

Werner Tschan

Violence sexuelle et conséquences sur la santé

Atelier de travail lors du congrès 2013 du CMPR

La violence sexuelle est un phénomène global et la plus grande pandémie existante. Étant donné que les victimes n'abordent guère de leur propre initiative les tenants et aboutissants, il est déterminant de poser un diagnostic et de réaliser une anamnèse de manière proactive. Des sondages montrent que 85% des victimes en parleraient de préférence à leur médecin de famille. Il s'agit là d'un potentiel à exploiter.

Les chiffres les plus récents de l'OMS révèlent au grand jour l'envergure des violences à l'échelle mondiale. En effet, 35% de toutes les femmes sont victimes de violence physique, morale ou sexuelle directe [1]. Des sondages montrent que jusqu'à 85% de toutes les victimes solliciteraient de préférence l'aide de leur médecin de famille dans de telles situations et on peut ainsi facilement s'imaginer l'ampleur de la problématique à laquelle les médecins de famille sont confrontés au quotidien. En raison d'une transmission sous-optimale des connaissances sur cette thématique durant leur formation pré-graduée, de nombreux médecins se sentent désemparés et dépassés, et même parfois «pas compétents» [2, 3]. On part du principe que la prévention de la violence est du ressort de la police et de la justice pénale, comme l'a souligné le Rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS (2002) [4].

Conséquences des actes de violence

A ce jour, l'étude ACE (adverse childhood experience) constitue la plus grande étude ayant évalué les conséquences des actes de violence sur la santé; cette étude a inclus plus de 17 000 participants, pour lesquels à la fois des données rétrospectives et prospectives sont disponibles (voir ACEstudy.org). L'étude se base sur une liste de 10 «adverse childhood experiences» jusqu'à l'âge de 18 ans (appelée ACE score). Un tiers des participants n'ont pas été victimes d'une telle expérience et le reste des participants en ont été victimes, avec une répartition en amas des événements. Chez les personnes ayant mentionné une expérience négative, la probabilité d'un autre ACE était de 87%. Environ 15% des participants présentaient un ACE score de 4 ou plus et 11% des participants avaient un ACE score de 5. En d'autres termes: chaque médecin est quotidiennement confronté à plusieurs victimes de violences massives dans le cadre de ses consultations.

Il n'est guère surprenant qu'une corrélation directe ait été établie entre le ACE score et des maladies psychiatriques comme la dépression, la dépendance à l'alcool ou aux drogues, ou encore les tentatives de suicide. Il est estimé que plus de la moitié des dépressions et des tentatives de suicide sont la conséquence directe d'«adverse childhood experiences». En revanche, il est plus étonnant de constater des liens avec des maladies somatiques comme les maladies hépatiques, les bronchopneumopathies chroniques obstructives, les cardiopathies coronariennes et les maladies auto-

immunes: alors que les facteurs de risque usuels sont absents, il y a des corrélations nettes avec les ACE scores respectifs. Même si la pathogenèse n'a pas encore été élucidée, il est indéniablement établi que les ACE ont également des répercussions sur le plan somatique. Les ACE sont par ex. responsables d'une réduction significative de l'espérance de vie. L'analyse prospective révèle que les personnes ayant un ACE score de 6 et plus ont une espérance de vie raccourcie de près de 20 ans par rapport à celles ayant un ACE score de 0 [5].

Rechercher activement des expériences de violence

Ces connaissances imposent un changement de paradigme dans la prise en charge médicale. En effet, 81% des participants d'un groupe sélectionné de l'étude ACE ont indiqué qu'ils ont énormément apprécié que quelqu'un se soit intéressé de manière approfondie à leurs problèmes et aux causes sous-jacentes. Ils ont eu l'opportunité de s'entretenir durant 1 heure avec un spécialiste formé aux traitements traumatologiques. Autrement dit: approcher les victimes de manière proactive est bénéfique. Interroger les patients au sujet d'éventuelles expériences de violence fait partie des questions standard de toute anamnèse médicale.

Réaction des victimes

De nombreux patients ne voient dans un premier temps pas de lien entre les expériences de violence, qui remontent souvent à loin, et les problèmes de santé actuels [6]. Bon nombre d'entre eux se taisent parce qu'ils ont honte et éprouvent des sentiments de culpabilité – il est vrai qu'il n'est pas si facile de parler d'expériences intimes négatives. «Je suis malencontreusement tombé» – les victimes cherchent ainsi à esquiver des questions supplémentaires [2, 3]. Les actes de violence sont rarement dévoilés et leurs auteurs sont protégés, que ce soit par loyauté ou par peur des conséquences incontrôlables. En particulier pour les événements qui remontent à longtemps, les victimes évitent à tout prix d'en parler; elles remarquent instinctivement à quel point cela ravive de vieux souvenirs et fait «remonter le tout à la surface». Ainsi, les victimes gardent le silence et contestent activement que quelque chose leur est arrivé. Voici deux exemples pour illustrer ce phénomène:

Un homme de 42 ans d'origine étrangère est adressé au gastro-entérologue en raison de douleurs abdominales d'origine indéterminée. Le médecin estime qu'une rectoscopie est indiquée. Lorsque l'examen débute, l'homme se met soudainement à pleurer et balbutie quelque chose en rapport avec des expériences de torture. Sans poser de questions supplémentaires, le gastro-entérologue adresse le patient à un psychiatre. En consultation chez ce dernier, il s'avère que l'homme a été victime de tortures en prison et qu'il a subi des violences anales au sein de sa famille lorsqu'il était enfant. Parler de ce qui s'est passé était extrêmement difficile pour l'homme.

Une femme de 38 ans se rend chez son médecin de famille en raison de douleurs tenaces au niveau de plusieurs articulations. Sur le plan somatique, aucune anomalie pathologique n'a été détectée et les résultats de laboratoire étaient sans particularité. Lors de

Chaque médecin de famille est quotidiennement confronté à plusieurs victimes de violences massives.

l'anamnèse, le médecin lui demande si elle a vécu des choses graves et poursuit en lui disant qu'il voit parfois des symptômes de ce genre chez des victimes de violences. La femme commence alors à sangloter. Le médecin n'insiste pas davantage mais suggère une consultation chez un psychiatre. Après plusieurs semaines, elle prend contact et indique que face à de telles questions, elle a toujours nié avoir été victime de quelque chose et ne veut pas parler des actes de violence dont elle a été victime. Cette fois-ci, elle avoue avoir été totalement prise au dépourvu et ne s'attendait pas à ce qu'une telle question lui soit posée.

Réflexions sur la survenue de troubles consécutifs à des actes de violence

Les réactions des victimes sont décrites comme des troubles post-traumatiques (trauma spectrum disorders) – la compréhension physiopathologique de base a été acquise avec le diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ce diagnostic est posé chez une personne qui a été victime d'un traumatisme et souffre par la suite de quatre groupes de symptômes (intrusion, évitement, hypervigilance et épuisement émotionnel) pendant une durée minimale d'1 mois, associés à une limitation fonctionnelle significative [7, 8].

Le DSM-5 [9] emploie les termes suivants: «Confrontation à un événement impliquant la mort ou une menace de mort, une blessure grave ou des violences sexuelles, de la manière suivante: (1.) L'individu a été personnellement confronté à l'évènement traumatique; (2.) l'individu a été témoin de l'évènement traumatique; (3.) l'individu apprend que l'évènement traumatique concerne un proche (membre de la famille ou ami); (4.) l'individu est confronté de manière répétée ou extrême aux conséquences de l'évènement traumatique (par ex. intervention des secouristes, forces d'intervention en cas d'abus d'enfants, etc.).»

Les *symptômes physiques* souvent présents ont été totalement omis dans la formulation du DSM-5, alors que ces troubles sont souvent les premiers à frapper le médecin. Faute de diagnostics appropriés, il faut à chaque fois se débrouiller avec les troubles fonctionnels, les douleurs somatoformes persistantes, les troubles psychosomatiques et les autres troubles apparentés.

Les expériences traumatiques laissent des traces. D'une part, ces expériences influencent le développement de la structure cérébrale dans son ensemble [10]; d'autre part, elles ont un impact sur le contrôle cellulaire de la libération de cortisol (réaction de stress) par le biais d'altérations épigénétiques [11]. Dans le développement normal, certains segments d'ADN sont désactivés par fixation de groupes méthyles; en cas d'expériences traumatiques, cette réaction n'a pas lieu, ce qui est à l'origine de réactions de stress prolongées et persistantes [12].

Intervention thérapeutique

Les interventions reposent sur des stratégies thérapeutiques axées sur le traumatisme. A ce jour, la thérapie comportementale dialectique (TCD) constitue la méthode qui fournit les résultats les plus convaincants. Cette forme d'intervention se base sur une approche structurée hiérarchiquement, qui se concentre en premier lieu sur les domaines d'importance vitale avant d'aborder, par ordre de priorité décroissante, les autres problèmes. La TCD est une forme de thérapie cognitivo-comportementale. Ces interventions intègrent les dernières connaissances de neuroscience affective et elles tiennent également compte des altérations des pro-

cessus de régulation épigénétique. Par ailleurs, lors de son travail avec le patient traumatisé, le médecin doit en permanence garder à l'esprit les droits et les obligations d'aviser en vigueur – il s'agit là en premier lieu des dispositions figurant dans les lois cantonales sur la santé [13]. Pour les décès liés à des actes de violence, il existe une réglementation légale dans tous les cantons à l'exception du canton de NE; pour les blessures physiques et les délits sexuels, les médecins exerçant dans les cantons de NW, SZ, UR, ZG, TI et BL sont tenus de respecter les obligations d'aviser correspondantes. Une solution homogène à l'échelle de toute la Suisse, comme c'est le cas pour l'obligation de déclaration des morsures de chiens, serait souhaitable et permettrait de remédier aux incertitudes actuelles – pour l'instant, les professionnels encourent des poursuites à la fois en cas de déclaration (plaintes pour diffamation, faux témoignage, etc.) ou de non-déclaration (non-assistance à personne en danger, etc.). Le législateur est prié de procéder aux corrections nécessaires à cet égard.

Il ressort de ce court article qu'en plus de connaissances factuelles sur la gestion des conséquences de la violence, le médecin doit également posséder les compétences d'action nécessaires et que face à de telles problématiques, il doit se mettre en contact avec d'autres disciplines – des principes qui doivent être véhiculés lors de la formation des médecins.

Références

- 1 NZZ online 21.6.2013
- 2 Wanner J, Fischer R, Tschan W. Aggression et violence dans le quotidien du médecin. Forum Med Suisse 2007;7:561–568 (1ère partie)
- 3 Wanner J, Fischer R, Tschan W. Aggression et violence dans le quotidien du médecin. Forum Med Suisse 2007;7:583–588 (2ème partie).
- 4 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA et al. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2002.
- 5 Brown DW, Anda RA, Tiemeier H, et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. American Journal of Preventive Medicine, 2009; 37:389–396.
- 6 Van Derbur M. Tagkind – Nachtkind. Kröning: Asanger, 2011 / Miss America by day. Denver, Oak Hill Ridge Press, 2003.
- 7 Harder F, Tschan W. L'état de stress post-traumatique (PTSD) en médecine de premier recours: diagnostiquer – comprendre – traiter. Forum Med Suisse 2004;4:392–397 (1ère partie)
- 8 Harder F, Tschan W. L'état de stress post-traumatique (PTSD) en médecine de premier recours: diagnostiquer – comprendre – traiter. Forum Med Suisse 2004;4:417–421 (2ème partie).
- 9 DSM V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 2013. p. 271 ff.
- 10 Perry BD, Szalavitz M. Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. München, Kösel, 2008 / The Boy who was raised as a dog. Cambridge, Basis Books, 2006.
- 11 Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, et al. Epigenetic programming by maternal behavior: A mechanism for understanding the impact of early environment on later responses to stress and intergenerational transmission of trauma. Nat Neurosci 2004;7(8):847–854.
- 12 Bao-Zhu Y, Huiping Z, Wenjing G, et al. Child Abuse and Epigenetic Mechanisms of Disease Risk. Am J Prev Med 2013;44(2):101–107.
- 13 Zollinger U, Hartmann K. Ärztliche Melderechte und Meldepflichten gegenüber Justiz und Polizei. Schw. Ärztezeitung 2001;82(26):1384–1392
- 14 Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. Das verfolgte Selbst. Paderborn, Junfermann, 2008 / The haunted self. New York, W.W. Norton, 2006.

Correspondance:

Dr Werner Tschan
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Baslerstrasse 353
 4123 Allschwil
 Info[at]bsgg.ch