HAL
open science

Image et place du médecin généraliste dans le parcours des victimes de dérives thérapeutiques sectaires : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 8 anciennes victimes

Claire Camuzeaux

To cite this version:

Claire Camuzeaux. Image et place du médecin généraliste dans le parcours des victimes de dérives thérapeutiques sectaires : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 8 anciennes victimes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01931959

HAL Id: hal-01931959

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931959v1

Submitted on 23 Nov 2018

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 DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE 2017 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Claire ALBOUY-CAMUZEAUX

Le 3 février 2017

Image et place du médecin généraliste dans le parcours des victimes de dérives thérapeutiques sectaires

Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 8 anciennes victimes

Examinateurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Dominique de KORWIN	Président du jury
Monsieur le Professeur François PAILLE	Juge
Monsieur le Professeur Jean PAYSANT	Juge
Monsieur le Docteur Pascal BOUCHE	Directeur de thèse
Monsieur le Docteur Damien GONTHIER	Co-Directeur de thèse

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

==========
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT

Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========
PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

==========
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2ème sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*
Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION
1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET
2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)*
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeure Muriel BRIX

==========
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========
IMAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE
46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2ème sous-section *(Médecine et Santé au Travail)*
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section *(Médecine légale et droit de la santé)*
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS *(stagiaire)*
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN *(stagiaire)*
4ème sous-section : *(Génétique)*
Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : *(Réanimation ; Médecine d'urgence)*
Docteur Antoine KIMMOUN
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)*
Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*
Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-Rhino-Laryngologie)*
Docteur Patrice GALLET

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

==========
DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A Mon Maitre et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Dominique de KORWIN,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de médecine interne
Université de Lorraine – CHU de Nancy

Vous m'avez fait un très grand honneur en acceptant de présider ma thèse.

Je vous remercie pour votre confiance, votre disponibilité et votre regard bienveillant pendant l'ensemble de cette expérience.

Veuillez accepter l'expression de mon plus profond respect, et le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A Mon Maitre et Juge,

Monsieur le Professeur François PAILLE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de thérapeutique
Université de Lorraine – CHU de Nancy

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse, et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Je vous prie d'accepter ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

A Mon Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Jean PAYSANT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de médecine physique et de réadaptation
Université de Lorraine – CHU de Nancy

Je vous suis reconnaissante de me faire l'honneur d'apporter vos connaissances à la critique de mon travail. Je vous prie d'accepter ma respectueuse considération.

A Mon Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Pascal BOUCHE

Maitre de Conférences des Universités de médecine générale
Université de Lorraine
Médecin Généraliste

Je te remercie de m'avoir accueillie et formée au sein de ton cabinet à deux reprises, ainsi que de m'avoir inspiré ce sujet. Tu m'as fait l'honneur d'avoir accepté de diriger ce travail. Je t'en témoigne par ces quelques mots ma plus grande gratitude.

A Mon Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Damien GONTHIER

Chef de Clinique des Universités de médecine générale
Université de Lorraine
Médecin Généraliste

Merci d'avoir accepté de codiriger ce travail et de m'avoir offert ton temps et ton aide précieuse. Je te suis reconnaissante pour ton soutien et ta disponibilité, dans cette découverte enrichissante des études qualitatives.

A l'association UNADFI, qui m'a permis d'en savoir plus sur les dérives sectaires, et qui a très gentiment accepté de m'aider dans mon étude.

Aux anciennes victimes qui ont accepté de participer à mon étude, en me donnant des témoignages aussi riches. En espérant que cette étude fasse améliorer la prise en charge en médecine dans ce domaine.

A l'équipe du centre Jacques Parisot,

Au Service d'Accueil des Urgences de Forbach,

A l'Unité Post-Urgences Polyvalente du CHU de Nancy,

A mes maitres de stages : le Dr Xavier BERTIN, le Dr Dominique BLANCHARD, le Dr David BRUAT, le Dr Marie-Christine DOLLARD, le Dr Angélique GLUZIKI, le Dr LEBON-LABICH et le Dr Françoise MUNIER-LORRAIN, qui m'ont accueillie pendant mon internat. Cela a été un plaisir de travailler avec vous.

A l'équipe de Protection Maternelle et Infantile,

A tous mes co-internes ou ex co-externes.

A Lucas, mon mari, mon amour, mon meilleur ami… mon pilier. Merci de m'accompagner et de me soutenir dans tout ce que je fais depuis si longtemps. Merci d'être celui que tu es au quotidien, un véritable bonheur. Je t'aime.

A Arthur, notre petit bébé adoré. Tu es la plus belle aventure qui nous soit jamais arrivée. Je serai toujours là pour toi, je t'aime plus que tout.

A mes parents, pour l'amour inconditionnel que vous m'avez porté, pour l'éducation et les études que vous m'avez offertes. Et plus particulièrement à toi, Maman, pour ton soutien permanent, pour les moments partagés, pour tout…

A Sophie, ma grande sœur et mon modèle depuis que je suis toute petite et à ma chipie de nièce **Pénélope** et **à Dom**, mon bof' : Quand je pense à toi, je pense Mojito !

A Pyves, mon petit frère, mon premier co-équipier. Merci pour ton soutien moral en P1 et pour ton aide informatique pour ma thèse ! A **Axelle**, ma belle-sœur, une belle rencontre. Tu seras une chouette infirmière.

A ma petite Mamie, que j'aime tant. Tu es très importante dans ma vie petite Mamie.

A Guerric, le petit dernier de la famille.

A mon Poupy, j'aurais aimé être déjà en médecine quand tu es tombé malade et j'aurais aimé que tu sois là ce jour….

A Mamyvette, ma grande Mamie ! Maman et moi aurions été contentes de partager ce moment ensemble…

A mes meilleures amies Marina, Aurélie et Elodie. Il y aurait tellement de choses à dire ! Vous êtes le symbole de ces longues études… Merci pour les cours (et nos bavardages incessants), pour nos périodes de révisions intenses (enfouies dans nos plaids), pour les soirées médecines (si nombreuses), les premières gardes et conseils téléphoniques (quel stress !), les premiers pas d'internes, les thèses, les mariages et maintenant les naissances !!! Merci d'être toujours là, quoi qu'il arrive…

On ne peut rêver de plus belle amitié. Je vous adore.

Et Merci à vos maris, **Yannick, Paul et Julian** qui ont supporté nos longues études et nos bavardages !!!!

Petit coucou à la petite crevette d'Aurélie et Paul, Emma.

A ma belle-famille, Muriel, Gilles, Loulou et Anny, Guy, Hugo et Candice, Alice, Baptiste.

A mes amis de médecine avec qui j'ai partagé de belles années. Que de changements en 10 ans :
Marion, et aux (trop) nombreux examens passés à côtés !
Matthieu, si passionné de médecine,
Charly, **Edouard :** non, nous ne lâcherons pas notre maison tout de suite !
Claire, sans qui Lucas n'aurait pas eu le temps de faire sa demande (on ne l'a pas assez dit !)
Anne-Pauline et Gauthier, (et à la réa pour notre rencontre !)
Mes ex-super-cointernes, Lucie, Najat, Steven et Brice qui ont supporté la cotorep-grossesse !
A tous les autres de médecine !

A mes amis d'enfance**, Mélanie, Jonas et Rebecca**

A Anou et Mathilde, vous me manquez. Hâte d'être à votre mariage !

A Skippy,

A l'équipe de Bainville, mon premier amour, qui m'a accueillie et formée pour mon premier stage d'interne, puis après ma grossesse. Merci pour tout ce que vous m'avez offert. Plus précisément, merci à **Vassantha** pour tes (petits) grains de folies et conseils, à **Dana** pour les pauses café (améliorées) et les moments « pailletés » partagés, à **Catherine** pour l'humanité exemplaire dont tu fais preuve en tant que gériatre (une véritable source d'inspiration pendant mon internat), et à **François** pour tes expressions qui me manquent tant !

Merci aux médecins de l'UPUP et plus particulièrement à **Aude et Isabelle**, pour avoir pris soin de moi pendant ma grossesse…

A tous les autres, plus ou moins proches…

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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 15
ABREVIATIONS 16
PARTIE A : PROBLEMATIQUE 17
PARTIE B : ARTICLE 24
I. RESUME DE L'ARTICLE 25
II. INTRODUCTION 26
III. MATERIEL ET METHODE 29
1. Type de l'étude 29
2. Population de l'étude 29
3. Recrutement 30
4. Guide d'entretien 30
5. Recueil des données 31
6. Analyse des entretiens 31
IV. RESULTATS 33
1. Population de l'étude 33
a. Descriptif de la population 33
b. Déroulement des entretiens 34
2. Résultats des entretiens 34
a. Comportement inadapté du médecin généraliste 34
b. Impuissance et dégradation de la médecine générale 35
c. Entre l'imaginaire et le réel 36
d. La place que le médecin généraliste pourrait avoir dans le parcours des victimes de DTS 38
V. DISCUSSION 40
1. Limites et forces de l'étude 40
a. Limites 40
b. Forces 41
2. Discussion des résultats 41
a. L'image du médecin généraliste 41
b. La place que le médecin généraliste a eue pendant la DTS 42
c. La place que le médecin généraliste pourrait avoir dans le parcours des victimes de DTS 43
VI. CONCLUSION 45
PARTIE C : SYNTHESE ET PERSPECTIVES 46
BIBLIOGRAPHIE PARTIE A 50
BIBLIOGRAPHIE PARTIE B /ARTICLE 51
ANNEXES 53

ABREVIATIONS

ADFI : Association de Défense des Familles et de l'Individu victimes de sectes

CCMM : Centre Contre les Manipulations Mentales

CEP : commission d'enquête parlementaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DTS : dérives thérapeutiques sectaires

ESD : Entretien Semi-Dirigé

MAC : Médecines Alternatives et Complémentaires

MILS : Mission Interministérielle de Lutte contre les Sectes

MIVILUDES : Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives Sectaires

MT : médecin traitant

OICTS : Ordre International Chevaleresque du Temple Solaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OTS : Ordre du Temple Solaire

PNCAVT : Pratique Non Conventionnelle A Visée Thérapeutique

UNADFI : Union Nationale d'Associations de Défense des Familles et de l'Individu victimes de sectes

VD : Victime directe

VI : Victime indirecte

PARTIE A : PROBLEMATIQUE

Depuis l'antiquité, l'homme connait des mouvements sectaires. Ainsi déjà en Grèce Antique ou à Rome, s'érigeaient de multiples organisations sectaires vénérant des dieux tels que Cybèle à Rome, la Grande Mère des dieux par exemple.

Au cours de l'Histoire, elles furent aussi tout autant contestées à propos de diverses affaires. Par exemple, en 186 avant JC, éclate l'affaire des Bacchanales à Rome. Tite-Live, historien de la Rome Antique a été le premier et l'un des seuls à rapporter cette histoire (1). Contrairement à certaines organisations officielles telles que le culte de la première divinité orientale Cybèle, l'organisation louant Bacchus fut créée clandestinement et fut l'objet, lors du dévoilement de l'affaire, d'une répression majeure. Faisant suite à un mouvement originaire de Grèce, des cérémonies orgiaques étaient organisées en l'honneur de Bacchus ou Dionysos, dieu du vin, pendant lesquelles les initiées (initialement des femmes) obtenaient la promesse d'un bonheur éternel en effectuant toutes sortes de rites devant les adeptes. Les rites et orgies ont évolué continuellement avec par exemple l'acceptation des hommes en tant qu'initiés. Les rituels sont devenus de plus en plus pervers, avec des rites devenant exclusivement nocturnes, la mise en place de violences sexuelles et de crimes, notamment à visée pécuniaire. Le secret absolu sur le contenu de ces orgies était bien sûr la règle… Il n'en fallut pas plus pour que rapidement ces mystérieuses cérémonies alertent l'opinion publique. Les rumeurs de débauche et de perversion grandirent rapidement et l'affaire atteignit son sommet lors des déclarations d'un jeune homme. Cet homme portant le nom de Publius Aebutius avait hérité de la fortune de son père, mais celle-ci avait été utilisée malhonnêtement par sa mère et par son beau-père, qui ne purent rendre de compte à Aebutius au moment de sa majorité. Il fallut trouver une solution pour faire chanter leur fils, voire même le supprimer. C'est ainsi qu'Aebutius fût promis à ces orgies par sa mère et son beau-père dans le but d'être soit déshonoré (et donc en proie à un chantage facile), soit tué. Sa mère trouva le prétexte de sa petite santé, qu'il fallait renforcer, pour l'inciter à faire ses initiations. Il en échappa néanmoins de peu grâce à la jeune prostituée qu'il fréquentait, et qui avait à l'époque assisté à ces scènes. Il alerta le consul de Rome de l'affaire. Par la suite, cela donna lieu à une condamnation par l'état romain du dyonysisme et la réglementation du culte de Bacchus.

Ainsi, déjà dans l'antiquité romaine, des sectes existaient avec de nombreuses conséquences. Par cette histoire, nous pouvons voir que la maladie faisait déjà partie des modes d'entrées dans une organisation sectaire. Le but-même de ces organisations était de manipuler un certain nombre d'adeptes et d'initiés, afin de pouvoir monter des escroqueries financières, en passant par le crime si nécessaire. Les conséquences physiques, psychiques et pécuniaires étaient majeures.

Présentons désormais un exemple beaucoup plus récent de secte : celui de l'Ordre du Temple Solaire au XX siècle. Il s'agissait d'un groupe néo-templier créé en 1984 à Genève par

Luc Jouret et Joseph Di Mambro, sous le nom ce moment-là, d'Ordre International Chevaleresque de Tradition Solaire. Il fut renommé plus tard Ordre du Temple Solaire.

Joseph Di Mambro, né en 1924, disait avoir des dons spirituels et avait déjà fondé d'autres groupes ésotériques auparavant. Luc Jouret était, quant à lui, un médecin belge d'une carrière moyenne, qui pratiquait l'homéopathie. Assez rapidement dans sa carrière, il s'intéressa à d'autres médecines parallèles telles que la macrobiotique, l'iridologie etc. et vénéra les chirurgiens à mains nues des Philippines qu'il soutiendra publiquement…

Luc Jouret et Joseph Di Mambro se rencontrèrent en 1976 et devinrent inséparables. Ils créèrent en 1984 l'OICTS dont Joseph DI Mambro deviendra le cerveau et le « directeur » financier et Luc Jouret le recruteur. Ce dernier établissait un lien entre l'homéopathie et le cosmos, et profitait de son statut de médecin pour recruter des adeptes. (2) (3)

L'organisation de ce mouvement était typique d'une secte avec un fonctionnement interne secret. Elle comprenait une hiérarchie absolue et rigide, et supposait un assujettissement total, comme l'explique l'article suivant du code du Temple Solaire : *« L'Ordre TS est placé sous l'obédience absolue de la Synarchie du Temple. A cet effet, la Synarchie détient les pouvoirs les plus étendus ; ses membres sont et resteront secrets »*. Les explications sur l'ensemble des domaines de la santé, de la science, de la philosophie ne laissaient aucune part possible au doute ni aux explications alternatives. « *Hormis l'enseignement donné [...] aucun autre enseignement, doctrine, théologie, philosophie, théorie ou concept à caractère spirituel, initiatique, ésotérique ou métaphysique, ne peut être propagé, dispensé ou introduit par quiconque à l'intérieur de l'Ordre TS »* (Article 23 Règles de l'Ordre TS). Evidemment, chaque adepte devait se soumettre à la domination, moyennant des sommes colossales. A chaque pleine lune, des cérémonies avaient lieu, pendant lesquelles les adeptes vénéraient la planète Proxima, future planète d'accueil une fois l'Apocalypse passée. Il y avait bien sûr aussi des manifestations externes ayant pour but de promouvoir l'OTS. (4)

Une description de ce phénomène sectaire en France au XX siècle a été réalisée par la commission d'enquête parlementaire de 1996 (5). Deux grandes tendances sectaires au XX siècle y sont décrites : une première au début du siècle, provenant des pays anglo-saxons basé sur le protestantisme, avec des groupes tels que les témoins de Jéhovah et les Mormons ; et une deuxième à partir des années 1960 en provenance des USA inspirée cette fois-ci d'une vague orientaliste et gnostique, comme la Sokka Gakkai et l'Eglise de scientologie. Les caractéristiques de ces groupes sont les suivantes :

- une prolifération majeure de ces mouvements,
- l'explication globale du monde que chacune de ces organisations donne,
- une évolution du public touché avec une augmentation de la part de la jeunesse, de la mixité, et des classes moyennes,

- un modèle pyramidal au profit d'une élite avec une mise en place complexe de dépendances des sujets et une possibilité de progression au sein de la secte (par des cérémonies rituelles),
- des thèmes développés sur le perfectionnement individuel conduisant souvent à une rupture avec les relations antérieures au profit d'un dévouement total à la secte (que ce soit pour le travail ou les relations intimes et familiales),
- un recrutement avec une première phase de séduction permettant au futur adepte de reconnaitre une similitude entre lui et son recruteur ; une deuxième phase qui est la persuasion et enfin une dernière phase qui est la fascination.

Il convient de préciser qu'en plus d'un dévouement physique et psychologique à la secte, une participation financière majeure est demandée. La deuxième commission d'enquête parlementaire de 1999 (6) a bien précisé que *« l'argent constitue à la fois le moteur du véhicule, la destination du trajet et les méandres du chemin ».* Et comme avait déclaré Lafayette Ron Hubbard, fondateur de la Scientologie lors de son discours de Newark: *« Si l'on veut vraiment devenir millionnaire, le meilleur moyen consiste à fonder sa propre religion ».*

Les différents mouvements sectaires ont par la suite donné lieu à de nombreux massacres. L'Ordre du Temple Solaire a été maître en la matière avec un premier massacre en octobre 1994 sous forme d'une série de crimes, suicides et incendies au Canada et en Suisse. Ce massacre fut le premier d'une telle envergure en Europe. Alors que ces évènements ont eu lieu en Suisse et au Canada, une lettre explicative adressée au Ministre de l'intérieur français Charles Pasqua fut retrouvée et contenait les raisons de ce massacre : « *Nous vous accusons d'avoir délibérément voulu détruire notre Ordre et d'en avoir fait une raison d'état »*, *« Nous vous accusons, Monsieur Pasqua, d'avoir prémédité un assassinat collectif »*, *« Nous avons par conséquent décidé de quitter les plans terrestres prématurément car nous sommes conscients de votre volonté de détruire l'Œuvre que nous avons accomplie »*. Comme expliqué dans le bulletin de liaison du CCMM de décembre 1995, le deuxième massacre eut lieu en décembre 1995 avec 16 morts, dans le Vercors. Le troisième massacre eut lieu en mars 1997 avec un suicide collectif de 5 adeptes, comme l'a précisé la revue Bulles de l'UNADFI en 1997.

Mais bien avant ces massacres de l'OTS, d'autres crimes de masse avaient eu lieu. En voici quelques exemples (5) : en 1978, le suicide de 923 adeptes du Temple du Peuple au Canada avait été le premier d'une telle ampleur au niveau mondial. En 1985, 11 personnes sont mortes à la suite d'un affrontement en Pennsylvanie (secte MOVE). Un autre suicide collectif aux Philippines a fait 60 victimes de la secte Datu Mangayanon en 1985 ou encore, en 1993, un suicide collectif associé à un affrontement ont fait 88 morts au Texas (secte des Davidsoniens).

Le premier massacre massif de 1978 à Georgetown au Canada (Temple du Peuple), dont nous avons parlé précédemment, a donné lieu à des initiatives politiques en France. (7)

Tout d'abord, un premier rapport a été établi en 1983 par le député Alain Vivier, intitulé « *Les sectes en France : expression de la liberté morale ou facteurs de manipulation mentale ?* » Ce rapport fait notamment l'état des lieux d'une dizaine de groupes à risque, une première en France.

Puis en 1996, à la suite des massacre de l'Ordre du Temple Solaire (Canada et Suisse, puis Vercors), la première commission d'enquête parlementaire nommée « *Les sectes en France* » dirigés par Alain Gest, et dont Jacques Guyard est le rapporteur, a vu le jour (5). Dans cette commission, il est précisé la difficulté, voire l'impossibilité, de définir la notion de secte en termes de droit français sans atteindre la notion française de laïcité :

- l'article 10 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen : *« Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public institué par la loi ».*
- l'article 2 de la Constitution du 4 octobre 1958 : la France, République laïque, *« assure l'égalité devant la loi des citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion »* et qu'elle *« respecte toutes les croyances ».*
- la loi du 9 décembre 1905 relative à la séparation des Eglises et de l'Etat : *« La République assure la liberté de conscience [et] garantit le libre exercice des cultes »* (art. 1) et qu'elle *« ne reconnaît, ne salarie, ni ne subventionne aucun culte »* (art. 2). Ces deux articles et cette loi ont permis de définir le régime juridique des cultes.

Ainsi comme le souligne la CEP, *« le principe de neutralité de l'Etat signifie donc que les croyances religieuses ne sont pas un fait public sous réserve des restrictions liées au respect de l'ordre public, que le fait religieux relève des seuls individus, de la seule sphère privée des citoyens ».*

Les groupes sectaires se définissant eux-mêmes comme des minorités religieuses, *« on conçoit dès lors l'impossibilité juridique de définir les critères permettant de définir les formes sociales que peut revêtir l'exercice d'une croyance religieuse, a fortiori de distinguer une Eglise d'une secte. »*

Néanmoins, dans cette enquête, le phénomène sectaire a été décrit en fonction des conséquences et 173 groupes à risque ont été recensés selon les 10 critères de dangerosité établis suivant:

- la déstabilisation mentale ;
- le caractère exorbitant des exigences financières ;
- la rupture induite avec l'environnement d'origine ;
- les atteintes à l'intégrité physique ;
- l'embrigadement des enfants ;
- le discours plus ou moins antisocial;
- les troubles à l'ordre public ;

- l'importance des démêlés judiciaires ;
- l'éventuel détournement des circuits économiques traditionnels ;
- les tentatives d'infiltration des pouvoirs publics.

A la demande de la première enquête parlementaire, le gouvernement Juppé a créé l'Observatoire Interministériel sur les sectes en 1996 (décret numéro 96-387 du 9 mai 1996) (8). En 1998, cet organisme devient la Mission Interministérielle de lutte contre les sectes (MILS) et est chargé d'analyser le phénomène sectaire, de participer à l'information et à la formation des agents publics sur les méthodes de lutte contre les sectes, d'informer le public sur le danger du phénomène sectaire et de participer aux réflexions et travaux concernant les questions relevant de sa compétence dans les enceintes internationales (7).

En 1999, une deuxième commission d'enquête parlementaire a eu lieu et fût à l'origine d'un rapport sur l'empire financier des sectes (6).

En juin 2001, une première loi a vu le jour: la loi About-Picard (9). Il s'agit de la loi proposée par deux parlementaires Nicolas About sénateur de droite et Catherine Picard députée socialiste dont le but est de renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires.

Le 28 novembre 2002, a été créé la Mission Interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES) par décret du gouvernement Raffarin. Celle-ci prend en compte les actes et comportements contraires aux lois et règlements, portant atteintes aux droits fondamentaux de la personne et troublant l'ordre public (7).

Dans le même temps, des associations sont nées comme par exemple l'UNADFI. Celle-ci a été créée dès 1974 (avant même que tous les massacres aient lieu) par un couple de Rennes, dont l'enfant de 18 ans avait été embrigadé au sein de la secte Association pour l'Unification du Christianisme Mondial (alias secte MOON). L'association s'appelait ADFI (Associations pour la Défense des valeurs Familiales et de l'Individu). Progressivement différentes antennes ont été créées et devant l'amplification du phénomène sectaire à la fin des années 70, une unification s'imposait : L'Union Nationale des Associations pour la Défense des Familles et des Individus victimes de sectes – UNADFI est née. Par la suite, le nombre d'antennes a augmenté d'année en année pour arriver à 29 associations en 2009 (10). Ses Missions sont les suivantes :

- l'étude des principes et méthodes des organisations de type sectaire
- l'accueil et l'aide aux familles et personnes victimes de ces organisations
- l'information auprès d'un large public
- le regroupement des personnes touchées par ce problème
- l'aide à la réinsertion de personnes sorties d'un groupe sectaire

Par ailleurs, le Centre Contre les Manipulations Mentales a été créé en 1981 par l'écrivain Roger Ikor, dont le fils s'est suicidé en 1979 sous l'emprise du mouvement sectaire

« Zen Macrobiotique ». Cette association définit ses actions comme les suivantes : *« l'association a pour vocation l'information sur le phénomène sectaire, la prévention et l'aide aux victimes. Elle accompagne les victimes des mouvements sectaires et leurs proches et cherche à faire progresser le débat et à peser sur la décision publique »* (11).

Ces différentes actions françaises ont souvent été commentées sur le plan international : de l'admiration à la contestation.

Récemment, et à la suite de ces initiatives, le paysage sectaire a évolué comme l'a expliqué Catherine Picard (désormais présidente de l'UNADFI) au colloque de l'Université de Rijcka. On note certes une persistance des grands groupes nationaux ou internationaux bien connus, mais surtout l'apparition de nombreuses micro-organisations isolées bien plus difficiles à appréhender et à cerner, avec tout autant de conséquences néfastes tant physiques, psychologiques, sociales ou financières. Ces micro-sectes touchent de nombreux domaines, de la santé à la culture en passant par la formation et le sport.

La dernière commission d'enquête parlementaire, mise en place en 2013, a la particularité d'avoir établi un rapport sur les mouvements sectaires dans le domaine de la santé, celui-ci ayant pris beaucoup d'ampleur ces dernières années (12). Elle dénonce ainsi un danger démultiplié par le développement des pratiques thérapeutiques non conventionnelles, favorisé notamment par la diffusion en toute liberté d'une offre de soins non maîtrisée sur Internet. Les rapporteurs ont ainsi étudié cet engouement pour les pratiques non conventionnelles, en analysant causes et conséquences, et ont établi 41 points visant à renforcer la vigilance sectaire et à améliorer le traitement judiciaire des dérives. Il est aussi précisé que le terme de « pratique thérapeutique non conventionnelle » est préféré en France à celui de « médecine alternative et complémentaire » ou de « médecine non conventionnelle », car le terme de médecine est réservé depuis la loi de 1803 à la pratique des médecins ayant un doctorat. Nous utiliserons par la suite préférentiellement le terme de Pratique non conventionnelle à visée thérapeutique (PNCAVT).

Dans ce travail de thèse, nous nous intéresserons plus particulièrement à ce dernier secteur des dérives sectaires, avec comme mode de recrutement les PNCAVT. Beaucoup de personnes s'intéressent à ces médecines parallèles : hommes, femmes, de tout âge et de toute catégorie socio-professionnelle. Comme l'explique Timothy Caulfield, directeur de recherche à l'Université de droit de la santé en Alberta : « *Studies have shown that some people are more likely to believe in the supernatural. They're more likely to be religious and they're more likely to buy the entire package of complementary and alternative practices* (13) ». (Les études ont montré que certaines personnes sont plus enclines à croire au surnaturel. Elles ont alors plus de chance d'être pratiquantes et risquent plus volontiers d'adhérer à tout l'attirail des médecines alternatives et complémentaires.)

Il ne faut bien sûr pas généraliser. La plupart des PNCAVT sont pratiquées éthiquement et représentent un réel soutien en parallèle d'une prise en charge conventionnelle. Néanmoins, il existe un certain nombre de thérapeutes qui utilisent ces PNCAVT, tant à la mode, pour former leur organisation, recruter leurs futurs adeptes en se basant sur la santé et le bien-être ; et inciter à une rupture avec la médecine conventionnelle (comme le montre ces exemples cités en ANNEXE 1).

La médecine générale est une spécialité à part entière dans laquelle on s'occupe du patient dans sa globalité : du somatique au psychique, du préventif au curatif en passant par le dépistage, du plus jeune âge au plus mûr, ou encore de l'individu à la famille…

Lors de l'un de mes stages en cabinet de médecine générale, j'ai pu me rendre compte du fait que les patients consultaient beaucoup les médecines dites alternatives et complémentaires (entre autres la sophrologie, la kinésiologie, la fasciathérapie etc.) dans le cadre de maladies ou douleurs chroniques, en parallèle de la médecine conventionnelle. C'est probablement la longue durée des souffrances psychiques ou physiques qui pousse les patients à chercher des réponses dans d'autres médecines. Lorsque que ces médecines parallèles sont bien pratiquées, il n'y a bien sur aucun problème et les soins conventionnels se poursuivent. En revanche, selon le dernier rapport parlementaire, on voit apparaitre, à partir de ces médecines non conventionnelles, de plus en plus de pratiques sectaires isolées, avec pour les patients de lourdes conséquences familiales, sociales, financières et bien sûr médicales (dont notamment des ruptures thérapeutiques).

Je me suis rendue compte que de faire la part des choses dans ces pratiques n'était pas évident, mais qu'il existait des moyens à disposition des médecins généralistes pour dépister les pratiques à risques.

C'est ainsi que l'idée de faire une étude sur les dérives sectaires dans le domaine de la santé est née. Quelques travaux de thèse sur ce sujet ont déjà été réalisés mais ils interrogeaient uniquement les médecins ou faisait un état des lieux. L'objectif de ma thèse est cette fois-ci d'évaluer l'image et la place du médecin généraliste dans le parcours de victimes de dérives thérapeutiques sectaires, selon les victimes elles-mêmes. Cette approche n'avait jusqu'alors pas été tentée, or ce sont bien les patients qui sont en position de nous dire, en premier lieu, comment les aider ou comment repérer le danger lorsqu'ils s'apprêtent à tomber entre les griffes d'un gourou thérapeutique, ou lorsqu'ils cherchent à lui échapper.

J'ai choisi pour ce travail de thèse la forme d'une thèse article afin d'en assurer une diffusion la plus large possible.

PARTIE B : ARTICLE

Image et place du médecin généraliste dans le parcours des victimes de dérives thérapeutiques sectaires

Enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 8 anciennes victimes

Perception of the place of general practitioner by patients victim of sectarian therapeutic aberrations

Qualitative survey by semi-directive interviews with eight former victims

Article non soumis à publication

I. RESUME DE L'ARTICLE

Il y a en France de plus en plus de médecines alternatives et complémentaires (MAC) qui sont On assiste en France au développement des médecines alternatives et complémentaires (MAC) qui sont parfois de réelles dérives thérapeutiques sectaires (DTS) avec comme conséquence une rupture avec la médecine conventionnelle.

L'objectif principal était de comprendre la place et l'image du médecin généraliste traitant (MT) dans le parcours des victimes de DTS en réalisant une étude qualitative par entretiens semi-dirigés (ESD). Ont été recrutée d'anciennes victimes directes ou indirectes de DTS au niveau national ayant eu recours à l'association UNADFI et ayant donné leur accord avant l'ESD. Les ESD ont été réalisés par téléphone, puis retranscrits et analysés avec l'aide du logiciel Nvivo8. Le recrutement s'est achevé à saturation des données au niveau des entretiens.

Au final, onze sujets ont été interrogés (deux victimes directes, six indirectes et trois exclus hors du champ d'étude). Pour 7 sujets sur 8, le MT n'est pas assez à l'écoute de ses patients et manque de temps pour pouvoir s'impliquer. La moitié des sujets trouvait que la médecine générale est impuissante (prises en charge trop lentes, inefficaces) ou moins clinique actuellement (plus d'examens complémentaires). Malgré ces visions négatives, le MT est toujours respecté et apprécié. Les victimes attendent en effet beaucoup de leur MT mais lui accordent au final peu de place. Elles souhaiteraient en effet que le MT, après avoir été formé dans ce domaine, devienne un acteur de prévention, de dépistage et d'aide face aux DTS. Cependant, les victimes considèrent l'influence du MT somme toute limitée ce contexte d'emprise mentale.

Ces résultats paradoxaux montrent que la place du médecin traitant dans le parcours des victimes de DTS est complexe, et que ce dernier ne doit pas se décourager devant ces résultats. Au contraire, cette étude montre l'importance de développer des outils de formation et de communication dans la prévention, le dépistage et l'orientation de ces dérives en soutien avec la MIVILUDES et les associations.

II. INTRODUCTION

De nos jours, il existe, en parallèle de la médecine conventionnelle, de très nombreuses médecines alternatives et complémentaires (appellation de l'OMS) autrement appelées Pratiques Non Conventionnelles à Visée Thérapeutique (appellation du Parlement Européen et de la Direction Générale de la Santé). Le problème de dérives thérapeutiques sectaire se fondant sur les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique (PNCAVT) a pris beaucoup d'ampleur ces dernières années et est devenu un véritable problème de santé publique (14).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 40% des Français ont recours habituellement à des médecines alternatives ou complémentaires, dont 60 % parmi les malades du cancer (15). Il existe de très nombreuses médecines alternatives et complémentaires, qui peuvent être légales ou illégales, à tendance de dérive sectaire ou non, pratiquées par un professionnel de santé ou non. La frontière est mince. Comme explique le Dr Daniel GRUNWALD, représentant de l'Ordre National des Médecins au sein du conseil d'orientation de la MIVILUDES « *les médecines dites douces ne sont pas en elles-mêmes dangereuses et peuvent même être utiles dans certains cas et dans d'autres cas devenir franchement dangereuses. Il n'y a pas d'un côté le licite et de l'autre l'illicite. Tout dépend de l'utilisation qui en est faite ».*

Selon un sondage réalisé en septembre 2010 pour le Service d'information du Gouvernement par l'institut IPSOS (16), 25% des Français ont déjà été personnellement en contact avec une secte (soit 15 millions de personnes) et 20% d'entre eux connaissent dans leur entourage social, amical ou professionnel, une personne qui a été victime de dérives sectaires dans le domaine de la santé (soit 13 millions de personnes).

La CEP de 1996 avait déjà formulé les dix critères de dangerosité suivants :

- la déstabilisation mentale ;
- le caractère exorbitant des exigences financières ;
- la rupture induite avec l'environnement d'origine ;
- les atteintes à l'intégrité physique ;
- l'embrigadement des enfants ;
- le discours plus ou moins antisocial ;
- les troubles à l'ordre public ;
- l'importance des démêlés judiciaires ;
- l'éventuel détournement des circuits économiques traditionnels ;
- les tentatives d'infiltration des pouvoirs publics.

La MIVILUDES a par la suite donné une définition (17): *La dérive sectaire est un dévoiement de la liberté de pensée, d'opinion ou de religion qui porte atteinte aux droits*

fondamentaux, à la sécurité ou à l'intégrité des personnes, à l'ordre public, aux lois ou aux règlements. Elle se caractérise par la mise en œuvre, par un groupe organisé ou par un individu isolé, quelle que soit sa nature ou son activité, de pressions ou de techniques ayant pour but de créer, de maintenir ou d'exploiter chez une personne un état de sujétion psychologique ou physique, la privant d'une partie de son libre arbitre, avec des conséquences dommageables pour cette personne, son entourage ou pour la société.

Dans le domaine de la santé, il s'agit de la pratique d'une médecine non conventionnelle avec les conséquences sectaires suivantes : rejet de la médecine conventionnelle avec donc une absence de traitement efficace, rupture avec la famille, l'emploi…

La tendance actuelle, en tout cas dans le domaine de la dérive thérapeutique sectaire, n'est plus aux grands groupes sectaires internationaux, mais à une pratique désormais isolée avec un « praticien », qui opère comme un gourou avec toute l'emprise morale d'une secte et ses conséquences (18). D'ailleurs l'accès facilité à Internet a renforcé ce genre de pratique (12).

Le dernier rapport du Sénat (12) rapporte que les acteurs peuvent être des prosélytes auto-proclamés ou des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux), et que, comme l'explique l'UNADFI, les victimes ont rencontré des situations de vie les rendant plus vulnérables et ayant un besoin majeur d'attention (maladie chronique, douleur chronique…) (19).

En médecine générale, nous nous retrouvons face à des patients qui ont recours parfois à ces MAC. Notre rôle est d'expliquer à nos patients quels peuvent être les éventuels risques, de faire de la prévention contre des dérives thérapeutiques sectaires et de détecter les situations favorisantes. Il s'agit d'un problème de santé publique qui est bien présent en médecine générale : en effet, une étude de A. GOMEZ (20) a montré que « *45,5% des médecins avaient déjà été confrontés lors d'une consultation à un patient ayant un lien direct ou indirect avec un mouvement sectaire, dont 85,7% par l'intermédiaire d'une MAC ».* Selon cette même étude : *« les structures d'aide n'étaient pas connues des médecins généralistes et 77,4% pensaient qu'une formation sur les dérives sectaires est nécessaire dans le cursus médical ».*

Aussi, devant l'ampleur de ce phénomène associé à la complexité du dépistage de situations limites et le manque de formation des médecins, il nous a semblé intéressant de faire une étude fondée sur un entretien avec d'anciennes victimes, aujourd'hui inscrites à l'UNADFI. En effet, peu d'études sur le sujet des DTS ont eu lieu, et celle existante avait interrogé les médecins ou avait réalisé un état des lieux (21) (20) (22). Les autres études concernaient plus précisément les PNCAVT (23) (24).

L'objectif principal de notre étude est de comprendre quelle est l'image du médecin généraliste, et la place qu'il pourrait avoir dans le parcours de ces patients victimes de DTS,

en réalisant une enquête auprès des victimes elles-mêmes dans le cadre d'une étude qualitative.

III. MATERIEL ET METHODE

1. Type de l'étude

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative, car il s'agissait ici de comprendre les éléments de vécu personnel et d'identifier les perceptions et représentations des victimes sur la médecine générale. La question posée est donc :

Quelle est l'image de la médecine générale pour ces victimes et quelle place pourrait avoir le médecin généraliste dans le parcours des victimes de DTS ?

La méthode des entretiens semi-dirigés (ESD) nous a semblé la plus adaptée pour cette enquête. Elle a permis ainsi aux victimes de parler librement de ce sujet si sensible. Les ESD étaient composés de différentes questions ouvertes sur les différents thèmes abordés que nous détaillerons par la suite.

2. Population de l'étude

La population de notre étude correspondait à d'anciennes victimes de dérives thérapeutiques sectaires (DTS) ayant eu recours à l'Union Nationale d'Associations de défense des Familles et de l'Individu victimes de sectes, UNADFI, elle-même composée d'antennes régionales (les ADFI)

Nous avons réalisé un choix raisonné avec un échantillon homogène autour des victimes de DTS (homme ou femme, personne majeure, de toute catégorie socio-professionnelle). La définition, reprises de la MIVILUDES, est la suivante (17):

- Dérive thérapeutique sectaire (DTS): La dérive thérapeutique devient sectaire lorsqu'elle essaie de faire adhérer le patient à une croyance, à un nouveau mode de pensée. […]Elle s'accompagne donc d'un mécanisme d'emprise mentale destiné à ôter toute capacité de discernement au malade et à l'amener à prendre des décisions qu'il n'aurait pas prises autrement. Sa dangerosité tient essentiellement au fait que sa mise en œuvre peut amener le patient à une double rupture : avec sa famille et ses proches et avec son milieu de soin habituel, pouvant conduire à l'arrêt des traitements conventionnels.

- Victime directe (VD) : personne qui a été elle-même victime d'une dérive sectaire.

- Victime indirecte (VI) : personne dont un proche a été victime d'une dérive sectaire (conjoint, enfant ou parent).

Le critère d'exclusion était la non-majorité et les critères de sorties étaient les victimes refusant finalement de parler au moment de l'entretien, ou présentant un discours diffluent, ou encore une difficulté à la compréhension ou à la communication.

3. Recrutement

Chaque ADFI a été contactée par téléphone courant mars 2016 afin d'expliquer l'étude et le recrutement. Puis, en mars et avril 2016, chacune a diffusé notre courriel d'appel à volontaire aux victimes correspondant aux critères d'inclusion expliqués précédemment. Le courriel contenait la présentation du responsable de l'étude, les explications sur l'étude, les critères d'inclusion et exclusion, la garantie d'anonymat, et les questions de l'entretien semi-dirigé. Nous avons choisi de diffuser les questions de l'ESD afin de rassurer les potentiels volontaires sur le caractère des questions (le thème étant en effet sensible en raison du caractère douloureux de leur expérience). Le courriel a parfois été doublé d'un appel téléphonique d'un membre de l'ADFI, afin d'expliquer les conditions de l'étude au sujet.

Chaque sujet volontaire devait par la suite nous renvoyer un courriel avec son accord et son numéro de téléphone afin de réaliser l'ESD.

Dans le cadre de cette enquête qualitative, le recrutement s'est achevé à saturation des données au niveau des entretiens ; c'est-à-dire lorsque nous nous n'apprenions plus de nouvelles données lors de deux entretiens consécutifs.

4. Guide d'entretien

Le guide d'entretien commençait par une présentation de l'enquêteur et de l'étude. De plus, il garantissait l'anonymat du sujet interrogé et il expliquait que celui-ci allait être enregistré avec un dictaphone. Il insistait aussi sur le caractère libre et sans contraintes des réponses des sujets.

L'ESD comprenait 4 grandes questions correspondant aux thèmes à aborder. Au cours de l'étude, le guide d'entretien a peu évolué.

Tableau 1 : Guide d'entretien

Questions de l'entretien semi-dirigé
Bonjour, Je suis interne en médecine générale. Je suis actuellement en dernière année d'étude. Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, j'effectue une étude avec la faculté de Médecine de Lorraine, accompagnée de Professeurs et médecins, sur les dérives thérapeutiques sectaires en partenariat avec l'UNADFI. Nous observons en effet dans les médecines non conventionnelles de plus en plus de dérives sectaires de la part du « praticien » qui la pratique avec des conséquences qui peuvent être majeures pour la victime que ce soit sociales, familiales, financières ou médicales. Nous cherchons à étudier quelle pourrait être la place du médecin traitant. C'est un questionnaire anonyme qui dure environ 30 minutes. Les questions sont ouvertes, vous pouvez répondre comme bon vous semble. Vous pouvez raconter tout ce qui vous semble important. L'ensemble des entretiens sera ensuite analysé pour tirer une conclusion sur l'ensemble des témoignages reçus.
• *Pouvez-vous me raconter votre histoire ?*
• *Pouvez-vous me dire quelle image de la médecine générale et de votre médecin traitant aviez-vous avant la dérive sectaire ?*
• *Quelle place a eu votre MT pendant cette période de DTS ?*
• *Quelle place aurait pu avoir votre MT ? Ou quelle place pourrait avoir votre MT pour d'autres victimes ?*

5. Recueil des données

Chaque date d'ESD a été fixée par courriel d'un commun accord entre l'enquêteur et le sujet. L'ESD a été réalisé par téléphone pour 2 raisons : tout d'abord, la répartition géographique des victimes rendait les tête-à-tête difficiles, ensuite la barrière téléphonique garantissait aux victimes un plus grand sentiment de sécurité.

Chaque ESD a été anonymisé et codifié directement avec un numéro comprenant VD ou VI pour victimes directe ou indirecte et le numéro d'entretien.

Chaque ESD a été enregistré avec un dictaphone numérique puis retranscrit mot à mot sans aucune modification.

6. Analyse des entretiens

Après la transcription verbatim, nous avons réalisé une première lecture intuitive de chaque entretien. Puis, nous avons réalisé une deuxième lecture plus focalisée avec une analyse de chaque entretien, permettant de dégager les grands thèmes (analyse longitudinale). Enfin, nous avons analysé chacun de ces thèmes en comparant chaque entretien (analyse transversale) et avons obtenu des sous-thèmes et sous-sous-thèmes. Afin

de réaliser plus aisément cette analyse thématique, le logiciel NVivo 8 a été utilisé pour réaliser ce codage et cette catégorisation. A partir de cette analyse réalisée par l'enquêteur, nous avons pu ainsi obtenir nos résultats. Pour chaque résultat, nous avons cité un verbatim illustratif (25).

IV. RESULTATS

1. Population de l'étude

a. Descriptif de la population

Au total, 11 victimes ont pu être interrogées. Nous avons rencontré de réelles difficultés de recrutement : d'une part le nombre de victimes au sein de l'UNADFI était limité dans ce contexte très spécifique de dérives sectaires restreint au domaine de la santé, et d'autre part, le sujet étant très sensible, il a été complexe d'obtenir des témoignages des victimes (expériences trop douloureuses à partager).

Sur les 11 sujets, 3 sujets ont été sortis de l'étude : deux d'entre eux relevaient de dérives sectaires mais qui n'étaient pas dans le domaine de la santé, et le troisième présentait un discours diffluent et avait été victime d'une dérive sectaire à la limite du domaine médical.

Sur les 8 ESD retenus, 2 étaient des victimes directes et 6 étaient des victimes indirectes (quatre conjoints, une maman et une amie).

L'âge moyen des victimes était de 38 ans. Le sex-ratio était de 1. Sept sujets étaient mariés ou en couple au moment de la DTS, et un sujet était veuf. Ils exerçaient tous un travail à ce moment-là. (cf. tableau 1 et 2)

Tableau 2 : Descriptif des victimes directes

NUMERO ANONYMISE	SEXE	AGE au moment de la DTS	PROFESSION	STATUT FAMILIAL
VD1	femme	27	Conseillère emploi	mariée
VD2	femme	28	Juriste	en couple

Tableau 3 : Descriptif des victimes indirectes

	VI (victime indirecte =victime interrogée)					**VD (victime directe)**		
NUMERO ANONYMISE	**SEXE**	**AGE au moment de la DTS**	**PROFESSION**	**STATUT FAMILIAL**	**Lien avec la VD**	**SEXE De la VD**	**AGE**	**PROFESSION**
VI1	homme	46	commercial	marié	conjoint	femme	38	psychologue
VI2	homme	38	ingénieur	marié	conjoint	femme	38	médecin
VI3	homme	50	professeur dessin industriel	marié	conjoint	femme	55	fonctionnaire
VI4	femme	65	infirmière	mariée	mère	homme	25	carrossier
VI5	homme	42	ingénieur agronome	en couple	conjoint	femme	39	audio-prothésiste
VI6	femme	60	Infirmière	veuve	divers			

En ce qui concerne les types de PNCAVT, il s'agissait dans un cas de médecine chinoise, dans un cas d'homéopathie, dans un cas de médecine « par les ondes » et pour les cinq autres cas, de prise en charge à orientation psychologique avec des thérapeutes cherchant à « soigner par l'esprit ». L'ensemble de ces PNCAVT correspondaient aux critères de dérives thérapeutiques sectaires de la MIVILUDES avec une nouveau mode de pensée, une totale emprise mentale et les conséquences familiales (ruptures avec le conjoint, les enfants), financières (endettement) et médicales (refus de vaccination …).

b. Déroulement des entretiens

Les ESD ont eu lieu entre le 23 mars et le 23 mai 2016 par téléphone avec des victimes au niveau national. La durée moyenne des ESD était de 37 minutes avec un minimum de 24 minutes et un maximum de 1heure et 4 minutes. La durée totale était de 305 minutes.

2. Résultats des entretiens

Nous avons tout d'abord tenté de comprendre qu'elle était l'image de la médecine générale pour ces patients particuliers, qui sont d'anciennes victimes directes ou indirectes de DTS. Il est important de souligner que les entretiens semi-dirigés ont été riches d'informations et que nous avons obtenu une saturation des données au 7ème entretien, confirmée au 8ème entretien.

a. Comportement inadapté du médecin généraliste

Tout d'abord, il ressort que pour la quasi-totalité des sujets interrogés, le médecin traitant n'est pas assez à l'écoute de ses patients et ne prend pas le temps de réellement dialoguer avec eux. Ils pensent que les médecins généralistes ont trop de patients et manquent souvent de temps pour pouvoir s'impliquer.

« Souvent on a l'impression que, ben ouais… le problème du système français, c'est qu'on est parfois un numéro, qu'il n'y a pas forcément d'écoute et de connaissance profonde de la personne, euh voilà qu'ils sont souvent surchargés, débordés et voilà… et donc ça, c'est un peu l'image que j'avais » VD2

Il apparait que les médecins généralistes ne perçoivent à priori pas assez précisément la demande de leurs patients, et ne peuvent donc pas apporter une réponse adéquate et une attitude adaptée. Deux des sujets précisent même que la réponse est souvent trop médicamenteuse. Il s'agit sûrement là d'une réponse classique à une demande initiale peut-être mal évaluée.

« Alors vous voyez la seule réponse qu'il avait à m'apporter c'était effectivement des médicaments quoi. C'était « prenez des médicaments ». Il n'a jamais eu un discours euh … d'écoute. » VD1

Deux des victimes, estimant que les médecins généralistes ne sont pas assez attentifs, déclarent même un lien de cause à effet entre ce manque d'écoute et la consultation des PNCAVT parfois à l'origine de la DTS.

« Je pense que effectivement ça joue dans le fait qu'on se tourne aussi vers des choses, des thérapies comme ça quoi hein … ou on est plus écouté quoi hein … » VD2

b. Impuissance et dégradation de la médecine générale

La moitié des sujets trouve que la médecine générale est impuissante : soit les prises en charge sont trop lentes, soit le médecin n'est pas assez compétent, soit la médecine et les traitements sont inefficaces pour certaines pathologies.

« C'est vrai que la médecine générale ne peut pas résoudre ce problème. » VI1

« Ça ne va pas assez vite si vous voulez. » VI3

Deux sujets sur huit trouvent que la médecine générale se dégrade sur le plan qualitatif, notamment à cause du manque de temps. D'un point de vue somatique, le médecin généraliste ne réaliserait plus d'examen clinique valable, et d'un point de vue humain, il ne s'intéresserait plus autant à l'histoire de vie de ses patients.

« Ils ne sont plus habitués à écouter les gens, à tenir compte de ce qu'ils disent, à essayer d'aller voir à la palpation pour faire un diagnostic. (…)L'examen clinique n'existe plus.» VI6

« Ça ne les intéresse pas !!! » VI6

Pour une victime, un médecin plus âgé est un atout. Il ressort que les médecins plus âgés sont « *pleins d'expérience* » et donc meilleur médecin.

« C'est quelqu'un à l'ancienne, de l'ancienne génération et il est très bien. » VI1

Dans le champ plus précis de notre sujet d'étude, 3 sujets sur 8 trouvent que les médecins généralistes ne sont pas suffisamment formés pendant ou après leurs études sur ce sujet des dérives sectaires dans le domaine de la santé. Ils n'en ont pas assez de connaissances.

« Parce que vous, vous avez entendu parler de ça mais je pense qu'il n'y a pas 3% des médecins généralistes qui ont entendu parler de ça… » VI2

« Ça manque de formation, ils n'ont aucune idée des ravages que ça peut faire. » VI6

Certains pensent aussi, que les médecins généralistes (intégrés dans une DTS) profitent parfois de leur statut de médecin pour recruter des adeptes. Deux des sujets ont insisté sur le fait qu'il fallait se méfier de tout le monde, y compris des médecins généralistes. Ceux-ci peuvent en effet être touchés par ce phénomène, aussi bien en tant qu'adepte que gourou.

« Il y a plus de 3000 médecins dans les sectes en tant que gourous beaucoup, en tant qu'adeptes pas mal et quelques-uns en tant que recruteurs… » VI6

En ce qui concerne la place du médecin traitant, deux sujets ont déclaré avoir informé leur médecin traitant de leurs difficultés, mais celui-ci aurait à chaque fois expliqué être limité dans son droit d'agir, et ne pouvoir les aider.

« Euhhhh il m'a expliqué que globalement, il n'avait le droit de rien faire. » VI3

Seulement une victime estime que le médecin traitant était parfaitement informé, mais qu'il n'y portait pas d'intérêt et qu'il ne voulait pas intervenir.

« Le médecin lui n'a pas voulu s'en mêler, il n'a rien dit … » VI6

c. Entre l'imaginaire et le réel

Malgré ces points de vue plutôt négatifs sur la médecine générale en général, le médecin traitant reste un médecin apprécié. En effet, plus de la moitié exprime respect et considération pour le généraliste, malgré le manque d'écoute. Ils lui portent de l'affection en tant que médecin de famille, de longue date dans la majorité des cas.

« C'est vraiment le médecin de famille, très bonne relation avec lui, pas de problème. » VI3

L'un d'entre eux a même montré une réelle admiration envers la médecine générale.

« Alors pour moi, le médecin généraliste, c'est quelqu'un d'assez exceptionnel. Il doit diagnostiquer euhhhh, il doit s'y connaitre en tout sans être spécialiste. Les spécialistes ont beaucoup de limites dans la mesure où quelqu'un qui est chirurgien va passer à côté d'un autre truc qui n'est pas de sa compétence mais qui est très grave. Vraiment, il connait beaucoup de choses, il doit aussi faire tout un accompagnement psychologique. » VI2

Comme expliqué par la suite, ces victimes attendent, dans l'idéal, beaucoup de leur MT : à la fois une place centrale au quotidien en tant qu'interlocuteur privilégié et en même temps une place non négligeable dans le domaine des DTS avec réalisation de prévention, de dépistage ou d'orientation…

Néanmoins, entre ce qu'elles attendent de leur médecin généraliste et la place qu'elles lui accordent réellement, il existe une réelle différence.

Certes, parfois leur médecin traitant a tenu, à la fin de la dérive sectaire, un rôle de soutien moral et d'orientation (avec prescription dans un cas d'un arrêt de travail afin de favoriser une rupture avec l'environnement de la victime).

« Une place centrale parce que sans lui, on a aucun appui. Sans lui, on se retrouve seul dans la nature… » VI5

Cependant, dans la grande majorité des cas (pour 6 sujets), le médecin n'a eu aucune place, car il n'était pas au courant que son patient avait consulté une PNCAVT, ni même avait été par la suite victime d'une DTS. Avec les différents entretiens, nous avons pu nous rendre compte que les raisons pour lesquelles le MT était tenu dans l'ignorance étaient diverses.

Tout d'abord, 5 victimes sur 8 ont témoigné qu'il existe au sein de ces pratiques sectaires une « règle de confidentialité ». En effet, ces victimes n'avaient aucunement le droit de raconter ce qu'il se passait pendant leurs séances ou « consultations ». Elles ne peuvent pas en parler à leur famille et encore moins au médecin traitant (qui est bien entendu trop dangereux pour leurs pratiques).

« La règle de confidentialité : interdiction de dire à l'extérieur ce qu'il se passe à l'intérieur du groupe. Vous voyez, on a ça. Donc de toute manière on n'a pas le droit d'en parler à qui que ce soit. » VD1

Certaines victimes n'en ont pas parlé à leur médecin traitant pour des raisons personnelles ou par ce qu'elles ressentaient de la honte, de la peur etc. parfois cette émotion recoupait la règle de confidentialité:

- Honte : *« Non, parce qu'ils ont, qu'ils peuvent avoir honte, parce que ces gens-là se débrouillent pour que ça reste sous le sceau du secret quoi… »* VI2
- Peur des propos négatifs sur la DTS du médecin traitant : *« Ils peuvent avoir peur que le MT dise quelque chose. Ils croient tellement à cette chose-là, qu'ils ne veulent pas qu'on leur donne quelque chose de négatif. »* VI6
- Illégitimité d'en parler au médecin traitant, ça ne le regarde pas : *« Je ne lui ai jamais parlé de ça. C'est entre la famille donc voilà... Je ne lui ai jamais parlé de ça… c'était confidentiel, c'étaient des histoires entre nous, on va dire. »* VI1
- Dépit, sentiment que personne ne peut l'aider : *« Quand on est dans cet état-là, je crois que de toute manière, on a l'impression que personne ne peut nous aider quoi. »* VD1

2 victimes ont précisé qu'elles ont développé pendant une certaine période pendant leur « thérapie » un sentiment de toute-puissance, qu'elles avaient raison sur tout et que tous les non-adeptes avaient tort.

« Ben plus rien n'a d'importance… c'est-à-dire que tout ce qui peut se dire autour, en fait on se sent tout puissant. » VD2

Au final, une seule victime a justifié qu'elle n'en a pas parlé à son MT en raison du manque d'intérêt et d'écoute cités préalablement.

« Zéro, zéro place honnêtement. Je n'allais même pas le voir parce qu'il ne faisait rien. » VD1

d. La place que le médecin généraliste pourrait avoir dans le parcours des victimes de DTS

- Un rôle d'écoute et de soutien moral

Tout d'abord, 3 sujets sur 7 estiment que leur médecin traitant a un rôle d'écoute et de soutien moral, que ce soit dans la prévention, le dépistage ou même lorsque la victime cherche à s'en sortir. Il se doit d'être présent et de leur apporter écoute, mais surtout sans jugement.

« D'abord écouter ce que la personne a à dire, essayer de prendre le temps. » VI6

« Quand le médecin traitant va être un peu plus incisif ou sermonner un parent, ben qu'est-ce qu'il va faire le parent ? Il va aller voir un médecin qui l'arrange. » VI5

- Formation

Tout d'abord, 4 sujets interrogés ont déclaré que le rôle de médecin traitant passe avant tout par une formation sur ce sujet que ce soit pendant ou après les études de médecine, afin de pouvoir réaliser de manière correcte de la prévention.

« Ce qu'il faudrait aussi, c'est qu'ils soient sensibilisés à cette chose-là ! »VI6

« Mais si il est formé, il peut poser des questions en cas de doute … » VI2

- Moyens de prévention

Le principal moyen de prévention cité par les victimes est l'information orale. En effet 5 sujets sur 7 estiment que le médecin traitant doit donner des explications sur les dérives sectaires : des informations neutres, une argumentation contre les dérives sectaires ou même une simple mise en garde.

« Informer les gens, peut-être informer les gens sur ce qu'est la manipulation mentale. » VD2

« Qu'il dise « ben voilà, allez voir une autre de sorte de médecine pourquoi pas ! Si c'est bien pour vous, allez-y ! Mais attention n'allez pas voir n'importe qui.» » VI3

Un seul sujet a évoqué une information écrite, comme une plaquette d'information avec des points très clairs.

« Je pense que peut-être, il faudrait distribuer des plaquettes : les dérives thérapeutiques sectaires, c'est quoi ? Des points très clairs. » VD1

- <u>Dépistage</u>

Deux sujets pensent que le médecin traitant a un rôle de dépistage des conduites à risque, que ce soit en faisant parler le patient afin de détecter les signes d'alertes, ou en utilisant une grille de questions permettant de déterminer si la personne est (ou risque d'être) sous emprise mentale ou non.

« Moi je pense qu'il faut un petit questionnaire en une dizaine de questions pour voir où en est la personne. » VI3

- <u>Un rôle d'orientation</u>

Plus de la moitié des victimes (4 sur 7) pense que le médecin traitant a un rôle à tenir au-delà de la prévention. Lorsque la dérive sectaire est soupçonnée, il devrait en effet tenir un rôle d'orientation que ce soit vers une association, un psychologue ou au moins vers un site d'information.

« Le médecin traitant n'a pas la capacité de dire vous êtes ou vous n'êtes pas sous emprise mentale, ou vous êtes susceptibles de l'être ou pas. Peut-être qu'en disant « madame ou monsieur, allez voir le site MIVILUDES, le site ADFI, le site CTMM etc. » VI2

- <u>Aurait-il une influence sur le patient?</u>

Même si le MT avait une place bien définie, la question s'est posée de l'influence que celui-ci aurait sur ses patients victimes d'une DTS. Ainsi 4 sujets ont parlé de cette influence et pensent que le médecin traitant aurait une influence limitée voire nulle, en fonction du stade d'emprise mentale de la victime.

« Alors en fait, le MT il aurait bien pu me dire, essayer de me raisonner [rire], ça n'aurait pas du tout marché quoi. » VD2

« En fonction du moment où on en est » VD1

V. DISCUSSION

1. Limites et forces de l'étude

a. Limites

Au niveau de la méthodologie, une étude qualitative par ESD était en réalité complexe dans ce contexte. Une étude qualitative observationnelle aurait été plus adaptée dans l'absolu, mais n'était pas réalisable en pratique dans notre cas, car il ne nous était évidemment pas possible d'assister directement au parcours sectaire des patients.

En ce qui concerne l'échantillon, nous avons dû modifier notre échantillonnage pendant notre recrutement. Alors qu'au début, le critère principal était d'être une ancienne victime directe, nous avons élargi nos critères d'inclusions afin d'intégrer les victimes indirectes. En effet, nous nous sommes rapidement rendu compte qu'il y avait très peu de victimes directes qui acceptaient de participer car le sujet est très sensible, et très spécifique (de par le domaine restreint de la santé). Les VD avaient plus ou moins réussi à passer à autre chose (souvent après de longues années), donc le fait d'en reparler représentait une réelle source de honte ou de souffrance pour elle. Les VI avaient d'avantages de facilité pour parler de leur expérience et étaient plus nombreuses que les VD au sein de l'ADFI. La plus grosse étape de notre étude a été de convaincre les victimes.

Malgré cet élargissement des critères d'inclusion, il a été difficile de former notre échantillon.

Les victimes ont été recrutées par l'intermédiaire de l'ADFI. Cela a pu interférer dans nos résultats, car elles sont *de facto* plus volontaires pour en parler et plus aptes à recevoir de l'aide que l'ensemble des victimes non inscrites à l'ADFI. De plus, leur perception du MG est probablement différente des autres victimes.

Il existe possiblement un biais de désirabilité au niveau des réponses des sujets car le thème est délicat : il y a pu en effet avoir des omissions, des mensonges, des craintes. Toutefois, il ne nous a pas semblé que les témoins retenaient leurs coups au moment de critiquer la médecine générale.

De plus, les ESD ont dû être réalisés par téléphone à cause de la répartition géographique des sujets. L'analyse du non-verbal et des intonations n'a donc pas pu être menée. Cependant, l'entretien par téléphone a probablement permis de rassurer et donc d'inclure un certain nombre de victimes.

L'analyse a été réalisée par l'enquêteur et il n'y a pas eu de triangulation des données (26).

b. Forces

Tout d'abord, notre étude présente un caractère original car il existe peu d'études sur ce sujet dans le domaine médical: pour les études déjà réalisées, celles-ci interrogeaient les médecins et non les victimes.

La grande force de notre étude est la qualité des ESD réalisés : ceux-ci ont en effet été très riches en informations, qu'elles soient objectives ou subjectives. Certes les victimes volontaires étaient peu nombreuses, mais elles nous ont apporté un témoignage très riche et très poignant. Ceci nous a permis d'obtenir rapidement une saturation des données. A partir du 7ème entretien, celle-ci a été obtenue, avec une confirmation au 8ème entretien (27).

L'utilisation des ESD nous a semblé être le plus cohérent dans le cadre de cette étude qualitative. Ceux-ci nous ont apportés beaucoup d'informations que nous n'aurions pas obtenues avec une étude quantitative. Les Focus Groups auraient été difficiles à réaliser car ils n'auraient pas permis de préserver l'anonymat des victimes (qui est si important pour ce sujet sensible). De plus, il aurait été difficile de les réaliser, en raison de la répartition géographique très large des victimes.

L'ensemble des ESD a été réalisé dans de bonnes conditions. Le temps de l'ESD n'était pas limité et l'anonymat était préservé, afin de laisser les victimes s'exprimer librement. L'enquêteur a gardé un ton le plus neutre possible pendant l'ESD afin de ne pas induire de réponses. Les sujets n'ont apparemment pas été gênés par la présence du dictaphone.

2. Discussion des résultats

a. L'image du médecin généraliste

Le principal résultat de notre étude est que les sujets estiment qu'il existe incontestablement un manque d'écoute de la part du médecin généraliste. 87% des sujets ont abordé ce point.

Ce résultat est en désaccord avec une étude réalisée en focus group en 2008 auprès de patients de médecine générale, qui a montré que le médecin généraliste est perçu comme un médecin de famille très à l'écoute, voire comme un confident qui reste disponible malgré la quantité de travail (28). Une autre étude réalisée en 2009 a montré que le médecin généraliste est considéré avant tout comme un conseiller ou comme un confident, mais que la population attend encore plus de conseils de temps et surtout d'écoute (29).

Notre échantillon a une vision plus négative de l'image du médecin généraliste et ce, probablement de par ses caractéristiques intrinsèques (consultation d'une PNCAVT, victime d'une DTS …). Même si le lien dans notre étude n'a pas clairement été établi entre le manque d'écoute du médecin généraliste et le souhait de consulter une PNCAVT, celui-ci avait déjà été évoqué par exemple lors des auditions de victimes pour la commission

d'enquête parlementaire de 2013 : *« C'est donc en premier lieu le dialogue avec les professionnels de santé, et principalement les médecins, qui semble faire défaut. […] C'est l'organisation des soins qui est remise en cause, et non pas nécessairement la médecine conventionnelle elle-même*. […] *Il pousse certains patients à recourir à des thérapies non conventionnelles qui se présentent comme centrées sur l'individu et dont les praticiens mettent principalement en avant leur capacité d'écoute.* » (12)

Une autre raison d'utilisation des PNCAVT est la différence de prise en charge. Un rapport de l'OMS a montré que les patients utilisant les médecines parallèles lorsqu'ils tombent malade déclarent le faire, car ce type de thérapies n'implique pas de traitement avec des médicaments ou des produits chimiques, et parce que les effets secondaires sont moindres. De plus ils y ont recours lorsque la médecine allopathique n'a pas réussi à les soigner (30).

En ce qui concerne la perception des médecins, il est important de souligner que ceux-ci trouvent eux-mêmes que leur qualité de travail est moindre, notamment à cause d'une charge de travail devenue trop importante (31). Ce problème n'est pas récent. Déjà en 1999, une étude montrait qu'il existait un délai moyen d'écoute de 23 secondes avant redirection par le médecin afin de ne pas perdre de temps (sur un échantillon de 199 consultations). Par ailleurs, les patients relancés n'avaient cette fois que 6 secondes en moyenne pour répondre à la demande exprimée par le médecin. En allant au plus vite au diagnostic, il est parfois oublié de prendre en compte la globalité du patient (32).

b. La place que le médecin généraliste a eue pendant la DTS

Notre étude a pu mettre en évidence qu'il existait de nombreuses raisons pour les sujets de ne pas parler de leur période de DTS à leur MT, les règles de confidentialité édictées par les gourous et les raisons personnelles étant prépondérantes. N'étant pas informé de cette DTS, il va de soi que le médecin traitant n'a eu strictement aucune place. Ainsi une étude a montré que même pour une consultation de PNCAVT, seuls 56.1% des patients en ont parlé à leur médecin traitant. Donc quand il est question de dérive sectaire, le sujet devient plus secret encore (23).

Comme expliqué précédemment, 7 sujets sur 8 déclarent que leur médecin traitant manque d'écoute, mais au final il est paradoxal de constater, que ce n'est jamais la raison pour laquelle ils ne leur en ont pas parlé. Cela peut nous faire penser que même si leur médecin traitant avait fait preuve d'écoute, il n'aurait pas été forcément plus informé de la situation, étant donné les règles de confidentialité et les raisons personnelles. Un médecin particulièrement attentif, à l'écoute et empathique pourrait néanmoins permettre au patient de passer outre les fameuses règles de confidentialité. Selon Hojat (33), la définition de l'empathie est la suivante : *il s'agit un attribut cognitif qui implique, d'une part, la capacité à comprendre la perspective du patient et comment ce dernier ressent les*

expériences et, d'autre part, la capacité à communiquer au patient cette compréhension. L'empathie est primordiale dans la relation médecin-patient et peut entrainer de nombreuses répercussions (34). Ainsi, comme l'a montré une méta-analyse de 41 études : une attitude empathique était corrélée avec une satisfaction des patients et une meilleure observance (35). De même une autre étude a montré que de courts instants de paroles rassurantes (40 secondes dans l'étude) lors d'entretiens avec des patientes atteintes d'un cancer du sein a permis de diminuer nettement leur anxiété (36).

c. La place que le médecin généraliste pourrait avoir dans le parcours des victimes de DTS

Il semble légitime à chaque sujet que le MT ait une place dans le parcours des victimes de dérives sectaires dans le domaine de la santé.

En plus d'un rôle capital d'écoute et d'empathie dont nous avons déjà parlé, une formation pendant ou après les études serait idéal. L'état des lieux actuel montre en effet, que les médecins ne se sentent pas, et ne sont pas assez formés. Une étude interrogeant des médecins sur les dérives sectaires dans le domaine de la santé a montré que 77,4% d'entre eux pensent qu'une formation sur ce sujet serait nécessaire dans le cursus des études médicales (20). Une meilleure connaissance dans ce domaine permettrait donc probablement une meilleure prévention.

Cette prévention passerait avant tout par un dialogue entre le médecin et son patient : donner de l'information de façon neutre, expliquer la manipulation mentale, proposer des sites d'informations. Le médecin traitant peut d'ores et déjà s'aider d'une liste proposée par la MIVILUDES à titre préventif (37).

En termes de dépistage, tout comme l'a suscité un sujet, une grille de dépistage serait pratique pour les professionnels de santé afin de détecter les pratiques à risque. En réalité, une liste de critères est déjà proposée par la MIVILUDES (37) ainsi que par le Pr Parquet (professeur de psychiatrie) qui définit ainsi l'emprise mentale (38).

On peut également penser qu'un généraliste maîtrisant bien les techniques de l'interrogatoire médical (relances de formulations, phrases rebonds, questions ouvertes), sera plus à même de découvrir la dérive sectaire ou son danger s'il pressent qu'il se passe quelque chose qui n'est pas dit.

Malgré ces attentes des victimes, la moitié pensent que dans tous les cas, l'influence qu'aurait le médecin généraliste sur elles, serait très limitée voire nulle. Les 4 autres sujets n'ont pas évoqué ce sujet de l'influence. Se pose alors la question suivante, si le MT était à l'écoute et empathique, aurait-il plus d'influence ? Ou se retrouverait-il quoi qu'il arrive devant un patient hermétique à tout conseil tellement l'emprise est importante… ?

L'empathie connait peut-être ici une limite, car les adeptes sont en effet complètement dépendants de leur gourou. Comme l'a expliqué le Dr Duretête dans son travail de thèse, il existe d'un point de vue thérapeutique et prise en charge, des similitudes au milieu de la toxicomanie (39). Si l'on suit cette piste addictologique, on peut donc penser, en ce qui concerne l'orientation, que le médecin traitant pourrait par exemple orienter son patient vers un confrère psychiatre (afin d'avoir une prise en charge optimale) et vers des associations (qui pourraient gérer ces situations dont elles ont l'habitude).

Enfin rappelons que dans un cadre légal, le médecin généraliste a des devoirs. Il a certes le devoir de secret médical envers son patient selon l'article 226-13 du code pénal (40). Il doit néanmoins réaliser un signalement aux autorités judiciaires, pour toute atteinte à l'intégrité physique ou psychique de ses patients, selon l'article 434-1 du code pénal (41). Dans ce cas-là, le code pénal (article 226-14) autorise la levée du secret médical sans accord du représentant légal pour les mineurs, les majeurs protégés et majeurs non protégés à risque de faiblesse, et avec accord du patient lui-même pour les majeurs protégés (42). En cas de refus de soin, le médecin doit informer son patient sur son état de santé selon l'article L 1111-2 du code de santé publique (43). Si l'arrêt de soin met la vie du patient en danger, le médecin doit tout tenter pour le convaincre d'accepter les soins indispensables. A chaque fois, le patient doit réitérer son refus qui doit être inscrit au dossier médical. De plus, en cas d'urgence vitale, le médecin a une obligation d'agir sans attendre, et souvent sans avoir la possibilité de recueillir les consentements. (43)

VI. CONCLUSION

Un des points importants de notre étude, est que pour ces victimes ayant eu recours tout d'abord à des PNCAVT, le médecin traitant était perçu comme un professionnel de santé respecté, mais pas assez à l'écoute de ses patients (et ce, souvent par manque de temps). Pour autant, c'est plus souvent la recherche d'un bien-être qui était à l'origine de la consultation des PNCAVT, plutôt que ce manque d'attention des médecins, pour les victimes. Le manque d'écoute et de disponibilité du médecin est certes un frein important, mais l'influence de celui-ci sur son patient serait malgré tout limitée dans ce contexte d'emprise mentale. Au-delà de l'écoute, ces mêmes patients attendent que leur médecin traitant trouve une place pour les aider pendant cette période de dérive sectaire ou au décours.

D'un point de vue général, il devrait commencer par être plus attentif aux discours de ses patients. Selon les victimes, le médecin traitant, après avoir été formé dans ce domaine, pourrait même devenir un acteur de prévention et d'orientation des DTS. Cette prévention passerait principalement par une discussion avec le patient, puis si possible un dépistage au moyen d'une grille ou d'un questionnaire. Enfin, le médecin traitant pourrait orienter ses patients, soit vers un simple site d'information, soit vers une association.

La place du médecin traitant dans le parcours des victimes de DTS est donc particulièrement complexe. Notre étude montre l'importance de développer des outils de formation et de communication dans la prévention et l'orientation de ces dérives, de s'appuyer sur les travaux de la MIVILUDES et des associations, tout en sachant accepter que les résultats pourront dans bien des cas être décevants ou modestes. Enfin, il serait intéressant de mener une nouvelle recherche, étudiant le lien entre le manque d'écoute ressenti par les patients en médecine générale et le recours aux PNCAVT.

PARTIE C : SYNTHESE ET PERSPECTIVES

Les dérives à caractère sectaire ne sont pas nouvelles et ont toujours été à l'origine de multiples réactions politiques officielles et officieuses. De l'Antiquité à nos jours, le risque perdure avec toutefois une évolution récente des organisations sectaires : après les grands groupes sectaires internationaux (certes toujours en activité), nous faisons face à une multiplication des micro-réseaux. Les différentes actions politiques, françaises notamment, ont eu pour conséquence de les limiter mais ont participé à l'évolution des pratiques, avec désormais ce phénomène de fragmentation beaucoup plus complexe à appréhender. Ces agissements isolés rendent plus difficile la protection de nos patients.

Depuis un certain temps, de nombreuses PNCAVT voient le jour avec une offre de bien-être. Lorsqu'elles sont bien pratiquées et qu'elles procurent écoute, soulagement ou réconfort, il n'y a bien sûr aucun danger. Mais elles deviennent dangereuses lorsqu'elles incitent à de multiples ruptures au niveau social, familial et médical. Il est parfois difficile de faire la part des choses sans se tromper, lorsqu'on est médecin notamment. Un travail de thèse a montré que les médecins ne sont souvent pas au courant que leurs patients bénéficient d'une PNCAVT. Pour quelle raison ? Quelle image de la médecine générale ont ces patients ayant bénéficié d'une PNCAVT et devenant parfois victimes ? Hormis quelques travaux de thèse, il existait peu d'études sur ce domaine. Nous avons donc essayé de comprendre quelle image ont ces victimes de leur médecin généraliste et la place que celui-ci devrait avoir, selon elles, dans le parcours des victimes de DTS, dans le but d'améliorer nos pratiques.

Nous avons trouvé dans cette étude bien plus que ce que nous nous attendions à découvrir, au prix de difficultés parfois sévères. Tout d'abord, communiquer avec l'ensemble des ADFI n'a pas été simple de par les différents horaires et les différences de fonctionnement de chaque ADFI. La plus grosse étape de notre étude a été de convaincre les victimes. Chacune d'entre elles avait plus ou moins réussi à « tourner la page », et donc leur proposer de témoigner à propos de cette période engendrait le plus souvent un stress, une tristesse ou une honte les menant à refuser. D'une manière générale, les victimes directes aidées par les ADFI ne sont pas souvent restées en contact avec ces associations. Les autres n'étaient pas forcément d'accord ou prêtes à participer. Aussi, nous avons dû élargir aux victimes indirectes qui étaient le plus souvent le conjoint, un parent ou un ami. Ces victimes indirectes avaient plus fréquemment gardé contact avec l'association, qui leur avait apporté les premières aides pour leurs proches. Certaines, ayant encore besoin de parler ou envie de témoigner afin de protéger d'autres familles, étaient plus volontaires pour participer. Au final, chaque ADFI a dû rechercher dans ses archives des victimes (directes ou indirectes) pouvant correspondre à notre demande, leur envoyer notre mail, voire leur donner des explications complémentaires lorsque nécessaire. Et même si les ADFI ont connaissance de nombreuses DTS à partir des PNCAVT, les plaintes qu'elles reçoivent actuellement portent

plutôt sur la radicalisation islamique (dont les pratiques peuvent être comparables mais qui sortent du sujet de notre étude). Un des points communs reste tout de même qu'avant de vouloir être présent et à l'écoute en tant que professionnel de santé, il faut avant tout favoriser la déclaration de ces victimes en développant différents moyens et actions.

De par ces difficultés de recrutement induisant un petit nombre de sujets et une répartition géographique large, les ESD ont donc été menés par téléphone. Le fait de les avoir réalisés par téléphone, est certes d'un point de vue général, une limite dans une étude qualitative. Néanmoins, dans notre cas précis, il nous a semblé que les victimes ont apprécié cette barrière téléphonique, qui leur procurait un sentiment de sécurité et un plus grand anonymat. Nous avons tout de même essayé de décrypter au maximum leurs émotions (silence, rires, onomatopées) et de les retranscrire pour chaque entretien afin de réaliser une analyse optimale, comme le montre l'entretien en ANNEXE 2.

Ces patients, avant même qu'ils ne soient victimes, sont initialement à la recherche d'écoute et de réponse pour des maladies ou douleurs chroniques. Dans notre étude, le médecin généraliste est vu comme un professionnel qui n'est pas assez à l'écoute de ses patients par manque de temps. Néanmoins comme nous l'avons expliqué, il est contradictoire de savoir que, même si celui-ci faisait justement preuve d'écoute, l'influence qu'il aurait sur ces victimes serait très limitée dans ce contexte d'emprise. Il est capital de souligner que ce résultat ne doit surtout pas décourager les généralistes en les cantonnant dans une sensation d'impuissance. Au contraire, le praticien doit comprendre dans nos résultats qu'il convient de poursuivre ses efforts de communication afin de favoriser une possibilité de libre-échange avec son patient, quand le moment sera venu pour lui de se confier.

On peut légitimement penser, par analogie avec la proposition minimale dans les conduites addictives, que des paroles bienveillantes, des avertissement, des explications, ou des offres d'aide pourraient être ainsi dispensées et semées telle une graine dans l'esprit des patients. Ceux-ci n'en feront pas forcément usage d'emblée, mais ces idées feront leur chemin dans leurs pensées, et les patients pourront s'en saisir le moment venu. On pourrait ainsi étudier scientifiquement dans une thèse la notion d'une proposition minimale dans les situations de PNCAVT.

En effet, malgré les limitations posées par les victimes, le médecin généraliste reste perçu comme un possible acteur de prévention et d'orientation et conserve une place centrale (à la condition que ce soit au moment où la victime est apte à recevoir de l'aide ; c'est-à-dire, à les entendre, au début de l'emprise mentale, ou à la fin). Mais rien ne nous oblige à nous cantonner à ces deux moments car l'action du généraliste sur son patient est, par essence, diachronique. Ainsi, comme expliqué précédemment, le praticien a d'ores et déjà des outils de prévention comme les conseils figurant sur le site de la MIVILUDES (ANNEXE 3). En termes de dépistage, une liste de critères est déjà proposée par la MIVILUDES. Celle-ci contient une liste non exhaustive de 11 critères permettant d'alerter sur

une pratique à risque (ANNEXE 4). De même, le Pr Parquet, professeur de psychiatrie, a établi une grille de 9 critères pour caractériser l'emprise mentale. Pour porter le diagnostic, il faut que 5 critères sur 9 soient réunis (ANNEXE 5). Ces critères « *permettent de ne pas imputer à tort un changement d'attitude et de comportement, qui pourrait avoir d'autres origines comme une pathologie mentale, un trouble de la personnalité ou une réaction à une perturbation survenue dans la vie d'une personne ».*

De plus, que ce soient les médecins généralistes ou les patients, tous s'accordent à dire que le médecin ne reçoit pas assez de formation dans ce domaine, et il semblerait intéressant de proposer des formations de courte durée à la fin des études de médecine, que ce soit pour les médecins généralistes mais aussi pour les spécialistes les plus concernés comme les oncologues, les rééducateurs, les internistes etc. En effet, ce sont des spécialités dont les patients souffrent de maladies ou de douleurs chroniques et ont particulièrement besoin de parler et d'être écoutés. Là encore, le développement de ces outils de formation pourrait faire l'objet d'une étude scientifique, par une thèse, une étude, un mémoire de pédagogie, etc.

Grâce à ces formations, le MT serait plus apte à réaliser un dépistage dès lors qu'il en ressent l'utilité, et apporter par la suite si nécessaire à la fois un soutien médical et psychologique et, une bonne orientation selon le cas. Ainsi le gouvernement a déjà publié une liste avec l'ensemble des organismes pouvant apporter une aide aux victimes dans ce domaine de dérive sectaire : des associations, des professionnels de santé etc (ANNEXE 6).

Pour finir, et d'une manière générale, cette étude nous mène à deux questions intéressantes.

D'une part, notre travail a montré que, pour certaines de ces victimes, le médecin généraliste n'est pas assez à l'écoute de ses patients, mais que ce n'est pas la raison pour laquelle ils consultaient des PNCAVT. Deux victimes, en revanche, ont fait un lien direct entre le manque d'écoute et la consultation d'une médecine parallèle. Y a-t-il véritablement une corrélation entre ce manque d'écoute et le recours à une PNCAVT ? Hormis l'enquête parlementaire de 2013, qui évoquait déjà cette carence (mais la liait plutôt au système d'organisation de soins), il faudrait probablement mener un travail scientifique sur ce point précis.

D'autre part, même si le refus de vaccination n'a pas été abordé par les victimes que nous avons interrogées (sauf une), les responsables de l'UNADFI avec qui nous avons parlé nous ont cité ce refus de faire vacciner ses enfants (de plus en plus constaté de nos jours), comme une porte d'entrée possible et même fréquente dans les dérives thérapeutiques sectaires. En effet, que ce soit parce que les parents estiment qu'il n'y a plus de danger (parce que la maladie est éradiquée), ou parce qu'ils ont peur des effets secondaires éventuels du vaccin, ou encore parce que la vaccination est perçue comme du lobbying industriel, le refus de vaccination est devenu pour eux un acte « naturel » ou

scientifiquement justifié. Il semble que les mouvements sectaires aient perçu une « demande » dans ce domaine, ou à tout le moins que des gens tenant ce genre de raisonnement pourraient avoir une propension plus grande à se tourner vers une DTS. Mais il ne s'agit là que d'une opinion, qui, ici encore, mériterait une investigation plus scientifique : une étude portant sur le refus de vaccination et les dérives sectaires en santé pourrait être intéressante afin d'établir de manière plus certaine le sens de la relation : est-ce le gourou qui incite à la non-vaccination ? Ou bien profite-t-il d'un refus de vaccination pour recruter des adeptes ?

Ainsi notre travail, en se fixant le but d'examiner une question avec un point de vue inédit (l'interrogation des patients et non des médecins), suscite-t-il, au-delà des réponses qu'il a pu apporter, d'autres interrogations connexes. Dans tous les cas, c'est, comme souvent, la question cruciale de la communication médecin-patient et du colloque singulier, toujours irremplaçable, mais toujours à réinventer, que nous devons continuer à explorer.

BIBLIOGRAPHIE PARTIE A

1. Tite-Live. Histoire Romaine - Les évènements des années 187 à 183 a.C.n.

2. Qu'est-ce que l'Ordre du Temple Solaire ? [Internet]. [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: http://www.prevensectes.com/ots2.htm

3. L'Ordre du Temple Solaire [Internet]. [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: http://sectissimo.e-monsite.com/pages/differentes-sectes-et-mode-de-vie/l-odre-du-temple-solaire.html

4. Fusier M. Secret d'état, enquête au coeur d'une secte OTS. Traboules EDS DES; 2006.

5. Gest A, Guyard J. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les sectes en France. 2468 déc 22, 1995.

6. Guyard J, Brard J-P. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation financière, patrimoniale et fiscale des sectes, ainsi que sur leurs activités économiques et leurs relations avec les milieux économiques et financiers. 1687 juin 10, 1999.

7. Historique | Miviludes [Internet]. [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: http://www.derives-sectes.gouv.fr/missions/historique

8. Décret n°96-387 du 9 mai 1996 portant création d'un observatoire interministériel sur les sectes. 96-387 mai 9, 1996.

9. About N, Picard C. LOI no 2001-504 du 12 juin 2001 tendant à renforcer la prévention et la répression des mouvements sectaires portant atteinte aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales. loi no 2001-504.

10. Historique de l'UNADFI | unadfi.org [Internet]. [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: http://www.unadfi.org/qui-sommes-nous/historique

11. CCMM [Internet]. [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: http://www.ccmm.asso.fr/spip.php?rubrique56

12. Milon A, Mézard J. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé. 2013 avr. Report No.: 480.

13. Caulfield T. 'Like a religion': Researchers explain why some believe in natural healing - The Globe and Mail [Internet]. [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: http://www.theglobeandmail.com/news/national/like-a-religion-experts-discuss-naturopath-quackademics/article29757694/

BIBLIOGRAPHIE PARTIE B /ARTICLE

14. Da Cruz N. Face aux dérives sectaires, l'union fait la force. Bull Inf Ordre Natl Médecins. févr 2012;(21):22-7.

15. Santé | Miviludes [Internet]. [cité 13 sept 2016]. Disponible sur: http://www.derives-sectes.gouv.fr/quest-ce-quune-d%C3%A9rive-sectaire/o%C3%B9-la-d%C3%A9celer/sant%C3%A9

16. IPSOS/SIG. le phénomène sectaire, une réalité concrète pour près de 15 millions de français et une perception nette de l'action des pouvoirs publics. 2010.

17. MIVILUDES. Guide Santé et Dérives Sectaires. La Documentation française; 2012.

18. Grünwald D. Les médecins face aux dérives sectaires en matière de santé. Bull Liaison Etude Sectes. 2004;(84):1-5.

19. La santé : un juteux marché pour gourous et autres charlatans | unadfi.org [Internet]. [cité 13 sept 2016]. Disponible sur: http://www.unadfi.org/domaines-infiltration/sante-bien-etre/pratiques-non-conventionnelles/la-sant%C3%A9-un-juteux-march%C3%A9-pour

20. Gomez A, Chauffier Y. Sensibilisation des médecins généralistes aux dérives sectaires dans le domaine de la santé [Thèse de médecine générale]. Université Pierre et Marie Curie; 2014.

21. Ghiglione M-L, Durand A. L'implication des sectes dans le domaine de la santé et le secteur médico-social [Thèse de pharmacie]. Université Aix-Marseille II; 2007.

22. Chassain M. Pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique et dérive thérapeutique sectaire: définitions, état des lieux en Lorraine en 2013, aspects juridiques et conduite à tenir. [Thèse de médecine générale]. Université de Lorraine; 2014.

23. Mélois P, Mener E. Communication entre le patient et son médecin traitant à propos de Médecines Complémentaires et Alternatives [Thèse de médecine générale]. Université de Rennes I; 2014.

24. Dubois-Courvoisier J, Zerbib Y. Pourquoi les patients ont-ils recours aux médecines non conventionnelles? [Thèse de médecine générale]. Université Claude-Bernard - Lyon I; 2011.

25. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. 1992.

26. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. BMJ. 8 janv 2000;320(7227):114-6.

27. Neuman L. Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches. 6ème édition. Boston: Pearson Education; 2006.

28. Bonnet J-B, Le Mauff P. Image du médecin généraliste par les patients: étude auprès de l'agglomération nantaise par la méthode du focus groupe. [Thèse de médecine générale]. Faculté de médecine de Nantes; 2008.

29. Mousel C, Aubrège A. Le médecin généraliste en 2007: Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée de la Fensch et du pays Haut Lorrain. [Thèse de médecine générale]. Nancy I. Faculté de médecine; 2009.

30. World Health Organization. Legal status of traditional Medicine and Complementary/alternative Medicine: A Worldwide Review. 2001.

31. Parpillon A, Lacaille-Urion J. L'image du médecin généraliste vue par lui-même par la méthode du focus groupe. [Thèse de médecine générale]. Faculté de médecine de Nantes; 2010.

32. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? JAMA. 20 janv 1999;281(3):283-7.

33. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. Am J Psychiatry. sept 2002;159(9):1563-9.

34. Lecomte. Empathie et ses effets. EMC Elsevier Masson SAS Paris. 2010;(60-495-NaN-10).

35. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Med Care. juill 1988;26(7):657-75.

36. Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. janv 1999;17(1):371-9.

37. Individu | Miviludes [Internet]. [cité 28 déc 2016]. Disponible sur: http://www.derives-sectes.gouv.fr/conseils-et-principes-de-prudence/individu-0

38. Philippe-Jean Parquet : les 9 critères pour caractériser l'emprise | Derive sectaire [Internet]. [cité 18 sept 2016]. Disponible sur: http://derive-sectaire.fr/philippe-jean-parquet-les-9-criteres-pour-caracteriser-lemprise/

39. Duretête O, Venisse J-L. A propos du phénomène sectaire: approche socio-psychopathologique. université de Nantes; 2002.

40. Code pénal - Article 226-13. Code pénal.

41. Code pénal - Article 434-1. Code pénal.

42. Code pénal - Article 226-14. Code pénal.

43. Code de la santé publique - Article L1111-2. Code de la santé publique.

ANNEXES

ANNEXE 1 : exemples de ruptures avec la médecine conventionnelle. Source UNADFI.fr

Une femme décède après un refus de chimiothérapie

Une mère de 34 ans atteinte d'un cancer du sein est décédée à Rimini après avoir décidé de ne pas suivre une chimiothérapie.

Le chirurgien qui avait diagnostiqué le cancer du sein de cette femme lui a proposé à de nombreuses reprises la chimiothérapie, mais en vain. Adepte des principes de Ryke Geerd Hamer, cette femme était convaincue qu'elle se soignerait avec des compresses de ricotta et des décoctions d'orties. Le chirurgien déplore que de plus en plus de personnes abandonnent les thérapies traditionnelles et se reposent sur des théories étranges et dangereuses.

(Sources : Corirere della Sera, 03.09.2016 & Il Resto del Carlino, 03.09.2016)

Décès d'une adolescente

Eleonora Bottaro est décédée d'une leucémie lymphoblastique après avoir fait le choix de se soigner avec la méthode proposé par Ryke Geerd Hamer.

La jeune fille n'a pas encore 18 ans quand elle apprend qu'elle est atteinte d'une leucémie lymphoblastique. Encore mineure, elle décide avec ses parents que la meilleure façon de se battre contre sa maladie est de suivre les principes de Ryke Geerd Hamer. L'un des grands principes de cette méthode repose sur le fait que toutes les maladies sont causées par un conflit et sont la réaction du corps à un traumatisme non résolu.
Les médecins qui s'occupaient d'elle se sont plaints auprès du tribunal pour enfants qui, dans un premier temps, a donné raison au personnel médical et a retiré temporairement l'autorité aux parents. À la suite de quoi Eleonora a écrit une lettre au tribunal pour expliquer les raisons de son refus d'accéder aux soins traditionnels. Le 14 août dernier, le juge, après l'avoir rencontrée, a jugé qu'elle était assez mature pour prendre elle-même la décision de se soigner comme elle le voulait et a restitué la garde aux parents. La famille est alors allée s'installer en Suisse, dans le canton du Tessin pour se rapprocher d'une clinique privée où la jeune fille a reçu un traitement alternatif composé de cortisone et de vitamine C.
Cependant, à la fin de l'été, Eleonora est décédée. Pour le père, sa fille est décédée suite à la pression du tribunal et des médecins.

(Source:RIES,03.09.2016)

ANNEXE 2 : Entretien semi-dirigé avec la victime directe numéro 1 (VD1)

Afin de préserver l'anonymat, l'ESD suivant a été tronqué de la première partie dans laquelle la VD raconte son histoire.
E= Enquêteur
VD1= Victime Directe Numéro 1

E: Ok. Oui donc c'est relativement récent. Et donc du coup, on va passer sur le versant un petit peu plus médecine générale. Vous, quelle est l'image de la médecine générale que vous avez ? en parallèle de prise en charge là ? Quelle image avez-vous de votre médecin traitant ?

VD1 : Alors vous voyez la seule réponse qu'il avait à m'apporter c'était effectivement des médicaments quoi. C'était « prenez des médicaments » Il n'a jamais eu un discours euh …

E : D'écoute ?

VD1 : Oui voilà d'écoute, au moment où j'avais mes angoisses…

E : Au moment où vous avez eu, un petit garçon vous m'avez dit hein ? Diego c'est ça ?

VD1 : Tiago Tiago

E: Vous me confirmez qu'au moment où vous avez eu vos angoisses, il répondait trop par les médicaments et ne répondait pas assez par les questionnements, les écoutes, la compréhension ?

VD1 : Tout fait … tout à fait … je me sentais vraiment seule quoi … il n'avait pas de réponse adaptée en tout cas à ce que moi je cherchais … c'était vraiment trop avec les médicaments.

E : Oui, ça ne correspondait pas à vos attentes au moment où l'histoire a eu lieu en fait

VD1 : De toute manière, vous voyez, cette thérapie-là, elle met totalement à l'écart les médecins généralistes.

E : C'est pour ça que je vous demande avant que vous rencontriez cette thérapeute-là, est-ce que le médecin généraliste était quelqu'un qui pouvait vous aider ?

VD1 : Alors pour moi, il n'y avait pas assez d'écoute.

E : C'est un médecin traitant que vous avez depuis longtemps ?

VD1 : Oui oui oui. Mais savez, quand on broie du noir, quand on est dans cet état-là, je crois que de toute manière, on a l'impression que personne ne peut nous aider quoi. C'est une vraie proie facile.

E : D'accord. Et donc du coup, votre médecin traitant pendant l'ensemble de cette période-là, a-t 'il eu une place ?

VD1 : Zéro, zéro place honnêtement. Je n'allais même pas le voir parce qu'il ne faisait rien. Et elle nous disait tellement, pendant 5 ans, je n'ai jamais été malade je crois vous voyez !

E : C'est-à-dire que même à côté pour des infections…

VD1 : Oui je n'allais pas le voir et puis de toute manière quand on est dans le groupe elle nous dit que pour les petites maladies, c'est que le corps parle, que c'est synonyme de quelques chose, qu'il faut en parler gnagnana restituer en groupe. Bizarrement c'est vrai qu'au bout d'un moment ça tape quoi, c'est psychologique. Et puis comme évidemment ça passe, ben vous voyez elle appuie, elle met le point dessus et puis on est remis à nu quoi…

E : Et donc du coup, vous ne l'avez pas vu pendant ces 5 années ? Du tout ? Il a su que voyiez une thérapeute ?

VD1 : Non non non mais vous voyez, on a la règle de confidentialité.

E : Donc là vous pareil, vous n'en avez pas parlé avec lui, même au début.

VD1 : Oui tout à fait. Par contre c'est à elle qu'on dit tout vous voyez. On raconte tout tout tout et puis évidement quand c'est le dévidoir et ben quand on va voir le médecin on a rien à lui dire du coup

E : Oui

VD1 : Ca peut paraitre dingue mais je vous assure que c'est comme ça que ça se passe.

E : Je vous crois complètement, vous savez, c'est … de la manipulation mais ils arrivent à obtenir beaucoup avec la manipulation.

VD1 : Oui oui.

E : Votre enfant il voyait un pédiatre ou c'était votre médecin généraliste qui le suivait ?

VD1 : Honnêtement on a eu du bol nous, on a eu un enfant qui n'était pas spécialement euh

E : Oui il n'a pas été spécialement malade

VD1 : Je crois qu'il a dû le voir 3 fois, les trucs obligatoires quoi vraiment.

E : Et donc ce n'étaient pas des séances pendant lequel vous parliez de vous ?

VD1 : Non. Et il n'y avait aucune question du genre « est-ce que vous allez bien ? » Jamais, jamais vous voyez !!!

E : Donc vous, votre médecin traitant, voilà c'est confidentiel et anonyme je le répète, vous trouvez qu'il y a un manque d'écoute ?

VD1 : honnêtement, l'écoute et le temps. Ils ont pas le temps. Ça va être torché, il vous demande pourquoi vous êtes là. Au pire il regarde la gorge, il regarde le ventre « Ah ok, c'est

bon, tenez l'ordonnance, au revoir » « ça va pas bien, ok, je vais vous donner un truc pour dormir, euphytose …. »

E : C'est pas ce qui correspondait à vos attentes à ce moment-là.

VD1 : Non non. J'avais des angoisses, c'est normal d'avoir du mal à se coucher !

E : Et du coup votre médecin traitant, imaginons si vous lui en aviez parlé, quelle place aurait pu avoir ou pourrait-il avoir ? et même pour un médecin traitant X pour d'autres victimes ? Quelle place pourrait avoir le médecin traitant selon vous ?

VD1 : Alors pour moi, il pourrait avoir une place importante au niveau des signes d'alertes, vous voyez. Je pense qu'il pourrait interroger pour des gens qui sont déjà intérieurs oui qui sont suivis par des thérapeutes, les interroger sur leurs pratiques. Est-ce qu'il y a un contrat ? Alors là ça donne déjà une alerte. Si il y a des règles de confidentialité, si c'est selon le budget, est-ce que euh …. Euh …

E : Un peu quelles sont les modalités de consultation de la ou du thérapeute.

VD1 : Voilà les séances, ça fait combien de temps que ça dure ? Vous voyez il faut qu'il y ait un terme à tout, faut que ça dure toute la life ! 5 ans c'est absolument gigantesque !!

E : Oui c'est long. Et votre médecin traitant, vous pensez qu'il vous aurait posé les questions si vous lui en aviez parlé ou pas spécialement ?

VD1 : Si il m'aurait posé ces questions-là ? Non je ne pense pas. Il n'est pas du tout mais du tout au courant de comment ça se passe ….

E : Alors c'est justement un peu le but de mon étude, c'est d'étudier du point de vue du ressenti des patients cette fois ci la perception des médecins traitants dans ce domaine-là en fait. C'est le but de mon étude étant bientôt médecin généraliste. Vous pensez que pour d'autres victimes vous me confirmez que

VD1 : que oui, il pourrait avoir un rôle important.

E : En parlant directement à la victime ? A l'entourage ?

VD1 : Alors je pense que, moi c'est pareil, ce qui m'a aidé, c'est pas que mon amie parce que comme elle était partie du groupe tout ça, je ne savais plus qui croire moi. Ou elle qui était psychothérapeute ou un médecin (consultation d'un psychiatre du réseau PSI) qui elle, par contre sortait tous ses diplômes et tout le bazarre quoi. Alors moi je me suis dit : « Tiens je remets en question des diplômes quoi » quelque part on remet en question son professionnalisme et autre ; et c'est effectivement l'entourage qui m'a aidé. Je me suis tournée vers une personne en qui j'ai extrêmement confiance, je lui ai tout déballé, comment ça fonctionnait et elle a mis le doigt et l'accent sur le fait que c'était bien une dérive sectaire, que c'était une évidence…

E : D’accord

VD1 : Là maintenant quand j’en parle avec des médecins, tout le monde me dit « oui en effet c’est ultra bizarre ».

E : Mais c’est vrai que ceci dit, au moment où c’est arrivé, c’est pas si simple de …

VD1 : Tout à fait parce que surtout on vient d’apprendre, enfin quand mon amie en est sortie, parce que après elle nous harcèle. On a reçu un tas de courriels, un truc de fou ! Elle nous a même conseillé un psychiatre !!!! Et alors nous on a fait des recherches sur ce psychiatre, il faisait parti du réseau ! Fin vous voyez c’est horrible !

E : Oui de toute manière les réseaux de dérives thérapeutiques sectaires peuvent être tout à fait composés de thérapeutes comme de médecins…

VD1 : Elle est là la difficulté ! Même si on a une confiance aveugle en quelqu’un, il peut donner les coordonnées de quelqu’un qui est ultra mauvais. Elle, elle respirait la confiance ! Quand vous la voyez, c’est une jolie femme, sportive, elle a une famille de 3 enfants, elle est encore mariée depuis wouuu mathusalem !

E : Elle a des critères de confiance entre guillemets.

VD1 : Carrément ! Elle vous reçoit chez elle, elle fait plein de trucs à côté, elle a des activités fin…

E : oui une vie bien remplie quoi…

VD1 : oui.

E : Donc vous me disiez que vous pensiez que les médecins généralistes pouvaient avoir une place importante pour détecter et tirer la sonnette d’alarme. Et au niveau de l’influence ?

VD1 : Sur ?

E : Et bien sur le patient. En disant « écoutez, là je pense que là il y a des signes d’alarme » est-ce que vous pensez qu’il y aurait des répercussions sur le patient ….

VD1 : Alors oui, moi je pense que ça dépend où on en est dans le travail. Là je vois depuis qu’on est plus dans le groupe, elle a mis fin au groupe comme par hasard. Pour noyer le poisson je pense. Et une personne du groupe que j’ai encore contacté et qui est allé voir son médecin traitant. Donc il a tout raconté à son médecin traitant et effectivement il lui a dit que c’était pas normal et il lui a donné pour lui 3 adresses de 3 psychiatres mais là vous voyez on est dans la bonne période…

E : Oui

VD1 : En fonction du moment on en est, on la protège vous voyez. Et on la protège, c'est elle qui sait tout, c'est elle qui a raison. Elle nous contredit, fin c'est elle qui avait raison, ce sont les autres qui ont tort et les autres qui ne connaissaient rien ne pouvaient pas comprendre dans la détresse. Je pense que ça dépend vraiment de la période…

E : A laquelle vous en parlez et de votre capacité de réception ?

VD1 : Voilà mais je pense que tout de même quelqu'un doit mettre le doigt dessus, doit poser des mots à un moment donné.

E : Et donc plus un professionnel de la santé que quelqu'un de la famille ?

VD1 : Oui je pense que peut être, il faudrait distribuer des plaquettes, les dérives thérapeutiques sectaires c'est quoi ? Des points très clairs. C'est quoi une DTS ? Mettre les coordonnées d'association en gros et peut être pour le médecin parler de ça ! Faire de la prévention et pour celui qui vient, bien le faire parler sur ce qu'il se passe et puis il y a les règles, c'est quoi ces règles, ça fait combien de temps qu'il y est, la régularité. C'est tous les 15 jours et on a pas intérêt à louper une séance !

E : Oui j'imagine.

VD1 : Alors là euh !!! Là c'était des textos à tirelarigot, enfin bon de toute façon on y allait. Parce que bon si on y allait pas, on était pas payé hein !! Maintenant je peux dire ça mais avant olala ! Je la protégeais à fond quoi !

E : Oui il y a différentes phases dans le travail comme vous dites et maintenant vous en êtes sorti, donc vous un regard plus critique et vous n'êtes plus sous l'emprise de sa manipulation donc voilà vous récupérez votre façon à vous de penser !

VD1 : Oui complètement. Voilà on récupère notre façon de penser et puis on lui donne une telle confiance ! Donc oui à mon sens je pense que le médecin traitant peut avoir une place importante.

E : A condition de poser

VD1 : Oui à condition de poser les bonnes questions quoi…

E : Y a-t-il des conclusions que vous tirez de cette période que ce soit par rapport à vous à votre MT ? Ou alors est-ce qu'au final c'est tout ce que vous m'avez raconté et … c'est une question qui est difficile, je vous la pose mais c'est très compliqué comme question.

VD1 : Que l'emprise totale psychologique peut arriver à toute personne, que une fragilité à un moment donné ça peut toucher tout le monde, et surtout à tout niveau, on était avec des gens qui étaient des avocats ou avec des personnes qui gagnaient mais moins que le SMIC quoi…

E : Oui

VD1 : Ah mais oui il y a de tout, des gens haut placés hein vraiment qui gagnaient très très bien leurs vies ! Et après oui, peut être que se sentir entouré, c'est-ce qui nous sauve. Il ne faut pas s'éloigner de personne. Moi vous voyez, si je devais recommencer et je ne crache pas sur tout parce que je pense que la méthode est très bonne. C'est-ce que certain thérapeute en font qui... il n'y a pas de ….

E : C'est la façon dont elle est pratiquée qui est

VD1 : Et elle pour le coup, on est des vrais pantins. Et puis moi maintenant je m'imposerais des limites dans le temps vous voyez. Et je garderai toujours à côté de moi, comment vous dites, une petite mallette oui, roo excusez-moi je cherche mes mots…

E : Pas de soucis

VD1 : Oui en conclusion je serais en alerte sur le temps que ça dure et je pense que comme une consultation de médecin, il y a un prix, point. C'est pas fonction de combien tu gagnes, à ta tête, vous voyez ? Cette notion-là est importante.

E : Oui

VD1 : les psychologues et les psychiatres, on va les voir, c'est 30€ et ben c'est 30€, c'est pas 200€ si tu gagnes 3000€ / mois ! Le prix c'est important. Et on passe tous par une période de fragilité donc ok il faut être aidé mais pas toute la vie quoi.

E : Oui oui oui c'est une bonne conclusion.

ANNEXE 3 : Prévenir la dérive sectaire. Source : MIVILUDES

10 conseils pour se protéger de la dérive sectaire

5 bonnes questions :

- Le praticien promet-il la résolution de tous les problèmes rencontrés grâce à une méthode « novatrice et révolutionnaire » ?
- Le praticien qualifie-t-il mon enfant de « spécial » ou d' « exceptionnel » ?
- Le praticien critique-t-il ce qu'il nomme la « médecine conventionnelle » et le recours aux médicaments ?
- Le praticien critique-t-il ma famille, mes amis ou encore les services de l'Etat en charge de la santé ?
- Le praticien me propose-t-il à moi, ou à d'autres membres de la famille, de suivre également une thérapie avec lui ?
-

5 bonnes réactions :

- Se méfier des solutions « miracles », souvent coûteuses, et/ou impliquant des séances nombreuses et rapprochées.
- Etre attentif à tout changement important de comportement de l'enfant ou d'un proche.
- Ne pas s'isoler, ni isoler l'enfant dans une relation exclusive avec le « praticien ».
- En parler autour de soi et auprès des pédiatres, médecins, et autres professionnels de santé

En cas de doute, ne pas attendre qu'il soit trop tard pour interroger la MIVILUDES : www.derives-sectes.gouv.fr ou miviludes@pm.gouv.fr

ANNEXE 4 : Guide de dépistage par la MIVILUDES

Comment reconnaître un charlatan ou un pseudo thérapeute sectaire ?

Quelques éléments de discours véhiculés par des charlatans de la santé ou des pseudo-thérapeutes, issus de signalements parvenus à la Miviludes, permettent d'alerter sur la dangerosité des méthodes pratiquées et sur l'existence d'un risque de dérive de nature sectaire.

Cette liste n'est pas exhaustive mais correspond aux propos les plus couramment observés.
Il convient dès lors d'être particulièrement vigilant dès lors que votre interlocuteur :

- dénigre la médecine conventionnelle ou les traitements proposés par l'équipe médicale qualifiée qui vous prend en charge ;
- vous incite à arrêter ces traitements ;
- vous promet une guérison miracle là où la conventionnelle aurait échoué ;
- met en valeur des bienfaits impossibles à mesurer comme « améliorer son karma » ou « la circulation des énergies internes » ;
- vous demande de vous engager en réglant à l'avance un certain nombre de séances ;
- vous propose des séances gratuites pour essayer telle ou telle méthode ;
- vous recommande l'achat d'appareils censés capter les énergies négatives ou de produits présentés comme miraculeux, souvent à des prix exorbitants, non remboursés par la Sécurité Sociale ;
- vous promet une prise en charge globale qui prétend agir par une même technique sur le mental, le physique, voire sur toutes sortes de troubles ;
- vous présente une nouvelle vision du monde en utilisant des termes tels que : ondes cosmiques, cycles lunaires, dimension vibratoire, purification, énergies, cosmos, conscience...
- utilise un langage pseudo-scientifique très complexe ou au contraire, prétend avoir découvert un principe d'action extrêmement simple ;
- vous incite à vous couper de votre famille, de votre médecin, de votre entourage, pour favoriser votre guérison ;

Les professionnels de la santé sont invités à se servir de cette liste pour interroger leur patient en cas de doute sur l'existence d'un risque de dérive thérapeutique à caractère sectaire.

ANNEXE 5 : Grille de critères pour définir l'emprise mentale selon le Pr PARQUET

1. Rupture imposée avec les modalités antérieures des comportements, des conduites, des jugements, des valeurs, des sociabilités individuelles, familiales et collectives ;

2. Occultation des repères antérieurs et rupture dans la cohérence avec la vie antérieure et acceptation par une personne que sa personnalité, sa vie affective, cognitive, relationnelle, morale et sociale soient modelées par les suggestions, les injonctions, les ordres, les idées, les concepts, les valeurs, les doctrines imposées par un tiers ou une institution, ceci conduisant à une délégation générale et permanente à un modèle imposé ;

3. Adhésion et allégeance inconditionnelle, affective, comportementale, intellectuelle, morale et sociale à une personne ou à un groupe ou à une institution : ceci conduisant à une loyauté exigeante et complète, une obéissance absolue, une crainte et une acceptation des sanctions, une impossibilité de croire possible de revenir à un mode de vie antérieur ou de choisir des alternatives, étant donné la certitude imposée que le nouveau mode de vie est le seul légitime ;

4. Mise à disposition complète, progressive et extensive de sa vie à une personne ou à une institution ;

5. Sensibilité accrue dans le temps aux idées, aux concepts, aux prescriptions, aux injonctions et ordres à un « corpus doctrinal » avec éventuellement mise au service de ceux-ci dans une démarche prosélyte ;

6. Dépossession des compétences d'une personne avec anesthésie affective, altération du jugement, perte des repères, des valeurs et du sens critique ;

7. Altération de la liberté de choix ;

8. Imperméabilité aux avis, attitudes, valeurs de l'environnement avec impossibilité de se remettre en cause et de promouvoir un changement ;

9. Induction et réalisation d'actes gravement préjudiciables à la personne, actes qui antérieurement ne faisaient pas partie de la vie du sujet. Ces actes ne sont plus perçus comme dommageables ou contraires aux valeurs et au mode de vie habituellement admis dans notre société.

ANNEXE 6 : Annuaire des organismes pouvant apporter des réponses sur les DTS

Où trouver des réponses aux questions concernant la santé et les dérives sectaires ?

Les personnes confrontées à la problématique sectaire et qui souhaitent obtenir plus d'information, alerter ou se plaindre des agissements d'un professionnel de santé peuvent se rapprocher des **:**

Ordres professionnels : sages-femmes, pharmaciens, sages-femmes, dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures podologues. Il existe une représentation ordinale par département.

www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

www.conseil-national.medecin.fr

www.ordre.pharmacien.fr

www.ordre-sages-femmes.fr

www.cnomk.org

www.ordre-infirmiers.fr

www.onpp.fr

Pour des faits concernant plus particulièrement des établissements de santé et/ou médico-sociaux, les particuliers peuvent s'adresser aux **:**

Agences régionales de santé : Il en existe une par région. Chaque agence dispose de délégations territoriales départementales. Leurs adresses sont consultables en cliquant sur chaque région de la carte de France présente sur le site Internet.

Les particuliers peuvent également trouver des informations sur les sites suivants :

Le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé : www.sante.gouv.fr/ Rubrique les dossiers de A à Z

La Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES) site : www.derives-sectes.gouv.fr, Courriel : miviludes@pm.gouv.fr

L'institut national du cancer (INCA)

Contactez Cancer info par téléphone au 0810 810 821 (prix d'un appel local), du lundi au samedi, de 9h à 19h. Des professionnels sont à votre écoute pour répondre à vos questions. Contactez Cancer info par courriel : cancerinfo@institutcancer.fr

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) www.anesm.sante.gouv.fr Téléphone : 01.48.13.91.00

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) www.afssaps.fr Téléphone : 01 55 87 30 00

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) www.inpes.sante.fr Téléphone : 01 49 88 22 22 Courriel : inpes@inpes.sante.fr

L'Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement, travail (ANSES) www.afsset.fr

La Haute autorité de santé (HAS) www.has-sante.fr Téléphone : 01 55 93 70 00

Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) www.leciss.org Téléphone : 01 40 56 01 49 contact@leciss.org

La Ligue nationale contre le Cancer www.ligue-cancer.net Téléphone : 0 810 111 101

L'Association de Recherche sur le cancer www.arc-cancer.net Téléphone : 01 45 59 59 59 contact@arc-cancer.net

Les fédérations hospitalières Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) : www.fnclcc.fr

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) www.fhp.fr Téléphone : 01 53 83 56 56

Fédération hospitalière de France (FHF) www.fhf.fr Téléphone : 01 44 06 84 44

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) www.fehap.fr Courriel : contact@fehap.fr

Pour toute question concernant le handicap : vous pouvez vous rapprocher des :

Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Il en existe une par département.

VU

NANCY, le **29 décembre 2016**
Le Président de Thèse

Professeur Jean-Dominique de KORWIN

NANCY, le **06 janvier 2017**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9421

NANCY, le **10 janvier 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

On assiste en France au développement des médecines alternatives et complémentaires (MAC) qui sont parfois de réelles dérives thérapeutiques sectaires (DTS) avec comme conséquence une rupture avec la médecine conventionnelle.

L'objectif principal était de comprendre la place et l'image du médecin généraliste traitant (MT) dans le parcours des victimes de DTS en réalisant une étude qualitative par entretiens semi-dirigés (ESD). Ont été recrutée d'anciennes victimes directes ou indirectes de DTS au niveau national ayant eu recours à l'association UNADFI et ayant donné leur accord avant l'ESD. Les ESD ont été réalisés par téléphone, puis retranscrits et analysés avec l'aide du logiciel Nvivo8. Le recrutement s'est achevé à saturation des données au niveau des entretiens.

Au final, onze sujets ont été interrogés (deux victimes directes, six indirectes et trois exclus hors du champ d'étude). Pour 7 sujets sur 8, le MT n'est pas assez à l'écoute de ses patients et manque de temps pour pouvoir s'impliquer. La moitié des sujets trouvait que la médecine générale est impuissante (prises en charge trop lentes, inefficaces) ou moins clinique actuellement (plus d'examens complémentaires). Malgré ces visions négatives, le MT est toujours respecté et apprécié. Les victimes attendent en effet beaucoup de leur MT mais lui accordent au final peu de place. Elles souhaiteraient en effet que le MT, après avoir été formé dans ce domaine, devienne un acteur de prévention, de dépistage et d'aide face aux DTS. Cependant, les victimes considèrent l'influence du MT somme toute limitée ce contexte d'emprise mentale.

Ces résultats paradoxaux montrent que la place du médecin traitant dans le parcours des victimes de DTS est complexe, et que ce dernier ne doit pas se décourager devant ces résultats. Au contraire, cette étude montre l'importance de développer des outils de formation et de communication dans la prévention, le dépistage et l'orientation de ces dérives en soutien avec la MIVILUDES et les associations.

TITRE: Perception of the place of general practitioner by patients victim of sectarian therapeutic aberration
Qualitative survey by semi-directive interviews with eight former victims

THESE: MEDECINE GENERALE – ANNEE 2017

MOTS CLES: Médecin généraliste - médecines alternatives et complémentaire - médecine parallèle - dérive sectaire –

INTITULE ET ADRESSE :
UNIVERSITE DE LORRAINE - Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex