé(e) oralement du principe de l'étude, de son intérêt, ainsi que de la procédure employée dans le respect d'un anonymat absolu des informations recueillies qui ne seront utilisées que dans le cadre de la thèse.

4.1.3.2 Confidentialité des données

Les données personnelles d'informations recueillies auprès de chaque patient(e) ont été utilisées de façon confidentielle dans le respect de l'anonymat absolu. Ces informations ne seront utilisées que dans le cadre exclusif de la thèse de médecine :

- Les données ont été exclusivement saisies par l'investigateur de l'étude par souci de confidentialité.
- L'investigateur est le détenteur exclusif de la liste des numéros d'anonymats permettant le lien avec l'identité des patientes.
- Accord C.N.I.L.

4.2 Résultats

4.2.1 Les données sociodémographiques

4.2.1.1 Sexe

Sur les dix entretiens réalisés, nous avons interrogé un homme et neuf femmes, ce qui correspond à la prévalence des victimes d'inceste suivies en consultation de psychotraumatisme (1 victime d'inceste en cours de suivi sur 10 est un homme).

4.2.1.2 Âge

La moyenne d'âge des personnes interrogées est de 38 ans. La plus jeune avait 20 ans, la plus âgée 48 ans.

4.2.1.3 Statut marital

La moitié des personnes interrogées est divorcée ou en instance de divorce. L'autre moitié est en couple, mariée ou en concubinage.

4.2.1.4 Délai de prise en charge

Le délai moyen de révélation de l'agression subi est de 26 ans pour les victimes interrogées. Dans la littérature, le délai moyen est de 16 ans.

Le suivi en consultation de psychotraumatisme dure depuis 2 ans en moyenne.

4.2.1.5 Orientation vers la consultation de psychotraumatisme

Une patiente a été orientée par son médecin traitant.

Deux patientes se sont adressées d'elle mêmes en consultation de psychotraumatisme.

Quatre personnes interrogées ont été orientées par des psychologues ou psychiatres.

Trois personnes ont été orientées par des proches (famille ou ami).

4.2.2 Résultats qualitatifs

4.2.2.1 Ce qu'apporte la prise en charge

Le premier thème que nous avons pu analyser dans les entretiens répond au questionnement premier de ce travail : la recherche de l'intérêt de la prise en charge, comme un apport bénéfique pour les victimes. Les patientes interrogées témoignent bien, avant le début de la prise en charge, d'une grande souffrance, d'une lutte quotidienne, d'un mal être persistant malgré des efforts immenses pour lui échapper. Beaucoup d'entre elles ont révélé l'inceste plusieurs années après leur agression, et toutes affirment la nécessité d'une prise en charge précoce. Les termes utilisés dans leur discours pour évoquer le temps de latence sont redondants : « destruction », « souffrance », « pourrir », « mort ». Elles affirment toutes l'effet positif que la consultation psychotraumatisme a pu avoir sur leur qualité de vie. Il nous a semblé important de citer ici quelques phrases que ces victimes ont pu dire avec leurs mots, qui crient l'urgence d'un dépistage le plus précoce possible :

- « La souffrance montait montait montait parce que je comprenais que... j'avais enfoui des choses qui étaient pas saines »
- « Moi j'ai trainé ça 30 ans et ça me pourrit la vie »
- « De toute façon on peut pas rester avec ça, on pas le droit pour nous même de rester avec ça, c'est pas respectueux pour nous, de nous à nous... parce que, moi je le vois comme ça on n'a pas le droit, pas pour les autres mais pour nous. »
- « Je suis pas guérie complètement parce que pour moi on est une morte sans cadavre... notre corps est meurtri c'est obligé... »
- « Pendant toutes ces années on s'est construit, on s'est reconstruit pour ne plus subir, pour montrer autre chose, pour ne pas montrer ses faiblesses, du coup quand la souffrance est revenue on a l'impression de tomber d'un immeuble de 10 étages et que les cicatrices mettent du temps à se refermer... »
- « Ça m'a fait mal, ça me faisait mal d'en parler, je me sentais mal du moment d'en parler mais après c'était un soulagement... par moment, ça sortait par brides ou par phases... ça soulageait mais ça faisait mal quand même... »
- « Les gens ont un mal-être quelque part, et ils attendent peut être un miracle... un médecin ou le pape, qu'un miracle arrive... parce que cette douleur cette souffrance c'est énorme... »
- « C'est positif... déjà d'en parler... ça libère... »

4.2.2.2 Les freins à la révélation

Quels sont les obstacles majeurs à la révélation ? A partir des entretiens, nous avons essayé de rassembler ici les sentiments, évoqués par les personnes interrogées, qui empêchaient la libération de la parole.

4.2.2.2.1 La peur de ne pas être cru(e)

La peur de ne pas être crue, d'être traité(e) de menteur ou menteuse est très largement évoquée par les victimes interrogées (6/10). Et l'on voit bien que lorsque cette peur s'avère vraie, si l'interlocuteur ne croit pas la victime au moment de la révélation, le traumatisme se répète :

- « Comme on a rien trouvé on a commencé à me dire que je fabulais quoi ... (rires). J'ai pas réagi, je n'ai plus réagi, j'ai supporté et j'ai pas cherché à ce que les autres comprennent... »

- « La peur qu'on ne me croit pas... peur qu'on m'abandonne une deuxième fois ».
Dans la littérature, on parle alors de revictimisation secondaire. Lorsque cela vient de la part de la mère de la victime, cela a un effet dévastateur sur la construction psychique.

4.2.2.2 La culpabilité

La culpabilité revient aussi dans plus de la moitié des discours (5/10) comme un obstacle à la révélation :

- « Toute ma vie j'ai pensé que c'était de ma faute, que j'avais fait des choses pour... »
- « Quand j'étais jeune je pensais que j'étais responsable de ce qui m'arrivait... »
- « Parce que les agresseurs me disaient que c'était ma faute donc c'est une bêtise, quand on ne le dit pas dans un premier temps c'est parce que c'est une bêtise donc quand on fait une bêtise on le cache... donc pas question que je le dise avec un étranger. »

Le terme « avouer » a été utilisé dans différents entretiens pour définir le moment de la révélation, illustrant bien la culpabilité encore présente dans le discours de ces victimes.

4.2.2.3 La honte

La honte est évoquée à maintes reprises comme un frein majeur à la libération de la parole. Cette honte impose le silence, le fait de vouloir cacher à tout prix l'agression pour ne pas être « sali » de nouveau et jugé par le regard d'autrui. La victime cherche à protéger le maigre bout d'estime de soi qui lui reste :

- « C'est un sentiment de honte... et peur des préjugés après... »

4.2.2.4 La crainte de l'éclatement familial

Deux victimes évoquent la protection de la cellule familiale ou d'un membre particulier de la famille comme frein à la révélation : sur le chemin pour aller porter plainte, alors encore enfant, cette victime s'entend encore dire « non laisse tomber parce que ça va détruire papa... donc je voulais pas détruire papa... ». Une autre raconte « je ne voulais pas être responsable de l'explosion de ma famille ».

Comme dans la littérature, nous retrouvons que l'agresseur laisse la victime porter les sentiments de culpabilité et honte, mais les familles le font aussi. Cela renvoie la victime à l'abandon et à une immense solitude car cela confronte l'enfant à la question centrale de la complicité consciente ou pas de la mère.

Pour beaucoup, briser le secret, le tabou, c'est briser la famille, et prendre le risque d'être accusée et marginalisée.

4.2.2.5 La peur de l'agresseur

La peur de l'agresseur revient aussi dans deux entretiens, peur de l'agresseur lui-même et peur de ce qu'il a pu dire, des menaces qu'il a pu proférer. Cette peur est parfois reliée à la culpabilité, l'agresseur imposant le silence à sa victime en la rendant responsable de ce qu'il a fait.

Ainsi, comme l'explique le livre de A. Ciccone, psychologue psychanalyste(52), enfermées dans un carcan de honte, culpabilité, peur, les victimes d'inceste se taisent, contraintes, en attendant qu'un interlocuteur avisé les mettent en confiance et leur permettent de mettre en mots leurs maux.

4.2.2.3 La place du médecin généraliste

4.2.2.3.1 Les réactions du médecin lors de la révélation

Nous retrouvons une grande hétérogénéité des réactions des médecins traitants à l'annonce des victimes. Que cette annonce soit lors d'une révélation en tant que premier interlocuteur ou lors d'un suivi déjà établi en consultation de psychotraumatisme, les personnes interrogées évoquent multiples formes « d'accueil » de la part du médecin généraliste.

Trois patientes interrogées en ont parlé en premier lieu à leur médecin traitant. Pour l'une d'elle, qui a révélé l'inceste subi dans l'enfance lorsqu'elle a eu 41 ans, la réponse de son médecin traitant lui a semblé très adaptée. Le médecin traitant a immédiatement contacté lui-même un psychiatre en présence de la patiente et pris rendez-vous pour elle. Il lui a proposé de venir en consultation régulièrement chez lui en attendant la disponibilité du psychiatre. « Pour moi ça a été réconfortant parce que pour la première fois je me sentais comprise, en sécurité et soutenue... »

Pour les deux autres par contre, la révélation au médecin traitant, alors qu'elles étaient encore enfants, a été très douloureuse. Aucune des deux n'a été crue par leur médecin respectif, et elles évoquent bien toutes les deux comme un deuxième traumatisme : « Je me suis sentie à nouveau trahie, à nouveau pas entendue, à nouveau pas écoutée... », « J'étais très en colère après lui parce que je me sentais à nouveau une deuxième fois presque violée ». C'est ce que la théorie nomme la revictimisation secondaire.

Une des patientes raconte que lorsqu'elle avait 9 ans, elle est allée seule voir son médecin traitant pour lui raconter son mal-être. Le médecin lui a proposé des rendez-vous toutes les semaines pour parler, ce qui a été très bénéfique selon la patiente malgré le fait qu'aucune mesure sociale n'ait été prise.

Trois patientes en ont parlé avec leur médecin traitant une fois, alors que le suivi en consultation psychotraumatisme était déjà établi, plutôt dans le cadre d'un renouvellement de traitement. Ces trois patientes témoignent que leur médecin a évoqué la nécessité d'une consultation spécialisée, n'a pas élaboré de mesure concrète et ne leur en a plus jamais reparlé ensuite, ni posé aucune question. L'une d'elle raconte : « ça l'a beaucoup gêné parce que ... ça l'a un peu dégouté..., je me suis excusée, j'étais vraiment navrée en fait, pour elle, ... (...)enfin c'est un médecin, je pense qu'elle sait garder la distance et tout... mais ça va être difficile, pour elle je pense ».

Une patiente en parle régulièrement avec son médecin traitant pour le renouvellement de ses traitements antidépresseurs, mais elle ne souhaite pas qu'il soit au courant de tout le suivi.

Pour une patiente, lors de l'évocation de son mal-être dans une situation conflictuelle actuelle, qu'elle a pu elle-même mettre en lien avec son passé, son médecin traitant lui a déconseillé d'aller voir un psychiatre et lui a dit : « Je pense que vous devriez prier ». Il lui a ensuite prescrit des médicaments antidépresseurs et n'a plus jamais posé aucune question.

Deux patients n'en ont jamais parlé avec leur médecin.

4.2.2.3.2 La place du médecin traitant

Nous avons demandé aux victimes, au cours de l'entretien, quelle était, selon elles, la place de leur médecin traitant dans cette prise en charge.

4.2.2.3.2.1 *Sa place dans la révélation : faire les liens*

Quatre patientes ont parlé de la place prépondérante du médecin traitant dans la mise en relation d'une symptomatologie clinique avec un traumatisme ancien : « Le généraliste il a fait médecine donc il comprend la tête, il est apte à comprendre... »

- « Quand le patient présente des symptômes physiques il faut à ce moment-là trouver la source de ce problème là parce que finalement physiquement ça s'améliorera jamais si ça va pas psychologiquement donc oui c'est sa place ! »

- « Moi je faisais pas le rapprochement mais les adultes le faisaient pas non plus, les professionnels de santé le faisaient pas non plus... »

- « Tout le monde va chez le médecin. Les premiers qui pourraient aider ce seraient vous »

L'une d'elle a bien précisé la nécessité que le lien soit fait par le médecin, que celui-ci soulève le sujet. « Des fois quand on va chez le médecin, on attend aussi du médecin traitant qu'il se passe un miracle... on est là, on attend... on dit : « bon il a rien dit, il a pas soulevé le sujet, bon tant pis... ».

Nous retrouvons bien dans ces discours le point d'accroche du médecin généraliste à partir de la symptomatologie. Partir de l'expression de la souffrance corporelle pour la relier à la souffrance psychique.

La médecine allopathique occidentale en traitant le corps comme une « machine » avec séparation des organes, déconnecte les maux et l'inceste. Faire le lien de la psyché au somatique n'est pas aisé mais indispensable.

4.2.2.3.2.2 *Orienter*

Les entretiens révèlent la place prépondérante que peut prendre le médecin généraliste dans la révélation, puis l'importance d'orienter. Le suivi par le médecin généraliste n'est envisagé en aucun cas. Il doit connaître les structures et intervenants possibles pour ensuite orienter au mieux la victime dans un suivi spécialisé.

« Ah je vous ai écouté mais je peux pas faire plus. Je vous envoie... » Son rôle c'est ça... en écoutant et après de faire suivre... »

4.2.2.3.2.3 *Sa place dans le suivi*

Lorsque l'on évoque la possibilité d'un suivi conjoint du médecin traitant avec la consultation psychotraumatisme, trois patientes répondent qu'il est important pour elles que le médecin traitant soit au courant mais qu'il ne doit pas connaître le suivi dans le détail. Elles précisent que c'est dans la prescription médicamenteuse, pour des troubles liés au psychotraumatisme, que le suivi conjoint faciliterait les choses mais que mises à part ces prescriptions, le médecin généraliste ne doit pas être au courant de tout. « Il sait que j'ai subi sans savoir quoi, quand, comment, pendant combien de temps... Mais ça m'a suffi pour avoir mon traitement... ».

Quatre patientes ont répondu que leur médecin traitant n'était là que pour soigner une symptomatologie somatique et effectuer une prescription médicamenteuse, sans connaître ni toucher au psychotraumatisme. « Je pense que vraiment le médecin c'est plus pour les problèmes du corps... »

Deux patientes déclarent vouloir que leur médecin traitant soit au courant de l'intégralité du suivi, considérant indissociables les deux parties. « On peut pas couper la tête, la tête vient ici et le corps va là-bas (rires)... Non pour moi c'est important ».

Deux patients pour lesquels le médecin ne connaît pas le suivi, déclarent ne pas vouloir qu'il le sache car ils n'ont pas confiance en lui et préfèrent qu'il y ait le moins de personnes au courant possible.

4.2.2.3.2.4 *Sa place en tant que médecin de famille*

En discutant de la place du médecin traitant, trois patients ont pu aborder le sujet de la difficulté d'une prise en charge lorsque l'entourage familial ou professionnel est lui-même pris en charge par le même médecin : « Si c'est le médecin généraliste qui reconsulte la famille... qu'il en parle... voilà quoi c'est délicat... il pourrait en parler à d'autres personnes ».

Cet aspect nous paraît très important à prendre en compte lors d'une consultation, où le secret médical et le parti pris de croire le patient doivent être assurés et réaffirmés pour envisager une parole libre.

4.2.2.3.3 Le médecin homme ou femme

Durant les entretiens, sept victimes d'inceste sur dix ont pu aborder le sujet du sexe du médecin. Toutes les victimes femmes témoignent d'une bien plus grande difficulté à se livrer à un médecin homme, à une impossibilité de révéler son agression par une personne du même sexe que l'interlocuteur. Certaines parlent également de la peur présente systématiquement en présence d'un homme, empêchant toute libération de la parole :

- « Si ça avait été une femme ça aurait été beaucoup plus simple ».

- « Je pense que oui j'aurais été mille fois plus à l'aise avec une femme... »

Le patient masculin interrogé n'évoque pas ce sujet étant donné qu'il ne considère absolument pas le médecin généraliste comme un interlocuteur possible, qu'il soit un homme ou une femme.

4.2.2.4 Les éléments indispensables à la révélation

Le comportement du médecin reste l'élément le plus détaillé lorsque l'on pose la question de l'environnement le plus favorable à l'annonce. Tous les patients parlent de la nécessité d'une écoute totale, d'une mise en confiance, d'une patience palpable, la nécessité d'écouter sans interrompre, de ne jamais cacher ce qu'il va faire, ne jamais mentir.

4.2.2.4.1 Le comportement du médecin

Dans certaines descriptions, le médecin doit être assis pour être à la même hauteur que la patiente, avoir la même intonation que lui ou elle pour parler, et éviter la position allongée de la victime.

Une patiente décrit bien l'attitude positive que son médecin a eu lors de la révélation : « Il m'a écouté, il ne souriait pas mais il n'était pas non plus refermé... C'était une attitude calme, il n'y avait pas de compassion non plus... C'est comme ci je parlais à quelqu'un qui me comprenait sans me juger et sans avoir de la compassion... ».

Certaines positions prises par le médecin, ou projetées par la victime peuvent bloquer la relation de confiance. Deux patientes ont placé le médecin dans une position d'autorité, avec une tendance à vouloir lui plaire ou surtout ne pas lui déplaire, relation presque de

séduction, refusant alors de se mettre dans une position de victime, de faiblesse face à lui :

- « Pour moi ce serait une honte de dire à mon médecin généraliste que j'ai été abusée, parce qu'il va me voir d'un autre œil... Je suis la femme forte qui arrive ... J'ai pas envie que mon médecin traitant me voit dans un état ... de faiblesse, c'est pas possible. »

- « C'est juste parce que j'ai pas forcément envie d'avoir son regard, je me sens pas bien donc j'ai pas envie de pas... être trop pas bien devant lui... »

4.2.2.4.2 Relation de confiance et écoute

Lors d'un entretien, il nous a bien été rappelée la position d'empathie et d'écoute indispensable à la place du médecin traitant, sans aucune forme de jugement : « Le rôle du médecin, c'est qu'à un moment donné il faut qu'il apprenne à être dans l'empathie, un généraliste il faut qu'il soit dans l'empathie ! S'il est pas dans l'empathie, après il faut qu'il apprenne à se protéger lui vis-à-vis de ses patients, mais si il n'est pas dans l'empathie il peut rien faire ... »

- « Le médecin traitant est là pour écouter pas pour juger. »

- « De pas juger. Pas juger ce qui s'est passé. Et pas aller dans les détails tout de suite. C'est important je pense. Parce que déjà de le dire c'est pas facile... et aussi que la personne soit à l'écoute ! »

4.2.2.4.3 Les impératifs temporels

4.2.2.4.3.1 *Le manque de temps lors d'une consultation*

Dans six entretiens sur dix, un des facteurs primordial cité pour une bonne prise en charge par le médecin traitant, voire une révélation, reste le temps. Toutes déclarent que l'élément limitant pour pouvoir parler librement en consultation de médecine générale, c'est d'imaginer la salle d'attente pleine, et le peu de temps imparti pour leur propre consultation :

- « Vous êtes bien mal si y a du monde derrière et que la personne commence à déballer son truc après... là...(rires) »

- « Si vous voulez qu'on en parle j'ai du temps pour vous. Le TEMPS, ce mot-là c'est un truc phénoménal... On dit le temps à une personne qui a subi, « ah il a du temps »... »

- « Moi je me dis, tout le monde qui attend dehors, ils sont malades ils sont pressés d'avoir les médicaments... Peut-être c'est ça aussi, qu'on n'a pas le temps, parce que c'est vrai quand on vient parler... On regarde pas l'heure... On peut pas le dire ... Si on a envie de soulager ça va prendre du temps, peut être que le médecin traitant il a pas le temps... »

4.2.2.4.3.2 *Les moments clés*

Trois patientes décrivent dans leur parcours de vie des fragilités pouvant faciliter la révélation au médecin traitant. Elles évoquent particulièrement le moment de la grossesse comme un moment important, moment où le médecin généraliste doit être d'autant plus vigilant et à l'écoute de ses patientes. Une des victimes interrogées a d'ailleurs été adressée à une première consultation de psychotraumatisme par la PMI (Protection Maternelle et Infantile), à 4 mois de grossesse.

La plupart des personnes interrogées ont également commencé un suivi en consultation de psychotraumatisme lors de la survenue d'un second événement, d'un second psychotraumatisme, d'un accident de la voie publique ou d'une agression, qui a

provoqué en un instant l'éclatement des mécanismes de défense déjà fragilisés. C'est dans ces étapes de vie charnières que le médecin doit redoubler d'attention.

4.2.2.4.3 *Temporalité de la consultation elle-même*

Le moment de la consultation même le plus propice à la parole a aussi été décrit lors de deux entretiens. Pour l'une, ce serait au moment même de l'examen physique lorsque le médecin est au plus proche du patient, sans barrière que le sujet pourrait être abordé. Pour l'autre, à la fin de la consultation : « il m'examine, après quand on est tous les deux assis et qu'il rédige mon ordonnance. C'est le moment où les gens parlent le plus finalement, ils parlent de tout et de rien donc je pense que c'est le bon moment pour poser des questions... Et puis en même temps comme il a fini de nous examiner lui-même il se pose des questions « pourquoi ? Comment ça se fait ?... ». Donc je pense c'est ce moment... »

4.2.2.4.4 Le secret professionnel

La notion de secret professionnel s'affirme dans plusieurs entretiens comme élément favorisant la mise en confiance et la libération de la parole. La confidentialité assurée du secret professionnel, dans les représentations des victimes, permet de limiter l'impact de l'annonce. Elles vont « mettre au secret » le médecin traitant en se sentant protégées d'un éclatement public ou familial qui ferait ressurgir honte et culpabilité.

- « Y a certaines choses qu'on arrive pas à dire sa famille et qu'on pourrait dire à son médecin traitant tout en sachant la confidentialité... »

- « J'ai peur des préjugés après... et qu'il en parle après aussi, qu'il en parle autour de lui... Tandis que le psychiatre je sais qu'il est soumis au secret professionnel ».

- « Si les gens entendent aussi à travers la porte... Souvent quand j'attends chez le médecin, ben j'entends. Oui j'entends les voix, s'il parle un peu plus fort oui j'entends, c'est impossible ! »

4.2.2.4.5 La reconnaissance

Une autre patiente décrit bien la relation positive pour elle lorsqu'elle s'est sentie dans une reconnaissance différente des autres patients : « Il a commencé à y avoir vraiment un rapprochement, un peu plus intime, une compréhension que j'ai appréciée venant de lui... un soutien... Je sentais que peut-être j'étais un peu différente des autres patients qu'il avait... ». Elle dit rechercher une relation presque amicale avec son médecin.

4.2.2.4.6 Respecter le rythme et insister

Trois patientes insistent sur les délais et la répétition des consultations. En effet, elles affirment qu'il ne faut pas hésiter à insister, lors de différentes consultations, si le doute persiste, et poser des questions détournées pour permettre à la victime d'égrener des indices : « Il faut parfois insister c'est vrai, au risque que la personne se braque un peu... Mais moi je pense qu'en insistant ça aurait marché au bout d'un moment, je pense que oui, si on avait insisté... ».

Elles proposent également de renouveler des consultations rapprochées après la révélation en respectant le silence immédiat, ne pas chercher à « tout savoir d'un seul coup ». Par contre, avant la révélation, elles indiquent qu'il ne faut pas hésiter à proposer des consultations de « non malade », pour parler « quand on est malade on va pour ça on

parle que de ça, on a mal on veut que on ait plus mal, on vient le voir pour ça et le viol c'est comme si c'était dans un coin ».

4.2.2.4.7 L'environnement : le cabinet médical

L'environnement matériel a pu aussi prendre une part importante des entretiens. Le bureau, élément souvent central, revient clairement dans trois entretiens comme une barrière à la parole, un obstacle à la mise en confiance : « Le bureau, cette matière là... pour moi ça me gênerait ça met la distance réelle, là la distance réelle la distance physique elle est mise... et que vous êtes pas supérieur mais vous êtes pas au même niveau et ça pour moi ça casserait la confiance ». « Le bureau c'est comme une crevasse, il faudrait peut-être que le médecin généraliste il ait des petits fauteuils pour accueillir ses patients ... ». Pour une quatrième patiente, elle définit le bureau comme une barrière si le médecin est une femme mais le voit comme une protection si le médecin est un homme.

Dans le sens du bureau comme distance sécuritaire, deux patientes ont déclaré préférer avoir cette distance incompressible pour pouvoir se livrer. Par contre l'une d'elle a insisté sur la description d'un bureau personnalisé : « il a des dessins d'enfants, des images d'enfants, y a des tableaux qu'il va aimer, c'est sa disposition, donc il est dans son univers, déjà lui il est à l'aise... Donc on a plus tendance à faire confiance à quelqu'un qui est à l'aise dans son bureau ».

Dans le même ordre d'idée, deux autres patientes ont décrit des cabinets trop froids pour pouvoir y parler librement : « Des murs blancs, ce style trop épuré trop j'allais dire trop médical, pas assez de couleur, trop terne... ».

4.2.2.5 Les mots pour les maux

4.2.2.5.1 Les symptômes évoqués

En retraçant le parcours de soin des victimes, elles peuvent évoquer une symptomatologie récurrente pour laquelle elles consultaient régulièrement leur médecin traitant. Nous avons relevé ici les symptômes les plus fréquemment cités.

Les affections dermatologiques semblent très présentes avec de l'eczéma résistant à tout traitement bien conduit (dans 3 cas sur 10), urticaire, acné persistante bien après l'adolescence (1 cas). Une patiente a évoqué aussi un herpès labial très invalidant et résistant à tout traitement.

La sphère uro-génitale entre aussi régulièrement dans les motifs de consultations avec énurésie, infections urinaires et mycoses vaginales à répétitions (3 cas sur 10), des règles douloureuses, des accouchements très difficiles avec réactions de défense (impossibilité d'écartier les jambes) cités 3 fois.

Nous retrouvons aussi fréquemment des consultations pour des troubles du sommeil et cauchemars (4/10), crises d'angoisse (3/10), conduites à risque et addictions (3/10), tentative de suicide (3/10), crises de spasmophilie (2/10), dépression (2/10), tristesse, pleurs, sensation d'isolement, manque de confiance en soi.

Les affections respiratoires sont aussi citées 3 fois sur 10.

Les migraines et une asthénie persistante sont retrouvées chacune 2 fois sur 10.

Enfin, une patiente a pu évoquer des angines à répétition avec cette phrase : « même si personne ne m'a dit de fermer ma bouche on m'a empêchée de parler »

4.2.2.5.2 Poser une question directe ?

A la question « Peut-on poser une question directe à une patiente lorsque l'on a un doute sur une possible agression dans l'enfance ? », les réponses sont divergentes.

Six victimes opposent un NON, une impossibilité pour une victime en situation de consultation de médecine générale de pouvoir répondre à cette question trop violente selon elles : « Je ne pense pas car si il pose la question, moi, j'aurais été choquée de l'entendre dire ça et ça aurait pas été possible...J'aurais réagi violemment et j'aurais changé de médecin traitant... »

Aucune pour autant n'a évoqué l'abstention totale de parole, elles ont plutôt évoqué un « contournement », un apprivoisement, une approche plus indirecte. L'une d'elle précise le délai possible dans la réaction de la victime, un délai à respecter : « Ça va déclencher quelques chose de toute façon, peut-être pas aujourd'hui, peut-être pas le mois prochain, peut-être dans deux années mais ça déclenchera quelque chose... Et je l'aurais aidé de toute façon ». Une autre explique la difficulté pour la victime elle-même de faire un lien entre la symptomatologie présentée en consultation de médecine générale et l'agression remontant souvent à plusieurs années, d'où un non sens de cette question directe : « Il faut d'abord le comprendre pour pouvoir l'expliquer, et dans un premier temps on ne le comprend pas donc poser directement la question... Pour moi ça n'a aucun sens parce que c'est ... Ça sera immédiatement non pour moi, jamais, parce que c'est un refus, déjà personnellement de me dire ça m'est arrivé... »

Deux victimes reprennent la notion d'apprivoiser la personne, et insiste sur l'importance de réitérer les questions détournées, de revenir plusieurs fois sur le sujet si le doute persiste : « Je pense qu'il faut insister, poser des questions... Mais peut être pas directement... Il faut apprivoiser la personne parce que les personnes victimes d'inceste le problème c'est la confiance ! Et je pense qu'elles se confient pas facilement du tout, encore moins à quelqu'un d'extérieur comme le médecin. »

Quatre des personnes interrogées ont répondu OUI à la possibilité de poser des questions directes, tout en y mettant quelques nuances. L'une d'elle a suggéré la possibilité de ne réaborder la question qu'au cours de la consultation suivante, laissant le temps à la victime de « digérer » sa révélation brutale.

Une autre a précisé qu'il fallait parler d'agression et non pas d'agression sexuelle pour ne pas enfermer la patiente dans un cadre trop précis et lui laisser la possibilité d'un abord moins direct : « Peut être qu'on attend aussi ça du médecin traitant... On attend qu'il nous demande des choses, des questions clés ! »

4.2.2.5.3 Les mots à utiliser

Au cours de entretiens, nous avons demandé aux patientes d'essayer de se mettre en situation pour étudier quels mots et phrases peuvent être utilisés lors d'une consultation de médecine générale. Plusieurs ont redéfini d'abord la notion de « poser les balises » avant d'entamer une telle discussion, c'est-à-dire mettre en confiance.

Nous avons rassemblé ici les phrases les plus citées (ou qui nous paraissaient les plus utiles) :

- « Quelle est la place dans sa famille ? Est-ce que c'est une personne qui discute beaucoup ? Est-ce qu'on l'empêche de parler ? Est-ce que vous vous rappelez de certaines choses difficiles, que vous avez vécues ? »

- « Qu'est ce qui fait que vous avez ces symptômes-là, est-ce que vous avez déjà réfléchi à ça ? »

- « Écoutez, peut-être voir les choses plus profondément, comment vous vivez, comment ça se passe ? Est-ce que vous avez des enfants, est-ce que vous vivez seule avec vos enfants ? C'est surchargé pour vous ? Vous êtes trop seule pour pouvoir supporter ce poids ?
- « Peut-être que vous avez eu un passé lourd ? ». Passé tout de suite c'est le déclic : soit on pleure soit « non non non Dr moi a pas rien moi »...
- « Vous voulez qu'on en parle ? Vous n'êtes pas obligé d'en parler maintenant, si vous pouvez revenir la prochaine fois, revenez et on en parlera ... »
- « On se voit depuis un petit moment, on se connaît, vous venez souvent, peut-être que je me trompe, est-ce que vous vous êtes fait agresser quand vous étiez petite ?
- « Je me soucis de toi il faut qu'on découvre ce qu'il y a ». (Passage au tutoiement au moment de la révélation, très apprécié par la patiente).
- « Si vous avez un problème n'hésitez pas à m'en parler »
- « Je vais prescrire des examens complémentaires pour savoir vraiment ce qu'il se passe, je vais demander si ça se passe bien dans votre cercle familial, si y a pas de soucis, qu'est-ce qui peut être facteur de stress dans votre vie ? Est-ce que y a pas des problèmes, au niveau du relationnel comment ça se passe avec les autres, avec les gens, comment vous vous sentez ??? »

4.2.2.6 Les conseils des victimes à leur médecin

Lorsque l'on demande aux patientes des conseils qu'il ou elles pourraient donner à leur médecin, des idées pour améliorer la prise en charge, elles hésitent peu.

4.2.2.6.1 Sur son comportement

Un conseil récurrent à leur médecin reste d'être plus à l'écoute, d'essayer de voir le vécu derrière le patient, et de ne pas « lâcher » lorsque quelque chose les alarme, d'insister, de ne pas se contenter du silence :

- « Ça se passe pas comme ça dans la vraie vie, faut aller chercher pour qu'on dise des choses... Être plus à l'écoute et insister ! »

Elles évoquent aussi la nécessité de ne pas orienter directement vers un psychologue ou psychiatre comme pour se débarrasser du fardeau. La relation de confiance se joue à cet instant, le médecin généraliste doit être capable d'avoir la première écoute, d'être le premier appui et d'orienter progressivement vers un spécialiste pour ne pas briser la relation et replonger la patiente dans le silence.

Pour elles, le médecin doit aider, soutenir la victime par une prise en charge « maternante », effectuer les démarches « logistiques » pour la patiente, émotionnellement très affaiblie, en prenant les dispositions nécessaires, en prenant les rendez-vous pour la victime, en traçant son parcours de soin.

4.2.2.6.2 Des consultations inhabituelles ou médiées

Trois patientes proposent la possibilité de « sortir du cadre » d'une consultation classique, en donnant un rendez-vous en dehors des moments de « maladie », pour une discussion dépassant les limites corporelles, ou d'employer un média pour éviter le face à face, comme le téléphone. Une patiente propose également le moyen de l'écriture. Elle même avait utilisé des lettres à son entourage pour éviter une confrontation directe jugée trop brutale.

« Si vous demandez à rencontrer un peu plus tard ou peut être à discuter, à appeler le médecin, à discuter en dehors... la première fois que j'ai pu en parler à quelqu'un de mon entourage, j'ai fait ça par téléphone, je n'ai pas pu le dire en face... »

Une autre évoque pour les enfants la possibilité de passer par le dessin, même dans le bureau du médecin généraliste, pour voir ce que l'enfant en dit.

4.2.2.6.3 Informations disponibles

Deux patientes reviennent sur la nécessité de bien définir les notions de mal-être, d'inceste, ce que cela représente, pour mettre des mots sur leur souffrance.

Dans ce sens, plusieurs proposent de mettre plus d'informations accessibles dans les cabinets médicaux, avec le mot inceste et sa définition, sous forme d'affiches, de brochures, et de notifier les interlocuteurs possibles.

4.2.2.6.4 Réseaux, groupes, associations

Deux patientes proposent des réunions de groupe, pour pouvoir parler avec d'autres victimes, pour libérer la parole, pour entrer en contact avec un psychologue ou un psychiatre indirectement.

Une autre décrit l'importance des associations pour une écoute et des renseignements (AMAFAR : Association des Maisons de la Famille de la Réunion), pour lesquelles les coordonnées devraient être plus accessibles.

4.2.2.6.5 Se former

Une des victimes soulignent l'importance que le médecin ait une formation en victimologie et en psychologie.

Deux patientes s'interrogent sur l'importance que le médecin traitant ait vu lui-même un psychologue, pour comprendre, pour que son écoute soit la plus adaptée possible.

4.2.2.6.6 Les pratiques réelles de certains médecins décrites comme bénéfiques

Une patiente a pu décrire comme aidante l'initiative de son médecin traitant alors qu'elle avait 9 ans : celle-ci lui a proposé un rendez-vous fixe une fois par semaine, seule, sans demander d'honoraires, pour laisser libre cours à sa parole.

Une autre nous explique que son médecin généraliste a réservé des plages horaires de son emploi du temps pour des consultations longues, sur rendez-vous, durant minimum une heure. Il propose aux patients qui semblent en avoir besoin de leur donner des rendez-vous sur ces plages horaires, ayant ainsi beaucoup plus de temps pour une écoute attentive.

4.3 Analyse et discussion

4.3.1 Discussion de la méthode

4.3.1.1 Limites de la méthode

4.3.1.1.1 Taille de l'échantillon

La taille de notre échantillon est de 10 participants. Nous ne cherchons pas à obtenir une généralisation des résultats mais à interroger suffisamment de participants pour voir les données se répéter et obtenir la saturation, c'est-à-dire une redondance des thèmes dans les discours, sans apparition de nouvelles données. Nos résultats seront des indicateurs de tendance.

4.3.1.1.2 Biais de sélection

Les personnes interrogées étaient toutes des personnes déjà engagées dans un suivi (du fait de la méthode de recrutement) ayant donc une prise en charge établie, une capacité à l'élaboration et à la verbalisation. Les victimes pour lesquelles la révélation est impensable, voire vue comme plus néfaste que bénéfique, n'ont donc pas été entendues. Même si l'annonce puis la prise en charge d'un psychotraumatisme restent des éléments essentiels à l'amélioration de la qualité de vie des victimes dans la littérature, il aurait été intéressant d'entendre les opinions de ceux et celles qui sont encore enfermés dans le silence ou refusent une prise en charge spécialisée.

4.3.1.1.3 Limites de l'hétéro évaluation lors d'un entretien semi dirigé

Il est plus difficile de dire les faits, même à une personne astreinte à la confidentialité, que de cocher des réponses sans « témoin ».

4.3.1.1.3.1 Limites posées par l'enquêteur

L'intégralité des données des dix patients inclus dans le protocole d'étude a été recueillie par un enquêteur unique.

L'évaluation clinique est enquêteur dépendant et dépend de sa subjectivité et de son interprétation personnelle. On peut y voir une limite de la méthode.

La notion psychanalytique de contre-transfert est une réaction inévitable mais très connue du thérapeute envers son patient et désigne le sentiment inconscient de l'analyste en réaction aux sentiments inconscients ressentis par le patient.

Il est préférable que ce sentiment soit positif mais le thérapeute est la seule personne à même de gérer cette dynamique appelée transfert/contre-transfert.

Lors de nos entretiens, le récit quasi-systématique spontané de l'histoire traumatique, comme point de départ du parcours de soin, a pu déstabiliser nos propres affects, basculant parfois dans l'horreur, pouvant interférer avec le discours du patient. La volonté de l'enquêteur, au départ, de ne pas « fouiller » l'histoire traumatique mais d'observer seulement le parcours de soin qu'elle a engendré, s'est avérée vaine. Car c'est bien dans l'histoire traumatique elle-même, et dans le contexte qui l'entoure, que vont se fixer les éléments indispensables à prendre en compte pour une prise en charge

optimale. Le récit de l'origine du psychotraumatisme s'est finalement installé comme le point de départ des entretiens, que l'enquêteur le veuille ou non.

4.3.1.1.3.2 *Limites posées par la patiente*

Le transfert est un phénomène qui se produit dans toutes les relations qu'un individu entretient avec les autres. Le transfert est ainsi une projection du patient du contenu de son inconscient sur l'enquêteur qui lui paraît alors doté de qualités bien différentes de la réalité. Cette limite posée par le ou la patient(e) qui, dans son interaction avec l'enquêteur, peut minimiser ou exagérer son discours est à prendre en compte comme limite de la méthode.

4.3.1.1.4 Limites dans la difficulté à retranscrire des faits passés traumatiques

L'évaluation rétrospective des entités cliniques immédiates et post immédiates au traumatisme peuvent être source de biais. Certaines patientes interrogées ont des difficultés à se remémorer parfaitement les émotions en lien avec un événement passé ancien.

De plus, la décharge émotionnelle et la difficulté à mettre des mots sur les sentiments éprouvés en lien avec le traumatisme peuvent rendre difficile l'entretien.

En victimologie, certains patients peuvent avoir des amnésies partielles du traumatisme et des difficultés à retranscrire une temporalité des faits de manière objective. Certains ont au contraire recours à l'imagination qu'il faut aussi prendre en compte comme limite à la méthode.

4.3.1.2 Atouts de la méthode

4.3.1.2.1 Enquêteur unique de sexe féminin

L'enquêteur unique responsable du recueil des données de l'étude permet de limiter les biais dans le recueil.

L'investigateur de sexe féminin facilite également le recueil des données auprès de la population féminine.

4.3.1.2.2 Éthique et déontologie

L'entretien est un temps d'échange, d'écoute bienveillante. Il permet à chaque patient(e) de témoigner de son histoire personnelle et de tenter de mettre des mots sur un parcours souvent lourd et parsemé de violence.

La vigilance première a été de ne pas nuire à la prise en charge en cours (ce qui s'est révélé principalement dans les non inclusions laissées à l'appréciation des intervenants recruteurs). Toutes les personnes à qui l'entretien a été proposé ont accepté volontiers et ont pu pour la plupart, dire leur contentement d'être écoutées, élément important dans la revalorisation narcissique.

4.3.2 Discussion des résultats

Serait-il utopique de suggérer un changement dans nos pratiques pour réduire les souffrances, leur durée et prévenir l'inceste ? Le tabou sur ces questions est tel que les victimes mettent en moyenne 16 ans pour se dévoiler spontanément après les faits.

Aucune personne à qui l'entretien a été proposé n'a refusé la rencontre avec l'enquêteur. Au contraire il y avait même un sentiment positif à ce que nous puissions leur demander leur avis et échanger les rôles, le médecin dans la position du savoir venant demander de l'aide à ses patients.

Cela montre bien l'importance d'écouter les victimes qui ont des choses à dire !

4.3.2.1 Ce qu'il faudrait pour améliorer le DÉPISTAGE

Comment le médecin peut-il contribuer à faire émerger la parole sur l'inceste, à provoquer la prise de conscience ?

L'annonce de l'inceste est un « agir poïétique » (c'est-à-dire l'étude des potentialités inscrites dans une situation donnée, et qui débouche sur une création nouvelle), un élan désespéré pour récupérer la maîtrise de sa vie, pour devenir acteur de sa vie, pour ne plus être « vide », ou « cadavre ». Ce n'est pas un agir normatif, conforme à des règles, ni un agir stratégique, qui poursuit un objectif précis. Parler de son agression, c'est lorsque la victime n'a plus le choix, que le fardeau devient trop lourd, qu'elle se voit contrainte « d'avouer » (terme repris des entretiens) ce qu'elle a vécu...

A travers nos entretiens et la littérature, nous remarquons qu'il n'existe pas de conditions « idéales » à la révélation, ni de modèle-type immuable. Cependant, nous retrouvons des invariants sur des éléments relationnels, temporels et matériels qui peuvent favoriser le dépistage en médecine générale.

Au Canada, un manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de santé (39) a été édité et diffusé pour rappeler les points essentiels dans la « sécurisation » de chaque patient :

- Respect
- Lien de confiance
- Partage du contrôle (du rythme, des traitements, de la thérapie...)
- Partage de l'information
- Respect des limites
- Climat favorable à un apprentissage mutuel
- Prise en compte des changements d'attitude
- Démonstration d'ouverture aux problèmes de la prévalence et des suites à la violence et à l'abus sexuel dans l'enfance

4.3.2.1.1 La relation médecin-patient

4.3.2.1.1.1 *Le médecin vu comme protecteur*

Nous retrouvons dans le guide Canadien (39) et l'article néo-zélandais (53), comme dans nos entretiens, l'importance d'établir une relation de confiance avec les victimes d'agression sexuelle et les différentes étapes pour y parvenir. Le lien de confiance constitue le fondement de toute relation thérapeutique. Tout d'abord, le patient doit sentir de la part du médecin une certaine disponibilité et éventuellement sa connaissance et son intérêt pour le sujet (par des moyens indirects : affiches... nous y reviendrons plus loin). Ensuite, il s'agit de créer un espace protecteur et contenant, ce qui est crucial pour les victimes, à cause des violations vécues dans le passé : en effet, les sentiments de vulnérabilité et de soumission imposées à la victime, peuvent se rejouer très facilement dans un rapport inégal de médecin-patient.

Le contact est plus facile quand le médecin a une attitude professionnelle empreinte de sensibilité, une capacité à écouter plutôt qu'à essayer de deviner ce que le patient ressent, et qu'il est attentif au langage corporel du patient.

Le médecin généraliste n'est pas juge et le patient doit en être convaincu. La victime n'est pas là pour « avouer », elle doit se libérer d'un fardeau devenu trop lourd à porter. Le médecin généraliste, en mettant le ou la patient(e) dans une situation de confiance, en prenant le temps d'apprivoiser la victime, lui laisse la liberté de parole. La victime doit savoir qu'elle sera crue, qu'on ne lui opposera aucunement la suspicion du mensonge.

Le secret médical conforte le plus souvent le patient dans une intimité rassurante avec le médecin, limitant le sentiment de honte et culpabilité en interdisant la divulgation du secret. Le médecin généraliste doit pouvoir rassurer le patient sur la confidentialité de leur entretien. Cependant, il ne doit jamais lui cacher qu'il peut mettre en place des mesures de protection, en se déliant de son secret professionnel. Il doit s'assurer dans ce cas que la victime comprend bien que cela se fait dans son intérêt.

4.3.2.1.1.2 Le médecin vu comme étranger

Comme l'affirme l'anthropologue Dorothee Dussy : « l'injonction au silence provoque une ligature des possibilités de verbaliser et d'appréhender seul, et à sa juste mesure, l'expérience de l'inceste. C'est pourquoi seul un autre que soi, extérieur à la famille, peut mettre les mots de viol et/ou d'inceste sur l'indicible expérience et signifier à l'incesté son statut de victime. » (54)

Le contexte de décrochage, de distanciation avec le contexte familial est une part essentielle du dépistage. Le médecin généraliste doit être vu comme une personne extérieure, tout en restant une personne fiable et rassurante.

S'il soigne d'autres membres de la famille, et particulièrement l'agresseur, il doit pouvoir montrer qu'il mettra en œuvre tous les moyens nécessaires au soutien et à la protection de la victime. Il doit se montrer entièrement loyal envers son patient.

4.3.2.1.1.3 Le médecin vu comme savant

Le médecin est l'Autorité, le Savant. Il a une autorité de fait en étant du côté du Savoir, le plaçant en « position haute » par rapport à son patient, dans un ordre hiérarchique. Le patient peut vouloir compenser cette position en ne se présentant pas en situation de faiblesse. Cela limitera les possibilités d'annonce qui replonge la victime dans la honte et la culpabilité.

Le médecin doit garder la place du savoir, pour donner une valeur à ses prises de décision, mais il doit accepter de descendre du piédestal de la Connaissance. L'équilibre peut sembler difficile à trouver. Certains médecins ne supportent pas qu'on leur retire le sentiment de puissance lié à ce supposé savoir qui les protège mais les isole et parfois les rend aveugle. Il peut ressentir une impuissance majeure à ne pas avoir toutes les réponses mais également avoir peur de ne pas supporter l'impensable. Cependant, dans tous nos entretiens, aucune victime ne semble attendre du médecin une réponse toute faite ou un savoir inné sur la question. Elle cherche plutôt une oreille bienveillante pour une libération de la parole et être accompagnée ensuite vers un mieux-être.

Le Savoir va s'exprimer tout d'abord dans un certain langage : le langage spécialisé permet de mettre des mots sur des traumatismes (le viol par l'ascendant devient « inceste »).

Ensuite, il peut s'exprimer dans les médias mis à disposition ou exposés au cabinet médical. Dans une étude réalisée en Haute Normandie, les patients se disent plus disposés à parler lorsque des brochures ou affiches sont mises en évidence dans la salle d'attente. (55)

Dans nos entretiens, les victimes le disent : il ne faut pas se priver d'informations précises au cabinet médical. Affiches, brochures, dépliants, disponibles et visibles dans le cabinet du médecin généraliste permettent de mettre parfois les premiers mots, de définir une notion souvent floue et d'attirer l'attention sur le médecin généraliste comme possible interlocuteur. Il est essentiel également que ces informations détaillent tous les intervenants possibles, les associations, les réseaux en place. Cela est également évoqué par les patients dans une étude néo-zélandaise (53) : afin de faire connaître leur disponibilité et leur capacité à aider pour ce genre de problème, les médecins devraient mettre à disposition des brochures dans les salles d'attente. De même, les Canadiens (39) insistent sur le fait que beaucoup de victimes sont à l'affût d'indices signalant que le clinicien est sensible aux questions de violences et d'abus et que des signes tangibles tels que la présence d'affiches et de dépliants laissent entendre que le professionnel de santé en question porte attention à ces sujets.

L'information s'avère donc primordiale. En France, une campagne publicitaire est diffusée depuis fin janvier 2014 pour sensibiliser, informer et prévenir l'inceste : « L'enfant n'est jamais consentant. L'inceste est toujours un crime. » (<http://www.inceste-changeonslalo.fr/>).

4.3.2.1.1.4 Les difficultés du médecin de genre masculin

Le problème du médecin femme ou homme, très largement relevé dans les entretiens, n'a pas de solution facile.

Pourtant, la personne interrogée qui a pu en parler avec son médecin généraliste, a bien été entendue par un médecin homme. La difficulté de l'annonce tient-elle donc plus généralement à une posture du médecin masculin, dans la toute puissance ? L'attitude d'accueil et d'écoute ne devrait-elle pas pouvoir transcender les genres ?

Cependant, le médecin homme, en présence d'une patiente femme pour laquelle il a des doutes sur une éventuelle agression, et ne trouvant aucune accroche possible malgré une écoute attentive, conscient de ces données, doit pouvoir orienter cette patiente vers une interlocutrice, pour faciliter la révélation. La relation de confiance est là mise à mal mais cette méfiance face aux hommes, parfois infranchissable par les victimes, ne doit pas rester un frein à la prise en charge.

4.3.2.1.2 Trouver du temps pour en gagner et moments-clés

Le manque de temps ou de disponibilité est cité dans la plupart des études sur les freins à la détection des maltraitances en général. En effet, les médecins estiment qu'il faut beaucoup de temps pour écouter et rassurer un(e) patient(e) qui vient de confier ce dont il est victime.

Cependant, en regardant sur le long terme, une intervention précoce serait moins chronophage que la prise en charge de violences non reconnues, se manifestant par des symptômes flous et inexplicables.

Il est évident que tout ne peut se faire ni se résumer en une consultation. Montrer au patient sa disponibilité, lui affirmer qu'on a du temps pour lui ou elle et la réinviter à consulter permettrait de contourner en partie le problème.

Une autre possibilité suggérée, serait de pouvoir consacrer des plages horaires à des consultations longues, permettant au patient d'entrevoir une disponibilité temporelle indispensable à la libération de la parole.

Comme nous le rappelle le manuel de pratique sensible du Canada (39), la démarche entreprise par une victime afin de surmonter les effets des abus sexuels subis au cours de son enfance n'est pas un processus linéaire.

Une thèse réalisée à Nantes a également mis en évidence des éléments de vie, des moments de déstabilisation qui ont poussé la personne à la révélation (mariage, enfant, décès, rencontre avec l'agresseur, difficultés avec le conjoint). (56)

Lorsque le psychotraumatisme se cache derrière des années d'efforts de dissimulation, ou dans le déni, le médecin doit pouvoir rester vigilant, même auprès de patients qu'il connaît depuis longtemps. Il existe des moments clés, des périodes de vie plus sensibles, plus perméables à l'expression d'un psychotraumatisme ancien. C'est dans ces moments que le médecin doit redoubler d'attention et d'écoute. Ainsi, la grossesse est une période particulièrement délicate pour les victimes. Elle interpelle leur capacité à donner la vie alors qu'elles se sentent mortes, les met face à un accouchement qui va « salir » leur enfant. Elles se retrouvent à devoir être dans une position de protection, alors qu'elles-mêmes n'ont pas été protégées, et qu'elles ont beaucoup de doutes sur leur future capacité maternante ou sur le père, potentiel abuseur.

4.3.2.1.3 Reconnaître une victime en consultation : des maux pour le taire

Le médecin doit savoir détecter les signaux que la victime lui envoie pour lui faire comprendre sa situation et pour qu'il la questionne. Il doit comprendre que la peur et la honte l'empêchent de lui confier directement ce qu'elle subit, que le déni est fréquent mais précède la prise de conscience, et que le dialogue permet souvent de le dépasser.

Tous les symptômes évoqués par les patients durant les entretiens, comme motifs de consultation fréquents chez leur médecin traitant, peuvent être retrouvés dans la longue liste établie par l'HAS sur les recommandations de 2011 (2).

Pour reconnaître ces symptômes somatoformes polymorphes comme conséquences d'un abus souvent ancien, le médecin généraliste a la lourde tâche d'y penser !

Les troubles du sommeil, les cauchemars, les tentatives de suicide, les demandes répétées de prescription de psychotropes, mais aussi les infections urinaires ou génitales à répétition, les troubles digestifs sans étiologie organique, les douleurs chroniques... Le comportement du patient face à son médecin et l'intuition du médecin vont pouvoir, s'il y pense, éveiller un doute. C'est à ce moment-là que le médecin, luttant avec ses propres affects, face à l'horreur de l'impensable, doit avoir les armes nécessaires pour proposer une prise en charge adaptée.

C'est bien là le rôle majeur du médecin traitant, sa place définie par la majorité des victimes de notre enquête. Il a cette place pivot de nouer l'origine d'une symptomatologie physique récurrente, incomprise, sans étiologie organique retrouvée, à un psychotraumatisme ancien. Trouver cette origine, c'est laisser une possibilité au patient de se reconstruire, sans le faire aux dépens d'un corps parasite. Ainsi, il permet

une prise en charge adaptée, une orientation vers des spécialistes compétents, et la résorption de symptômes qui polluent la vie des victimes souvent depuis de nombreuses années, en leur donnant un sens. (57)

4.3.2.1.4 Le lieu

Les entretiens avec les victimes ont mis en évidence l'importance qu'elles attachent au cadre dans le quel a lieu la rencontre. Celui-ci va refléter un mode d'accueil, une façon pour le médecin d'accorder de l'importance à chacun de ses patients en proposant un cadre digne, chaleureux et humain. Un cabinet médical accueillant et personnalisé, va permettre au patient de se détendre et se sentir dans un endroit rassurant et unique. Dans la symbolique du cadre, ce cabinet médical-là ne sera pas interchangeable, il montre quelque chose de l'ordre de la considération de chaque patient. Un lieu propice à restaurer la dignité va contribuer à éloigner les sentiments de vulnérabilité et de soumission déjà évoqués.

Le bureau peut être considéré sous deux aspects : une distance sécuritaire ou un obstacle à la parole. C'est dans la dynamique de la relation, et dans sa propre perception, que le médecin, conscient de la place positive ou négative de cette distance, pourra l'effacer ou au contraire la respecter pour favoriser la libération de la parole. Le manuel de Santé Canada le rappelle, il faut également s'assurer de l'absence d'irruption dans la salle d'examen ainsi qu'un respect de l'intimité : cabinet isolé phoniquement ou éloigné de la salle d'attente et table d'examen « cachée » au cas où quelqu'un pénétrerait quand même dans la pièce.(39)

4.3.2.1.5 Particularités du dépistage chez l'enfant

La parole de la victime d'inceste est souvent figée dans une ambivalence. Chez l'enfant victime, une révélation ne peut s'extraire des risques encourus, réels ou imaginaires, de retrait de la famille et placement, d'opprobre de la famille, de perte de celui qui rapporte le salaire, d'accusation de provocation...

Favoriser la parole d'un enfant victime requiert certaines spécificités. Comme pour l'adulte, la relation de confiance reste bien sûr essentielle, le cadre et le temps imparti également. Chez l'enfant, la réelle difficulté va se jouer autour de la présence parentale lors de la consultation. Il peut paraître parfois délicat pour un médecin généraliste de demander aux parents de sortir. Les parents sont parfois réticents à laisser leur enfant seul en face à face avec le médecin. Cependant, le moindre doute justifie d'expliquer aux parents, sans que cela soit sur le ton de l'obligation, l'importance du tête-à-tête. Et comme le dit si bien une patiente interrogée, soit le parent est responsable et doit donc sortir, soit il ne l'est pas et comprendra l'intérêt de son enfant.

En faisant sortir les parents et laissant à l'enfant la possibilité de verbaliser ou exprimer son vécu, le médecin se place dans la protection de l'enfant. S'il ne le fait pas, alors qu'il a un doute, il peut être condamné par la justice.

En effet, l'autorisation de signalement ne signifie pas obligation de signalement. Ce qui reste par contre obligatoire pour le médecin, est « qu'il mette en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger l'enfant victime en faisant preuve de prudence et de circonspection » (article 44 du code de déontologie).

S'il ne signale pas une situation dangereuse, il peut être confronté à l'Article 223. 6 : « Le médecin (ou un autre professionnel) n'ayant pas signalé une situation d'enfant en danger pourra toujours se retrancher derrière le secret professionnel, mais pourra être condamné pour non assistance à personne en péril, sauf s'il prouve que son action

soustrayait de façon certaine l'enfant du danger (un enfant qui irait, sur le conseil d'un médecin, chez sa grand- mère, ne serait pas soustrait au danger). Cet article ne prévoit aucune exception : « *Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime soit un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne, s'abstient de le faire est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que sans risque pour lui ou pour des tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* »

4.3.2.1.6 Poser des questions directes

Dans un article canadien, la question d'antécédents d'abus sexuels devrait être abordée systématiquement lors de l'interrogatoire de nouveaux patients, la question pouvant être intégrée à un questionnaire écrit.(58)

Dans nos entretiens, la question directe « Avez-vous été agressée ? » peut mettre en difficulté certaines victimes, « violentées » par cette approche.

Cependant il est important de remarquer que toutes les victimes affirment la nécessité d'aider à la libération de la parole, mais pour certaines, il faut utiliser des moyens plus détournés. Le médecin doit penser à la maltraitance, à l'agression, et ne doit pas se satisfaire de réponses évasives. Il doit s'accrocher à ses doutes pour les éclaircir.

Comme le retrace le film « Une seule vie, un seul corps » : « si je rencontre un enfant pour lequel j'ai un doute, j'essaierai de poser des questions directes, de prononcer les mots pour lui pour qu'il ait à dire oui ou non, parce qu'on ne peut pas parler, il n'y a pas de mot quand on le vit. »(59)

Lorsque le médecin pose une question directe, il déstabilise le patient. Au moment de l'annonce, la victime est dans un « agir faible », dans une vulnérabilité situationnelle. Elle perd ses repères habituels, ses moyens, ses ressources. Ses dispositions habituelles ne sont plus valables et elle « craque ».

C'est dans la parole que la victime d'inceste va pouvoir trouver des ressources pour soigner son mal-être persistant, les symptômes envahissants, les difficultés relationnelles. Le silence altère la qualité de vie des victimes.

La parole partagée avec le médecin déstabilise mais offre la possibilité d'action, de redevenir acteur de son histoire, d'être légitimé et d'utiliser ses ressources autrement que pour dénier et cacher.

On se rend bien compte qu'il n'existe pas de manière « type » de poser la question, que chaque situation est unique, et qu'il s'agit donc d'une rencontre entre un praticien et un patient à un moment donné. Chaque praticien pourra donc réfléchir sur la manière de faire qui lui correspond le mieux, tout en gardant la possibilité d'adapter sa pratique au patient concerné. L'important est de ne pas craindre d'aborder le sujet, que cela se fasse de manière directe ou indirecte. C'est l'attitude empathique du praticien qui compte, plus que les mots utilisés.

Le médecin doit laisser toujours une possibilité de « sortie » de la conversation, en reprenant plus tard. Le patient a besoin d'entendre qu'il a la possibilité de verbaliser, la possibilité de tout dire, maintenant ou au moment le plus propice pour lui.

4.3.2.2 Ce qu'il faudrait pour améliorer la PRISE EN CHARGE

Comme nous l'avons vu, le médecin est parfois freiné par la peur de ne pas savoir faire. En effet, lorsqu'il est le dépositaire d'une révélation, il doit pouvoir avoir une réponse adaptée, lors de la révélation même face au patient, mais aussi pour mettre en place la prise en charge. La formation des médecins généralistes est nécessaire et est même revendiquée par la majorité des généralistes en France. Des guides et des recommandations devraient être publiés plus largement.

Nous proposons ici une conduite à tenir du médecin face à une victime d'inceste, en associant les résultats de notre étude aux recommandations issues de la littérature.

Nous avons également mis au point une fiche récapitulative pratique à l'usage des médecins généralistes à la Réunion (annexe 4), avec les contacts des principaux intervenants.

4.3.2.2.1 L'accueil de la révélation

Le moment même de l'annonce est un moment clé pour la victime. Le mouvement émotionnel de l'interlocuteur lors de la révélation va jouer un rôle capital sur l'adhésion de la victime à la suite de la prise en charge. Dorothee Dussy écrit : « Et si, avec les mots qu'ils ont à disposition à ce moment-là de leur expérience, la plupart des jeunes incestés interrogent leurs proches ou racontent ce qui leur arrive, ils sont rarement entendus ou très souvent éconduits... » (51)

Le médecin, en tant que professionnel, doit à la victime qui lui livre toute sa confiance et ses fragilités dans la révélation, une réaction adaptée. Il sera bien sûr livré à ses propres affects, ses propres rejets de la situation, sa peur possible de ne pas savoir faire, mais il ne peut pas remettre en cause des années de silence et de souffrance par un mouvement émotionnel néfaste. Sur les dix patients interrogés, seule une victime dit avoir été soulagée par la réaction de son médecin traitant à la révélation. Pour toutes les autres, aucune aide ne leur a été apportée par leur médecin généraliste, soit par l'impossible parole, soit par un déni du médecin, soit, plus grave, par des réactions renforçant le psychotraumatisme (revictimisation secondaire).

Ces réactions sont révélatrices d'un manque de formation sur le sujet. La théorisation permettrait, en partie, de contrôler son propre rejet émotionnel face à l'impensable.

Il est indispensable que chaque médecin généraliste puisse connaître les éléments essentiels à l'écoute d'une victime, pour éviter les écueils d'annonces non entendues. Il doit maîtriser les éléments concernant le repérage, il doit savoir poser la question et gérer la réponse, avoir les prérequis sur les signalements et les lois.

Le médecin doit faire appel à toutes ses capacités d'empathie, de délicatesse et d'humanité sans renvoyer au patient une impression de méfiance, d'incrédulité ou de jugement de valeur. Les perspectives de soins doivent être : de verbaliser un vécu douloureux, de nommer des affects, de mettre des mots sur la souffrance. Il faut toujours resituer la victime comme sujet et ne pas l'enfermer dans son statut de victime, objet d'une agression. Les premières réponses à un dévoilement doivent être humaines, accueillantes et sécurisantes.

Le médecin doit faire comprendre à la victime qu'elle n'est pas seule, qu'il est là pour l'aider même si elle n'est pas encore prête à engager des démarches. Il doit recevoir ses paroles, émotions et réactions comme elles viennent, en se rappelant qu'un état de choc est normal après une révélation.

Les points essentiels à connaître dans l'attitude du médecin généraliste adaptée à l'écoute d'une victime d'inceste : (3)

- Parti pris de CROIRE la victime et de ne pas juger
- Présence à l'autre excluant la neutralité
- Manifester très vite sa capacité à entendre et à supporter en nommant soi-même l'inceste
- Oser poser des questions sur l'inceste ou ses conséquences, s'intéresser à ce qui se passe autour : amis, famille, enfants, sexualité, travail, loisirs, soutien particulier
- Écoute attentive et soutenue
- Respect du rythme du sujet
- Ne pas confondre silence et évitement, proposer plusieurs rendez-vous
- Éviter l'écueil de la compassion
- Relier la psyché au somatique
- Vérifier s'il y a eu plainte et les démarches déjà faites
- Rappel de la loi et du droit à l'aide
- Savoir nommer l'aide que l'on peut apporter, montrer sa disponibilité, ne pas cacher ses limites
- Préparer le relais : expliquer ce qu'est une thérapie
- Être attentif à la prise en charge mise en place : si elle est poursuivie, s'il y a des besoins

4.3.2.2 Informer et orienter

Le médecin traitant se doit d'orienter la victime, sans le faire de façon précipitée pour ne pas rompre la relation de confiance, mais en expliquant l'importance d'un suivi spécialisé. Il doit donc connaître les intervenants possibles et aider la victime dans ses démarches, pour empêcher un retour au silence et à l'évitement. Le médecin généraliste, au fait du réseau en place, peut adresser son patient avec son accord à différents endroits pour une prise en charge multidisciplinaire : thérapie individuelle, prise en charge sociale, groupes de paroles, aide et accompagnement juridiques (annexe 4).

Pour la Fédération Française de Psychiatrie (38) ainsi que pour E.Kramer (60) présidente de l'AIVI, il est essentiel de rappeler la loi et réaffirmer l'interdit des actes. Le médecin doit faire référence au Code Pénal, poser la question d'un dépôt de plainte, et informer sur les délais de prescription des faits sans toutefois en faire une condition nécessaire à la prise en charge. Un dépôt de plainte peut effectivement avoir un effet bénéfique pour certains et permettre d'accéder à la reconnaissance en tant que victime, mais pour d'autres, cela peut mener à un échec s'il reçoit un mauvais accueil.

4.3.2.3 La « bifurcation » de la prise de conscience de l'inceste et du soin, point de vue sociologique

La prise de conscience et l'annonce au médecin suffisent-elles pour que la personne se sente vraiment mieux ? Pour qu'une véritable bifurcation dans le mal-être de la personne soit opérée et que l'événement de l'annonce ait des effets sur le long terme, il faut un processus plus complet de prise en charge.

En sociologie, on dit qu'une véritable bifurcation s'opère lorsque trois éléments sont réunis :

- Des institutions permettent de faire le lien entre la situation antérieure et la situation nouvelle, intégrant le statut de victime d'inceste. Cette étape nécessite des dispositifs et institutions médicales, sociales, judiciaires qui permettent la reconnaissance et l'aide aux incestés (61). Le rôle du médecin traitant dans cette étape serait d'ORIENTER vers les bonnes institutions et d'institutionnaliser au maximum le parcours. Il devra prendre rendez-vous directement avec les structures, psychologues et psychiatres et renseigner sur les dispositions juridiques et judiciaires.
- La verbalisation, la conversation : « Mettre des mots sur les maux ». Un travail à la fois réflexif (avec soi) et discursif (avec autrui) : les expériences passées sont reconceptualisées, repensées. Le médecin joue ici le rôle primordial du dialogue qui permet de valider, conforter, reconnaître la nouvelle identité latente (61). Cette étape nécessite du temps pour que les mots apparaissent. Puis le spécialiste prend la suite.
- La reconnaissance : se forger un nouveau statut social grâce à un travail en relation avec le monde social. Cette étape nécessite l'existence de lieux et moments de confirmations et de sanctions sociales pour gérer la transition entre les anciennes et nouvelles identifications (61). Il en découle une nouvelle hiérarchisation des valeurs d'intégration pour la personne (comme l'éloignement de la famille, rapprochement avec les enfants par exemple). L'annonce de l'inceste peut changer son statut social. C'est un processus dynamique dont le but est la restauration de la confiance en soi, d'une quiétude environnementale, et d'une crédibilité envers les autres. Dans cette étape, le médecin peut intervenir en s'essayant à changer peu à peu les mentalités, par la multiplication de brochures d'information sur l'inceste et sur les associations d'aide dans sa salle d'attente.

4.3.2.2.4 L'importance de la formation des médecins

Les réactions des médecins à la révélation, évoquées par les personnes interrogées, donnent pour la majorité à se questionner sur les difficultés du médecin face à ces situations. Les manques d'investissement, d'intérêt ou la banalisation par certains professionnels sont la plupart du temps reliés à un manque de formation et de sensibilisation à ce sujet (62). Dans une des études, l'ensemble des médecins reconnaît éprouver un malaise face aux révélations reçues (d'origine émotionnelle ou du fait de leur inexpérience) ce qui pourrait donc constituer un des plus grands obstacles à la révélation, le médecin se rendant alors indisponible et ne posant pas la question par peur de la réponse et ne sachant pas comment accueillir cette parole et qu'en faire. (56)

Confrontées à de nombreuses difficultés relationnelles et de confiance en elles-mêmes, les victimes d'inceste devenues adultes cherchent à se tourner normalement vers les professionnels de l'aide capables de répondre à leurs demandes. Qu'ils appartiennent au monde de l'éducation, de la santé, des services d'aide aux victimes voire aux services policiers ou à la Justice... C'est chez eux qu'ils pensent obtenir une réponse ou un traitement qui soulagera leurs souffrances... Mais ces victimes doivent habituellement réaliser un véritable parcours du combattant pour trouver des professionnels formés car devant leur silence, bon nombre de médecins se préoccupent encore trop rarement du diagnostic de maltraitances sexuelles.(63) Avec une formation adéquate, les

médecins généralistes devraient pouvoir poser des questions appropriées et percevoir des souffrances toujours présentes... (64)

Ayant appris à repérer ces manifestations psychiques et somatiques et à poser des questions simples et ouvertes à leurs patients, les médecins généralistes peuvent avoir un rôle vital afin de réduire la durée des effets négatifs de l'inceste sur la santé. (Gérard de Coninck)(65)

Sur le plan international, les Canadiens (39) et les Néo-Zélandais (53) ont développé à l'intention des professionnels de santé un « manuel » ou « guide » de « pratique sensible », construit à partir de « leçons tirées de survivantes d'abus sexuels dans leur enfance ». On note également une méconnaissance de la loi de la part des médecins généralistes et un manque de communication avec les PMI (Protection Maternelle et Infantile), services sociaux, instances judiciaires (55). C'est dans cette optique-là que la HAS a publié des recommandations en 2011 portant sur le repérage et le signalement de l'inceste par les médecins (2), mais on peut regretter que ces recommandations ne concernent finalement essentiellement que le dépistage et la prise en charge lors de la découverte chez un enfant en « aigu » et non la prise en charge plusieurs années après.

4.3.2.3 Propositions concrètes d'amélioration pour une prise en charge globale à la Réunion

4.3.2.3.1 État des lieux

Les moyens concrets actuellement disponibles à la Réunion :

4.3.2.3.1.1 Structures et réseaux médicaux

- **La CUMP** : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique : accueil de toutes les demandes pour le Nord, l'Est et l'Ouest. Cinq intervenants, psychiatre et psychologues. 40% des patients suivis sont victimes d'agression sexuelle. Accueil et suivi thérapeutique. Projet de mise en place de groupes de paroles ouverts, permanents. Délais de prise en charge 2-3 semaines. Organisation de formations sur le psychotraumatisme et les violences sexuelles dont l'inceste.
- **L'A.R.I.V** : Antenne Réunionnaise de l'Institut de Victimologie : basée à Sainte Clotilde. Temps d'accueil à Saint Denis et à Saint Paul. L'accueil est assuré par des professionnels bénévoles formés en victimologie (assistante sociale, psychologues, médecin). En plus de l'accueil, il est proposé une écoute, une orientation et un accompagnement des victimes. Il n'y a pas de permanence de juriste mais les personnes sont orientées à l'ARAJUFA ou vers des avocats. Organisation de formations sur la victimologie.
- **Unité de psychotraumatologie du Sud** : un psychiatre, une psychologue et une infirmière. Accueil, évaluation et orientation par l'infirmière. Possibilité de consultation spontanée par la victime ou adressée par le médecin traitant. Dans l'enceinte du CHU Saint Pierre. L'orientation se fait surtout vers les CMP du Sud.
- **Unité de victimologie Régionale au CHU Saint Denis** pour les mineurs : 3 psychologues et 2 pédiatres attachés à l'hôpital. Le médecin généraliste peut

adresser directement dans l'unité. Accueil, mission de coordination médico-judiciaire, expertise psychiatrique, gynécologique si besoin, coordination pour la plainte, orientation sociale et juridique si nécessaire.

- **Urgences psychiatriques** CHU Saint Denis, Saint Paul, Saint Benoit et Saint Pierre : accueil dans les moments de grande souffrance, principalement passage à l'acte suicidaire ou décompensation dépressive. Fréquence importante des révélations dans ces moments-là.
- **CAPAS** (Centre d'Accueil Pour Adolescents en Souffrance) Saint Louis : 3 pédopsychiatres + 2 psychologues + 1 cadre de santé + 1 assistante sociale + 1 secrétaire + 2 éducateurs spécialisés + 3 infirmières + 1 psychomotricien. Accueil et soins de patients entre 14 et 21 ans. Possibilité d'adressage directement par le médecin traitant.
- **Maison des Adolescents Nord** (Kazado) Saint Denis : 1 psychiatre, 1 psychologue, 1 psychomotricien, 1 médecin généraliste, 1 infirmière, 1 assistante sociale, 1 éducateur. Prise en charge de tout type de demande concernant un adolescent, à partir de 11 ans et jusqu'à 21 ans.
- **Maison des Adolescents Ouest** (Kazado) Saint Paul : 1 éducateur + 1 assistante sociale + 1 pédiatre et 1 psychologue formés à la victimologie. Accueil pour toute personne de 11 à 21 ans.
- **CMP** : Centres médico-Psychologiques répartis sur toute l'île. Psychiatres, psychologues, infirmiers pour accueil, évaluation et suivi.
- **CEVIF** : Collectif pour l'Élimination des Violences Intra-Familiales. Accueil personnalisé, une psychologue temps plein et écoutantes formées. Groupes de paroles de victimes une fois par semaine. En lien avec 2 avocats pour l'aide juridique. Accompagnement possible au commissariat et lors des procès. Travail en réseau.
- Réseau de psychiatres privés.

Aucune association de victimes d'inceste à la Réunion. La dernière date de 2003-2004.

4.3.2.3.1.2 Structures judiciaires

- Brigade de la Prévention de la Délinquance Juvenile
- Conseil Général : mise en place de **4 assistantes sociales** affiliées à la gendarmerie et aux commissariats de police, réparties sur tout le territoire. Ces assistantes sociales interviennent principalement dans le cadre des violences conjugales mais peuvent être interpellées pour tout type de violence, par les services de police, gendarmerie, services sociaux, médecins généralistes. Leur rôle consiste à l'écoute, primo-accueil, évaluation globale, analyse des possibilités de plainte, accompagnement social après le dépôt de plainte. Elles se trouvent dans les locaux de gendarmerie et police.

Annexe 5 : noms et contacts des 4 assistantes sociales affiliées à la Police et à la Gendarmerie à la Réunion.

- **ARAJUFA** (Association Réunionnaise pour l'Aide Juridique aux Familles et aux Victimes) : aide aux victimes avec rencontre d'un juriste avant, pendant et/ou après la procédure, pour l'explication des droits et du déroulement des démarches. Soutien psychologique proposé puis orientation possible par la psychologue. Localisée dans les Tribunaux de Grande Instance de Saint Denis et Saint Pierre et dans les antennes de justice de l'île. Mission également d'administrateur ad hoc pour les mineurs.

4.3.2.3.1.3 Formations

- Formation certifiante victimologie (équivalent du Diplôme Universitaire) en association avec INAVEM (Institut National d'Aide aux victimes et de Médiation) organisée par la CUMP.
- Diplôme Universitaire de victimologie clinique et psychotraumatologie de l'enfant et de l'adolescent, coordonné par le SUFP Service Universitaire de la Formation Permanente de la Réunion.
- Séminaire proposé à toutes personnes intéressées, une fois par an, organisé par la CUMP
- Congrès sur l'inceste organisé par la CUMP en 2012
- Formations annuelles avec invités spécialistes
- Interventions organisées par la CUMP et la consultation psychotraumatisme du Sud : 4/an, ouvertes à toute personne en difficulté dans une situation clinique.

Si les médecins généralistes ne sont pas formés, les victimes n'ont pour possibilité que de montrer un corps en souffrance pendant des mois voire des années.

4.3.2.3.2 Ce qui doit être fait

4.3.2.3.2.1 Centre ressource

- Création d'un centre ressource pour les victimes pour former, conseiller, renseigner (comme le Centre de Ressource pour les Auteurs de Violence Sexuelle) et pour l'accueil et la prise en charge des victimes. Cela entrerait dans le cadre des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2002, suite à son rapport mondial sur la violence et la santé, qui définit la violence sexuelle comme un problème de santé publique internationale(66).
- Création d'un mémento du réseau
- Mise à disposition d'affiches et plaquettes pour les cabinets médicaux
- Campagnes de prévention

Annexe 6 : Fiche de projet pour la création d'un centre ressource, élaboré par le Dr Visnelda-Douzain.

4.3.2.3.2 *Formation des médecins généralistes*

Dans ses recommandations de 2011, l'HAS précise que l'amélioration du repérage et l'augmentation du nombre de signalements des cas de maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur dépendent beaucoup du niveau de connaissance acquis par le médecin ou le professionnel de l'enfance sur cette problématique. La formation de ces professionnels, dans le cadre de la formation professionnelle initiale puis continue, apparaît indispensable. Elle a pour but de les sensibiliser à cette maltraitance afin « d'y penser » au cours de leur pratique, et de les informer quant aux démarches à mettre en œuvre pour protéger le mineur en danger ou la victime devenue adulte.

- Les formations théoriques porteraient sur :
 - Le repérage chez l'enfant et chez l'adulte
 - Apprendre à poser la question et à gérer la réponse
 - Accompagnement d'une victime en médecine générale
 - Sensibiliser sur les signes d'alerte et sur la place du médecin généraliste
 - Avoir les prérequis sur les signalements, les lois et les plaintes
- Poursuite des séminaires pour les internes et tout médecin généraliste qui en fait la demande.
- Enseignement théorique lors du premier cycle des études médicales.
- Travail en lien avec l'équipe de consultation psychotraumatisme pour les médecins généralistes mis en difficultés face à des victimes d'inceste. Informer les médecins généralistes d'un recours toujours possible à cette ressource.

4.3.2.3.3 *Création de postes spécialisés*

Ouvertures de postes de spécialistes en victimologie dans les structures déjà existantes pour réduire les délais de prise en charge.

4.3.2.3.4 *Collaboration judiciaire et médicale*

- Amélioration de l'efficacité de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes.
- Formation des gendarmes et policiers qui reçoivent les plaintes des victimes.
- Formation des assistantes sociales en poste dans les gendarmeries et commissariats de police (demande appuyée par elles-mêmes).

4.3.2.3.5 *Aide à la mise en place d'une association de victimes d'inceste*

Réflexion sur les modalités de création d'une association spécifique pour les victimes d'inceste, pour permettre une dynamique de groupe, avec ou sans professionnel de santé.

5 CONCLUSION

Il est certain, au vu des données épidémiologiques, que les médecins généralistes croisent plus souvent qu'ils ne le pensent des victimes d'inceste en consultation. Les médecins généralistes, du fait de leur nombre, de leur accessibilité, et de leur contact permanent avec la population, devraient être le recours « facilité » des victimes.

Cette population est une grande consommatrice de soins somatiques, qui représentent des dépenses de santé importantes. Un repérage précoce permet une prise en charge plus efficiente et donc à terme une meilleure maîtrise des dépenses de santé. De plus les répercussions sur les générations suivantes en terme de carences affectives, négligences, voire maltraitance ne sont pas isolées. En terme de santé publique, c'est un enjeu de prévention essentielle puisque le repérage et l'accompagnement de ces patients peut participer activement à éviter les phénomènes de reproduction et de souffrance des descendants.

Ce travail nous a permis de mieux comprendre les attentes de ces patients vis-à-vis du médecin généraliste et nous a fourni des pistes de réflexions sur la place de celui-ci dans la révélation et la prise en charge des victimes.

Toutes les personnes interrogées ont manifesté beaucoup d'émotions pendant les entretiens et remercié de leur avoir donné la parole. Leur demander leur avis, c'est connaître leur expertise et les rendre actrice de la prise en charge en combattant le silence dans lequel elles sont murées.

La disponibilité du médecin semble être la clé du dialogue. Cette disponibilité doit s'exprimer de diverses façons : une disponibilité temporelle verbalisée et palpable pour que le patient se libère d'une contrainte, d'un temps imparti immuable qui l'emprisonne dans le silence ; une connaissance du sujet en témoignant de son ouverture sur le sujet par la mise à disposition d'informations, d'affiches, de plaquettes d'association de victimes dans la salle d'attente ; une disponibilité d'écoute et d'accueil de chaque patient quant à ses plaintes, ses symptômes, son langage corporel, ses attitudes, dans un cadre rassurant ; et surtout, en le questionnant sur son histoire de vie, ses comportements, sa sexualité ou plus directement sur d'éventuels antécédents de violences, notamment sexuelles.

Mais cette disponibilité présuppose plusieurs éléments.

Tout d'abord, que le médecin généraliste soit sensibilisé et formé à cette problématique. Connaître les conséquences à long terme des abus sexuels pour « les reconnaître », mais surtout y penser ! C'est seulement grâce à ces prérequis que le dépistage pourra avoir lieu. Les formations sur ce thème prônées par l'OMS et la Fédération Française de psychiatrie se sont-elles multipliées depuis les recommandations de 2011 ? Les médecins généralistes y participent-ils ? Cela modifie-t-il leurs pratiques ?

Ensuite, qu'il existe des structures, un centre ressource, un réseau, des interlocuteurs capables de prendre en charge, dans un délai raisonnable, les victimes qui ont pu se livrer. Car une fois la révélation faite, le médecin généraliste doit pouvoir se tourner vers des spécialistes et orienter le patient. Les pouvoirs publics devraient mettre en place des centres pour offrir des soins spécifiques aux victimes d'inceste dès le plus jeune âge, assurer la protection des victimes et réaliser des études cliniques et épidémiologiques sur l'inceste et ses conséquences.

Enfin, que le médecin généraliste accepte et formule son éventuel malaise, sentiment universel et légitime devant une telle situation « impensable » que la société elle-même a mis si longtemps à prendre en compte. Ainsi, réfléchir sur ses représentations, échanger autour de ce thème et s'entourer d'un réseau pluridisciplinaire pourraient éventuellement contribuer à l'amélioration du vécu de ces situations par le médecin et par là, favoriser la prise en charge des patients concernés.

Le médecin généraliste a donc bien un rôle dans le repérage des patients victimes d'inceste, en tant que témoin privilégié de la problématique du patient dans son ensemble. Spécialiste de la globalité, c'est à lui que revient le travail de synthèse entre les différentes composantes pathologiques, psychologiques, sociales qui constituent la valeur de l'individu.

Le premier pas, c'est d'y penser.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Association Internationale des Victimes De l'Inceste. L'inceste en chiffres : Les chiffres officiels en France. Sondage IPSOS/AIVI. 2010.
2. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitements sexuels intrafamiliaux chez le mineur. 2011 Mai.
3. Visnelda-Douzain C. Psychotrauma : De l'évènement à la prise en compte de la souffrance [Présentation en diaporama] 2011.
4. Crocq L. Critique du concept d'état de stress post traumatique. Perspectives Psychiatriques. 1996;35:363-75.
5. Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris: Dunod; 1998.
6. Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F. et al. Psychotraumatismes : prise en charge et traitements. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Masson; 2005. p. 3-8.
7. Rabe-Jablonska J, Bienkiewicz W. Anxiety disorders in the fourth edition of the classification of mental disorders prepared by the American Psychiatric Association: diagnostic and statistical manual of mental disorders (DMS-IV -- options book). Psychiatria polska. 1994 Mar-Apr;28(2):255-68.
8. Ducrocq F, Vaiva G. From stress to post traumatic stress disorder. La Revue du praticien. 2010 Jun 20;60(6):796-800.
9. Fenichel O. La théorie psychanalytique des névroses : Le développement mental, les névroses traumatiques et les psychonévroses. Paris: PUF; 1987.
10. Herman J. Complex PTSD : a syndrom in survivors of prolonged end repeated trauma. Journal of traumatic stress. 1992 July 1992;5(3):377-91.
11. Ferenczi S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Paris: Payot; 2004.
12. Parat H. L'inceste. Paris: Que sais-je ?; 2004.
13. Rouyer M, Drouet M. L'enfant violenté : des mauvais traitements à l'inceste. Paris: Le Centurion; 1986.
14. Haesevoets YH. L'enfant victime d'inceste. De la séduction traumatique à la violence sexuelle. 2nd ed. Paris: De Boeck; 2003.
15. Le Clef B. L'inceste, Monsieur, êtes-vous sûr qu'il soit vraiment interdit...? . Santé mentale. 2006 Juil.
16. Salem G. Review of theories on the foundations of the incest taboo. Annales medico-psychologiques. 1980 Apr;138(4):431-42.
17. Westermarck E. The history of human marriage. London: Macmillan; 1921.
18. Chapais B. Primeval Kinship: How Pair Bonding Gave Birth to Human Society. Evolutionary Psychology. [Book Review]. 2008;6(4):557-62.
19. Héritier F. Les deux soeurs et leur mère : anthropologie de l'inceste. Paris: Odile Jacob; 1994.
20. Haesevoets YH. L'inceste, état des lieux. Santé mentale. 2011 Mars;12.
21. Vigarello G. Histoire du viol XVIe-XXe siècle. Paris: Seuil; 1998.
22. Loi n°2010-121 du 8 février 2010. Loi tendant à inscrire l'inceste commis sur les mineurs dans le code pénal et à améliorer la détection et le prise en charge des victimes d'actes incestueux. JORF n°0033 du 9 février 2010 page 2265.
23. Fort ML, rapporteur. Mission parlementaire d'information sur l'inceste. Paris: Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République; 2009 Juil 15.
24. Estrosi C, rapporteur. Mission parlementaire : Faut-il ériger l'inceste en infraction spécifique ? Paris: La documentation Française; 2005.
25. Ayoun P, Gouttenoir A. La prise en charge spécifique de la victime d'inceste : l'occasion manquée de la loi du 8 février 2010. Politiques sociales et familiales. [Synthèses et statistiques]. 2011 2011;n°103:99-103.

26. Suard M. La pénalisation de l'inceste : quels changements pour les pratiques ? . Journée d'Etudes AFIREM; Paris: Association de Thérapie Familiale Systémique; 2010.
27. Detraz S. L'inceste : l'inconnu du droit positif. Gazette du Palais. 2010 Mars: 10.
28. Béteille L, rapporteur. Rapport du sénateur Laurent Béteille : Identifier, prévenir, détecter et lutter contre l'inceste sur les mineurs et améliorer l'accompagnement médical et social des victimes. Paris: La documentation Française; 2009.
29. Ciavaldini A. Les agressions sexuelles, données épidémiologiques générales. In: eurotext JL, editor. Conférence de consensus : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle: Fédération Française de psychiatrie; 2001. p. 57-88.
30. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archives of general psychiatry. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 1991 Mar;48(3):216-22.
31. Lipschitz DS, Bernstein DP, Winegar RK, Southwick SM. Hospitalized adolescents' reports of sexual and physical abuse: a comparison of two self-report measures. Journal of traumatic stress. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1999 Oct;12(4):641-54.
32. Breart G, Saurel-Cubizolles M. Domestic violence. Epidemiologic data. Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 2002;186(6):939-48.
33. Bajos N, Bozon M. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Population et Sociétés. 2008 Mai;N°445:1-4.
34. Ricquebourg M. Les violences faites aux femmes en situation de couple à la Réunion. Observatoire Régional de la santé. 2^{nde} éd. Réunion [serial on the Internet]. 2011. Disponibilité sur internet : http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/TB_violences_femmes_2011.pdf
35. Daligand L. L'enfant et le diable : accueillir et soigner les victimes de violences. France: L'Archipel; 2004.
36. Conseil du Statut de la Femme. L'inceste envers les filles : état de la situation. Bibliothèque nationale du Québec: Conseil du Statut de la Femme Québec; 1995.
37. Finkelhor D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. Child abuse & neglect. 1993 Jan-Feb;17(1):67-70.
38. Fédération Française de Psychiatrie. Conséquences des maltraitements sexuelles - Les reconnaître, les soigner, les prévenir. Conférence de consensus. Paris: Hôpital de la Salpêtrière; 2003.
39. Schachter CM, Stalker CA, Teram E. Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de santé : Leçons tirées de survivantes d'abus sexuel durant l'enfance. Ottawa: Santé Canada. Centre national d'information sur la violence dans la famille; 2001.
40. Guitteny M, Bourgouin-Kuhn E, Sauvaget A, Vanelle JM. Syndrome fibromyalgique, le point de vue du psychiatre. In: Annales medico-psychologiques. France: Masson; 2010. p. 228-32.
41. Felitti V. The Origins of Addiction : Evidence from the Adverse Childhood Experiences Study. 2003.
42. Price M. The impact of incest on identity formation in women. The Journal of the American Academy of Psychoanalysis. [Review]. 1993 Summer;21(2):213-28.
43. Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: a review of the research. Psychological bulletin. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 1986 Jan;99(1):66-77.
44. Ministère des Outre Mer. Présentation des territoires et département d'outre-mer - La Réunion [serial on the Internet]. Disponible sur : <http://www.outre-mer.gouv.fr/?presentation-la-reunion.html>
45. Centre de Recherche sur les Sociétés de l'Océan Indien. Histoire de la Réunion : Colonie, Département, Région dans l'Océan Indien. [serial on the Internet]. Available from: <http://www.cresoi.fr/-Histoire-de-La-Reunion>

46. Cambefort J. Les femmes dans la société multiculturelle réunionnaise. Approche comparative avec la société Sud Africaine. Université de la Réunion, Observatoire réunionnais des arts, des civilisations et des littératures dans leur environnement [serial on the Internet]. Available from: <http://laboratoires.univ-reunion.fr/oracle/documents/240.html>.
47. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population-Famille : Le portrait démographique. La parité entre les femmes et les hommes à la Réunion. (Etude INSEE); 2012
48. IPSOS. Etat des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne. Sondage IPSOS/AIVI; 2010.
49. Ministère de la justice, Direction des Affaires Criminelles et des Grâces. Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques. Du signalement au procès pénal. Paris: La Documentation Française; 2003.
50. Ministère du Travail des Relations sociales de la Famille et de la Solidarité. La cellule départementale de recueil de traitement et d'évaluation. Paris: La documentation française; 2008.
51. Dussy D. Des maux pour le taire. De l'impensé de l'inceste à sa révélation. Terrain, revue d'ethnologie de l'Europe. 2007;n°48 13-30.
52. Ciccone A, Ferrant, A. Honte, Culpabilité et Traumatisme. Paris: Dunod; 2008.
53. McGregor K, Glover M, Gautam J, Julich S. Working sensitively with child sexual abuse survivors: what female child sexual abuse survivors want from health professionals. Women & health. 2010 Dec;50(8):737-55.
54. Dussy D. Dire ou taire l'inceste. Santé mentale. 2011 Mars 2011;N°156:6.
55. Ozanne S, Feray, D. Abus sexuel à enfant ou adolescent : Quelle place pour le médecin généraliste ? [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Rouen; 2007.
56. Meslin J. Rôle du médecin généraliste dans la révélation tardive d'abus sexuels par les patients. [Thèse d'exercice de médecine]. Nantes; 2011.
57. Criville A. L'inceste : comprendre pour intervenir. Paris: Dunod; 1996.
58. Kenneth C. Sexual abuse and incest : what can you do. Canadian family physician. 1994;40:935-44.
59. Lemaire B. Une seule vie, un seul corps. France; 1993. 52 min.
60. Canasse S. Entretien avec Estelle Kramer de l'association AIVI. Inceste : fréquent, méconnu, pathogène. La revue du praticien, Médecine Générale. 2010;24:48.
61. Berger P, Luckmann T. The Social Construction of Reality. A treatise in the sociology of knowledge. United States: Inc DC; 1966.
62. Lugin C. Les violences faites aux femmes dans le cadre familial : intérêt et difficultés d'un repérage systématique en médecine générale [Thèse d'exercice de médecine]. Université de Picardie; 2012.
63. Gignon M, Manaouil C, Verfaillie F, Garnier C, Paupiere S, Jarde O. Suspected child abuse: a perilous situation for practitioner?. Presse medicale. [Editorial]. 2009 Mar;38(3):344-5.
64. Gauthier C. Sexual abuse: a cause for psychosomatic illnesses. Revue medicale de Liege. 2010 Jul-Aug;65(7-8):437-41.
65. De Coninck G. Inceste : mieux informer les intervenants de première ligne. Violences relationnelles et Mineurs [serial on the Internet]. 2010.
66. Krug E, rapporteur. Rapport Mondial sur la Violence et la Santé: Organisation mondiale de la santé. Genève; 2002

Filmographie / témoignages de victimes d'inceste :

Charmot, A., *L'innocence*, 2008: France. p. 62 min.

Lemaine, B., *Une seule vie, un seul corps*, 1993: France. p. 52 min.

Lemaine, B., *Les secrets de ma mère*, 2004: France. p. 45 min.

Maïwenn, *Polisse*, 2011, Mars Distribution: France. p. 127 minutes.

Roussopoulos, C., *L'inceste, La conspiration des oreilles bouchées*, 1988: France.

Vinterberg, T., *Festen*, 1998, Les Films du Losange: Suède. p. 1h45min.

Issermann, A., *L'Ombre du doute*, 1993, Pan Européenne Edition: France. p. 1h47min.

Lemaine, B., *Longtemps après*, 2007, FotoFilmEcrit: France. p. 19min.

7 ANNEXES

Annexe 1 : Sévices à mineur : modèle type de signalement

L'article 44 du code de déontologie médicale impose au médecin de protéger le mineur et de signaler les sévices dont il est victime.

L'article 226-14 du code pénal délie le médecin du secret professionnel et l'autorise à alerter le procureur de la République.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement a été élaboré en concertation entre le Ministère de la justice, le Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, le Ministère délégué à la famille, le Conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance.

Le signalement doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République.

Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) : - année : - heure :

L'enfant :

- nom: - prénom : - date de naissance (en toutes lettres) : - sexe: - adresse : - nationalité :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que :

« _____

_____ »

- l'enfant nous a dit que : « _____

_____ »

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui Non

(Rayer la mention inutile)

-

-

Description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

Description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)

Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

Fait à _____, le Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

Annexe 2 : Note informative à l'attention des patient(e)s suivi(e)s pour recrutement dans les entretiens

Bonjour,

Je prends contact avec vous par l'intermédiaire de votre suivi en consultation de psychotraumatisme.

Je fais actuellement un travail de thèse de médecine générale dont l'objet est de mettre en lumière les attentes des patient(e)s victimes d'inceste vis à vis de leur médecin généraliste.

Cette thèse vise à élaborer comment améliorer le dépistage et la prise en charge des victimes d'inceste par le médecin traitant, en se basant sur le témoignage des patient(e)s.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer s'il est possible de poser des questions directes sur l'inceste dans une consultation de médecine générale.

Cette étude repose sur une enquête anonyme. Je n'aurai aucun contact avec votre médecin généraliste.

Pour réaliser cette enquête, j'aurai besoin de vous rencontrer, avec votre accord, pour un entretien. Le lieu de rencontre serait votre lieu de consultation habituel dans le cadre du suivi. Le jour et l'heure de RDV seraient choisis selon vos disponibilités, par téléphone. Je ne vous contacterai qu'après votre accord oral et écrit sur cette note informative. Le centre me fera alors passer vos coordonnées.

L'entretien durera entre 15 min et 1 heure. Il sera ensuite retranscrit par écrit mais restera bien sur anonyme.

Vos réponses et discussions permettraient d'entrevoir comment le médecin généraliste peut améliorer ses pratiques.

Merci d'avance de votre aide.

Marion Bergeret

Si vous acceptez de me rencontrer, merci de me laisser un numéro de téléphone pour pouvoir organiser un rdv :

Nom :

Téléphone :

Annexe 3 : Guide d'entretien

1. PROFIL

Age, sexe, profession, études, marié/célibataire/divorcé, nombre d'enfants, adresse (ville), médecin traitant déclaré.

2. VOTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

➤ RELATION

- Actuellement quelle relation avez-vous avec votre médecin généraliste ?
 - Strictement médical/ Relation de confiance/ « Je lui parle de tout » / Aucune confiance
- OU décrivez moi votre relation actuelle avec votre médecin généraliste.**
- Depuis combien de temps est-il votre médecin ? Depuis combien de temps êtes-vous suivi à la consultation de psychotraumatisme ?

➤ SA PLACE, VOS MOTS

- Votre médecin traitant sait-il que vous avez été victime d'inceste ? Si non pourquoi ?
- Votre médecin traitant soigne t'il d'autres membres de votre famille ? Votre agresseur ?
- Votre médecin généraliste à l'époque des faits vous semblait-il une personne abordable, accessible, compréhensif sur le sujet de l'inceste ? Si non, pourquoi ?

OU comment aborderiez-vous l'inceste avec votre médecin généraliste ? Nommer les conséquences (symptômes) ? Ou l'acte ?

- Autres interlocuteurs possibles ? comparer avec le médecin généraliste ...

➤ COMMENT ? QUELS MOTS ? SES MOTS...

- En quels termes votre médecin traitant évoque avec vous la notion d'inceste ?

➤ QUESTIONS DIRECTES

- **Cela vous aurez t-il aidé que votre médecin vous pose des questions directes sur une éventuelle agression ?**

➤ ATTENTES

- Quelles attentes avez-vous de la part de votre médecin de famille concernant votre agression ? Quelles conditions de consultation vous auraient aidé pour la révélation ?
- Pensez-vous que votre médecin traitant a ou avait les capacités de vous aider ? Que peut-il apporter ? Quel accompagnement ? Quel soutien ?
- Quels conseils donneriez vous à votre médecin généraliste lorsqu'il reçoit une victime d'inceste en consultation ? avant la révélation ? après la révélation ?

Annexe 4 : Fiche pratique à l'usage des médecins généralistes à la Réunion

FICHE PRATIQUE A L'USAGE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE FACE À UNE VICTIME D'INCESTE À LA RÉUNION

NORD, EST et OUEST

Victime mineure (éléments spécifiques, ne pas hésiter à appeler les structures spécialisées citées pour les victimes majeures):

- ✓ Signalement selon évaluation initiale
- ✓ CRIP : du lundi au jeudi de 8h30 à 16h30, vendredi 8h30-15h30.
Tel : 0262 90 39 24 / 0262 90 39 25
- ✓ Numéro du Procureur en cas d'urgence : 0262 40 58 00
- ✓ Numéro Présidente du Conseil Général en cas d'urgence : 0262 90 30 44
- ✓ Urgences pédiatriques CHU Saint Denis : 0262 90 57 30
- ✓ Unité de victimologie Régionale au CHU Saint Denis (pédiatrie) : 0262 90 57 20
- ✓ Urgences pédiatriques CHGM Saint Paul : 0262 45 30 10
- ✓ CMPEA Saint Paul 0262 45 10 20
- ✓ CMPEA Le Port 0262 42 13 86
- ✓ CAPAS Centre d'Accueil Pour Adolescents en Souffrance (Saint Louis) : 0262 35 02 16
- ✓ Maison des Adolescents (Kaz Ado) Saint Denis de 12 à 21 ans : 0262 20 65 40
- ✓ Maison des Adolescents (Kaz Ado) Saint Paul de 11 à 21 ans : 0262 45 87 43 / 0692 33 77 37

Victime majeure :

- ✓ Urgences adultes si prise en charge immédiate nécessaire CHGM Saint Paul: 0262 45 30 10
- ✓ Urgences adultes CHU Saint Denis : 02 62 90 57 32
- ✓ CUMP (Cellule d'urgence médico psychologique)/ Consultation psychotraumatisme : 0262 21 37 71
- ✓ Victimologie CHU Saint Denis : 0262 90 57 20
- ✓ A.R.I.V. : Antenne Réunionnaise de l'Institut de Victimologie. Saint Denis : 0262 19 07 56 / 0692 61 08 88. Saint Paul : 0692 11 09 01
- ✓ CMP Saint Paul : 0262 45 44 03
- ✓ CMP Saint Leu : 0262 34 88 73
- ✓ Association ARAJUFA (Saint Denis) : 0262 40 22 27 / 0262 25 12 83 / arajufa@wanadoo.fr
- ✓ CEVIF : 0262 41 80 80

Victime mineure (éléments spécifiques, ne pas hésiter à appeler les structures spécialisées citées pour les victimes majeures):

- ✓ Signalement selon évaluation initiale
- ✓ CRIP : 0262 90 39 24 / 0262 90 39 25
- ✓ Numéro du Procureur en cas d'urgence immédiate : 0262 40 58 00
- ✓ Numéro Présidente du Conseil Général : 0262 90 30 44
- ✓ Urgences pédiatriques CHU Saint Pierre : 0262 35 99 87
- ✓ Unité de Psychotraumatisme du Sud au CHU Saint Pierre : 0262 35 94 27
- ✓ CMPEA Saint Pierre : 0262 96 00 24
- ✓ CMPEA Saint Joseph : 0262 56 49 59
- ✓ CAPAS Centre d'Accueil Pour Adolescents en Souffrance (Saint Pierre) de 14 à 21 ans : 0262 35 02 16

Victime majeure :

- ✓ Urgences adultes si prise en charge immédiate nécessaire CHRSR : 0262 35 99 87
- ✓ CUMP (Cellule d'urgence médico psychologique)/ Consultation Psychotraumatisme : 0262 21 37 71
- ✓ Unité de Psychotraumatisme du Sud au CHU Saint Pierre : 0262 35 94 27
- ✓ Association ARAJUFA (Saint Pierre) : 0262 40 22 27 / 0262 25 12 83 / arajufa@wanadoo.fr
- ✓ CMP Saint Pierre : 0262 25 81 22
- ✓ CMP Saint Joseph : 0262 56 51 25 / 0262 56 64 60
- ✓ CMP Le Tampon : 0262 57 01 69
- ✓ CMP Saint Louis : 0262 91 20 57

Annexe 5 : Intervenants assistantes sociales en Gendarmerie et Commissariats de Police

Région	Nom	Lieux d'intervention	Coordonnées
NORD	LUCAS Véronique	Sainte Marie Commissariat MALARTIC	0262 90 75 73
SUD	PATIRAM Marie-Noëlle	SUD	0692 64 68 83
EST	HOAREAU Sandra	Commissariat de Sant André : lundis, Mardis, Mercredis Brigade de Saint Benoit : Jeudis et Vendredis	0262 58 59 17 0692 88 33 60
OUEST	RICHAND Laurence	Sur Saint Paul : Mardis Matins Commissariat : Mercredis Sur brigade les Jeudis matins : 1er : La Possession 2ème : Bois De Nèfles 3ème : Palteau Caillou 4ème : La Saline et 3 Bassins Saint Leu et Piton Saint Leu : Le dernier lundi du mois	0262 88 41 15 (poste sur Saint Paul) 0692 64 68 11 laurencerichand.asgn@izi.re

Annexe 6 : Fiche projet pour la création d'un centre ressource pour les victimes d'inceste et de viols

Référent médical / Pôle:

Dr C.VISNELDA-DOUZAIN

I/ Éléments d'activité

Activité actuelle

Taux de fuite

Activité prévisionnelle à l'ouverture

II/ Objectifs d'organisation médicale

- Texte de référence : - 7^{ème} conférence de consensus de la fédération française de psychiatrie « conséquences des maltraitements sexuelles ». Les reconnaître, les soigner, les prévenir.

- Loi du 26 Janvier 2010

- L'enquête Enveff Réunion (2002) montre une surexposition des femmes aux violences sexuelles (incestueuses) et conjugales par rapport à la Métropole.

- La pratique quotidienne en consultation de psychotraumatologie montre que nous recevons plus de 40% d'adultes victimes d'inceste dans l'enfance souffrant de traumatismes psychiques invalidants.

Les textes préconisent la création de centre de ressource pour les victimes d'incestes et de viols affiliés à une unité de psychotraumatologie de référence (Unité Ouest- Nord- Est et Sud) pour :

- Développer la prévention par :

1) **Un centre de documentation** avec des ouvrages, des vidéos – un site Internet couvrant le champ du psychotrauma, de l'inceste, du viol et toutes formes d'emprise (préconisé par l'audit du Dr LOPEZ et Mme BARON LAFORET 2009).

2) L'information dans les écoles par des professionnels formés.

3) **La formation des professionnels** (gendarmes, policiers, services sociaux, Magistrats, Avocats, Médecins, Paramédicaux).

- Développer l'aide aux professionnels par le biais :

D'une activité de conseils techniques, de soutien méthodologique et d'action de supervision.

De l'accès au centre de documentation.

- Accompagner les victimes :

« Pour une prise en charge globale avec un traitement coordonné des personnes victimes d'un trauma psychique dans des locaux identifiés et adaptés ».

☆ Améliorer et renforcer la prise en charge des victimes adultes (les plus délaissées actuellement) dans un premier temps.

➤ Pour assurer la continuité des soins spécifiques et améliorer l'état psychique des victimes.

➤ Pour prévenir la revictimisation (violences sexuelles répétées, voire prostitution, violences conjugales...).

➤ Pour prévenir la répétition sur les enfants (carence éducative, maltraitance, conjoint « agresseur »...).

☆ Accueillir des mineurs victimes dans un partenariat étroit avec les équipes de pédopsychiatrie dans un deuxième temps.

- Pour améliorer la prise en charge du psychotrauma
- Pour optimiser l'ensemble des soins (famille...) et des besoins sociaux éducatifs et juridiques (médico-légaux et experts).

Dans tous les cas, permettre aux victimes d'être dans une continuité thérapeutique. Les changements de thérapeute étant une source d'abandon majeure.

III/ Moyens à mettre en œuvre

Moyens nouveaux en terme de :

- d'équipements :

- ☆ Implantation du centre de ressource dans l'Unité de psychotrauma de l'Ouest avec des antennes dans chaque consultation de psychotrauma du Nord, de l'Est et du Sud.

- ☆ Un local dans la ville, comprenant suffisamment de bureaux pour accueillir toute l'Unité, plus une salle de réunion et une salle d'ateliers thérapeutiques.

- ☆ Salle de formation mutualisée avec la salle prévue pour la CUMP-R et le Pôle Ouest.

- Personnel formé en victimologie (DU) et ayant une pratique professionnelle avérée.

IV/ Partenariats, coopérations et conventions :

- Partenariat avec la justice, la gendarmerie, la police et le rectorat.
- Partenariat avec l'ARAJUFA, les associations d'aides aux victimes, l'Unité de victimologie Régionale, les Unité Médico Judiciaire, les services de gynécologie ...
- Partenariat et collaboration étroite avec les services de psychiatrie et les CMP adultes.
- Coordination avec le comité de pilotage de Victimologie

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.