

Soins d'urgence après un viol, prévention des suicides post-traumatiques

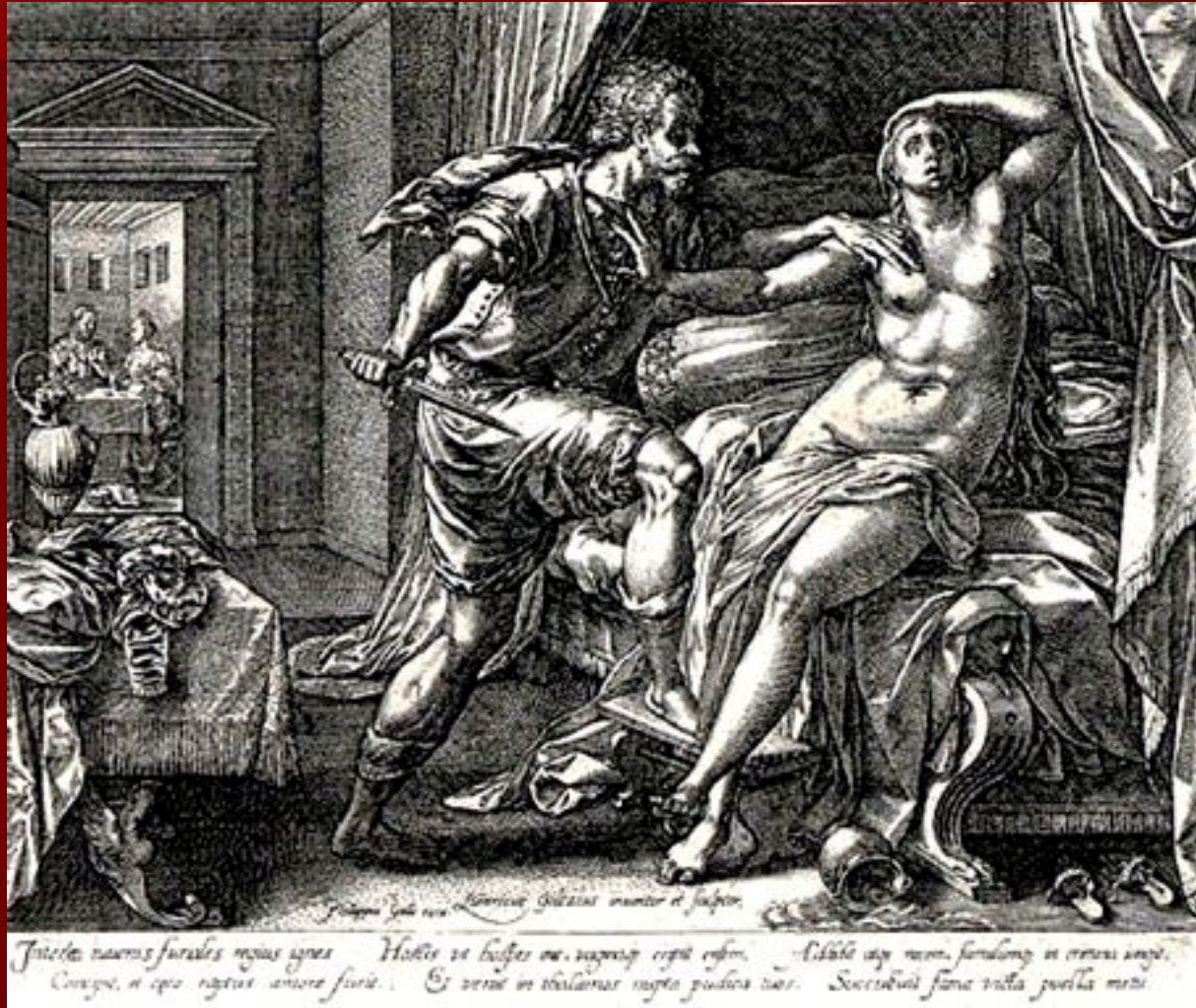
Dr Louis JEHEL , et ses collaborateurs

Centre de Psychotraumatologie

Hôpital Universitaire Tenon, AP-HP, Paris, France

*Président Société Française de Psychotraumatologie
(AFORCUMP-SFP)*

Viol de Lucreèce



Lucrece, récit de son déshonneur, 1761



- Difficultés et limites du soutien apporté par son mari et son père face à l'intensité de la détresse et du sentiment de honte?

Histoire Romaine de Tite Live - Livre I : Des origines lointaines à la fin de la royauté

Sextus Tarquin viole Lucrèce qui se suicide

- 8 - C'est Sextus Tarquin, c'est lui qui, **cachant un ennemi sous les dehors d'un hôte**, est venu la nuit dernière ravir, les armes à la main, un plaisir qui doit lui coûter aussi cher qu'à moi-même, si vous êtes des hommes."
9 - Tous, à tour de rôle, lui donnent leur parole, et **tâchent d'adoucir son désespoir**, en rejetant toute la faute sur l'auteur de la violence; **ils lui disent que le corps n'est pas coupable quand le cœur est innocent, et qu'il n'y a pas de faute là ou il n'y a pas d'intention.**
10 - C'est à vous, reprend-elle, à décider du sort de Sextus. Pour moi, si je m'absous du crime, **je ne m'exempte pas de la peine.** Désormais que nulle femme, survivant à **sa honte**, n'ose invoquer l'exemple de Lucrèce !"
11 - **À ces mots, elle s'enfonce dans le cœur un couteau qu'elle tenait sous sa robe, et, tombant sur le coup, elle expire. Son père et son mari poussent des cris**

plan

- Caractéristiques cliniques de la souffrance psychique d'un viol
- Le viol expose à un risque de mourir par suicide
- Un repérage précoce des indices de gravité pour la prévention des conséquences
- Un « accueil » hospitalier des victimes de viol, l'exemple du centre de psychotraumatologie l'hôpital Tenon, à Paris

Caractéristiques cliniques de la souffrance d'un viol

Des troubles spécifiques du trauma psychique

- **Etat de Stress Aigu puis post-traumatique:**
 - Syndrome dissociatif
 - Syndrome de répétition, reviviscence
 - Hypervigilance neurovégétative, sursaut
 - Conduite d'évitement
 - retentissement social
 - Durée de plus d'un mois

Il existe des formes aiguës et chroniques

Autre trouble spécifique chronique: **Trouble post-traumatique « complexe »**

- Symptômes de **dissociation chronique**: altérations de la conscience, détachement de son corps ou de sa pensée
- **Perturbation de la régulation des émotions**
- Tristesse, pensées suicidaires
- **Colères** explosives ou inhibée
- **Sentiment de honte, de culpabilité**
- **Sentiment d'étrangeté par rapport aux autres**, d'être complètement différent
- perturbations des relations avec les autres
- Altération de la perception de l'agresseur
- Sentiments de désespoir
- **Sentiment de méfiance diffus**, tendance à l'isolement
- Recherche répétée d'un « sauveur »
- Conviction d'une totale puissance de l'agresseur
- Reviviscences

Des troubles non spécifiques

- Addictions
 - alcool, cannabis, tabac, médicaments
- Troubles du comportement alimentaire
 - Anorexie
 - Boulimie
- Troubles somatoformes
 - Douleurs gynécologiques résistantes
 - Douleurs abdominales, sans cause somatique
 - Céphalées sans cause somatique
 - ...
- Troubles de la relation, troubles de la sexualité
 - Conjugopathie
- Etat dépressif
- Cauchemars
- Troubles phobique
- Autres troubles anxieux (TOC., TAG...)

La Santé Mentale en Population Générale (étude SMPG :CCOMS France / DREES / ASEP)

■ Vie entière :	■ SMPG, N=36.105
– I1. Avoir connu un évènement traumatogène	→ 30,3%
– I2. En avoir des reviviscences	→ 9,0%
■ Depuis cet évènement :	
– I3. Évitements	→ 4,6%
– I4. Difficultés à se souvenir des faits précisément	→ 1,1%
■ Actuellement :	
– I5a. Difficultés à dormir	→ 0,6%
– I5b. Irritabilité	→ 0,4%
– I5c. Difficultés de concentration	→ 0,5%
– I5d. Hyperéveil	→ 0,7%
– I5e. Réactions de sursaut	→ 0,5%

Les troubles psychotraumatiques dans l'enquête OMS (SMPG 36 000 personnes)

- Un évènement « traumatogène »30,2%
 - 34% chez les hommes / 27% chez les femmes

- Un « trauma »9%
 - ***Évènement + reviviscences***
 - 48% sont des hommes / 52% sont des femmes

- Un « psychotrauma »4,6%
 - ***Trauma + un élément de retentissement***
 - 15% des hommes confrontés / 20% des femmes

- Un ESPT0,7%
 - 45% sont des hommes / 55% sont des femmes

Risque suicidaire et Trauma

étude de l'OMS en France SMPG

- Le risque suicidaire était significativement augmenté chez les sujets confrontés à un événement traumatique, avec un gradient croissant en fonction du type de retentissement psychotraumatique
- Le risque suicidaire moyen ou élevé était ainsi **multiplié par 4 pour les sujets souffrant d'un ESPT complet ;**
- l'ensemble des sujets simplement confrontés à un événement traumatique (au moins une fois dans leur vie) déclaraient 2.5 fois plus de tentative de suicide dans le mois écoulé,
- Ce chiffre s'élevant à **15 chez les sujets présentant un ESPT complet.**

PTSD et SUICIDE

- La notion de lien entre psychotraumatisme et comportement suicidaire est établie :
 - 4 fois plus de Tentative de Suicide
 - 7 fois plus de décès par suicide
- Également retrouvés dans les formes de PTSD subsyndromiques (incomplètes)

PTSD et SUICIDE (2)

- Dans le PTSD, AUGMENTATION du risque de suicide, **même en l'absence de comorbidité dépressive**, contrairement aux autres troubles anxieux, pas de nécessaire
- Mais plus fréquent si:
 - comorbidité dépressive
 - « épuisement » par le syndrome de répétition
 - addiction

PTSD et SUICIDE (3)

- Un comportement suicidaire est souvent l'occasion d'un accès aux soins ou du moins d'une évolution notable dans les stratégies thérapeutiques :
 - La fin d'une certaine « tolérance au non-dit » dans l'entourage
 - Le début d'une prise en charge plus spécifique
 - Le premier recours à l'hôpital, parfois...

Sommeil et addiction

- Les problèmes de sommeil et les cauchemars apparaissent comme des facteurs importants de consommation d'alcool parmi les victimes de viol présentant un ESPT ([Nishith P](#), [Resick PA](#), [Mueser KT](#) J Trauma Stress. 2001 Jul)
- Parmi les femmes la survenue d'un viol est retrouvé comme déclencheur d'addiction

repérage précoce des indices de gravité

- Réaction psychologiques péritraumatiques
 - Ressources

Intensité de la détresse émotionnelle péritraumatique

- J'étais horrifié(e) par ce que j'avais vu
- Je me sentais coupable .
- J'avais honte de mes réactions
émotionnelles
- Je pensais que j'allais mourir
- J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle

Sévérité des troubles dissociatifs péritraumatiques

- 84 % des cas (après une agression sexuelle)
 - Stupeur, sidération
 - Sensation d'irréalité
 - Absence de sensations physiques corporelles
- Sentiment de culpabilité
- Négation des faits et des symptômes

Ressources

- Ressources interne de la personne
 - Capacité a faire face
 - Antécédent
- Ressources externes, environnement
 - le soutien social de proches
 - reconnaissance judiciaire ou indemnisation
 - Accès à une aide therapeutique

Dispositif développé a l'Hôpital Tenon (CHU Paris)

- Procédure d'accueil des demandes d'aide, dès l'appel au secretariat
 - identifie la problématique
 - repérage immédiat des signes d'urgence
 - pour ajuster la réponse et l'aide proposée: à la demande et aux signes de gravité identifié
 - un travail pluridisciplinaire pour une prise en charge globale de la personne souffrante
 - infirmière,
 - psychologue,
 - assistante sociale,
 - médecin (psychiatre et toute spécialité nécessaire)
 - Information juridique

Réponse graduée selon la sévérité de la situation

- Ambulatoire (extrahospitalière)
 - Accueil secretariat
 - accueil et soutien par infirmière formée
 - aide et traitement psychologique
 - évaluation et traitement médical
- hospitalière
 - mise a disposition d'une ligne téléphonique d'urgence

Prise en charge hospitalière structurée

■ Objectifs

- protection de la personne + bilan global dès l'urgence
- traitement de la douleur psychique et physique
- aide à l'identification des symptômes et des besoins
- aide face aux difficultés familiales
- aide face aux difficultés sociales et juridique (medico-legale)

■ Délais d'accueil: 0 à 10 jours selon gravité

■ Durée d'hospitalisation: 21 jours en moyenne

■ Particularités du soins

- centré sur le trauma et ses conséquences
- collaboration avec des partenaires (associations d'aide aux victimes, avocats, point d'accès aux droits...)
- approches thérapeutiques diversifiées
 - TCC, psychanalytiques, systémiques, hypnose, relaxation
- Implication des proches
- Hospitalisation répétée (séquentielle)

Pour conclure

- Les victimes de viol présentent un plus grand risque de pensées suicidaires et de conduites addictives
- Les professionnels de santé doivent être très vigilants sur le risque suicidaire auprès de victimes de viol
- Après une tentative de suicide surtout si elle est répétée le dépistage d'une agression sexuelle doit être systématisée
- Une intervention précoce pluridisciplinaire est nécessaire pour:
 - Protéger la personne, soutenir sa dignité
 - Faire une évaluation somatique et psychologique personnalisée
 - Mettre en place une intervention thérapeutique graduée en associant la prise en charge du conjoint ou des proches pour réduire l'impact du traumatisme
- Des interventions thérapeutiques efficaces existent, centrées sur le trauma prenant en compte les risque d'une urgence vitale en cas de crise suicidaire.
- Des formations de psychotraumatologie sont indispensables pour les professionnels impliqués (Ex: DU psychotraumatologie et Victimologie de l'Université Paris Descartes...)