



**HAL**  
open science

# De la nécessité du dépistage systématique des antécédents d'agressions sexuelles chez les patientes souffrant de troubles anxio-dépressifs

Nadège Sangouard

## ► To cite this version:

Nadège Sangouard. De la nécessité du dépistage systématique des antécédents d'agressions sexuelles chez les patientes souffrant de troubles anxio-dépressifs. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04346665

**HAL Id: dumas-04346665**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04346665>**

Submitted on 15 Dec 2023

**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.



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**De la nécessité du dépistage systématique des antécédents  
d'agressions sexuelles chez les patientes  
souffrant de troubles anxio-dépressifs**

**T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 13 Décembre 2023**

**Par Madame Nadège SANGOUARD**

**Née le 22 juillet 1989 à Marseille 08<sup>ème</sup> (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe**

**Président**

**Monsieur le Professeur LANÇON Christophe**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan**

**Directeur**

**Madame le Docteur BAHA Férial**

**Assesseur**





Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**De la nécessité du dépistage systématique des antécédents  
d'agressions sexuelles chez les patientes  
souffrant de troubles anxio-dépressifs**

**T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 13 Décembre 2023**

**Par Madame Nadège SANGOUARD**

**Née le 22 juillet 1989 à Marseille 08<sup>ème</sup> (13)**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**D.E.S. de PSYCHIATRIE**

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur BARTOLI Christophe**

**Président**

**Monsieur le Professeur LANÇON Christophe**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan**

**Directeur**

**Madame le Docteur BAHA Férial**

**Assesseur**

## FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

<b>Doyen</b>	:	<b>Pr. Georges LEONETTI</b>
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

### **Asseseurs :**

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

### **Chargés de mission :**

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC	:	Pr. Gabrielle SARLON
➤ Développement DPC	:	Pr. Frédéric CASTINETTI Pr. Thomas GRAILLON

## ÉCOLE DE MEDECINE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Jean-Michel VITON</b>
------------------	---	------------------------------

### **Chargés de mission**

▪ PASS - LAS	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Pr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Patrick DESSI
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Lily BLANC-PACCHIONI

## ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Bruno FOTI</b>
<b>Directeurs adjoints</b>	:	Pr. Michel RUQUET
	:	Pr. Anne RASKIN
<b>Chargés de mission</b>		
▪ Formation initiale	:	Pr. Michel RUQUET
▪ Recherche	:	Pr. Anne RASKIN
▪ Formation continue	:	Pr. Frédéric BUKIET
▪ Relations internationales	:	Pr. Hervé TASSERY
▪ Internat et diplômes d'études spécialisées	:	Pr. Virginie MONNET-CORTI
▪ Affaires générales	:	Dr. Alain TOSELLO

## ÉCOLE DE MAIEUTIQUE

<b>Directrice</b>	:	<b>Madame Carole ZAKARIAN</b>
<b>Chargés de mission</b>		
▪ 1 <sup>er</sup> cycle	:	Madame Estelle BOISSIER
▪ 2 <sup>ème</sup> cycle	:	Madame Cécile NINA

## ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Laurent BENSOUSSAN</b>
<b>Directrice Adjointe</b>	:	<b>Pr. Valérie AGHABABIAN</b>

## ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

<b>Directeur</b>	:	<b>Pr. Sébastien COLSON</b>
------------------	---	-----------------------------

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DALMAS Henri	MM	LACHARD Jean
	ALBANESE Jacques		DEJOU Jacques		LAFFARGUE Pierre
	ALDIGHIERI René		F GNCTS WG'Crk		LAUGIER René
	ALESSANDRINI Pierre		F GNRGTQ'Igcp/Tqdgvt		LE TREUT Yves
	ALLIEZ Bernard		DE MICO Philippe		LEGRE Régis
	AQUARON Robert		DESSEIN Alain		LEVY Samuel
	ARGEME Maxime		F GXR' Tqdgvt		LOUCHET Edmond
	ASSADOURIAN Robert		F GXTGF'Rj kkr r g		LOUIS René
	AUFFRAY Jean-Pierre		F IKCP'GRlgtg		LUCIANI Jean-Marie
	AUTILLO-TOUATI Amapola		F QP'PGV'Xlpepvt		MAGALON Guy
	AZORIN Jean-Michel		F WECUUQW'Lces wgu		MAGNAN Jacques
	BAILLE Yves		F WHQWT'O lej gn		MALLAN- MANCINI Josette
	BARDOT André		F WOQP'J gptk		MALMEJAC Claude
	BARDOT Jacques		F WTCPF'Igcp/O cte		MARANINCHI Dominique
	BERARD Pierre		GP'LCNDGT'V'Crk		MARIANI Paul
	BERGOIN Maurice		GTCTF'Lces wgu		MARTIN Claude
	BERLAND Yvon		HCW'GTGI' 2tctf		MARTINI Louis
	BERNARD Dominique		HCXTGT'qi gt		MATTEI Jean François
	BERNARD Jean-Louis		HIGEJ'KO ctkw		MERCIER Claude
	BERNARD Pierre-Marie		HCTP'CTIGT'I gqti gu"		MICHEL Jean
	BERTRAND Edmond		HK'CTGNNC'Lces wgu"		MICHOTÉY Georges
	BISSET Jean-Pierre		HK'CTGNNC/DTCP'I GT'F qo kpls wg"		MIRANDA François
	BLANC Bernard		HQP'VGU'O lej gn		MONFORT Gérard
	BLANC Jean-Louis		HQWTGN'Igcp		MONGES André
	BOLLINI Gérard		H'CP'EGU'J xgu		MONGIN Maurice
	BONGRAND Pierre		H'CP'EQK'I gqti gu		MUNDLER Olivier
	BONNEAU Henri		HWGP'VGU'Rlgtg		NAZARIAN Serge
	BONNOIT Jean		I CDT'IGN'Dgtptcf		NICOLI René
	BORY Michel		I CNR'IGT'Nqwk		NOIRCLERC Michel
	BOTTA Alain		I CNNC'K'J gtx <sup>2</sup>		OLMER Michel
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		I CO'GIT'G'O cte		OREHEK Jean
	BOUBLI Léon		I CTE'K'O lej gn		ORTHLIEB Jean Daniel
	BOURGEADE Augustin		I CTP'IGT'Igcp/O cte		PANUEL Michel
	BOUVENOT Gilles		I CWJ'IGT'CPft <sup>2</sup>		PAPY Jean-Jacques
	BOUYALA Jean-Marie		I GTCTF'Tc{o qpf		PAULIN Raymond
	BREMOND Georges		I GTQNCO'KUCP'VCP'FTGC'CPft <sup>2</sup> "		PELOUX Yves
	BRICOT René		I KW'F'EGNNK'U <sup>2</sup> deukgp"		PENAUD Antony
	BRUNET Christian		I QWF'CTF'Crk		PENE Pierre
	BUREAU Henri		I QW'K'H'cp±qk		PIANA Lucien
	CAMBOULIVES Jean		I TKNQ'Igcp/O ctlg		PICAUD Robert
	CANNONI Maurice		I TKO'CW'F'Igcp/Ej ctrgu		PIGNOL Fernand
	CARTOUZOU Guy		I TKQNK'H'cp±qk		POGGI Louis
	CAU Pierre		I TQWN'IGT'Rlgtg		POITOUT Dominique
	CHABOT Jean-Michel		I W'U'Igcp/O lej gn		PONCET Michel
	CHAMLIAN Albert		J CF'K'CIUC[ CI 'Lces wgrkpg"		POUGET Jean
	CHARPIN Denis		J CTNG'Igcp/Tqdgvt		PRIVAT Yvan
	CHARREL Michel		J CUUQWP'Lces wgu		PROUST Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		J GK'O cte		QUILICHINI Francis
	CHOUX Maurice		J QWGN'Igcp		RANQUE Jacques
	CIANFARANI François		J WG'Q'rxlgt		RANQUE Philippe
	CLAVERIE Jean-Michel		J W'WGV'Igcp/H'cp±qk		RAOULT Didier
	CLEMENT Robert		JAQUET Philippe		REBOUL Maurice
	COMBALBERT André		JAMMES Yves		RICHAUD Christian
	CONTE-DEVOLX Bernard		JOUVE Paulette		RIDINGS Bernard
	CORRIOL Jacques		JUHAN Claude		ROCHAT Hervé
	COULANGE Christian		JUIN Pierre		ROHNER Jean-Jacques
	CURVALE Georges		KAPHAN Gérard		
			KASBARIAN Michel		
			KLEISBAUER Jean-Pierre		
			KOUBI Gilles		

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SALVADORI André  
SAMBUC Roland  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SARLES Jacques  
SARLES - PHILIP Nicole  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SEITZ Jean-François  
SERMENT Gérard  
SIMEONI Horace  
SIMON Jean  
SOULAYROL René  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THIRION Xavier  
THOMASSIN Jean-Marc  
TRIGLIA Jean-Michel  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean  
ZATTARA Henri

## EMERITAT

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

## EMERITAT

### 2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2017
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2017
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

### 2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

### 2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

### 2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

### 2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2021

**2020**

M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

**2021**

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

**2022**

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023
M. le Professeur	DEJOU Jacques	31/08/2023
M. le Professeur	HUE Olivier	31/08/2023

**EMERITAT**

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

**1967**

MM. les Professeurs  
DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

**1972**

M. le Professeur  
J.N. NALLY (Suisse)

**1973**

M. le Professeur  
Edward FOREST (U.S.A.)

**1974**

MM. les Professeurs  
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

**1975**

MM. les Professeurs  
O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

**1976**

MM. les Professeurs  
P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

**1977**

MM. les Professeurs  
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
L.J. BAUME (Suisse)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

**1978**

M. le Président  
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

**1980**

MM. les Professeurs  
A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

**1981**

MM. les Professeurs  
H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

**1982**

M. le Professeur  
W.H. HENDREN (U.S.A.)

**1984**

M. le Professeur  
H. GOLDMAN (U.S.A.)

**1985**

MM. les Professeurs  
S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

**1986**

MM. les Professeurs  
E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

**1987**

M. le Professeur  
P.J. DYCK (U.S.A.)

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

### 1988

MM. les Professeurs  
R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur  
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

### 1990

MM. les Professeurs  
J.G. MC LEOD (Australie)  
J. PORTER (U.S.A.)

### 1991

MM. les Professeurs  
J. Edward MC DADE (U.S.A.)  
W. BURGDORFER (U.S.A.)

### 1992

MM. les Professeurs  
H.G. SCHWARZACHER (Autriche)  
D. CARSON (U.S.A.)  
T. YAMAMURO (Japon)

### 1994

MM. les Professeurs  
G. KARPATI (Canada)  
W.J. KOLFF (U.S.A.)

### 1995

MM. les Professeurs  
D. WALKER (U.S.A.)  
M. MULLER (Suisse)  
V. BONOMINI (Italie)

### 1997

MM. les Professeurs  
C. DINARELLO (U.S.A.)  
D. STULBERG (U.S.A.)  
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)  
P.I. BRANEMARK (Suède)

### 1998

MM. les Professeurs  
O. JARDETSKY (U.S.A.)

### 1999

MM. les Professeurs  
J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)  
D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

### 2000

MM. les Professeurs  
D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

### 2001

MM. les Professeurs  
P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

### 2002

MM. les Professeurs  
M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

## **DOCTEURS HONORIS CAUSA**

**2003**

M. le Professeur  
T. MARRIE (Canada)  
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur  
M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur  
L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur  
A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur  
S. KAUFMANN (Allemagne)

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	COSTELLO Régis	HOUVENAEGHEL Gilles
ALIMI Yves	COURBIERE Blandine	HRAIECH Sami
AMABILE Philippe	CRAVELLO Ludovic	JACQUIER Alexis
<i>AMBROSI Pierre (Surnombre)</i>	CUISSET Thomas	JOURDE-CHICHE Noémie
ANDRE Nicolas	DA FONSECA David	JOUVE Jean-Luc
ARGENSON Jean-Noël	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	KAPLANSKI Gilles
ASTOUL Philippe	DANIEL Laurent	KARSENTY Gilles
ATTARIAN Shahram	DARMON Patrice	<i>KERBAUL François (Détachement)</i>
AUDOUIN Bertrand	DAUMAS Aurélie	KRAHN Martin
AUQUIER Pascal	DAVID Thierry	LAFFORGUE Pierre
AVIERINOS Jean-François	D'ERCOLE Claude	LAGIER Jean-Christophe
AZULAY Jean-Philippe	D'JOURNO Xavier	LAMBAUDIE Eric
<i>BAILLY Daniel (Retraite au 2/11/2022)</i>	DEHARO Jean-Claude	LANCON Christophe
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LA SCOLA Bernard
BARLOGIS Vincent	<i>DENIS Danièle (Surnombre)</i>	LAUNAY Franck
BARTHET Marc	DEVILLIER Raynier	LAVIEILLE Jean-Pierre
BARTOLI Christophe	DISDIER Patrick	LE CORROLLER Thomas
BARTOLI Jean-Michel	DODDOLI Christophe	LECHEVALLIER Eric
BARTOLI Michel	DRANCOURT Michel	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BARTOLOMEI Fabrice	DUBUS Jean-Christophe	LE GALL Michel
BASTIDE Cyrille	DUFFAUD Florence	LEONE Marc
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUFOUR Henry	LEONETTI Georges
BENSOUSSAN Laurent	DUSSOL Bertrand	LEPIDI Hubert
BERBIS Philippe	EBBO Mikaël	<i>LEVY Nicolas (Disponibilité)</i>
BERBIS Julie	EUSEBIO Alexandre	LOOSVELD Marie
BERDAH Stéphane	FABRE Alexandre	MACE Loïc
BEROUD Christophe	FAKHRY Nicolas	MAGNAN Pierre-Edouard
BERTRAND Baptiste	FAURE Alice	MANCINI Julien
BERTUCCI François	FELICIAN Olivier	MEGE Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura	FENOLLAR Florence	MERROT Thierry
BLAISE Didier	FLECHER Xavier	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BLIN Olivier	FOTI Bruno	MEYER/DUTOUR Anne
BLONDEL Benjamin	FOUILLOUX Virginie	MICCALEF-ROLL Joëlle
BOISSIER Romain	FOURNIER Pierre-Edouard	MICHEL Fabrice
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FRANCESCHI Frédéric	MICHEL Gérard
BONELLO Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Justin
BONNET Jean-Louis	GABERT Jean	<i>MICHELET Pierre (Disponibilité)</i>
BOUFI Mourad	GABORIT Bénédicte	MILH Mathieu
BOYER Laurent	GAINNIER Marc	MILLION Matthieu
BREGEON Fabienne	<i>GARCIA Stéphane (Disponibilité)</i>	MOAL Valérie
BRETELLE Florence	GARIBOLDI Vlad	MONNET-CORTI Virginie
BROUQUI Philippe	GAUDART Jean	MORANGE Pierre-Emmanuel
BRUDER Nicolas	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MOULIN Guy
BRUE Thierry	GENTILE Stéphanie	MOUTARDIER Vincent
BRUNET Philippe	GERBEAUX Patrick	NAUDIN Jean
BUKIET Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
BURTEY Stéphane	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLLAS Richard
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GIORGI Roch	NGUYEN Karine
CASANOVA Dominique	GIOVANNI Antoine	OLIVE Daniel
CASTINETTI Frédéric	GIRARD Nadine	OLLIVIER Matthieu
CECCALDI Mathieu	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OUAFIK L'Houcine
CERMOLACCE Michel	GONCALVES Anthony	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAGNAUD Christophe	GONZALEZ Jean-Michel	PADOVANI Laetitia
CHAMBOST Hervé	GRAILLON Thomas	PAGANELLI Franck
CHAMPSAUR Pierre	GRANEL/REY Brigitte	PAPAZIAN Laurent
CHANEZ Pascal	GRANDVAL Philippe	PAROLA Philippe
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	<i>GROB Jean-Jacques (Retraite au 1/10/2022 )</i>	PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
GREILLIER Laurent	GUEDJ Eric	PELLETIER Jean
CHARREL Rémi	GUIEU Régis	PERRIN Jeanne
CHAUMOITRE Kathia	GUIS Sandrine	PESENTI Sébastien
CHIARONI Jacques	GUYE Maxime	PETIT Philippe
CHINOT Olivier	GUYOT Laurent	PHAM Thao
CHOSSEGROS Cyrille	HABIB Gilbert	
COLLART Frédéric	HARDWIGSEN Jean	

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	RUQUET Michel	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
POINSO François	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCAVARDA Didier	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SCHLEINITZ Nicolas	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SEBAG Frédéric	VILLANI Patrick
RASKIN Anne	SIELEZNEFF Igor	VITON Jean-Michel
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITTON Véronique
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	<i>VIEHWEGER Heide Elke (Détachement)</i>
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	VIVIER Eric
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TARDIEU Corinne	XERRI Luc
TAIEB David	TARDIVO Delphine	ZIELESKIEWICZ Laurent
RICHERI Raphaëlle	TASSERY Hervé	
ROCHE Pierre-Hugues	TERRER Elodie	
ROCH Antoine	THOMAS Pascal	
ROCHWERGER Richard	THUNY Franck	
ROLL Patrice	TOSELLO Barthélémy	
ROSSI Dominique	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROSSI Pascal	TROPIANO Patrick	
	<i>TSIMARATOS Michel (Détachement)</i>	
	TURRINI Olivier	

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ABOUT Imad  
ADALIAN Pascal  
AGHABABIAN Valérie  
BELIN Pascal  
CHABANNON Christian  
CHABRIERE Eric  
COLSON Sébastien  
FERON François  
LE COZ Pierre  
LEVASSEUR Anthony  
RANJEVA Jean-Philippe  
SOBOL Hagay

### PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

### PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques  
JANCZEWSKI Aurélie

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

### PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat général - RH

MAJ 23.03.2023

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOUDHARAM Gérard	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
AHERFI Sarah	GAUBERT Jacques	PHILIP-ALLIEZ Camille
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>Disponibilité</i> )	GAUDRY Marine	POMMEL Ludovic
ANTEZACK Anjeline	GELSI/BOYER Véronique	PRECKEL Bernard-Eric
APPAY Romain	GIRAUD Thomas	RÉ Jean-Philippe
ATLAN Catherine ( <i>Disponibilité</i> )	GIRAUDEAU Anne	RESSEGUIER Noémie
BEGE Thierry	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BELLONI Didier	GOURIET Frédérique	ROBERT Thomas
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	ROCHE-POGGI Philippe
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	ROMANET Pauline
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SABATIER Renaud
BOHAR Jacques	GUIVARC'H Maud	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	SAULTIER Paul
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	SAVEANU Alexandru
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	SILVESTRI Frédéric
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	STELLMANN Jan-Patrick
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	STEPHAN Grégory
BUFFAT Christophe	JACQUOT Bruno	SUCHON Pierre
CAMILLERI Serge	JARROT Pierre-André	TABOURET Emeline
CAMOIN Ariane	KASPI-PEZZOLI Elise	TOGA Isabelle
CAMPANA Fabrice	L'OLLIVIER Coralie	TOMASINI Pascale
CARRON Romain	LABIT-BOUVIER Corinne	TOSELLO Alain
CASSAGNE Carole	LABORDE Gilles	TROUDE Lucas
CATHERINE Jean-Hugues	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	LAGARDE Stanislas	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	<i>LAGIER Aude (Disponibilité)</i>	VELY Frédéric
COZE Carole	LAGOANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VENTON Geoffroy
CUNY Thomas	LAMBERT Isabelle	VION-DURY Jean
<i>DADOUN Frédéric (Disponibilité)</i>	LAN Romain	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LAURENT Michel	
DARIEL Anne	LENOIR Marien	
<i>DEGEORGES-VITTE Joelle (Disponibilité)</i>	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEHARO Pierre	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DELTEIL Clémence	MAILLE Gérard	
DESPLAT-JEGO Sophie	MALISSEN Nausicaa	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MEGE Diane	
DUFOUR Jean-Charles	MENSE Chloé	
ELDIN Carole	MORAND-HUGUET Aurélie	
FOLETTI Jean-Marc	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FRANKEL Diane	NINOVE Laetitia	
FROMNOT Julien	NOUGAIREDE Antoine	

---

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI-SALLE Anna	POGGI Marjorie
BALLESTER Benoît	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	VERNA Emeline
	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte ( <i>Retraite au 1/10/2022</i> )	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic  
JEGO SABLIER Maëva

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

Secrétariat général - RH

23.03.2023

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIES**

BALLESTER Benoît  
BLANCHET Isabelle  
CASAZZA Estelle

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS**

BOURRIQUEN Maryline  
LAZZAROTTO Sébastien  
LUCAS Guillaume  
MATHIEU Marion  
MAYENS-RODRIGUES Sandrine  
MELLINAS Marie  
MORIN-GALFOUT Sara  
ROMAN Christophe  
TRINQUET Laure  
VILLA Milène

## **CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION**

### **FORMATION ERGOTHERAPIE**

BLANC Catheline  
DESPRES Géraldine  
GIRAUDIER Anaïs  
PAVE Julien

### **FORMATION PODOLOGIE**

GRIFFON Patricia  
PETITJEAN Aurélie

### **FORMATION ORTHOPTIE**

MONTICOLO Chloé

### **FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE**

AUTHIER Guillaume  
CAORS Béatrice  
CHAULLET Karine  
ERCOLANO Bruno  
HENRY Joannie  
HOUDANT Benjamin  
MIRAPEIX Sébastien  
MULLER Philippe  
ROSTAGNO Stéphan

## **CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES**

CHAYS-AMANIA Audrey

## **CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS**

GILSINN Amanda

## **ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

SACHAU-CARCEL Géraldine

## **CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE**

CLADY Emilie  
FREMONDIERE Pierre  
MATTEO Caroline  
MONLEAU Sophie  
MUSSARD-HASSLER Pascale  
RIQUET Sébastien  
ZAKARIAN Carole

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**  
**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

APPAY Romain (MCU-PH)  
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)  
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)  
GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MARLINGE Marion (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
ROMANET Pauline (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)  
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

GUEDJ Eric (PU-PH)  
 GUYE Maxime (PU-PH)  
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
 et Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)  
 GIORGI Roch (PU-PH)  
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
 BONELLO Laurent (PU PH)  
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
 CUISSET Thomas (PU-PH)  
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
 HABIB Gilbert (PU-PH)  
 PAGANELLI Franck (PU-PH)  
 THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

**CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)  
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
 SEBAG Frédéric (PU-PH)  
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)  
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
 BIRNBAUM David (MCU-PH)  
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)  
 GUERIN Carole (MCU PH)  
 MEGE Diane (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

FAURE Alice (PU PH)  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 PESENTI Sébastien (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
DODDOLI Christophe (PU-PH)  
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)  
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
MACE Loïc (PU-PH)  
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)  
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,  
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)  
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)  
JALOUX Charlotte (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
AMABILE Philippe (PU-PH)  
BARTOLI Michel (PU-PH)  
BOUFI Mourad (PU-PH)  
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
PIQUET Philippe (PU-PH)  
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
GONZALEZ Jean-Michel ( PU-PH)  
GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
VITTON Véronique (PU-PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)  
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
*GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022*  
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
KRAHN Martin (PU-PH)  
*LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité*  
NGYUEN Karine (PU-PH)  
  
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
BRETELLE Florence (PU-PH)  
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
COURBIERE Blandine (PU-PH)  
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;  
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BERBIS Julie (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

*MINVIELLE-DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022*

### IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 JARROT Pierre-André (MCU PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 DEVILLIER Raynier (PU PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 LOOSVELD Marie (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)  
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

### MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)  
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

### MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 MILLION Matthieu (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

### MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

### MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

### MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)  
*KERBAUL François (PU-PH) détachement*  
*MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité*

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

### MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 EBBO Mikael (PU-PH)  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

**MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

**NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

**NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**BAILLY Daniel (PU-PH) *Retraite au 20/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**RHUMATOLOGIE 5001****RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**AMBROSI Pierre (PU-PH) *Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 HRAIECH Sami (PU-PH)  
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 BOISSIER Romain (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)

**ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01**

TARDIEU Corinne (PU-PH)      BLANCHET Isabelle (MCF ASS)  
 LE GALL Michel (PU-PH)

**CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01**

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

BOHAR Jacques (MCU-PHU)  
 CAMOIN Ariane (MCU-PH)  
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)  
 PHILIP-ALLIEZ Camille (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)  
 BELLONI Didier (MCU-PH)  
 CAMPANA Fabrice (MCU-PH)  
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)  
 ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

**PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02**

FOTI Bruno (PU-PH)  
 TARDIVO Delphine (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

**DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01**

BUKIET Frédéric (PU-PH)  
 TASSERY Hervé (PU-PH)  
 TERRER Elodie (PU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 65**

ABOUT Imad (PU)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)      PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)  
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)      RÉ Jean-Philippe (MCU-PH)  
 GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)      SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)  
 GUIVARCH Maud (MCU-PH)      STEPHAN Grégory (MCU-PH)  
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)      TOSELLO Alain (MCU-PH)  
 LABORDE Gilles (MCU-PH)  
 LAURENT Michel (MCU-PH)  
 MAILLE Gérald (MCU-PH)      BALLESTER Benoît (MCF ASS)  
 MENSE Chloé (MCU-PH)      CASAZZA Estelle (MCF ASS)  
 POMMEL Ludovic (MCU-PH)

**MAÏEUTIQUE 90**

CLADY Emilie  
 FREMONDIERE Pierre  
 MATTEO Caroline  
 MONLEAU Sophie  
 MUSSARD-HASSLER Pascale  
 REPELLIN David  
 RIQUET Sébastien  
 ZAKARIAN Carole

**SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91**

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume  
 BLANC Catheline  
 CAORS Béatrice  
 CHAULLET Karine  
 ERCOLANO Bruno  
 GRIFFON Patricia  
 GIRAUDIER Anaïs  
 GRIFFON Patricia  
 HENRY Joannie  
 HOUDANT Benjamin  
 MIRAPEIX Sébastien  
 MONTICOLO Chloé  
 MULLER Philippe

PAVE Julien  
 PETITJEAN Aurélie  
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)  
 TRINQUET Laure (MAST)

**SCIENCES INFIRMIERES 92**

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)  
 LUCAS Guillaume (MAST)  
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)  
 MELLINAS Marie (MAST)  
 ROMAN Christophe (MAST)  
 VILLA Milène (MAST)

Secrétariat général - RH

MAJ 23.03.2023

*A Monsieur le Professeur BARTOLI,*

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. J'espère vivement avoir le plaisir d'apprendre avec vous lors d'un prochain stage !

*A Monsieur le Professeur LANÇON,*

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury. C'est un honneur pour moi que vous vous soyez intéressé à mon sujet de thèse.

Merci également de toute votre implication auprès des internes de psychiatrie.

*A Monsieur le Docteur GUIVARCH,*

Merci mille fois d'avoir accepté d'encadrer mon travail de thèse. J'espère que je ne t'aurai pas trop donné de cheveux blancs lors de la relecture avec mes idées et mon ton « un peu trop engagé ».

Ta disponibilité et tes conseils ont été plus que précieux dans cette aventure.

Travailler avec toi a été un vrai plaisir et j'ai eu un réel plaisir à écrire cette thèse.

J'espère vraiment pouvoir continuer à collaborer en psychiatrie légale avec toi à l'avenir.

Merci encore !

*A Madame le Docteur BAHA,*

Merci, merci, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse !

Je sais que ce sujet est un des points auxquels tu prêtes particulièrement attention dans tes consultations et c'est un honneur pour moi, sachant ton engagement auprès de tes patients, de te compter parmi les membres de mon jury, mais également parmi mes amies. Merci d'être là aujourd'hui.

*A ma fille Ariel,*

Je te dédie cette thèse.

Tu es mon soleil, ma lune et mes étoiles. Un tout petit bout de bébé qui me fait tant apprendre et grandir. Tu es ma fierté, ma vie et ma joie. Je t'aime plus que les mots ne peuvent le dire.

*A Stan, mon amour, mon meilleur ami, mon tout,*

Que te dire de plus que tu ne saches pas déjà ? Merci d'être toujours à mes côtés, de me suivre dans mes folies, de les accompagner parfois, de les respecter toujours.

Merci de me supporter, Dieu sait que ce n'est pas toujours facile ! Je t'aime, plus qu'hier et moins que demain.

*A mes parents,*

Cette thèse c'est aussi la vôtre. Si je la passe aujourd'hui, c'est qu'il y a quelques années vous avez accepté de m'accompagner dans mon choix de me réorienter en médecine avec toutes les contraintes que cela pouvait comporter.

Maman, tu m'as écrit il y a bien longtemps « un jour tu prononceras le serment d'Hippocrate ». Cette phrase m'a accompagnée et soutenue toutes ces années. Avec Papa, vous m'avez soutenue et encouragée. C'était un de mes rêves et grâce à vous, il se réalise aujourd'hui.

Jamais je ne pourrais vous remercier assez pour cela. Vous êtes les meilleurs parents qu'un enfant puisse avoir, et les meilleurs grands-parents que des petits enfants puissent avoir. Je vous aime plus que tout.

*A ma sœur Estelle et mon frère Wynton,*

Ma mouche, encore une satanée thèse à relire ! A croire que ça n'en finit jamais... et j'ai quelques idées qui commencent à fourmiller sous mon crâne alors peut être que je t'en ferai relire encore ! Je t'aime ma Mouche !!

Petit frère, je suis tellement heureuse que tu sois là aujourd'hui ! J'ai tellement de chance de t'avoir dans ma vie ! J'ai hâte de pouvoir commencer à t'envoyer des patients ;) !!!

Je t'aime !

*A ma Blaaaaaatte !!!*

Le meilleur beaufrère de la planète ! Même si tu as choisi spé boucherie !!! Grace à toi, on ne manque jamais de clous !

*A mon petit magnifique merveilleux petit neveu Mathis,*

Le plus beau neveu du monde ! Je t'aime toi !!!!!

*A ma belle-famille : Charles, Cyriaque, Gemma, Pauline sans oublier la petite merveille Simone,*

Une belle famille en or et avec une nouvelle recrue elle n'en est que plus belle ! Merci de m'avoir acceptée parmi vous !

*A Jujū,*

Nous n'étions même pas encore admises en médecine lorsque nous nous sommes rencontrées ! Et aujourd'hui, nous sommes coinernes dans la même spécialité et bientôt consœurs ! Je suis vraiment heureuse et fière de te compter parmi mes amis !

*A tous mes amis,*

Merci d'être là depuis toutes ces années !!! Je vous aime tous ! même si vous ne me méritez pas !!! Hihi !!!

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>A. Violences sexuelles : état des lieux d'un point de vue sociologique, historique et définition juridique</b> .....	<b>6</b>
Quelques chiffres : violences sexuelles et sexistes .....	6
Le viol dans l'histoire .....	10
Le viol et son évolution dans le droit : .....	11
Juridiquement aujourd'hui ? .....	13
Un crime majoritairement impuni : quelques chiffres.....	15
Viol, un crime sous silence - Avènement Metoo ou libération de la parole des femmes, .....	17
Viol : un crime où la victime se sent coupable et le coupable, victime.....	18
Qu'est que la culture du viol ?.....	20
<b>B. Conséquence somatiques et psychiatriques des violences sexuelles</b> .....	<b>24</b>
Conséquences psychiatriques .....	24
Tentative de suicide.....	25
Syndrome de stress post-traumatique :.....	26
D'un point de vue somatique :.....	27
<b>C. Dépistage des violences sexuelles en France</b> :.....	<b>29</b>
<b>D. Définition des troubles anxio dépressifs</b> .....	<b>32</b>
Trouble dépressif (83): .....	32
Trouble anxieux (83) .....	34
Anxiété généralisée (83) : .....	34
Le trouble de stress post traumatique .....	35
<b>PROBLEMATIQUE</b> : .....	<b>40</b>
<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>42</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>46</b>
<b>Caractéristiques de la population</b> .....	<b>46</b>
Données démographiques (tableau 1) :.....	46
Concernant le dépistage : critère de jugement principal. ....	48
Rapport aux violences sexuelles : .....	50
Connaissances en matière de violences sexuelles faites aux femmes .....	57
Concernant la formation : .....	61
<b>Variables impactant le dépistage</b> .....	<b>62</b>
Données démographiques .....	62
Vécu personnel avec les violences sexuelles.....	64
Connaissances en matière de violences sexuelles faites aux femmes et rapport avec le dépistage .....	65
Clustering tree .....	67
<b>DISCUSSION</b> : .....	<b>71</b>

<b>Synthèse des principaux résultats.....</b>	<b>71</b>
<b>Analyse de la population.....</b>	<b>72</b>
<b>Discussion des principaux résultats.....</b>	<b>77</b>
<b>Limites et biais .....</b>	<b>82</b>
<b>Perspectives.....</b>	<b>83</b>
<b><i>CONCLUSION</i>.....</b>	<b>84</b>
<b><i>ANNEXE</i>.....</b>	<b>98</b>

*La mort de Don Juan*- Patrick Poivre D'Arvor : « Quand j'ai eu besoin pour d'obscures raisons de me venger de la gent féminine, il m'est arrivé, comme le faisait Byron, de déflorer une ou deux vierges justes pour les marquer à vie »

## INTRODUCTION

« La violence sexuelle est à l'origine des sociétés humaines » (1).

Les violences sexuelles ont toujours existé. Elles évoluent en bruit de fond dans les mythes fondateurs, œuvres majeures, ou plus simplement dans l'Histoire de l'humanité en général.

La mythologie grecque ou romaine déborde de récits de viols qui sont dissimulés sous couvert de prétendus « amours divins » mais ne laissant aucune possibilité à la femme de refuser. Citons rapidement les « amours » de Zeus/Jupiter, Apollon, Achille... qui ne se terminent jamais bien pour les femmes impliquées. Comment une femme pourrait-elle dire non à un dieu ?

Nombreux viols sont retrouvés dans des œuvres majeures : l'Odyssée d'Homère avec le viol de Nausicaa par Ulysse par exemple. D'autres ont pu être illustrés dans l'art avec des peintures comme Jupiter et Io du Corrège, ou des sculptures telles que le viol de Perséphone par Bernini.

Les violences sexuelles faites aux femmes se retrouvent tout autant dans notre civilisation judéo chrétienne, inscrite dans son texte fondateur : la Bible. Deutéronome 22.28-29 : « Si un homme rencontre une jeune fille vierge non fiancée, s'empare d'elle et couche avec elle, et qu'on vienne à les surprendre, l'homme qui aura couché avec la jeune fille donnera 50 pièces d'argent au père de celle-ci. De plus, parce qu'il l'a déshonorée, il la prendra pour femme et il ne pourra pas la renvoyer, tant qu'il vivra. »

Dans la Genèse, Loth offre ses deux filles. (Genèse 19,8).

Dans le livre des Juges, le lévite offre sa fille vierge puis sa concubine comme substituts pour protéger du viol ses invités (Juges 19,24).

De tout temps et en tout lieu, les femmes sont sacrifiées pour satisfaire les désirs des hommes.

Il existe une omniprésence du viol dans les œuvres littéraires, les arts et le théâtre de l'époque moderne. Cette omniprésence a pour pendant une invisibilité du viol dans la société ou il n'est que peu dénoncé, rarement poursuivi et encore plus rarement puni.

Le viol fait ainsi couler beaucoup d'encre et chatouille la muse de plus d'un. Pourtant, il n'est jamais porté en pleine lumière. On le déguise, on le pare, on le travestit. Le viol sale, écoeurant, crapuleux d'une jeune fille sans défense devient acte érotique symbole de la virilité et de la puissance masculine face auxquelles une femme ne saurait que succomber. Et comble de l'ironie, on célèbrera le violeur et on condamnera la victime, pêcheresse, qui n'aura pas su se défendre.

On fera l'éloge de la beauté d'une statue, ou d'une peinture en glorifiant son auteur sans se questionner sur le sujet de l'œuvre en question.

Ce travestissement de la violence sexuelle revient en force aujourd'hui avec un nouveau « genre littéraire » dont les adolescentes sont friandes : la dark romance (littérature qui érotise la maltraitance sous toutes ses formes).

Pire encore, les sites pornographiques débordent de millions de vidéos misogynes, pédocriminelles, qui montrent des actes de violences physiques et sexuelles non simulées contre les femmes et les filles. Parmi les mots clés les plus recherchés, on retrouve « surprise », « teen », « school girl », « daddy », « fantasme familial », « salope », « défoncer », « étranglement », ou même « torture » et ces vidéos cumulent des millions de vues.

Tout âge confondu, les hommes sont 2,5 fois plus nombreux (53 % vs 20 %) que les femmes à consulter ces sites à caractère pornographique (2).

Les violences sexuelles détruisent des vies depuis des siècles.

Nous allons de prime abord établir un état des lieux de ces violences d'un point de vue historique, sociologique mais également juridique. Puis nous nous pencherons sur les

conséquences somatique et psychiatrique de ces violences. Enfin nous définirons brièvement les troubles anxiodépressifs.

Nous souhaitons au travers de ce travail de thèse exposer les raisons pour lesquelles un dépistage systématique des violences sexuelles chez des patientes présentant des troubles anxiodépressifs nous semble indispensable.

Nous attirons votre attention sur les trois points suivants :

- Les violences sexuelles vont de l'injure sexiste jusqu'au viol. Il serait difficile de trouver une femme n'ayant jamais été insultée pour ne pas avoir répondu à un homme dans la rue, ou encore sifflée, ou n'ayant jamais eu de main aux fesses non désirée.

Dans les agressions sexuelles le viol est l'agression la plus grave définie dans le code pénal. De plus il s'agit de celle qui a été le plus étudiée. Nous nous y référerons donc majoritairement.

- Les femmes étant bien plus touchées que les hommes par les violences sexuelles nous concentrerons ce travail sur elles.

- Les chiffres donnés dans les différents articles que nous citons sont très probablement sous-estimés du fait de l'omerta régnant encore en matière de violence sexuelle. Ce fait est établi par de nombreuses études que nous citons plus bas

## A. Violences sexuelles : état des lieux d'un point de vue sociologique, historique et définition juridique

### Quelques chiffres : violences sexuelles et sexistes

Jusqu'en 2018 avec l'affaire Windstein sur laquelle nous reviendrons plus tard, les violences sexuelles faites aux femmes, bien que faits notoires, sont souvent passées sous silence, moquées, tournées en ridicule. Le journaliste Jean François Kahn parlera par exemple de « trousseage de domestique » dans l'affaire DSK en 2011.

Plusieurs affaires de scandale sexuel ont fait du bruit ces dix dernières années. Citons rapidement celles de Dominique Strauss Kahn en 2011, Denis Baupin en 2016, Georges Tron en 2011, ont été mis en cause pour des faits de harcèlement sexuel, agression sexuelle voire viol, et qui sont majoritairement classés sans suite et tombés dans l'oubli.

Pour le journal *The Conversation*, le viol se révèle le crime le moins couvert par la presse. « L'analyse des Unes de quatre quotidiens nationaux (*Le Figaro*, *Le Monde*, *Libération*) et régionaux (*Le Parisien*) menée dans le cadre du projet « Cultures pénales continentales » illustre : sur l'ensemble des 1903 titres relevés au cours du dernier trimestre des années 2007, 2012 et 2017, moins de 2 % traitent des atteintes sexuelles corporelles, quand 16,6 % des titres portent plus largement sur des enjeux de sécurité et/ou de criminalité. Plus encore, *Le Parisien* produit à lui seul près des 2/5 des 305 articles relatifs à un dossier de viol relevés en 2005, 2010, 2015 et 2017 dans ces quatre mêmes journaux. Autrement dit, les dossiers de viols figurent parmi les sujets criminels les moins fréquemment couverts par la presse imprimée généraliste » (3).

Notre société est une société patriarcale et c'est dans ce contexte que se produisent les violences sexuelles et qu'il est donc nécessaire de les analyser.

Selon Françoise Héritier, la distinction entre féminin et masculin est universelle et « partout, de tout temps et en tout lieu, le masculin est considéré comme supérieur au féminin »

Elle écrit ainsi : « Cette forme de contrat entre hommes, l'expérience ethnologique nous la montre partout à l'œuvre. Sous toutes les latitudes, dans des groupes très différents les uns des autres, nous voyons des hommes qui échangent des femmes, et non l'inverse. Nous ne voyons jamais des femmes qui échangent des hommes, ni non plus des groupes mixtes, hommes et femmes, qui échangent entre eux des hommes et des femmes. Non, seuls, les hommes ont ce droit, et ils l'ont partout. C'est ce qui me fait dire que la valence différentielle des sexes existait déjà dès le paléolithique, dès les débuts de l'humanité » (4).

Il nous semble indispensable de le rappeler du fait de la nature même de ce crime (le viol est affaire de domination) et de la considération et prise en charge des victimes et des auteurs.

Pour rappel, est qualifiée de patriarcale une société où les hommes oppriment les femmes. Ce terme d'oppression peut sembler un peu fort, voire pour certains tout bonnement insultant. Après tout, aujourd'hui les femmes ont les mêmes droits que les hommes, les mêmes libertés, tout cela inscrit dans les codes qu'ils soient civils ou pénaux.

Cela étant dit, lorsqu'on se penche sur les faits, on y découvre une réalité tout autre qui prend des formes très variées, de la plus insignifiante à la plus violente et meurtrière.

En 2018, les femmes gagnent en moyenne 20,3 % en moins que les hommes.

En 2022, le nombre de féminicide s'élève à 147.

En France, au 17 novembre 2023 le collectif Féminicide recense déjà 95 féminicides. Le sexisme ordinaire ne recule pas, bien au contraire il progresse comme le démontre le dernier rapport de 2023 du HCE sur l'état du sexisme en France : le sexisme perdure et ses manifestations les plus violentes s'aggravent : 37% des femmes disent avoir déjà subi des rapports sexuels non consentis » (2).

Le Comité des droits de l'homme des Nations Unies considère que : « la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre est l'un des moyens sociaux, politiques et économiques fondamentaux par lesquels sont entretenus la subordination des femmes par rapport aux hommes et leurs rôles stéréotypés. Dans de nombreux États,

les dispositions légales contre la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre sont inappropriées, rarement appliquées ou inexistantes.

Un non-respect de plus en plus fréquent du cadre général et légal mis en place pour éliminer la discrimination ou la violence fondée sur le genre, souvent sous couvert de tradition, de culture, de religion ou d'idéologies fondamentalistes, ainsi que d'importantes réductions dans les dépenses publiques qui y sont consacrées, généralement dans le cadre de mesures dites « d'austérité » prises pour faire face à des crises financières et économiques, contribuent à affaiblir les actions menées par les États. Dans un contexte de réduction des espaces démocratiques et de détérioration de l'état de droit qui en résulte, tous ces facteurs favorisent la généralisation de la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre et le développement d'une culture de l'impunité » (5).

Ce Comité atteste que : « la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre se fonde sur des critères liés au genre tels que l'idéologie qui accorde aux hommes des droits et des privilèges au détriment des femmes, les normes sociales définissant la masculinité, et le besoin de l'homme d'affirmer son contrôle ou son pouvoir, de mettre en place des rôles liés au genre, ou de prévenir, décourager ou punir ce qui est considéré comme un comportement inacceptable de la part d'une femme. Ces critères contribuent aussi à l'acceptation sociale, explicite ou implicite, de la violence fondée sur le genre à l'égard des femmes, qui est encore souvent considérée comme relevant de la sphère privée, et à l'impunité généralisée dont elle bénéficie » (5).

Les violences sexuelles avec leur expression la plus grave : le viol, peut concerner les hommes comme les femmes. Ce crime est dramatique et intolérable pour les deux sexes, mais en termes de fréquence, les femmes sont bien plus touchées. Nous citerons pour illustrer ce fait, une étude canadienne de 2018 attestant que les femmes seraient 3 fois plus à risque que les hommes d'être victimes d'agression sexuelle au cours de leur vie. De plus, une femme déjà agressée a plus de risque de subir une nouvelle agression comparativement à une femme n'ayant jamais subi d'agression sexuelle (6).

En 2006, l'enquête « Contexte de la sexualité en France » menée par l'INSERM et l'INED, à l'initiative de l'agence nationale de recherche sur le SIDA, a permis de

mesurer le nombre de personnes ayant subi des violences sexuelles (attouchements, tentatives de rapport forcé ou rapports forcés) au cours de leur vie. Ces violences ont concerné 20,4 % des femmes et 6,8 % des hommes âgés de 18 à 69 ans (7).

En 2012, il est estimé qu'une femme est violée toutes les 8 minutes (8).

En 2016, parmi les 6 890 victimes de viol enregistrées par les services de police et de gendarmerie, 93% des victimes sont des femmes (9).

En 2017, on peut dénombrer environ 1 million de femmes ayant subi un harcèlement sexuel.

En 2018, 93 000 femmes ont subi un viol ou une tentative de viol ; 225 000 femmes sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple (10).

L'Insee-ONDRP dans son enquête sur le cadre de vie et la sécurité de 2008 à 2012 montre que les femmes sont 3 fois plus victimes de violences sexuelles que les hommes (1,3% contre 0,5%) (11).

En 2015, les femmes rapportent six fois plus souvent avoir subi un viol ou tentative de viol que les hommes (3,6% contre 0,6%) (12).

Les organisations Amnesty international Belgique et SOS Viol dans leur sondage sur le viol de 2020 ont publié les résultats suivants : 26% des femmes et 5% des hommes ont déjà subi un viol. Le viol par partenaire concerne 23% des femmes et 14% des hommes (13).

L'étude de 2023 du HCE (Haut Conseil à l'Égalité entre les Hommes et les Femmes) révèle des chiffres alarmants : 1 femme sur 5 de moins de 24 ans a déjà subi un viol ou une agression sexuelle (2).

V. le Goaziou affirme que ce type de violence est perpétrée par des hommes (quasi exclusivement) sur des femmes ou des enfants (filles et garçons) avec lesquels ils ont le plus souvent des liens affectifs ou relationnels de forte intensité » (14).

Dans près de 9 cas sur 10, la victime d'une agression sexuelle est une fille ou une femme. Dans plus de 9 cas sur 10, l'auteur présumé de l'agression sexuelle est un garçon ou un homme (15).

#### Le viol dans l'histoire :

L'historienne C. Taraud soutient que la première colonie de peuplement a été la femme : « plus encore que la terre elle-même, c'est la femme qui constitue la colonie originelle puisqu'elle incarne en soi un territoire à ravager, puis à coloniser » (16).

La femme est une ressource qui permet de perpétuer l'espèce. Elle est également une valeur ajustable : on note une augmentation des féminicides aux périodes de famine par exemple, permettant de réguler la population (16).

Des traces archéologiques ainsi que des archives ethno historiques font état depuis des groupes de chasseurs cueilleurs aux grands empires, des rapt de femmes, suivis de violence sexuelle ou de viol. (L'enlèvement des Sabines afin d'assurer la descendance des fondateurs de Rome l'illustre parfaitement.)

Il est important cependant de ne pas faire d'anachronisme. Le mot viol dans l'histoire -s'il existe- n'a pas la même signification qu'aujourd'hui. Ce point est important à garder à l'esprit puisqu'il permet de comprendre comment et pourquoi s'est fait la répression du viol dans l'histoire et comment ce crime a évolué dans la loi jusqu'à être qualifié comme il l'est aujourd'hui.

Pour pouvoir qualifier le viol tel que nous l'entendons de nos jours, il faut que la femme existe en tant qu'individu libre et indépendante.

La femme perçue comme être humain à part entière, libre et indépendante et non plus propriété de l'homme- qu'il soit père, frère ou mari- et de fait devant lui être soumise, est une évolution très récente dans la société.

Le code civil de 1804 infériorise la femme qui est considérée comme mineure et qui « doit obéissance a son mari » (17).

Ce n'est qu'en 1944 que le droit de vote a été obtenu en France pour les femmes.

L'égalité entre homme et femme n'est inscrite dans la constitution qu'en 1946 : *"La loi garantit à la femme, dans tous les domaines, des droits égaux à ceux de l'homme »* (18).

Les droits de la femme à disposer de son propre corps sont encore plus récents (droit à la contraception en 1967- droit pour l'avortement en 1975) et donc fragiles. Il suffit de regarder les assauts menés contre les droits pour l'avortement avec pour ne citer qu'un seul exemple, l'abrogation du décret Row Vs Wade aux USA.

Les luttes féministes et l'attention portée à la vulnérabilité du corps des femmes dans un contexte patriarcal ont été l'origine d'une reconnaissance et d'une pénalisation des violences sexuelles dans le cadre d'une réparation dont l'objet est la femme victime. Avant cela, les diverses interdictions ne visent pas à protéger les femmes en tant que femmes mais parce qu'une atteinte au corps de la femme mariée est une atteinte à l'honneur de l'époux, mais également à la pureté de la potentielle descendance.

[Le viol et son évolution dans le droit :](#)

Dans l'Histoire, une première référence au viol est retrouvée dans le code Code d'Hammurabi, -1 750 avant JC : « Si un homme a maîtrisé l'épouse d'un (autre) homme, qui n'a pas connu de mâle et qui habite dans la maison de son père, et a couché dans son giron, si on le surprend, cet homme sera tué, cette femme sera quitte» (19).

Dès le haut Moyen Age, le viol constitue un crime qui relève de la haute justice médiévale et qui est passible de lourdes peines pouvant aller d'une compensation financière très importante à la peine de mort. Il s'agit d'un crime mêlant le vol à la violence. Les conséquences ne se relèvent pas tant sur la victime que sur sa famille qui porte l'affront, posant la question de l'honneur et de la légitimité de la descendance, mais également à l'ordre moral et aux valeurs chrétiennes qui régissent la société et la justice de l'époque. La fréquence de ce crime se serait intensifiée au XIVe et XVe siècle au cours desquels aurait régné un fort courant antiféministe (20).

« Le délit de viol (...), n'était pas poursuivi *ex officio* par les autorités judiciaires, mais à la requête de la partie offensée ou des personnes autorisées par les ordonnances juridiques, telles que le père, le mari ou les frères de la femme outragée. La raison de ce procédé de la justice se trouve dans les biens juridiques protégés par le droit en cas de violence sexuelle : ceux-là même du groupe familial, au premier rang desquels figuraient l'honnêteté de la femme et l'honneur des hommes. C'est ainsi qu'avec le viol, on portait préjudice à des biens liés à la sphère du privé : en effet, selon la perspective idéologique de l'époque, laquelle était soutenue par des arguments médicaux, légaux, théologiques et sociaux, l'honnêteté de la femme était directement proportionnelle à sa chasteté et, de la même manière, l'honneur des hommes était directement proportionnel au degré de chasteté ou d'honnêteté des femmes de leur groupe de parenté. Il faut d'autre part souligner que la liberté sexuelle des femmes n'était pas considérée comme un bien juridique protégé par le droit, puisque, soumises aux stratégies matrimoniales du groupe familial, les femmes n'avaient pas la capacité de décider librement avec qui ni quand elles avaient des rapports sexuels. Par conséquent, le viol ne supposait pas un attentat contre leur liberté sexuelle » (21).

En 1791, le viol est inscrit dans le code pénal. Non défini, il est puni de dix ans de fers et de douze dans le cas où la victime est mineure de 14 ans ou si le coupable a eu des complices (22).

En 1810, il est inscrit dans le code pénal napoléonien « Toute personne qui aura commis un outrage public à la pudeur, sera punie d'un emprisonnement de trois mois à un an, et d'une amende de seize francs à deux cents francs » (23). Ce crime n'était retenu que lorsque l'homme avait utilisé la violence pour violer une femme.

L'outrage public à la pudeur est défini comme un « acte physique recouvrant contraire aux bonnes mœurs, exercé volontairement sur le corps d'une personne déterminée de l'un ou l'autre sexe » (24). Chaque magistrat est donc libre de le qualifier comme il le souhaite. Il est puni de trois mois à un an de réclusion, et de travaux forcés si la victime a moins de 15 ans » (23).

En 1857, la cour de cassation donne dans l'arrêt Dubas la première définition juridique du viol : « *Le crime de viol consiste dans le fait d'abuser une personne contre sa*

*volonté, soit que le défaut de consentement résulte de la violence physique ou morale exercée à son égard, soit qu'il résulte de tout autre moyen de contrainte ou de surprise pour atteindre, en dehors de la volonté de la victime, le but que se propose l'auteur de l'action. »*

Cet arrêt mentionne également : « il n'y a viol que si le propriétaire de la femme, mari ou père, risque de se retrouver avec des enfants manifestement non propres » Cet arrêt illustre parfaitement la raison première de la répression du viol : la crainte des grossesses illégitimes et non pas une quête de justice pour la femme victime.

Cet arrêt introduit également les éléments de surprise et de contrainte.

Il faudra attendre le procès de 1980 pour reconnaître le viol comme un crime et l'intégrer comme tel dans le code pénal français. La loi n° 80-104 du 23 décembre 1980 définit le crime de viol en reprenant les éléments de la jurisprudence des années passées et qualifiant le viol comme « tout acte de pénétration sexuel, de quelque nature qu'il soit commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise »

#### Juridiquement aujourd'hui ?

Aujourd'hui, le code pénal (CP) définit comme étant des agressions sexuelles :

- Viol : article 222-23 du CP
- Agression sexuelle : articles 222-23 à 33 et 227-22 à 27 du C, parmi lesquelles on retrouve :
- Les atteintes sexuelles : article 222-30-1 du CP
- Le harcèlement sexuel : article 222-33 du CP
- L'exhibition sexuelle : article 222-32 du CP

L'agression sexuelle est définie par « une atteinte commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » selon l'article 222-22 du code pénal. Consiste donc en une agression sexuelle tout contact physique de nature sexuelle autre que le viol.

L'agression sexuelle est un acte à caractère sexuel sans pénétration commis sur une personne par violence, contrainte, menace, ou surprise, article 222-22 du CP.

On évoque de la sorte les caresses ou les attouchements à caractère sexuel.

Pour les agressions sexuelles autres que le viol, la juridiction compétente est le tribunal correctionnel qui juge les délits.

L'auteur d'une agression sexuelle ou d'une tentative d'agression sexuelle encourt une peine de 5 années d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Cette peine peut être aggravée en fonction de circonstances aggravantes que nous ne détaillerons pas ici.

Est qualifié de viol dans le code pénal : « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle. » Article 222-23 du CP. Cette peine peut aller jusqu'à la perpétuité en fonction des circonstances aggravantes qui peuvent être retenues.

Les tentatives de viol et viols sont assimilés, ce qui signifie qu'ils sont soumis à la même peine selon les dispositions de l'article 121-4 du CP.

Le viol conjugal est répréhensible depuis la loi du 23 décembre 1980, mais il n'est réellement réprimé que depuis un arrêt de la Cour de cassation de 1990 et il constitue une circonstance aggravante depuis 2006.

Il s'agit d'un crime. La juridiction compétente est la cour d'assise.

En cas de viol, la peine encourue est 20 ans de réclusion. Cette peine peut être aggravée en fonction de circonstances aggravantes comme lorsqu'il est commis par un ascendant ou toute personne ayant sur la victime une autorité de fait, s'il est commis avec ou sous la menace d'une arme, s'il est commis par le conjoint ou concubin de la victime ... article L. 222-24 du Code pénal, que nous ne détaillerons pas ici.

Cependant, dans les faits, ce crime reste la majorité du temps impuni.

Il est également important de noter que dans le droit français, il existe une présomption du consentement, c'est-à-dire que le consentement de la plaignante est présumé. Le prévenu ou l'accusé n'a pas, lors d'un procès si procès il y a, à établir qu'il s'est assuré que la plaignante était consentante et comment il s'est assuré du consentement de cette dernière (25).

En France, la loi de « garantie intégrale de la liberté sexuelle » surnommée également « seul un oui est un oui » et entrée en vigueur le 7 octobre 2022 a permis une avancée en matière de reconnaissance du consentement. Cette loi vise à durcir les peines contre le viol et traduit la « nécessité de l'expression du consentement. » C'est-à-dire que le consentement des deux parties doit être clairement défini. Il reviendra à l'agresseur de prouver qu'il y a eu consentement et non plus à la victime de prouver qu'elle ne l'a pas donné (26).

### Un crime majoritairement impuni : quelques chiffres

Le ministère de la Justice (27) nous donne les chiffres suivants :

- moins de 10% des victimes portent plainte
- il n'y a que 3 % de poursuites judiciaires
- le taux de condamnation se situe entre 1 et 2%
- 70% des dossiers sont classés sans suite
- 50% ou 80% des dossiers sont correctionnalisés

Pour Véronique le Goaziou, seulement 30% des dossiers suivent leur cours dans une procédure pénale et parmi eux 14% sont classés sans suite (28).

Les viols ayant le plus de risque d'être classés sans suite concernent ceux commis sans coup ni blessure, les viols conjugaux, les viols sur mineurs, ceux commis par le père et dénoncés par la mère et ceux commis sur personnes vulnérables ainsi que les tentatives de viol si la victime est alcoolisée (28).

Aujourd'hui en France, le taux de condamnation pour viol est inférieur à 2%. D'une manière générale les taux de condamnation pour viol sont en baisse dans la plupart des pays (29). De plus, lorsqu'une plainte pour viol suit son cours dans la justice, elle est quasiment systématiquement correctionnalisée (28). La plainte pour viol – crime jugé en cours d'assise- est requalifiée en agression sexuelle relevant du délit et jugé par un tribunal correctionnel (29).

Les correctionnalisations sont systématiques en Belgique, et importantes en France. Aujourd'hui, et malgré sa définition dans le code pénal, pour certains, « le viol n'est plus un crime français délit » (30).

En France, suite à une expérimentation datant de 2019, une majorité des affaires de viol sont requalifiées en agressions sexuelles (délictuelles) et jugées par des tribunaux correctionnels.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2023 ces crimes sont jugés par des cours criminelles composées de cinq magistrats statuant sans la présence du jury. Une cour criminelle, dans le droit français, consiste en une juridiction d'exception dont l'existence a pour objectif de soulager les cours d'assises qui sont surchargées avec des délais d'audience extrêmement longs. Cette cour n'a pas de jury populaire, et permet de juger en première instance des crimes punis de quinze à vingt ans d'emprisonnement. A l'origine, ces cours devaient justement avoir pour but de limiter la pratique de la correctionnalisation.

Citons ici l'avocate Laure Heinich dans une tribune publiée dans le journal *Le Monde* : *"Exit les jurés. Exit le regard public, l'œil extérieur, les témoins. Exit l'oralité des débats et la pédagogie citoyenne. Trop cher pour le viol. Les crimes « les plus graves », selon l'expression de l'ancienne garde des sceaux, punis de plus de vingt ans d'emprisonnement, demeureront jugés par une cour d'assises et sa démocratie directe, tandis que les viols seront, eux, disqualifiés d'office"* (31).

Ce phénomène démontre bien que la répression de ce crime n'est pas une priorité dans le contexte politique actuel français (mais également international), et qu'il y a encore beaucoup à faire en matière de droit des femmes et du respect des droits des femmes.

Le viol est un crime pour lequel l'impunité est fréquente et les victimes sont doublement victimes puisque non reconnues, mais également extrêmement maltraitées lors des procédures judiciaires (32).

Pour D. Zucker, le système judiciaire est convaincu que la récidive chez les agresseurs sexuelles est faible. Il s'agit d'un biais car cette conviction est fondée sur un type de

recherche ne prenant en considération que le nombre d'arrestation comme indice de la récidive.

Or, la majorité des agresseurs ne sont pas inquiétés.

Elle note que plus de 87 % des agressions sexuelles avec consommation d'alcool ont été commises par des récidivistes (30).

Le viol est de nature prédatrice et sérielle (30). C'est un acte conscient et intentionnel. La majorité des hommes ne sont pas des violeurs, mais les violeurs représentent entre 6 et 12% de la population (30). Or ce sont des récidivistes dans plus de 70% des cas. La seule manière de diminuer le nombre de victimes est donc de détecter les auteurs au plus vite (29).

Dans les faits, depuis 10 ans, les condamnations pour viol ont diminué de 40% malgré une augmentation des plaintes (27).

La fondation Jean Jaures, en association avec le Pr M Debout, a réalisé en 2018 une enquête auprès de 2167 femmes. Il ressort de cette enquête que seulement 15% des victimes portent plainte. Pour des cas de viol en réunion, 39% des victimes portent plaintes contre 13% des femmes n'ayant qu'un seul agresseur. Enfin, lorsque des suites judiciaires ont eu lieu dans 15% des cas, l'auteur n'est condamné que dans 23% des cas et ne reçoit aucune sanction dans 58% des plaintes (33—.

[Viol, un crime sous silence - Avènement Metoo ou libération de la parole des femmes,](#)

Les femmes se taisent lorsqu'elles ont été violées. Près d'une victime de viol sur cinq n'a jamais parlé de son agression à personne (34).

Le phénomène HashtagMetoo créé en 2006 par la militante Tarana Burke est intéressant en termes d'analyse de la libération de la parole des femmes.

L'origine de Metoo consiste en une campagne de soutien aux victimes d'agressions dans les quartiers défavorisés.

L'affaire Weinstein va faire exploser cet hashtag en relayant des millions de témoignages de violences sexuelles. Il est suivi de #balancetonporc dans sa version française et de beaucoup d'autres versions internationales.

Veronique Nahoum-Grappe décrit un « mouvement social féminin du XXI<sup>e</sup> siècle, qui sait user des outils technologiques de l'époque pour faire apparaître un point de vue non pris en compte à la mesure de sa réalité massive et tragique » (35).

Pour le philosophe Thomas Schauder « la quantité et la diversité des témoignages indiquent que le problème n'est pas causé par des individus isolés mais constitue un fait social ». Aucun milieu n'est épargné.

En matière de libération de la parole des femmes, on note une augmentation de 30% des plaintes pour violence sexuelle en octobre 2017. Cette hausse n'est pas à mettre en lien avec une augmentation des violences, mais bien à une révolte des femmes contre la loi du silence à laquelle elles étaient jusqu'alors soumises.

Pour le Dr Denis Mukwege, il est important de libérer la parole des victimes: « briser le silence qui plane autour des violences sexuelles- harcèlement , viol, inceste- est un pas essentiel vers la résolution du problème. Premièrement le silence permet aux violences sexuelles de prospérer. Se taire crée un environnement où les hommes peuvent continuer d'abuser des femmes en toute impunité. Le silence sert leurs intérêts. Tant qu'un problème est tu, les schémas comportementaux destructeurs à l'œuvre peuvent se poursuivre » (36).

Claudine Cordani était mineure lorsqu'elle a été violée. Elle sera la première à refuser le huis clos à ses violeurs en 1984 en disant « ce n'est pas aux victimes d'avoir honte. Je veux que la société et que tout le monde le sache » (37).

[Viol : un crime où la victime se sent coupable et le coupable, victime.](#)

Le viol est le seul crime où il existe un renversement de culpabilité entre la victime et l'auteur. La victime porte le poids de la honte. Elle se sent coupable de ce qui lui est arrivé. Elle ne parle pas spontanément de cette expérience traumatisante.

Nous pouvons nous référer au viol de Lucrece par Sextus Tarquin dans l'histoire de Rome pour illustrer notre propos. Lucrece est violée par son hôte Tarquin. Elle se suicide pour ne pas survivre au déshonneur. Tite-Live rapporte ses dernières paroles « nulle femme impudique ne pourra ainsi vivre en se réclamant de l'exemple de Lucrece ». Lucrece constitue un exemplum dans la culture romaine c'est-à-dire « *l'histoire d'une personne dont les actes sont dignes d'être imités*. C'est elle qui porte la honte et les stigmates d'un acte dont elle n'est pourtant que la victime et qui va le payer de sa vie.

Pour Marlène Schiappa alors secrétaire d'état chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes : « Nous vivons dans un monde qui tolère, ou, au mieux, qui ne dissuade pas suffisamment les violeurs. Qui les excuse souvent, qui les justifie parfois. Qui, régulièrement, inverse la charge de la preuve et même la responsabilité du crime, voire, qui retourne l'accusation contre la victime pour avoir parlé » (38).

Ce grand écart dans l'histoire illustre bien le fait que pour les femmes les choses n'ont pas beaucoup évolué. « Du point de vue des femmes, le viol n'est pas prohibé, il est régulé » (39).

Les auteurs de violences sexuelles font l'objet d'une fréquente impunité lorsqu'on regarde le taux de condamnation effectif. 0,6 % des viols ou tentatives de viol auraient donné lieu à une condamnation en 2020 » (40).

A contrario, les victimes sont très souvent culpabilisées, et on leur fait porter la responsabilité de l'acte qu'elles ont subi.

Une victime de viol dira souvent : « je me suis fait violer » Le choix des mots est très révélateur. « On ne se fait pas violer. On est violé. On ne fait rien. On est. C'est l'autre qui fait. Le viol, c'est l'autre qui le fait » (41).

-La question « Comment était-elle habillée ? » serait impensable si elle devait être posée à un homme victime de viol. Pourtant on la retrouve dans la bouche de magistrats supposés rendre justice et être donc au fait des responsabilités de chacun. Dans le Parisien du 4 novembre 2022 à propos de l'affaire du viol d'une enfant de 11 ans par un adulte de 28 ans, il est possible de lire « même si elle faisait plus âgée que

son âge » : déclaration faite par le président de la cour d'assise (42). Comme si le fait que la victime soit plus âgée pouvait atténuer la gravité des faits. Le coupable a été condamné à 8 ans de prison. Cette affaire permettra tout de même d'instaurer un seuil de non-consentement dans la loi à 15 ans.

Ce phénomène de renversement de la culpabilité est lié notamment à ce qu'on appelle « la culture du viol »

### Qu'est que la culture du viol ?

La culture du viol est une notion qui est apparue aux états unis dans les années 70 pour définir des relations sexuelles non consenties mais admises socialement. Ces comportements justifient la domination sexuelle des hommes sur les femmes en qualifiant ces relations non consenties comme banales, excusables, explicables ou à encourager. Il s'agit d'un concept fondé sur une construction sociétale et collective regroupant un ensemble de croyances ou d'idées reçues sur le viol.

La culture du viol consiste en « un ensemble de comportements qui font en sorte que l'on banalise et même qu'on excuse les agressions sexuelles. On ramène la responsabilité de l'agression sur le dos de la victime, et on remet en question la parole de la femme. On utilise le corps des femmes comme si elles étaient là pour assouvir les besoins des hommes » (43).

L'institut Dédicaded, Amnesty international et SOS viol en 2019, publié en mars 2020 mettent en lumière que les idées reçues sur le viol restent profondément ancrées dans notre société (44).

Ces idées reçues sont légion et contribuent à « justifier » le viol, à lui donner une certaine légitimité, à renverser la culpabilité sur la victime ou excuser en totalité ou partiellement les auteurs. En bref, elles contribuent à une sorte de « permis de violer ».

Nous en développerons rapidement (et en déconstruisons) quelques-unes ci-dessous :

**Le désir irrésistible des hommes**, auquel les femmes se doivent de toujours succomber, soit le mythe selon lequel le viol serait lié à une pulsion que l'homme n'aurait pas pu/su réprimer.

Or, le viol n'est pas lié à une pulsion irrésistible. L'auteur du viol répond à un besoin qui n'a rien de sexuel mais tout à voir avec la domination de l'autre, un besoin de toute-puissance, un contrôle absolu sur sa victime. « Le viol est l'expression érotisée du pouvoir » (45).

Nous citerons Nicholas Groth, psychologue spécialisé dans les abus sexuels, : « le viol sert principalement des besoins non sexuels » (46).

Dorothee Doussy atteste que la théorie des pulsions, définie comme d'irrésistibles envies sexuelles à l'origine des viols (...) ne résiste à aucune démonstration empirique puisque qu'au contraire tous les violeurs prennent soin de ne pas se faire pincer » (47).

Ce qui est excitant dans le viol ce n'est pas le sexe mais la possibilité d'avoir le droit de vie et de mort sur quelqu'un, d'être dominant et tout puissant.

Ce qui intéresse un violeur, c'est la vulnérabilité de sa victime. Le violeur va sélectionner sa victime avec soin selon plusieurs critères : vulnérabilité, faisabilité, endroit.

Massil Benbourriche, docteur en psychologie et criminologie de l'université de Montréal a conduit une étude portant sur les agressions sexuelles. Cette étude portait sur la façon dont les hommes percevaient le viol sur des femmes et le lien éventuel avec la consommation d'alcool ainsi que les stratégies de coercitions qu'ils seraient prêts à mettre en place pour obtenir des relations sexuelles en cas de refus.

Face au refus, la question posée aux hommes était : « pour arriver à vos fins, lui auriez-vous menti, proposé un verre poursuivi le contact physique » ? A cette question 50% des participants affirmaient alors avoir déjà usé de stratagèmes similaires.

La dernière question de l'étude était : « si vous étiez absolument certain que M. ne porterait jamais plainte et que vous ne seriez jamais poursuivi, quelles seraient les chances d'avoir une relation sexuelle avec M alors qu'elle n'est pas d'accord – ici sont décrit les éléments constitutifs du viol.

Les résultats sont que 30% des participants répondaient par l'affirmative, soit, 30% des participants qui seraient prêts à violer M. (48).

**Une femme violée peut y prendre plaisir** : L'idée selon laquelle une femme aime être forcée a encore de beaux jours devant elle. Le HCE en 2023 publie : « 1 jeune sur 5 considère qu'un homme qui insiste pour avoir un rapport sexuel avec sa conjointe n'est pas du tout sexiste. Un quart considère qu'une femme qui dit non pour une relation sexuelle veut dire oui. Plus d'un tiers des 18-24 ans pensent qu'une femme peut prendre du plaisir à être humiliée ou injuriée et près d'un quart estiment qu'elle prend du plaisir à être forcée. Cette imprégnation de la culture du viol est plus importante chez les jeunes hommes : forcer sa partenaire à avoir un rapport sexuel alors qu'elle refuse est perçu comme un viol par moins de 3 jeunes sur 5 contre plus de 4 jeunes femmes sur 5 » (2).

**Le comportement des victimes pourrait être un « appel au viol »** Dans cette catégorie, on peut citer la tenue vestimentaire de la victime, la quantité d'alcool qu'elle aurait pu ingérer, le comportement qu'elle aurait eu comme pouvant justifier en partie la violence que ces victimes ont subie.

La fiabilité de leurs paroles est remise en question par un système -déjà mentionné et expliqué précédemment- de renversement de culpabilité

**Il existerait un « vrai » viol** : celui que tout un chacun se représente, au détour d'une ruelle sombre, la nuit, par un parfait inconnu, marginal, si possible fou ou SDF, et se commettant sous la menace d'une arme. Dans ce scénario idéal, la victime aurait bien entendu résisté, et donc aurait été couverte de coups. Son pénitent serait donc le « faux » viol : le viol entre conjoint, le viol pendant la soirée trop alcoolisée, le viol par un ami, un proche, le viol silencieux qui ne laisse pas de trace. Celui ou la victime, sidérée, se trouve dans l'incapacité de se défendre et reste figée. Le viol que la victime aurait « peut-être un tout petit peu cherché » ...

Nous rappellerons ici que 86% des viols sont commis par des proches (14). Les chiffres de l'enquête Virage tournent autour de 70% de viol ou tentatives de viol perpétrés par un conjoint, un membre de la famille ou un proche. (49).

9 mars 2021 : Selon les estimations mondiales de l'OMS, 35% des femmes, soit près d'1 femme sur 3, indiquent avoir été exposées à des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre au cours de leur vie (50). Le plus souvent, cette violence est le fait du partenaire intime.

Au niveau mondial, près du tiers (30%) des femmes qui ont eu des relations de couple signalent avoir subi une forme quelconque de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie (50).

Veronique le Goaziou définit 5 grands types de viols classés par ordre de fréquence (14) :

- les viols familiaux
- les viols conjugaux
- les viols commis par l'entourage (amis, voisins...)
- les viols commis par des inconnus
- les viols collectifs

Participent également à la culture du viol l'idée que le viol conjugal n'existe pas, mais également le fait que les victimes sont découragées de porter plainte en soulignant que la dénonciation pourrait causer un tort à l'agresseur (cela pourrait détruire à sa carrière, c'est un gentil garçon, ...) ou bien que la victime mente ou exagère les faits pour nuire/ attirer l'attention.

Bien d'autres comportements/ préjugés relèvent de la culture du viol mais le propos ici n'est pas de tous les illustrer.

Ce contexte à la fois historique, mais également culturel et social nous paraissait essentiel à replacer et à clarifier afin de mieux mettre en évidence les raisons pour lesquelles le dépistage des violences sexuelles nous paraît être une problématique essentielle.

## B. Conséquence somatiques et psychiatriques des violences sexuelles

### Conséquences psychiatriques

Les violences sexuelles, et notamment le viol, sont des expériences traumatisantes pour la victime. Une étude de Breslau et al. fait un parallèle entre le traumatisme de cette expérience et d'autres traumatismes comme les vécus de guerre, les camps de concentration ou bien le fait d'avoir été pris en otage (51).

Elles font partie des traumatismes les plus sévères et leurs effets sur la santé sont dévastateurs.

Il s'agit d'une expérience de mort imminente. Lise Poirier Courbet (2015) : « Le viol est une sidération. C'est une effraction du corps qui touche directement au moi, une mise à mort identitaire. Le 'je' est éclaté, morcelé. En somme, c'est un crime de souillure, un crime de genre, un féminicide. La vie après le viol passe inévitablement par de longues périodes d'errance et de tâtonnement » (52).

Les conséquences des violences sexuelles sur la santé sont multiples, que ce soit d'un point de vue somatique ou psychiatrique et ces conséquences sont connues. Plusieurs études ont déjà établi un lien entre violence sexuelles et conséquence sur la santé. Ces conséquences apparaissent fréquemment plusieurs années après l'agression.

J.L Thomas liste les troubles psychiatriques pouvant être retrouvés: troubles anxieux avec anxiété, panique, agoraphobie, obsessions, phobies, syndrome de stress post-traumatique, troubles de la personnalité, (irritabilité, faible estime de soi, conduites suicidaires, automutilations, fugues, instabilité, trouble du comportement, troubles du sommeil (insomnies, cauchemars, terreurs nocturnes), trouble du comportement alimentaire (anorexie, boulimie), troubles addictifs (alcoolisme tabagisme, toxicomanie) , mais également des troubles dépressifs (53).

Pour lui, « il n'y a pas de barrière étanche entre les dégâts psychologiques engendrés par les violences sexuelles et les désordres somatiques qu'elles entraînent. »

33% des femmes victimes de violences sexuelles déclencheraient des pathologies psychiatriques contre 6% chez les femmes indemnes de violence sexuelle (54).

## **Tentative de suicide**

Être victime de violence sexuelle augmente le risque de faire une tentative de suicide. Un tiers des femmes ayant subi un viol ou une tentative de viol ont tenté de se suicider (55).

Ces résultats concordent avec ceux de l'enquête VIRAGE, (Violence et rapport de genre, première enquête dont le sujet est consacré aux violences faites aux femmes) qui font état d'un tiers des femmes victimes de viol ou tentatives de viol ayant fait par la suite une tentative de suicide (56).

Dean G Kilpatrick et al. ont étudié les effets psychologiques d'un viol. Ils notent que presque 1/3 des victimes de viols développent un syndrome de stress post traumatique. Elles sont également 3 fois plus à risque de faire un épisode dépressif majeur, 1/3 ont déjà pensé à se suicider. Elles font 4,1 fois plus de tentatives de suicides ou/et se suicident également 13 fois plus que des femmes non-victimes de viol (57).

Enfin, elles ont environ 13,4 fois plus de risque de développer un mésusage d'alcool et 26 fois plus de risque de consommer des toxiques.

L'enquête réalisée par M Debout et la fondation Jean Jaures a démontré que le viol multipliait par 4 le risque de passage à l'acte suicidaire. 38% des femmes victimes d'un viol interrogées ont déjà sérieusement considéré le suicide contre 22% des femmes en moyenne (33).

La fréquence des intentions suicidaires sérieuses est donc 3,5 fois plus élevée parmi les victimes d'un viol que pour l'ensemble des femmes.

Cette enquête a mis en lumière un point majeur, à savoir qu'une femme qui répète un passage à l'acte suicidaire a un risque majeur d'avoir subi un viol dans sa vie (33).

## **Syndrome de stress post-traumatique :**

J-M Darves Bornos a réalisé pour son travail de recherche sur les syndromes traumatique du viol et de l'inceste, une étude sur une cohorte de 102 sujets victimes de viol. Il a décrit 3 syndromes traumatiques :

- Le syndrome Secondaire à un Stress Traumatique
- Le syndrome Traumatique Dissociatif et Phobique, syndrome qui inclut les troubles somatoformes et les phobies spécifiques, mais aussi et surtout les troubles dissociatifs au sens de Pierre Janet et l'agoraphobie ;
- Le syndrome Traumatique de type Limite, syndrome qui décrit l'altération de l'identité et de la personnalité, et qui est secondaire à la blessure narcissique induite par le viol (58).

L'étude de Faravelli et al. 2004 comparait un groupe de 40 femmes ayant subi un viol à un groupe de 32 femmes ayant subi un traumatisme important hors violence sexuelle (accident de voiture, agression physique, vol) (59). Dans le groupe des femmes violées ayant porté plainte et reconnues comme victimes on notait une prévalence plus importante de

- syndrome de stress post traumatique : 95% contre 47%
- Troubles sexuels : 90% contre 19%
- Dépression majeure : 90% contre 44%
- Trouble du comportement alimentaire : 53% contre 6%
- Autres troubles anxieux : 38% contre 16%

Hirohata S, et al. (2002) a étudié une cohorte de 46 victimes de viol. 69,6% souffraient de stress post traumatique et 89,1% en avait souffert à un moment dans leur vie.

Les victimes de viol souffraient plus de dépression que les non-victimes (60).

Il est possible de retrouver un état de stress post traumatique chez une victime de viol dans 80% des cas (Breslau, 1991) mais ce pourcentage peut s'alourdir si les victimes étaient des enfants au moment du traumatisme avec 87% de trouble de stress post traumatique (61) (Rodriguez 1997) voir 100% (62).

Les symptômes dissociatifs sévères seraient également fréquents chez les victimes de violence sexuelle (63).

Une étude conduite en 2017 par JT Thomas, V Guerin, P Levy, M Carette Nathalie Regensberg de Andreis and Philippe Lacrosse, portant sur une cohorte de 178 sujets français avec des antécédents de violence sexuelle, a mis en évidence des conséquences telles que des douleurs chroniques, des allergies, troubles dermatologiques et gynécologiques mais également des troubles ORL. D'un point de vue psychiatrique, ils retrouvent, sans surprise, une haute prévalence de troubles dépressifs, de troubles du sommeil et de tentatives de suicide (64).

« La majorité des victimes sont donc livrées à elles-mêmes, souffrant en silence des conséquences de leur traumatisme et développant de nombreuses pathologies psychiques et traumatiques sans forcément faire le lien avec les violences subies » (65).

Une étude de 2018 au Canada démontre que les femmes victimes de violences sexuelles seraient 3 fois plus susceptibles de déclarer des pathologies psychiatriques ou des mésusages d'alcool (6).

D'un point de vue somatique :

### **Sexualité :**

63% des victimes de viol se plaignent d'effets très importants (32%) ou assez importants (31%) de leur viol sur leur sexualité (33).

### **Gynécologie**

Les pathologies douloureuses sont les premières pathologies retrouvées chez des femmes ayant des antécédents de violence sexuelles (66).

### **Cancer**

Un lien a également été mis en évidence entre antécédent de violence sexuelle durant l'enfance et la prévalence du cancer avec un risque supérieur de 21% pour les victimes de développer un cancer à l'âge adulte (67).

De même, la fréquence du cancer du col de l'utérus serait multipliée par 2,6 chez des femmes ayant subi des violences sexuelles (68).

### **Autres**

D'autres troubles ont pu être décrits comme les troubles gastro-intestinaux, des troubles musculaires et articulaires, des troubles neurologiques (vertiges, bourdonnements d'oreille, malaise, céphalées...), des troubles cardiovasculaires, des troubles nutritionnels et métaboliques, avec un lien avéré entre violence sexuelle et obésité (53).

## C. Dépistage des violences sexuelles en France :

Le dépistage des violences sexuelles est un sujet controversé. Une femme sur 5 a des antécédents de violence sexuelle. Nous ne faisons donc pas face à un épiphénomène mais bien à une véritable épidémie (69).

Cependant, lors de nos consultations, pouvons-nous vraiment affirmer avoir recherché ces antécédents ?

Comme vu précédemment, il existe un lien certain entre troubles anxiodépressifs et violence sexuelle. Les entretiens médecins/patientes pourraient contribuer à ouvrir un espace de parole pour libérer une parole des femmes encore trop faible et donc améliorer la prise en charge de ces femmes.

Les chiffres de la lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes sont édifiants : seules 30% des femmes victimes de viol et de tentative de viol ont bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique (70).

D'autre part, une des principales raisons concourantes à l'impunité des auteurs de violence sexuelle et donc à la perpétuation de telles violences réside dans l'omerta à laquelle sont soumises les victimes. Cet espace de parole pourrait permettre d'ouvrir la voie vers d'éventuelles poursuites permettant également aux victimes d'avancer dans leur travail de reconstruction. Un lien existe entre la reconnaissance du statut de victime à savoir : « je ne suis pas responsable de ce que l'on m'a fait subir » avec une juste reconnaissance des responsabilités de chacun et la reconstruction.

Pour G Lopez, les violences sexuelles « devraient être systématiquement recherchées au même titre que les antécédents médicaux, chirurgicaux... » car « la procédure judiciaire reste le meilleur moyen de réinscription symbolique des victimes comme sujet dans le groupe social » (71).

L'enquête de la Fondation Jean Jaurès, en association avec le Pr M Debout, révélait que seules 38% des victimes de viols ont parlé de leur expérience traumatique à un ou

des proches. 70% n'ont pas été suivies par un professionnel de santé. 18 % ont consulté un psychologue, 12% un psychiatre et 8% un médecin généraliste (33).

Très peu de praticiens dépistent ces antécédents de violences sexuelles chez les femmes.

Une étude réalisée par le Dr Palisse, dans le cadre de sa thèse, note que 93% des patientes n'ont jamais été questionnées sur leurs antécédents de violence sexuelle (72). (*Palisse, 2013*)

Selon Friedman et Al, seul 6% des patients ont déjà été questionnés sur leurs antécédents de violences sexuelles (73).

Une étude australienne de 1996, réalisée auprès de 3026 femmes, montre que la grande majorité d'entre elles n'ont jamais été interrogées sur leurs antécédents de violence sexuelle et seulement 9% des victimes de violences sexuelles ont abordé ce sujet avec leur médecin (74).

En 1992, une étude américaine réalisée auprès de médecins et de leur patientèle *montre que* seulement 6% des patients ont été interrogés sur des antécédents de violences sexuelles. Pourtant, 68% des patients seraient favorables à un dépistage de « routine ». 89% de ces patients estiment que leurs médecins pourraient les aider à faire face aux répercussions consécutives à ces violences (73).

Une étude américaine réalisée en 2000 montre que seulement 26,2% des victimes consultent après leur agression (75).

Dans une clinique spécialisée en gastro-entérologie, où un questionnaire a été distribué à 206 patients consultant durant deux mois consécutifs, 44 % ont déclaré avoir été, par le passé, victimes d'une agression sexuelle, 17 % n'en avait pas parlé à leur médecin auparavant (76).

Une étude suédoise a été réalisée en 2007 auprès de 413 femmes consultant chez des sage-femmes ou dans des centres de planification familiale. 92% des femmes trouvent approprié d'être interrogées sur la sexualité en général et 72% sur les

agressions sexuelles. Cependant, plus de 75% des femmes n'avaient jamais été interrogées sur le sujet, aussi bien les femmes ayant subi des violences que celles n'en ayant pas subi. La plupart des femmes ayant subi des violences auraient aimé être interrogées (77).

Une étude française réalisée en 2018 portant sur un corpus de 251 questionnaires a révélé un taux de 23,3 % de violence sexuelle ayant pour conséquences notamment une aggravation de la consommation des toxiques et de la dépression, la diminution de l'estime de soi et l'apparition de dyspareunies. Les auteurs démontrent dans leur étude que les violences faites aux femmes sont « partie intégrante de la société, et sont peu exprimées par les femmes. Un dépistage systématique est nécessaire pour réduire leurs répercussions » (78).

La circulaire portant sur l'intérêt du dépistage précoce des violences conjugales mentionne que l'absence de diagnostic précoce peut conduire à des erreurs diagnostic, ou encore des démarches cliniques ou traitements inadaptée (79).

La thèse de M. Palisse montre que 83% des femmes de son corpus trouvent légitime de dépister les violences sexuelles et sont favorables à un dépistage. 81% pensent que ce dépistage permet aux femmes victimes de parler. 53% estiment que le dépistage des violences sexuelles devrait être systématique (72).

Le Docteur Gamet a été sexologue à la cellule départementale d'accompagnement du développement de la sexualité (CDADS) du conseil général de la Marne qui est l'instance politique publique chargée à l'échelon départemental de la protection médicosociale des personnes. Pour lui, les médecins devraient être au « premier plan du dépistage pour favoriser les prises en charge précoces (80).

Pour Muriel Salmona : seules 23% des victimes de viol bénéficient d'une prise en charge médico-psychologique spécialisée, en moyenne au bout de 10 ans (81).

Or, il a été mis en évidence qu'avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance est un des principal facteur de la santé dans le futur, surtout si aucune prise en charge n'a été proposée (82).

## D. Définition des troubles anxio dépressifs

Nous redéfinirons brièvement dans cette section les troubles anxieux et le trouble dépressif en citant le DSM 5- TR et la CIM 11.

### Trouble dépressif (83):

« A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.  
NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.  
NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque. »

### Trouble anxieux (83)

Les troubles anxieux ont en commun une crainte et une anxiété excessive ainsi que des perturbations apparentées du comportement, et ils ont tendance à être fortement concomitants. Toutefois, il est possible de distinguer les troubles anxieux en examinant de près les types de situations qui suscitent des craintes ainsi que le contenu des pensées à ces moments.

### Anxiété généralisée (83) :

Ce trouble est défini dans le DSM 5 comme :

« A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événement ou d'activités.

B. la personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation

C. L'anxiété et les soucis sont associés à 3 ou plus des 6 symptômes suivants dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois

1 agitation ou sensation d'être survolté ou à bout

2 fatigabilité

3 difficultés de concentration ou trous de mémoire

4 irritabilité

5 tension musculaire

6 perturbation du sommeil

D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement

E. la perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale

F. la perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental »

Dans les pays occidentaux, le taux de prévalence du TAG, en population générale, est estimé à 4 %. Les femmes sont 2 fois plus touchées que les hommes.

## Le trouble de stress post traumatique

Selon la CIM 11 (84)

« Le trouble de stress post traumatique peut se développer après une exposition à un ou une série d'événement extrêmement menaçant ou terrifiant. Il se caractérise par tous les éléments suivants :

-revivre l'événement ou les événements traumatiques dans le présent sous la forme de souvenirs, flashback ou cauchemars intrusifs saisissants. Cela peut survenir via une ou plusieurs modalités sensorielles et s'accompagne généralement d'émotions bouleversantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de sensations physiques intenses.

-l'évitement de pensées et souvenirs de l'événement ou des événements, ou l'évitement d'activité, de situations ou de personnes rappelant l'événement ou les événements.

Des perceptions persistance d'une menace actuelle accrue, visible par exemple sous la forme d'une hypervigilance ou d'une réaction de sursaut accrue a des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement important (83).

Selon le DSM 5-TR.

Pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus 6 ans

Critères A : avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;

3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;

4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Critères B : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;

2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;

3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). NB chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critères C : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critères D : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé, ou ont empiré, après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente ») ;
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte)

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;

7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critère E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé, ou ont empiré, après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;

3. Hypervigilance ;

4. Réaction de sursaut exagérée ;

5. Problèmes de concentration ;

6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F : La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs :

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;

2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

Avec manifestation différée :

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

## PROBLEMATIQUE :

Pourquoi un dépistage systématique nous paraît-il indispensable ?

- pour mieux prendre en charge les victimes
- Pour libérer la parole des victimes
- Parce que les droits des victimes de viol sont bafoués
- Parce que la culture du viol fait encore des ravages
- Et enfin parce il existerait un « permis de violer en France » selon Giulia Fois. Pour cette auteure, le seul moyen de corriger un tant soit peu cette réalité est de l'exposer en plein jour.

La communauté scientifique internationale et l'OMS reconnaissent les violences sexuelles comme un problème de santé publique majeur » (85).

Le rapport Henrion a recommandé le dépistage systématique des violences conjugales en 2001. Cependant, la mise en place d'un dépistage systématique des violences conjugales est récente, et pas toujours réalisée en pratique. Ce dépistage permet pourtant d'intervenir rapidement dans des situations où la femme est souvent dans une détresse telle qu'elle ne peut parfois pas poser les mots sur la violence qu'elle subit. Cela permet de lui ouvrir un espace de parole mais également de mettre en place des actions à différents niveaux : médical, social mais également judiciaire. Potentiellement, cela peut permettre de sauver des vies (86).

L'objectif d'un dépistage systématique des violences sexuelles serait identique : permettre une prise en charge médicale, sociale et pourquoi pas orienter vers une prise en charge judiciaire.

L'objectif principal de cette étude est donc d'évaluer la fréquence de dépistage des antécédents de violence sexuelle lorsque nos sujets sont confrontés à des patientes souffrant de troubles anxiodépressifs.

L'objectif secondaire est d'apprécier si la pratique du dépistage des violences sexuelles peut être influencée par d'autres variables comme le sexe, l'âge, le fait d'être interne ou médecin thésé, le nombre d'années d'exercice, la spécialité (psychiatre, pédopsychiatre, psychanalyste), le mode d'exercice, mais encore le fait d'être soi-même victime de violence sexuelle, témoin direct ou indirect, ou encore

d'avoir suivi dans sa patientèle des patientes souffrant de troubles anxiodépressifs, le niveau de connaissance ressenti de nos participants, et la position de nos participants sur la fréquence du dépistage systématique des violences sexuelles.

## METHODOLOGIE

### **Schéma de l'étude**

Il s'agit d'une enquête descriptive portant sur la fréquence du dépistage des antécédents de violences sexuelles sur des patientes présentant des troubles anxiodépressifs. Cette enquête a été menée auprès de psychiatres en formation ou installés auquel nous avons proposé un auto-questionnaire.

Nous avons diffusé le questionnaire du 20 avril 2023 au 31 juillet 2023 par voie électronique pour les internes en psychiatrie et les seniors de la faculté d'Aix-Marseille toutes promotions confondues, ainsi que par mail aux psychiatres travaillant sur les hôpitaux de Montperrin, AP-HM, Valvert et Edouard Toulouse ainsi qu'à des psychiatres installés en libéral soit un total de 502 personnes contactées.

Notre questionnaire a été créé spécifiquement pour ce travail. Nous avons tenté de formuler nos questions de la manière la plus claire et pédagogique possible afin de récolter un maximum d'informations concernant les pratiques de chacun, mais également les ressentis/positionnements des praticiens face au sujet des violences sexuelles.

Le questionnaire était strictement anonyme, dans le respect des dispositions légales relatives au RGPD.

3 relances ont au total été effectuées par email. Nous avons ainsi recueilli 117 réponses soit 23% de taux de réponses. Les données ont été récupérées et traitées à l'aide du logiciel EXCEL et SPSS version V1

### **Critère de jugement principal**

Notre critère de jugement principal était la fréquence de dépistage des antécédents de violence sexuelle par les psychiatres chez les patientes présentant des troubles anxiodépressifs. Pour cela, nous avons regardé le pourcentage effectif de praticiens qui font dans les faits un dépistage systématique des violences sexuelles chez leurs patientes présentant un trouble anxiodépressif.

## **Critères de jugement secondaires**

Nos critères de jugement secondaires sont composés du sexe, l'âge, le fait d'être interne ou médecin thésé, le nombre d'années d'exercice, la spécialité (psychiatre, pédopsychiatre, psychanalyste), le mode d'exercice, mais encore le fait d'être soi-même victime de violence sexuelle, témoin direct ou indirect, ou encore d'avoir suivi dans sa patientèle des patientes souffrant de troubles anxiodépressifs, le ressenti de nos participants sur leur niveau de connaissances, et la position de nos participants sur la fréquence du dépistage systématique des violences sexuelles.

## **Population étudiée**

Notre questionnaire s'adressait à des internes en psychiatrie ou des psychiatres / pédopsychiatres travaillant dans la région d'Aix-Marseille à l'hôpital, ou installés en libéral, ou encore exerçant de manière mixte à l'hôpital et en libéral.

Les critères d'inclusion étaient :

- être interne en psychiatrie ou être psychiatre/ou pédopsychiatre thésé
- avoir répondu au questionnaire envoyé dans sa totalité
- exercer dans le territoire d'Aix Marseille

## **Questionnaire**

Nous avons réalisé un questionnaire à l'aide du logiciel Google Form portant à la fois sur les pratiques, les antécédents personnels, mais également les ressentis et quelques connaissances en matière de violences sexuelles faites aux femmes. Ce questionnaire est disponible en annexe.

Le paramétrage du questionnaire rendait obligatoire la réponse à toutes les questions et ne permettait pas de sauter de page.

Notre questionnaire (cf. annexe) comportait des questions générales portant sur des données socio démographiques : l'âge, le sexe, la spécialité (entre psychiatre, pédopsychiatre ou psychanalyste), le fait d'être interne ou médecin thésé, le lieu et mode d'exercice, le nombre d'années de formation ou de pratique.

Puis venait une partie concernant les antécédents (ATCD) personnels rapportés par nos participants en rapports avec la violence sexuelle, à savoir le fait d'avoir été soi-même victime de violence, mais également le fait d'avoir été témoin de violence sexuelle, d'avoir dans son entourage une victime de violence sexuelle ou d'avoir déjà suivi des victimes de violences sexuelles ainsi que les contextes dans lesquels ces violences avaient eu lieu.

Nous nous sommes ensuite intéressés au comportement des patientes : avaient-elles spontanément parlé de leur traumatisme à leurs praticiens et présentaient-elles des troubles anxiodépressif ?

Le questionnaire comportait ensuite des items en lien avec les connaissances de nos participants et leurs ressentis vis-à-vis de l'état de leurs connaissances.

Nous nous intéressions ensuite à notre objectif principal à savoir si nos participants recherchaient des antécédents de violences sexuelles chez les patientes consultants pour des troubles anxiodépressifs ainsi que les raisons qui pouvaient les pousser à ne pas faire de dépistage des violences sexuelles.

Puis nous avons questionné nos participants sur leur position concernant le dépistage systématique des violences sexuelles chez des patientes souffrant de troubles anxiodépressifs.

Nous avons cherché à savoir quelle aurait été l'attitude des praticiens s'ils avaient eu connaissance de violences sexuelles encore non signalées à la justice.

Enfin, nous nous sommes penchés sur l'étendue de la formation de nos participants sur les violences sexuelles et les moyens d'améliorer cette formation.

### **Analyse statistique :**

Les tests réalisés étaient des tests de Fischer ou de Chi 2 pour les variables qualitatives et T student ou T Man Whitney pour les variables quantitatives selon les conditions d'application.

Nous avons analysé les résultats tout d'abord de manière descriptive.

Suite à cette analyse descriptive, pour répondre à notre objectif secondaire, à savoir l'impact de variables sur la recherche des ATCD de violence sexuelle, nous avons fait des analyses croisées concernant le sexe, l'âge le fait d'être interne ou médecin thésé, le nombre d'années d'exercice, la spécialité, le mode d'exercice, mais encore le fait d'être soi-même victime de violence sexuelle, témoin direct ou indirect, ou encore d'avoir suivi dans sa patientèle des patientes souffrant de troubles anxiodépressifs, le ressenti de nos participants sur leur niveau de connaissances, et la position de nos participants vis-à-vis du dépistage systématique des violences sexuelles.

Enfin nous avons réalisé un clustering tree pour mettre en évidence les critères secondaires étant le plus retrouvés chez les participants faisant un dépistage systématique.

## RESULTATS

### Caractéristiques de la population

#### **Données démographiques (tableau 1) :**

Sur les 117 médecins ayant répondu, 88 soit 75% sont des femmes et 29 soit 25% sont des hommes.

Tous avaient pour spécialité la psychiatrie.

La moyenne d'âge était de 35 ans avec une distribution allant de 25 ans à 69 ans.

Une majorité était des psychiatres pour adulte - 84 soit 72%-, 17 soit 15% étaient pédopsychiatres.

5 soit 4% étaient à la fois pédopsychiatre et psychiatre.

7 soit 4% étaient psychiatres pour adulte avec une pratique annexe de psychothérapeute.

2 soit 2% étaient à la fois psychiatre pour adulte, pédopsychiatre avec un pratique en plus de psychothérapeute.

Enfin 2 soit 2% avaient une pratique exclusive de psychothérapeute.

48 soit 41% étaient encore internes, et 69 soit 59% des médecins thésés installés.

Parmi les internes :

- 4 personnes ayant répondu étaient en première année d'internat soit 8%
- 11 personnes étaient en 2<sup>e</sup> année soit 23%
- 21 étaient en 3<sup>e</sup> année soit 44%
- 12 étaient en 4<sup>e</sup> année soit 25%.

Parmi les 69 médecins thésés installés, la majorité travaillait en centre hospitalier avec 55 médecins soit 80%. 7 soit 10% avaient une pratique mixte et 7 soit 10% exercent en libéral.

Le nombre d'années de pratique variait entre 1ans jusqu'à 43 ans de pratique.

	<b>Effectif (Pourcentage)</b>
<b>Total effectif</b>	117
<b>Femmes</b>	88 (75)
<b>Hommes</b>	29 (25)
<b>DES Psychiatrie</b>	117 (100)
- Psychiatre adulte	84 (72)
- Pédopsychiatre	17 (15)
- Pédopsychiatre, Psychiatre adulte	5 (4)
- Psychiatre adulte, Psychothérapeute	7 (6)
- Pédopsychiatre, Psychiatre adulte, Psychothérapeute	2 (2)
- Psychothérapeute	2 (2)
<b>Interne</b>	48 (41)
-1ere année	4 (8)
-2 <sup>e</sup> année	11(23)
-3 <sup>e</sup> année	21 (44)
-4 <sup>e</sup> année	12 (25)
<b>Médecins thésés</b>	69 (59)
<b>Pratique des médecins thésés</b>	
-Exercice CHU strict	55 (80)
-Exercice libéral	7 (10)
-Exercice mixte	7 (10)

	<b>Effectif</b>	<b>Moyenne (SD)</b>	<b>Médiane(Q1- Q3)</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
<b>Age</b>	117	35 (10)	31(28-36)	25	69
<b>Nombre d'années de pratique</b>	69	10 (11)	5(3-13)	1	43

*Tableau 1 : Caractéristiques de la population (n=117)*

## Concernant le dépistage : critère de jugement principal.

Parmi nos praticiens, 52 soit 44% recherchaient systématiquement des antécédents de violences sexuelles chez leurs patientes présentant des troubles anxiodépressifs. (Figure 1).

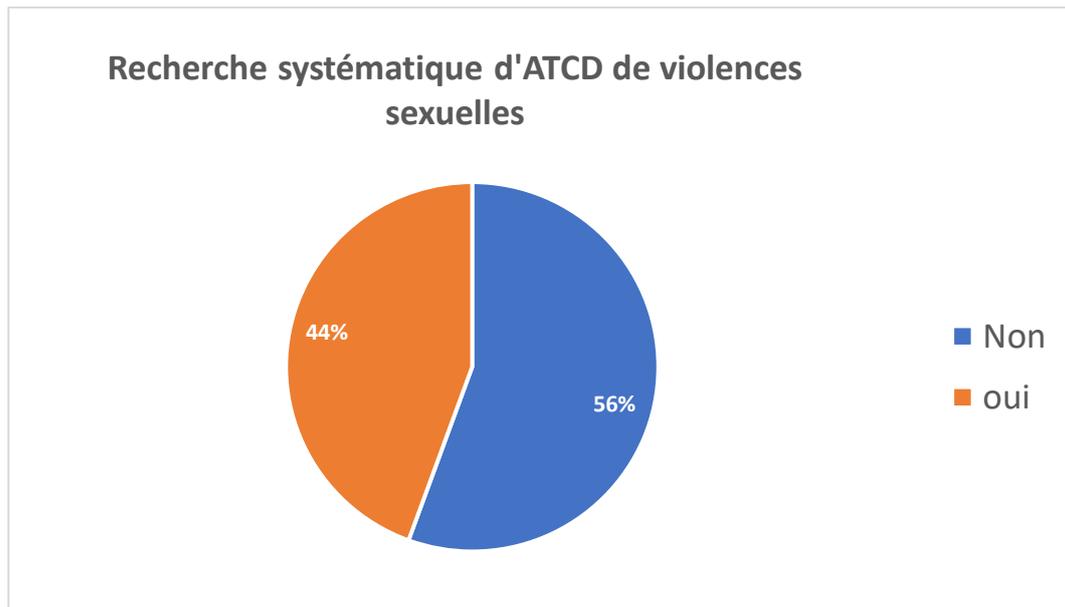
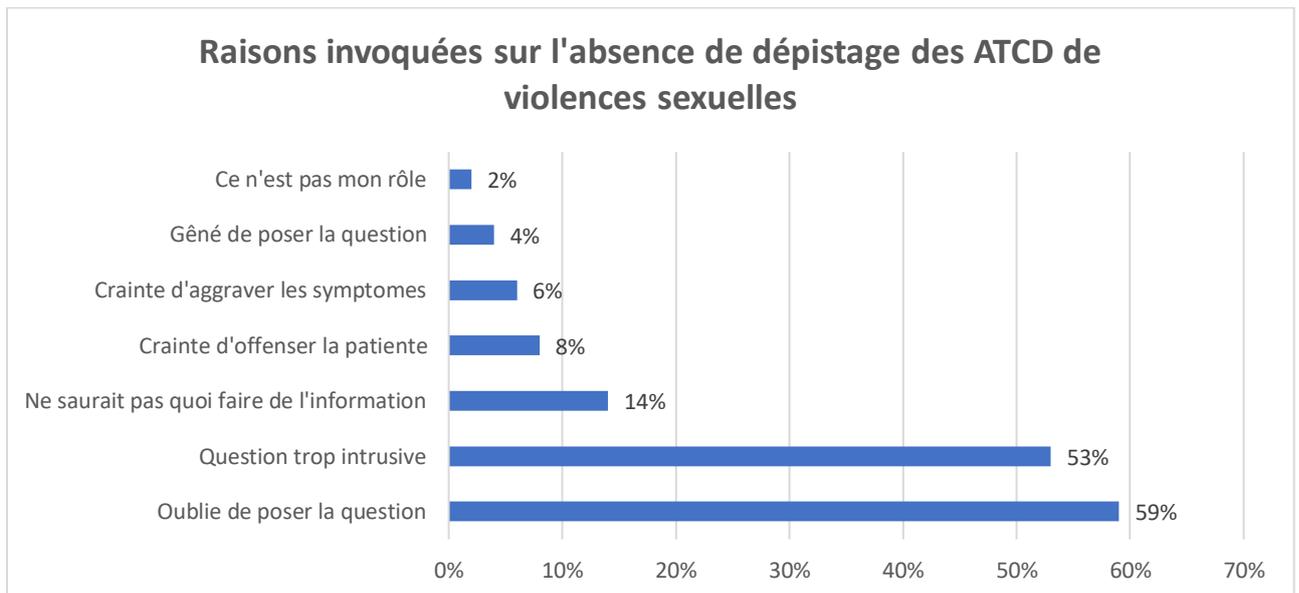


Figure 1 : Recherche systématique des antécédents de violences sexuelles

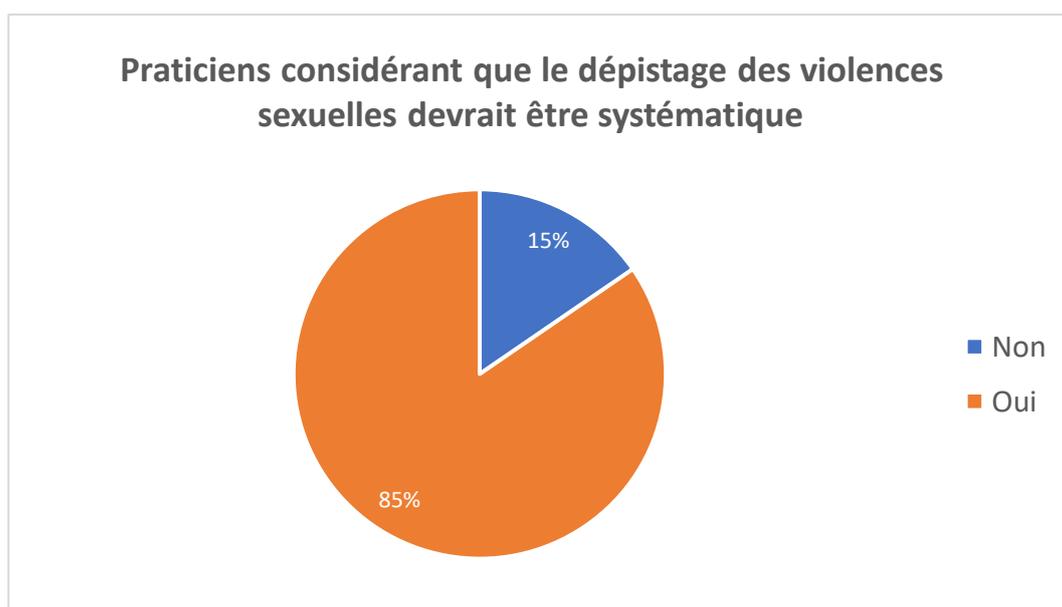
Nous avons questionné nos praticiens sur les raisons motivant leur absence de dépistage systématique. (Figure 2).

- 29 soit 59% des praticiens ne faisant pas de dépistage systématique ne pensaient pas de manière systématique à poser la question des antécédents de violences sexuelles.
- 26 soit 53% trouvaient la question trop intrusive.
- 7 soit 14% ne sauraient pas que faire de cette information.
- 4 soit 8% pensaient que les patientes pourraient trouver cette question offensante.
- 3 soit 6% craignaient que poser la question des violences sexuelles puisse aggraver les symptômes anxiodépressifs.
- 2 soit 4% se sentaient gênés par le fait de poser la question.
- 1 soit 2% considéraient que ce n'est pas leur rôle



*Figure 2 : Raisons invoquées sur l'absence de dépistage des ATCD de violences sexuelles*

Malgré les réponses à la question précédente, 99 sujets soit 84,6% pensaient que le dépistage des antécédents de violences sexuelles devrait être indispensable en consultation. (Figure 3).



*Figure 3 : Praticiens considérant que le dépistage des violences sexuelles devrait être systématique*

## Rapport aux violences sexuelles :

Parmi toutes les personnes ayant répondu à notre questionnaire, 36 soit 31% ont répondu oui à la question : « avez-vous déjà été victime de violences sexuelles ». (Figure 4).

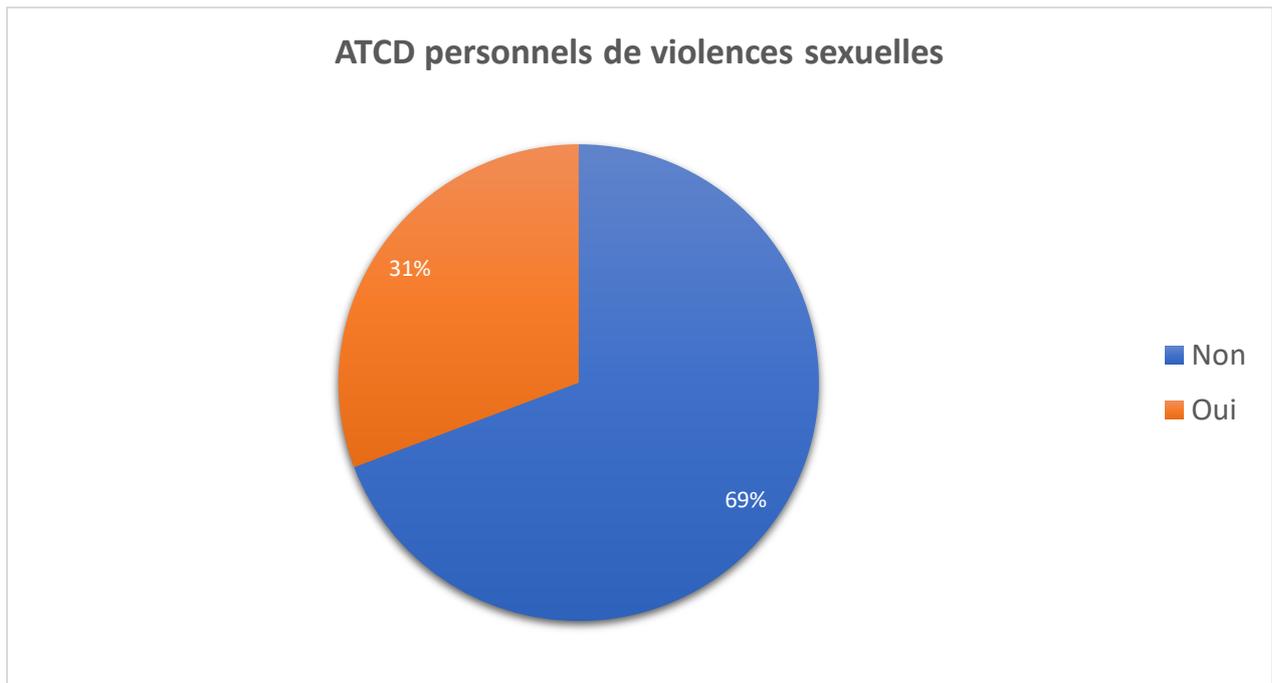
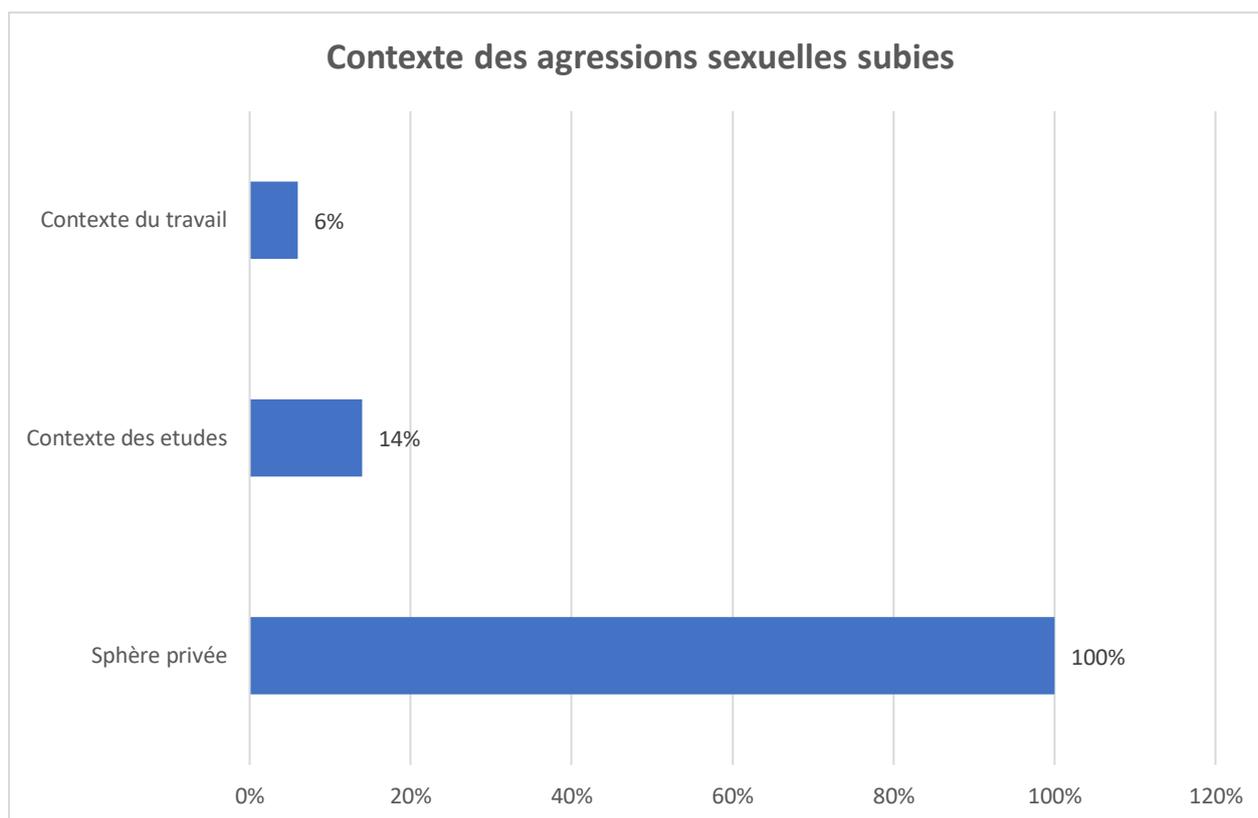


Figure 4 : ATCD personnels de violences sexuelles

99% des victimes soit 35 sont des femmes.

Certains sujets ont été agressés à plusieurs reprises dans des contextes différents. (Figure 5)

Le contexte était privé dans la majorité des cas mais on pouvait retrouver également 5 cas soit 14% dans le cadre des études et 2 dans le cadre du travail soit 6%.



*Figure 5 : Contexte des agressions sexuelles subies*

Nous avons analysé plus en détail ces données. (Figure 6)

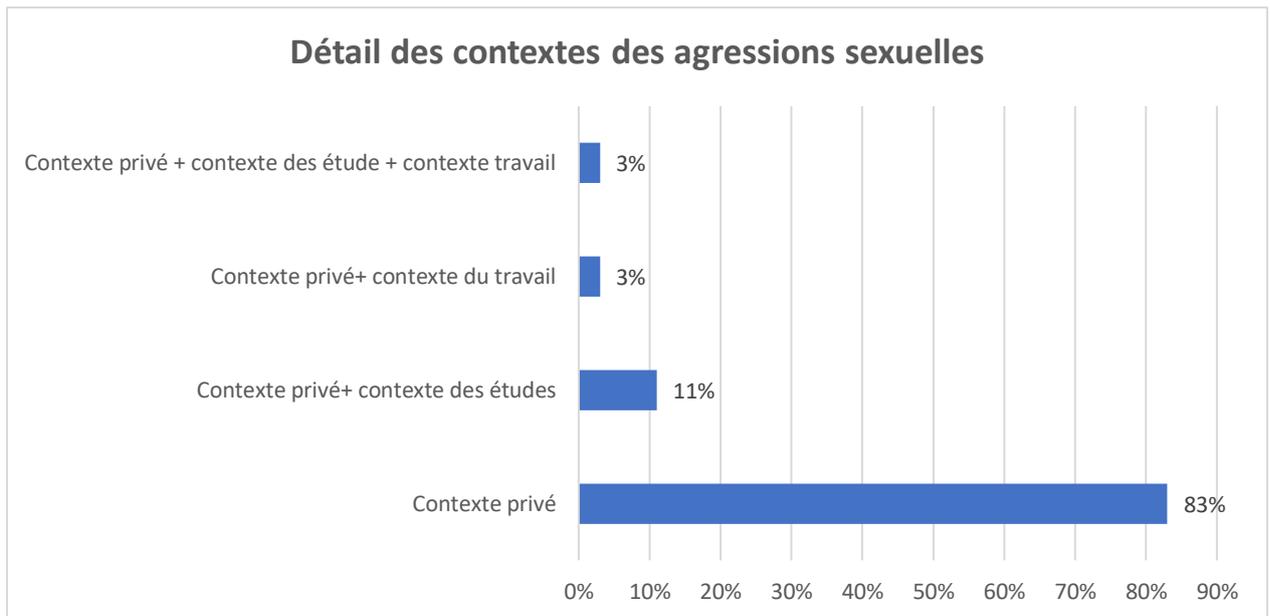
30 sujets soit 83% ont subi au moins une agression dans le seul contexte privé.

5 sujets ont été agressés dans 2 lieux différents :

- 4 sujets soit 11 % ont été agressés dans une sphère privée et dans le cadre de leur étude,

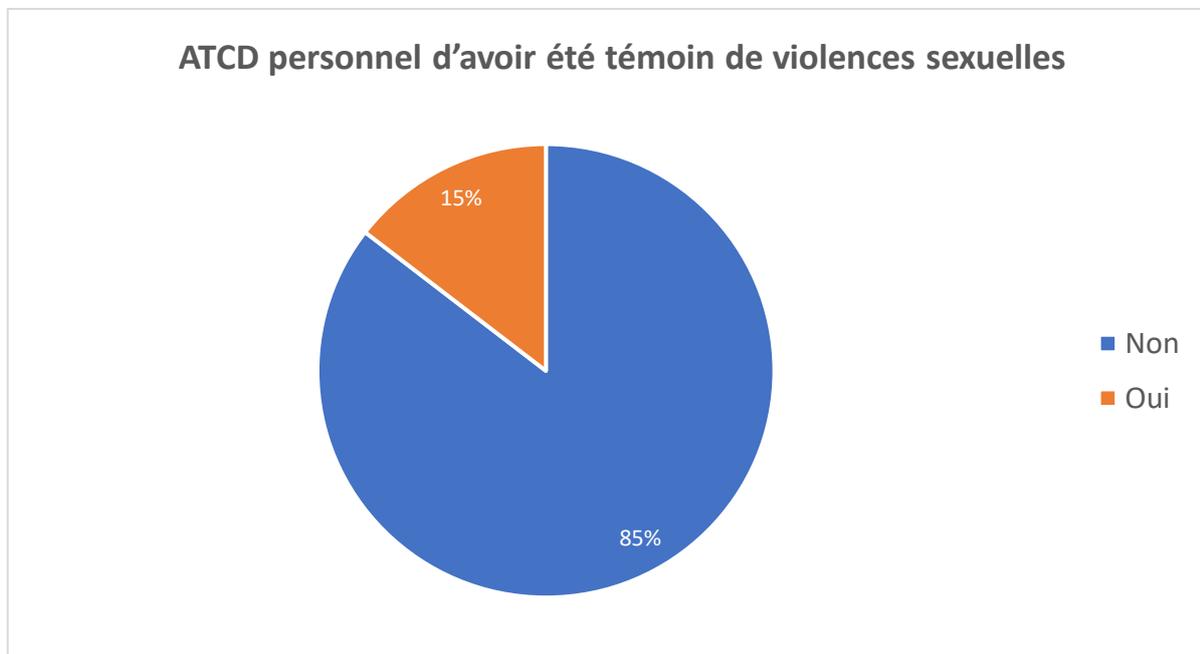
- 1 personne soit 3% a été agressé dans une sphère privée et dans le contexte du travail.

- 1 personne soit 3% a été agressée dans 3 endroits différents : la sphère privée, dans le cadre des études et dans le cadre du travail.



*Figure 6 : Détail des contextes des agressions sexuelles*

17 personnes ont répondu à cette question par l'affirmative soit 15%. (Figure 7)  
 Certaines personnes ont été témoin de plusieurs agressions.



*Figure 7 : ATCD personnel d'avoir été témoin de violences sexuelles*

Nous avons analysé les contextes dans lesquels nos sujets ont pu être témoins d'une agression sexuelle. (Figure 8).

- 8 sujets soit 47% ont été témoin d'une agression dans le seul contexte personnel,
- 1 personne soit 6% a été témoin d'une agression dans le seul contexte du travail,
- 1 personne soit 6% a été témoin d'une agression dans le seul contexte des études,
- 1 personne soit 6% a été témoin d'agressions dans 2 contextes : personnel et étude,
- 1 personne a été témoin d'agressions dans 2 contextes : personnel et travail,
- 5 personnes soit 29% ont été témoin d'agressions dans les 3 contextes : personnel, étude et travail.

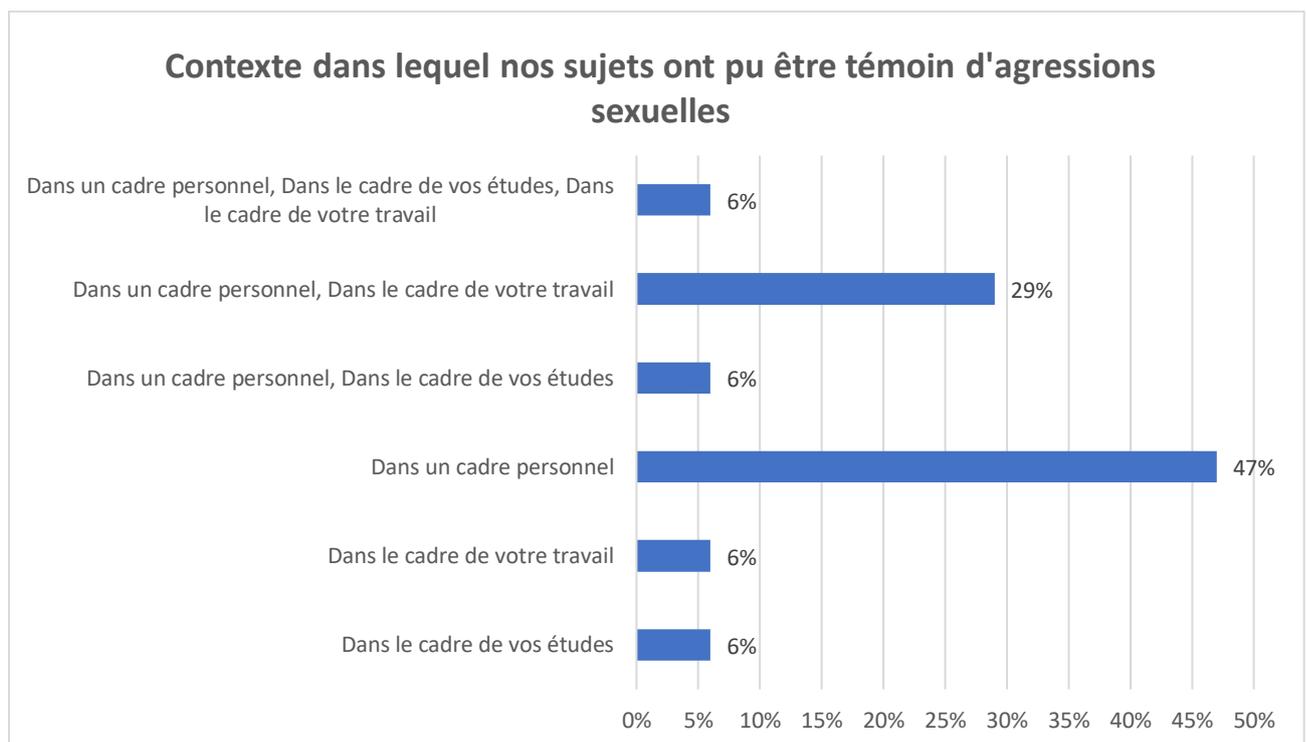
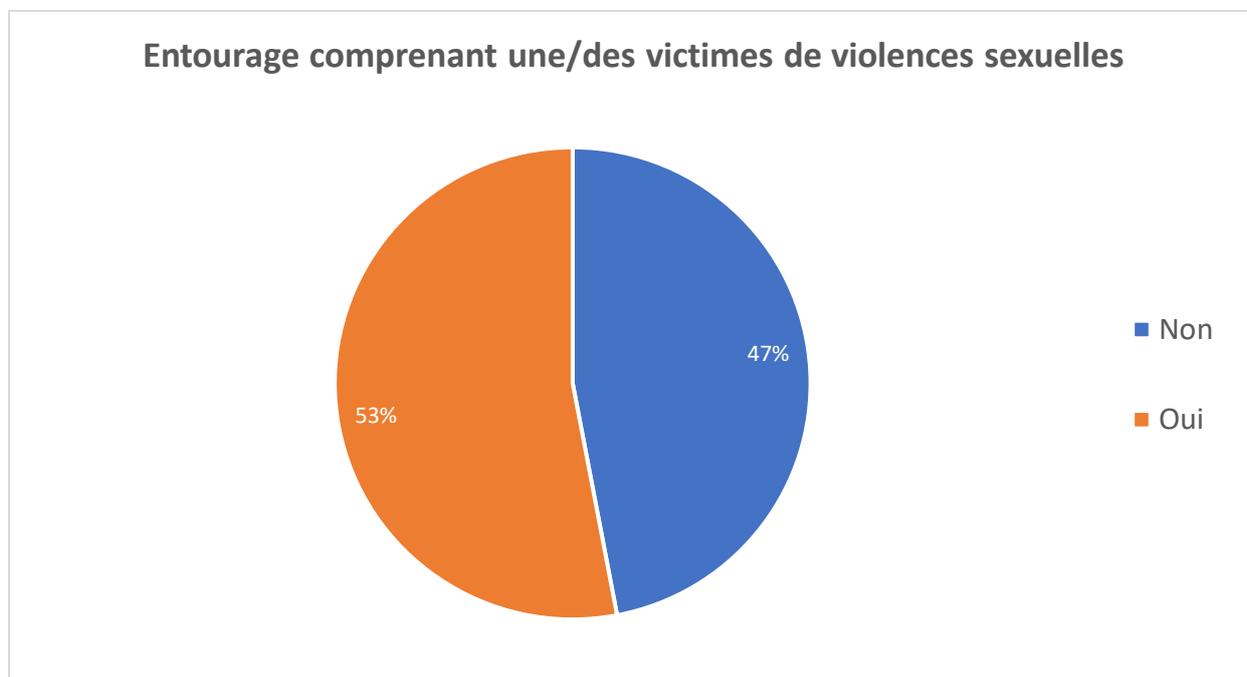


Figure 8 : Contexte dans lequel nos sujets ont pu être témoin d'agressions sexuelles

Parmi nos sujets, 62 soit 62% ont dans leur entourage une ou plusieurs personnes ayant subi des violences sexuelles. (Figure 9)



*Figure 9 : Présence dans l'entourage de nos sujets de victime de violences sexuelles*

Certains de nos sujets ont dans leur entourage plusieurs personnes ayant été victime de violences sexuelles. (Figure 10).

- 24 personnes soit 39% ont au moins un ami ayant été victime de violences sexuelles.
- 10 personnes soit 16% ont au moins un parent ayant été victime de violences sexuelles.
- 3 personnes soit 5% ont au moins un ex compagnon/compagne ayant été victime de violences sexuelles.
- 16 personnes soit 26% ont au moins un ami et un parent ayant été victime de violences sexuelles.
- 7 personnes soit 11% ont au moins un ami et un ex-compagnon/compagne ayant été victime de violences sexuelles.
- 1 personnes soit 2% ont au moins un parent et un ex compagnon/compagne ayant été victime de violences sexuelles.

1 personnes soit 2% ont au moins un parent, un ami et un ex-compagnon /compagne ayant été victime de violences sexuelles.

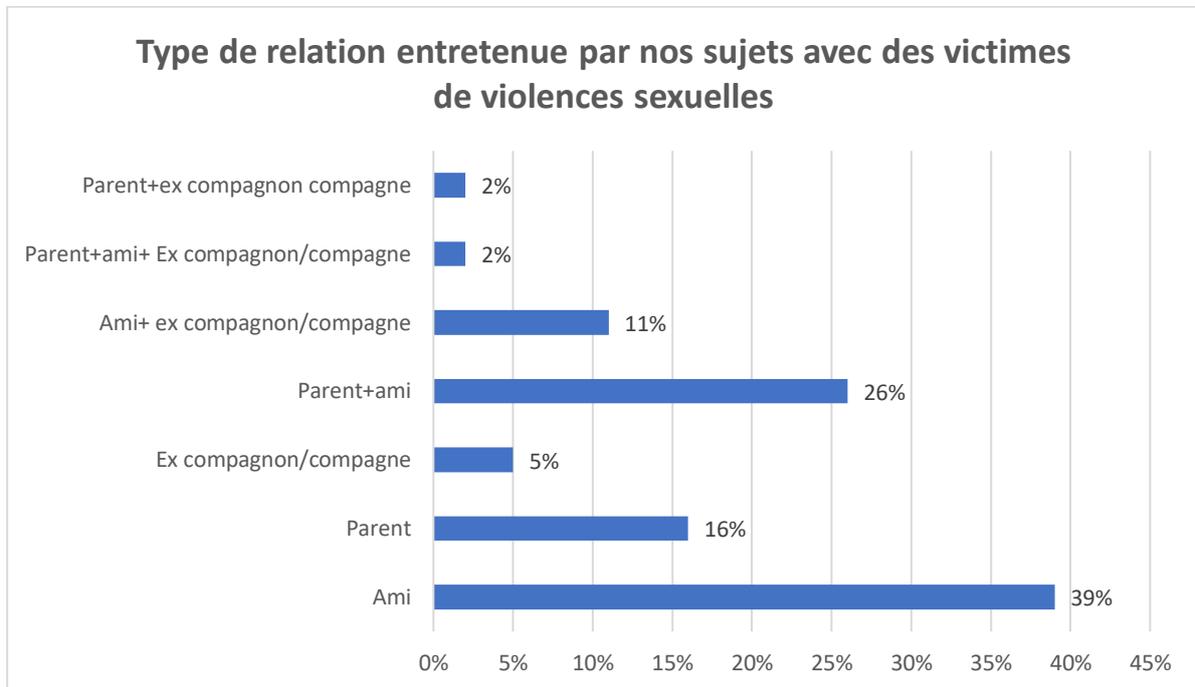


Figure 10 : Type de relation entretenue par nos sujets avec des victimes de violences sexuelles

88 sujets soit 75% ont déjà suivi des patients ayant des antécédents de violences sexuelles. (Tableau 2)

Parmi les praticiens suivant des victimes de violences sexuelles, 84 soit 95% témoignaient que leurs patientes victimes avaient pu leur rapporter des antécédents de violences sexuelles. (Tableau 2)

78 praticiens soit 89% considéraient que les antécédents de violences sexuelles étaient fréquents chez leurs patientes consultant pour des troubles anxiodépressifs. (Tableau 2)

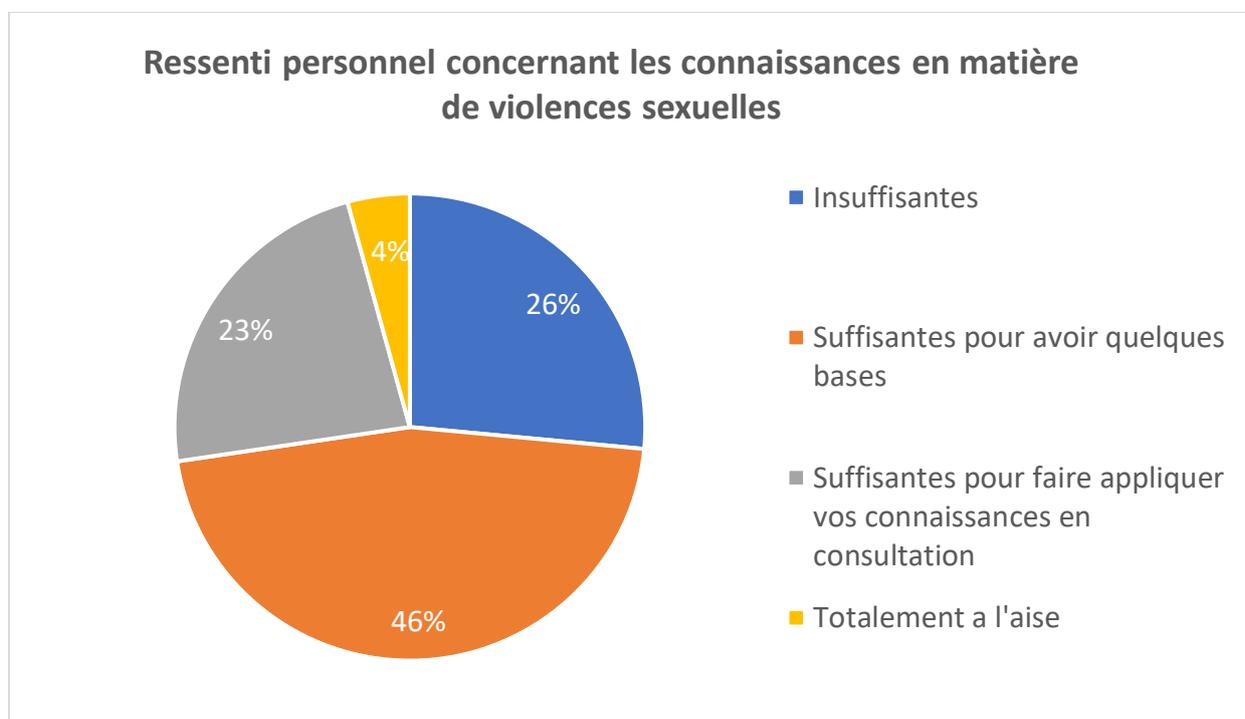
	<b>Effectif (Pourcentage)</b>
Praticiens suivant des patients victimes de violences sexuelle	89 (76)
Rapport de violences sexuelles de la part des patientes à leur praticien (n89)	84 (95)
Praticiens considérant que les antécédents de violences sexuelles sont fréquents chez leurs patientes consultant pour des troubles anxiodépressifs (n89)	78 (89%)

*Tableau 2 : Praticiens ayant dans leur patientèle des patientes victimes de violences sexuelles*

## Connaissances en matière de violences sexuelles faites aux femmes

Nous avons interrogé nos participants sur leurs connaissances en matière de violences sexuelles faites aux femmes. (Figure 11).

- 31 personnes soit 26% qualifiaient leurs connaissances d'insuffisantes.
- 54 personnes soit 46 % considéraient leurs connaissances comme suffisantes pour avoir quelques bases.
- 27 personnes soit 23% considéraient leurs connaissances comme suffisantes pour appliquer ces connaissances en consultation
- 5 soit 4% se sentaient totalement à l'aise avec ce sujet.



*Figure 11 : Ressenti concernant les connaissances propres en matière de violences sexuelles*

Quatre exemples sous formes de questions étaient proposés pour illustrer ces connaissances. (Tableau 3)

Exemple 1 : « Peut-on retenir une agression sexuelle chez une mineure de 12 ans ayant un rapport sexuel auquel elle consent avec un jeune adulte de 19 ans ? » 110 personnes soit 94% répondent oui.

Exemple 2 : « Peut-on retenir une violence sexuelle chez une adolescente de 16 ans ayant un rapport consenti avec son professeur au lycée ? » 84 personnes soit 71,8% répondent oui.

Exemple 3 : « Peut-on retenir un viol lorsque les protagonistes sont mariés ? » 116 personnes répondent oui soit 99,1%.

Exemple 4 : « Le médecin peut-il signaler une agression sexuelle au sein du couple alors même que la victime majeure ne veut pas porter plainte ? » 78 soit 66,7% répondent oui.

	<b>Nombre de réponses affirmatives (Pourcentage)</b>
<b>Exemple 1</b>	110 (94)
<b>Exemple 2</b>	84 (72)
<b>Exemple 3</b>	116 (99)
<b>Exemple 4</b>	78 (67)

*Tableau 3 : Synthèse des réponses aux questions exemples portant sur les connaissances en matière de violence sexuelle faites aux femmes. (n=117)*

*Exemple 1 : Peut-on retenir une agression sexuelle chez une mineure de 12 ans ayant un rapport sexuel auquel elle consent avec un jeune adulte de 19 ans ?*

*Exemple 2 : « Peut-on retenir une violence sexuelle chez une adolescente de 16 ans ayant un rapport consenti avec son professeur au lycée ? »*

*Exemple 3 : Peut-on retenir un viol lorsque les protagonistes sont mariés ?*

*Exemple 4 : Le médecin peut-il signaler une agression sexuelle au sein du couple alors même que la victime majeure ne veut pas porter plainte ?*

Nous avons interrogé nos sujets sur l'attitude qu'ils auraient adoptée s'ils avaient eu connaissance par leur patiente de violences sexuelles subies et non encore révélées à la justice. (Figure 12)

- 106 praticiens soit 91% assureraient la protection de la victime
- 97 soit 83% signaleraient selon le cas
- 113 soit 97% orienteraient vers une association d'aide aux victimes

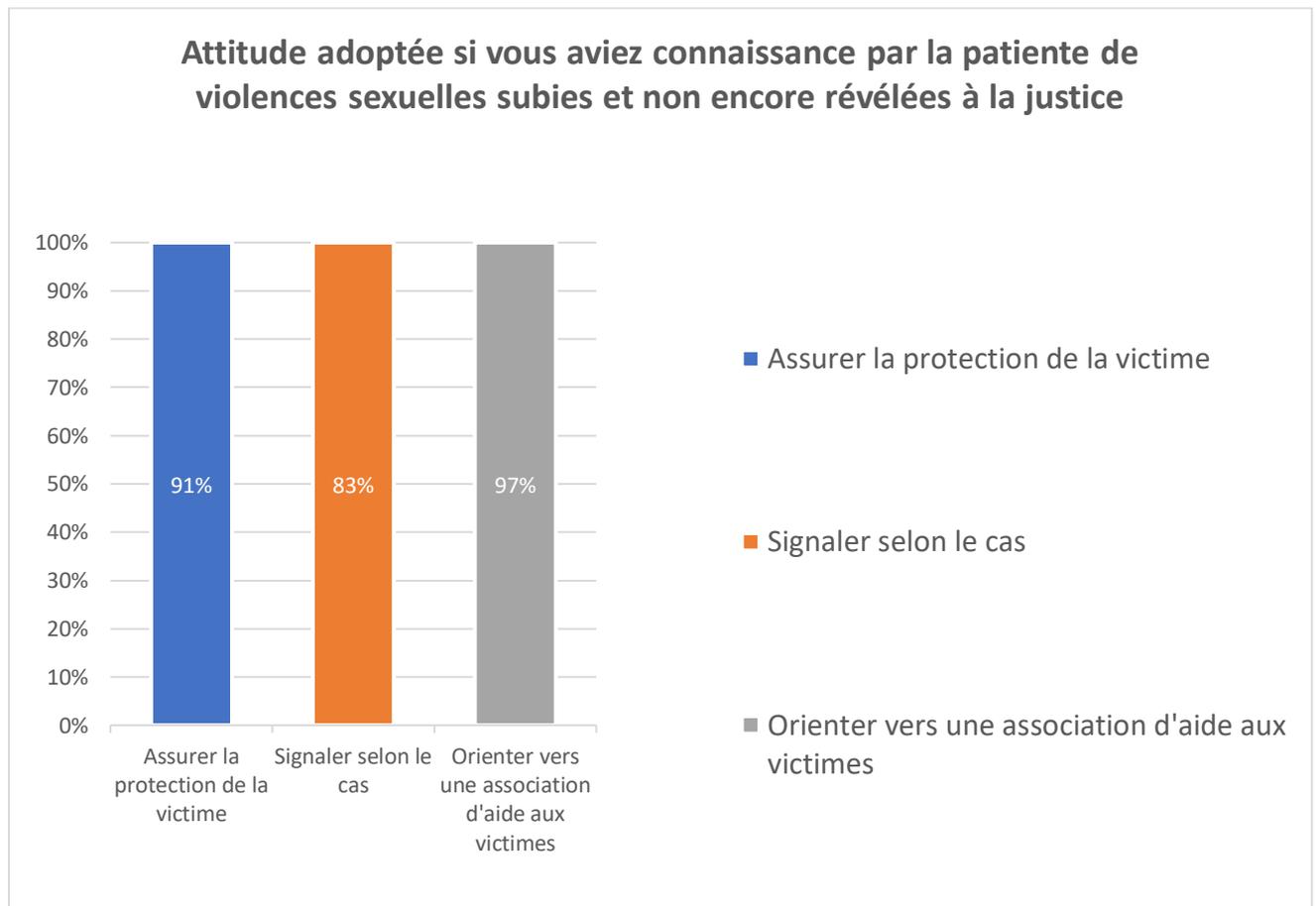


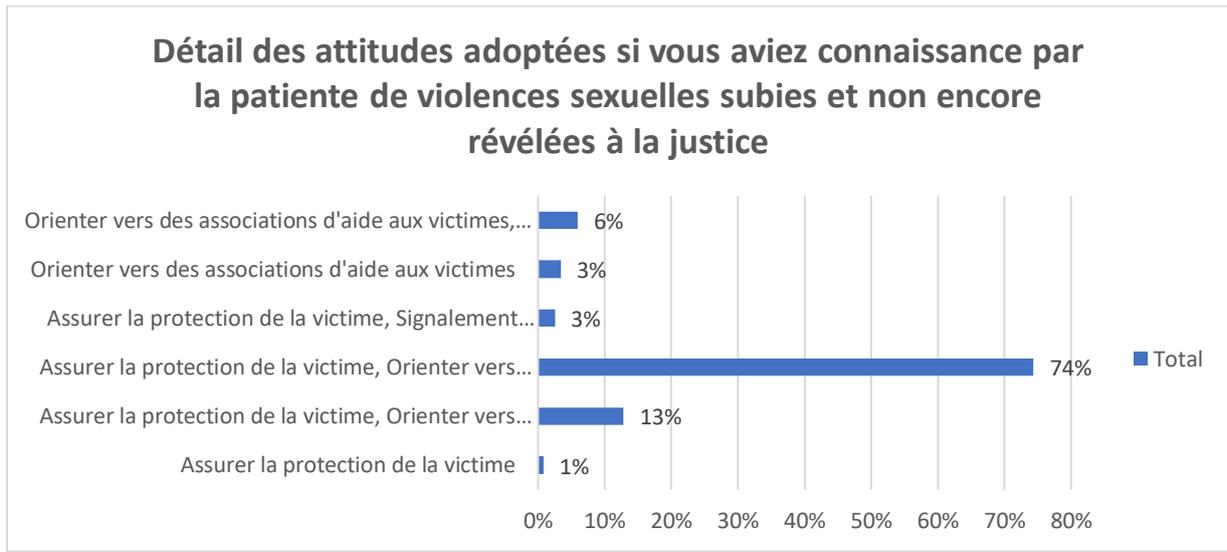
Figure 12 : Attitude adoptée si vous aviez connaissance par la patiente de violences sexuelles subies et non encore révélées à la justice

Nous avons observé ces résultats dans le détail (figure 13), nous avons pu constater que :

La majorité soit 74% assureraient la protection de la victime, orienteraient vers des associations d'aide aux victimes et feraient un signalement selon le cas.

- 13% assureraient la protection de la victime et orienteraient vers des associations d'aide aux victimes.

- 6% orienteraient vers des associations d'aide aux victimes et signaleraient selon le cas
- 3 % assureraient la protection de la victime et signaleraient selon le cas
- 3% orienteraient la victime vers des associations d'aide aux victimes seulement.
- 1% assureraient la protection de la victime seulement.



*Figure 13 : Détail des attitudes adoptées si vous aviez connaissance par la patiente de violences sexuelles subies et non encore révélées à la justice*

### Concernant la formation :

98 de nos sujets soit 83,8% considéraient ne pas être correctement formés en matière de violence sexuelle faite aux femmes. (Figure 14).

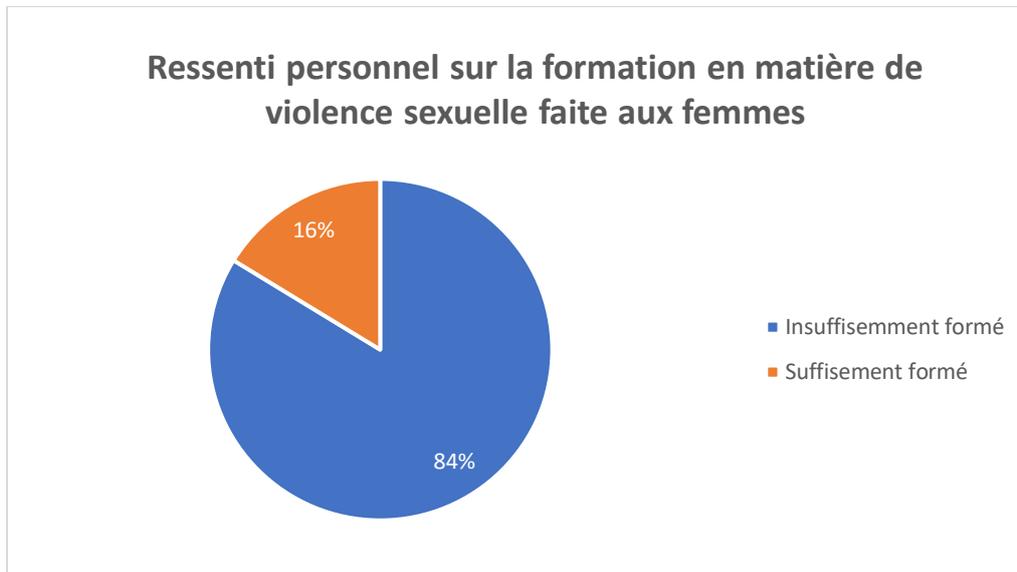


Figure 14 : Ressenti personnel sur la formation en matière de violences sexuelles faite aux femmes

Pour améliorer les connaissances des praticiens sur les violences sexuelles, 75 de nos participant soit 65% ont recommandé des cours obligatoires, 92 soit 79% ont proposé des séminaires et enfin 85 soit 84% des formations complémentaires de type MOOC, e-learning...(Figure 15).

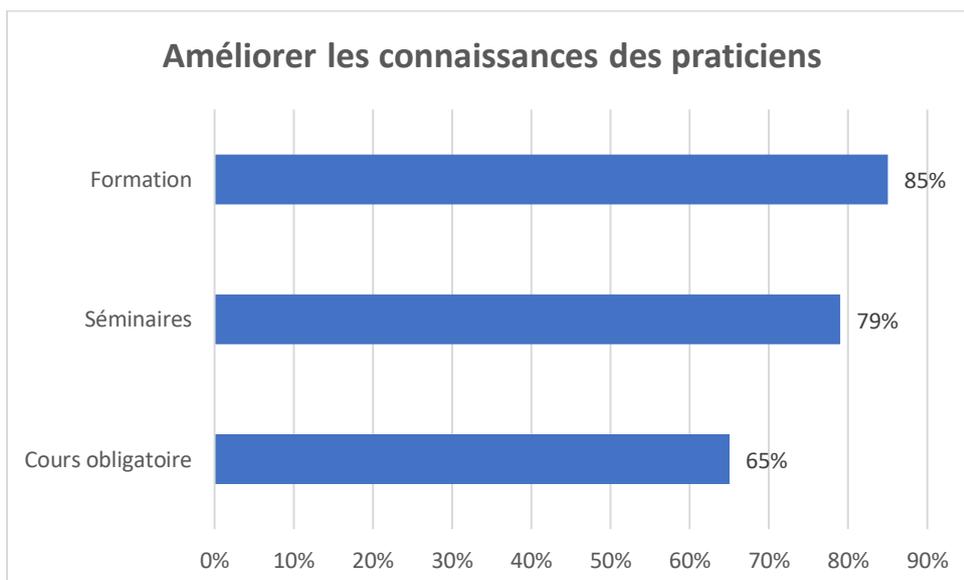


Figure 15 : Améliorer les connaissances des praticiens concernant les violences sexuelles

## Variables impactant le dépistage

Nous avons cherché à savoir si le dépistage des antécédents de violences sexuelles pouvait être influencé par d'autres variables.

### **Données démographiques**

Nous nous sommes tout d'abord intéressés **aux variables démographiques** : âge sexe- formation – nombre d'années d'exercice- spécialité- mode d'exercice. (Tableau 4).

Nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre l'âge ( $p > 0,876$ ) le sexe ( $p > 0,632$ ), le mode d'exercice ( $p > 0,1$ ) le fait d'être interne ( $p > 0,801$ ), le fait d'être psychiatre ( $p > 0,433$ ) ou pédopsychiatre ( $p > 0,539$ ) et le fait de pratiquer un dépistage des violences sexuelles.

En revanche, nous avons pu trouver un lien significatif entre le fait de dépister et d'avoir une surspécialisation en psychothérapie. ( $p < 0,011$ )

<b>Variable analysée</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Médiane</b>	<b>P value</b>
<b>Age</b>	35	31	>0,876
<b>Nb année de pratique</b>	11	5	>0,522

<b>Variable analysée</b>	<b>Effectif en pourcentage</b>	<b>P value</b>
<b>Sexe Homme</b>	48	>0,632
<b>Femme</b>	43	
<b>Interne</b>	46	>0,801
<b>Mode d'exercice</b>		>0,1
<b>-liberal</b>	71%	
<b>-CHU</b>	44%	
<b>-mixte</b>	14%	
<b>Spécialité</b>		
<b>Psychothérapie</b>	82%	<0,011
<b>Pédopsychiatre</b>	50%	>0,539
<b>Psychiatre</b>	43%	>0,433

*Tableau 4 : Influence de variables démographiques sur le dépistage des violences sexuelles*

### **Vécu personnel avec les violences sexuelles :**

Ce vécu comprenait le fait d'être soi-même victime, avoir été témoin, avoir dans son entourage une victime, ATCD de suivi de victime (Tableau 5).

Nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre les ATCD personnels de violences sexuelles ( $p>0,99$ ) et le dépistage des violences sexuelles.

En revanche, nous avons pu mettre en évidence un lien significatif entre le dépistage et :

- Le fait d'avoir été témoin de violences sexuelles ( $p<0,001$ )
- Le fait d'avoir dans son entourage des victimes de violences sexuelles ( $p<0,006$ )
- Le fait d'avoir déjà suivi des patientes victimes de violences sexuelles ( $p<0,001$ ).

<b>Variable analysée</b>	<b>Effectif en pourcentage</b>	<b>P value</b>
<b>ATCD personnels de violences sexuelles</b>	44	$>0,99$
<b>Témoin de violences sexuelles</b>	0	$<0,001$
<b>Victime dans l'entourage</b>	57	$<0,006$
<b>ATCD de suivi de victime</b>	56	$<0,001$

*Tableau 5 : Influence entre ATCD personnels de violences sexuelles, avoir été témoin de violences sexuelles, avoir une victime dans l'entourage, avoir déjà suivi des victimes de violences sexuelles sur le dépistage*

## Connaissances en matière de violences sexuelles faites aux femmes et rapport avec le dépistage

Nous avons cherché à savoir si le ressenti personnel concernant les connaissances en matière de violence sexuelle pouvait influencer le fait de dépister ou non ces violences. (Figure 16).

Nous avons ainsi pu constater que les sujets considérant leur niveau de connaissances comme « insuffisantes » étaient 32% à dépister. Ceux considérant leur niveau de connaissances comme « suffisantes pour avoir quelques bases » étaient 43% à dépister.

Ceux qui estimaient avoir des connaissances « suffisantes pour pouvoir les appliquer en consultation » étaient 56% à dépister et ceux se sentant totalement à l'aide étaient 80% à faire du dépistage.

Cependant malgré cette tendance, nous n'avons pas pu mettre en évidence un lien significatif entre le niveau de connaissance et le fait de dépister avec  $p > 0,190$ .

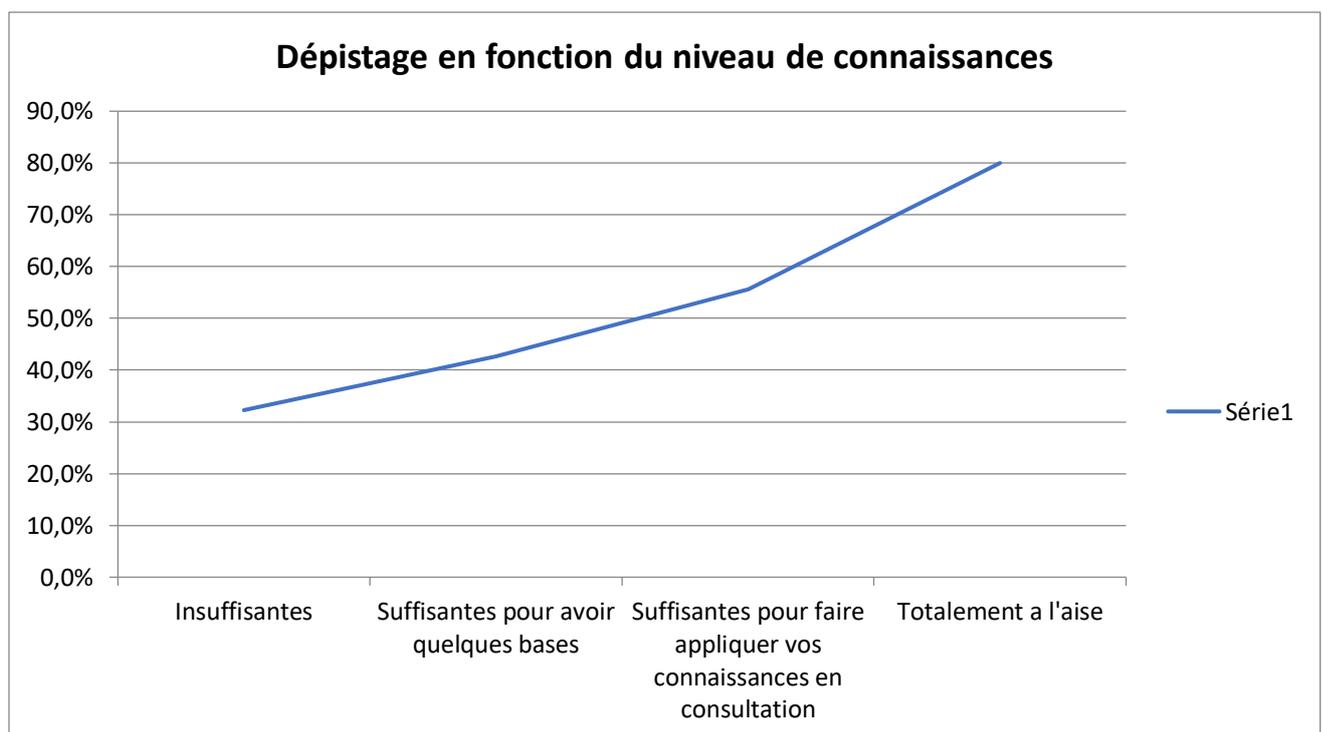
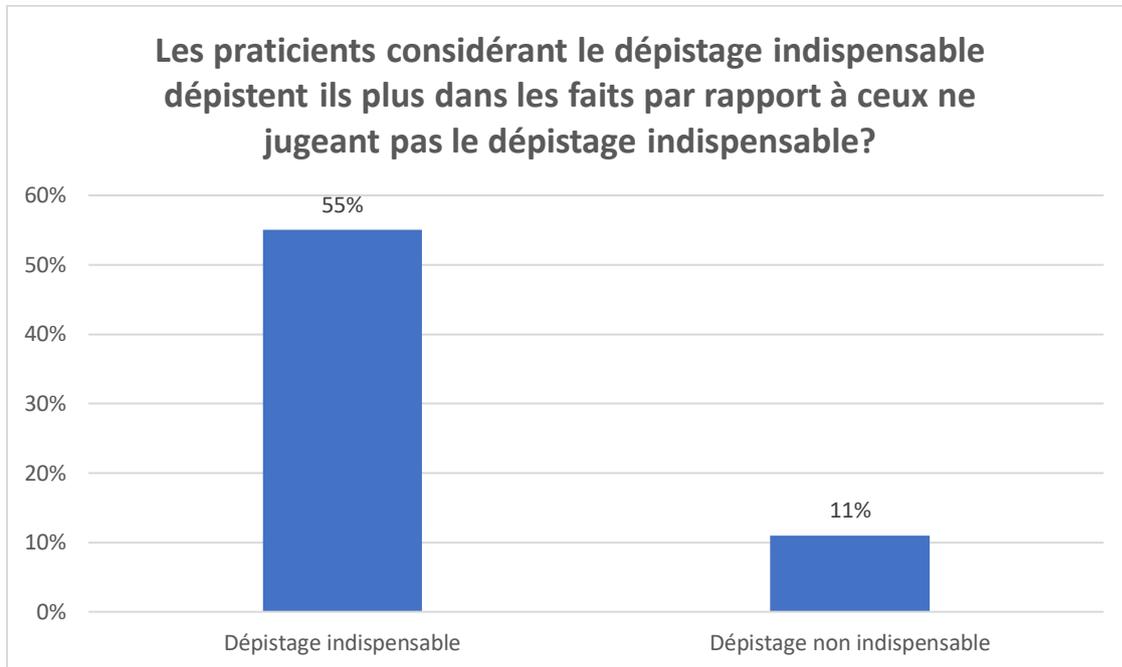


Figure 16 : Dépistage en fonction du niveau de connaissances.

Nous avons pu mettre en évidence le fait que les sujets considérant que le dépistage des violences sexuelles est indispensable faisaient plus de dépistages (51% avec un  $p < 0,002$ ). (Figure 17)



*Figure 17 : Les praticiens considérant le dépistage indispensable dépistent ils plus dans les faits par rapport à ceux ne jugeant pas le dépistage indispensable ?*

## Clustering tree

Nous avons réalisé un clustering tree afin de déterminer quelles étaient les sujets étant le plus à même de réaliser un dépistage des violences sexuelles chez leurs patientes. (Figure 18).

Il en est ressorti que la variable la plus importante était le fait d'avoir déjà suivi des patientes aux antécédents de violences sexuelles. Ensuite venait le fait de considérer que le dépistage des violences sexuelles soit indispensable en consultation. Enfin, la 3<sup>e</sup> variable était le fait de se sentir à l'aise avec le sujet des violences sexuelles c'est - à-dire d'avoir été formé à ce sujet.

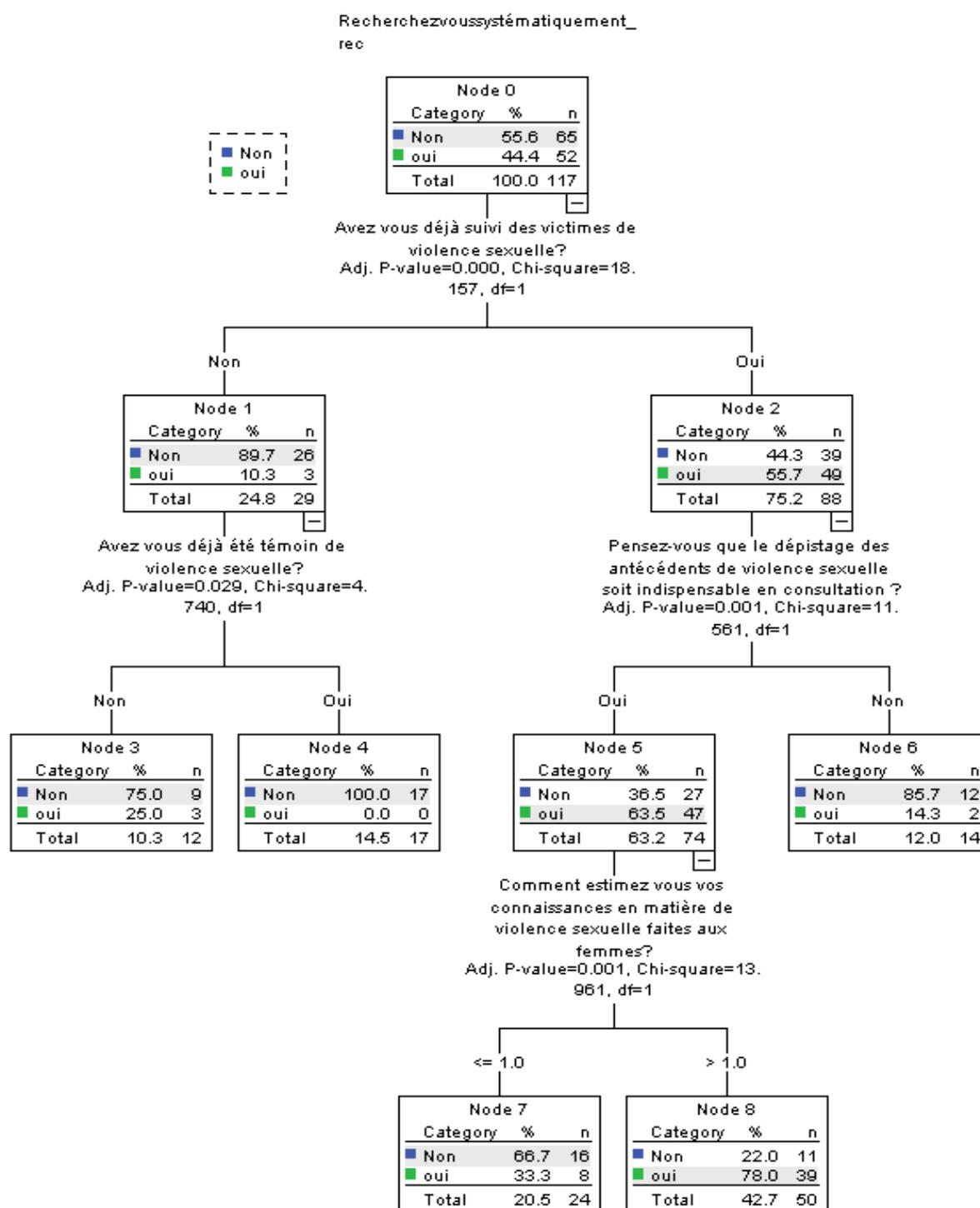


Figure 18 Clustering Tree du dépistage des violences sexuelles

Nous avons proposé un espace de parole aux participants de notre étude.

Parmi les commentaires, certains proposaient également de créer un réseau de professionnels sécurisés et formés aux violences sexuelles sur chaque territoire, en libéral et en CMP.

D'autres conseillent également de poursuivre la formation des autres corps de métier non médicaux, judiciaires, sociaux.

Certains praticiens nous ont fait remarquer le manque d'informations circulant concernant les structures existantes : AGAV, CIDFF, maison des femmes qui sont des points importants.

Plusieurs praticiens ont pointé du doigt le fait que les violences sexuelles étaient probablement sous-estimées et souvent négligées dans les consultations. Ils témoignaient également du fait que, chez des patientes souffrant de pathologies psychiatriques, les violences sexuelles étaient extrêmement fréquentes, tout en n'étant jamais prises en compte.

Nous avons également eu le soutien de plusieurs de nos confrères concernés personnellement par notre sujet. Nous en mettons un exemple ci-dessous un témoignage laissé en commentaire :

*« C'est largement sous-évalué à mon avis, souvent mis au dernier plan, ce n'est jamais la priorité alors on ne s'en occupe pas. Mais cela sous-tend beaucoup de choses et amorcer une prise en charge plus ciblée, de manière plus précoce pourrait probablement permettre d'avancer sur le reste aussi. Je trouve aussi que le discours entendu lorsqu'une patiente évoque ce type d'événement est fréquemment de remettre en question ou de douter de la véracité de cet antécédent, « elle est délirante », « elle dit tout le temps ça ». J'ai l'impression que beaucoup de soignants ne peuvent pas croire que ça existe vraiment, en tout cas pas autour d'eux, même s'il s'agit de patient(e)s. C'est un sujet qui me concerne et qui devrait tous nous concerner. Les personnes ont besoin d'être entendues et de sentir que leur interlocuteur est*

*capable d'entendre ça, et de ne pas juger ou chercher à savoir si c'est vrai ou pas vrai. On ne remet pas en question l'allégation d'une panne de voiture racontée par quelqu'un. Mais un viol ou une agression sexuelle, c'est comme s'il fallait en avoir la preuve pour s'y intéresser. Je ne suis pas neutre sur la question donc mon avis porte aussi encore de la colère. Il faut se former et former les autres. C'est fréquent, c'est une réalité silencieuse pour beaucoup de victimes mais c'est une réalité. »*

## DISCUSSION :

### Synthèse des principaux résultats

Notre recherche avait pour but d'évaluer la fréquence de dépistage des antécédents de violences sexuelles en consultation pour des patientes présentant des troubles anxiodépressifs.

Notre échantillon était composé en majorité de femmes jeunes. La moyenne d'âge était de 35 ans. La spécialité la plus représentée était la psychiatrie adulte, et nous avons plus de réponse de psychiatres thésés installés.

Parmi nos praticiens, moins de la moitié recherchent systématiquement des antécédents de violence sexuelle chez leurs patientes présentant des troubles anxiodépressifs.

La raison principale invoquée est que les praticiens oublient de poser la question à leurs patientes. Une autre justification est que les praticiens trouvent la question des violences sexuelles trop intrusive.

Pourtant, la majorité de nos sujets considèrent que le dépistage des violences sexuelles devrait être systématique en consultation.

Nous avons pu mettre en évidence que le vécu personnel pouvait influencer sur la pratique du dépistage. En effet un lien significatif a pu être mis en évidence entre le fait de dépister et le fait d'avoir été témoin de violences sexuelles, mais également d'avoir dans son entourage une victime de violences sexuelles, ou encore d'avoir déjà suivi des victimes de violences sexuelles.

En revanche, nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre le dépistage des violences sexuelles et un antécédent personnel de violences sexuelles.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien significatif entre le niveau ressenti de connaissances de nos participants en matière de violences sexuelles faite aux femmes et le fait de dépister ces violences.

En revanche, nous avons pu démontrer que les sujets considérant que le dépistage des violences sexuelles est indispensable font 5 fois plus de dépistage que ceux ne considérant pas le dépistage comme indispensable.

Enfin, la majorité de nos sujets considèrent ne pas être suffisamment formés en matière de violences sexuelles, que cette formation manque et serait nécessaire pour améliorer leurs prises en charge.

### Analyse de la population

Dans notre étude une majorité de nos participants étaient des femmes. Cette disparité au niveau des réponses en termes de genre pourrait s'expliquer par le fait que les femmes se sentent plus concernées par ces questions que les hommes.

Cependant, lorsque nous regardons la démographie des psychiatres dans la population générale, nous pouvons constater une forte féminisation du métier avec plus de 2/3 des jeunes psychiatres qui sont des femmes selon un article de la *F2RSMpsy* (86). Ceci correspond aux chiffres de notre étude.

La moyenne d'âge de notre étude était de 35 ans ce qui se rapproche de la moyenne d'âge de la population générale des psychiatres (87).

En termes de spécialité, nous avons une majorité de psychiatre pour adultes ce qui correspond encore une fois à la population générale où les psychiatres pour adultes sont plus nombreux que les pédopsychiatres. La France compte entre 800 et 2500 pédopsychiatres sur 15.000 psychiatres. Seuls 15 à 30% assurent des consultations pour les enfants et adolescents (88).

Les psychiatres interrogés formés au cours de l'ancienne réforme pouvaient être tout à la fois psychiatre pour adultes et pédopsychiatre et également avoir une pratique de psychanalyse.

Une majorité de médecins thésés ont répondu à notre questionnaire.

Nous n'avons pas noté de différence significative entre le fait d'être interne, (quelle que soit l'année de l'internat) le fait d'être thésé, l'âge ou le nombre d'année de pratique avec le dépistage. Nous pensions que l'expérience aurait pu être corrélée avec un dépistage plus important mais cela n'a pas été le cas contrairement au niveau ressenti de connaissance qui semble jouer un rôle dans le dépistage des violences sexuelles.

Un tiers de nos participants ont déjà été victimes de violences sexuelles.

La grande majorité de ces victimes sont des femmes conformément aux données de la littérature.

Certaines victimes ont subi plusieurs agressions étant donné qu'elles ont sélectionné des contextes d'agressions différents.

Le contexte privé représente le contexte dans lequel nous avons repéré le plus d'agressions puisque la majorité des victimes d'agressions sexuelles ont sélectionné ce contexte. Ceci est conforme aux données de la littérature où on retrouve une majorité d'agressions par des proches (la majorité des viols sont causés par un conjoint soit un contexte privé (14) (29) (89). Les deux autres contextes étaient celui des études et celui du travail.

La majorité de nos sujets ont mentionné une seule agression dans un contexte privé. 1 sujet sur 10 avait subi au moins 2 agressions et une minorité avait subi au moins 3 agressions.

Parmi nos participants, 1 participant sur 10 a déjà été témoin direct de violences sexuelles.

La majorité des témoignages concernait des agressions ayant lieu dans un contexte personnel. A proportion égale étaient représentés les témoignages d'agressions ayant eu lieu dans le contexte du travail et celui des études.

Ces résultats sont conformes aux données de la littérature : Plus de 8 victimes sur 10 connaissent leur agresseur sexuel. Plus de la moitié des agressions sexuelles commises sur des adultes sont perpétrées dans une résidence ou une propriété privée (15).

Certaines personnes ont été témoin de plusieurs agressions puisque certains de nos participants ont sélectionnés plusieurs contextes.

2 participants sur 3 avaient dans leur entourage une connaissance ayant été victime de violences sexuelles et enfin plus de 2 participants sur 3 avaient déjà suivi des victimes de violences sexuelles.

La majorité des participants ont au moins un(e)(ami(e) ayant été victime de violences sexuelles.

Certains de nos sujets ont dans leur entourage plusieurs personnes (au moins 3 pour certaines) ayant été victimes de violences sexuelles.

3 praticiens sur 4 ont déjà été confrontés à des patientes ayant des antécédents de violences sexuelles.

La majorité des praticiens interrogés rapportaient que leurs patientes victimes avaient pu leur parler spontanément de leurs antécédents de violences sexuelles. Ce témoignage concorde avec les données de la littérature que nous avons vues précédemment selon lesquelles les patientes sont majoritairement en demande d'un espace de parole, d'être entendues et surtout crues (71).

La majorité des praticiens interrogés considèrent que les antécédents de violences sexuelles sont fréquents chez leurs patientes consultant pour des troubles anxiodépressifs, faisant ainsi écho aux données de la littérature citées précédemment (61)(62)(59)(60)(54).

Il s'agit d'une conséquence connue des professionnels de santé mentale.

Il semble donc impératif de rechercher ces antécédents afin de pouvoir proposer une prise en charge plus ciblée et donc plus efficiente à ces patientes.

Nous avons interrogé nos participants sur leurs connaissances en matière de violences sexuelles faites aux femmes. Il en ressort que les praticiens se sentent en majorité insuffisamment formés.

Même si ce résultat n'était pas significatif avec le fait de dépister ou non les violences sexuelles, une tendance se dégage : plus les praticiens se sentent formés en matière de violences sexuelles, plus ils dépistent ces violences chez leurs patientes.

Renforcer la formation pourrait donc être un levier afin d'améliorer la prise en charge.

Nous avons proposé 4 questions de droit afin de mieux pouvoir illustrer les connaissances de nos sujets. La majorité des participants à notre étude ont répondu correctement à ces 4 questions.

Cependant on peut constater que les questions ayant été le mieux réussies sont la première et la troisième : « peut-on retenir une agression sexuelle chez une mineure de 12 ans ayant un rapport sexuel auquel elle consent avec un jeune adulte de 19 ans ? » et « peut-on retenir un viol lorsque les protagonistes sont mariés ? » avec un pourcentage de bonnes réponses respectivement de 94% et 99%. On peut noter ici que la plupart des praticiens sont au fait de la loi avec des questions plutôt simples (un mineur très jeune, et la notion de consentement dans le couple, article 222-22 alinéa 2 du CP.)

Venait ensuite la deuxième question : « peut-on retenir une violence sexuelle chez une adolescente de 16 ans ayant un rapport consenti avec son professeur au lycée » avec trois quarts de réponses exactes, pour laquelle nos participants ont eu plus de difficultés. (La majorité sexuelle en France étant fixée à 15 ans a pu induire nos participants en erreur).

La question ayant posé le plus de difficultés à nos sujets était la dernière : « Le médecin peut-il signaler une agression sexuelle au sein du couple alors même que la victime majeure ne veut pas porter plainte » avec 67% de bonnes réponses.

Quelques connaissances en droit sont importantes dans notre profession où nous pouvons régulièrement être amenés à effectuer des signalements afin de protéger des personnes vulnérables.

On peut ici constater que nos participants ne sont pas tous au fait de la réforme du 30 juillet 2020 qui prévoit que « l'article 226-14 du code pénal a été complété par un 3° prévoyant que l'article 226-13 de ce code réprimant la violation du secret professionnel n'est pas applicable « au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences

exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 [de ce code], lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences . Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République » (90).

Un médecin peut signaler une agression alors même que la victime majeure ne souhaiterait pas porter plainte.

Nous avons interrogé nos sujets sur l'attitude qu'ils auraient adoptée s'ils avaient eu connaissance par leur patiente de violences sexuelles subies et non encore révélées à la justice.

La plupart de nos sujets adopterait instinctivement la bonne attitude face à une personne victime de violences sexuelles, même s'ils ne se sentent pas suffisamment formés à ce sujet.

### **Concernant la formation :**

La grande majorité de nos sujets considère ne pas être correctement formée en matière de violences sexuelles faites aux femmes. Aujourd'hui, très peu de praticiens sont formés au sujet des violences sexuelles (91) et c'est ce que nous retrouvons dans notre étude.

Nos participants ont, dans leur extrême majorité, considéré qu'il était nécessaire de former davantage les professionnels de la santé mentale (en n'excluant pas les autres spécialités médicales) afin de mieux prendre en charge les victimes.

## Discussion des principaux résultats

Concernant notre critère de jugement principal, parmi nos praticiens, moins de la moitié recherchent systématiquement des antécédents de violences sexuelles chez leurs patientes présentant des troubles anxio dépressifs.

Ce résultat est à mettre en parallèle avec la question portant sur la nécessité d'un dépistage systématique des violences sexuelles. La grande majorité de nos sujets pensent que le dépistage des antécédents de violences sexuelles devrait être indispensable en consultation.

Or la question précédente montre que moins de la moitié de nos sujets dépistent alors même qu'ils sont conscients de la nécessité de dépister.

Nous avons interrogé les praticiens ne faisant pas de dépistage systématique sur les raisons qui les poussaient à ne pas faire de dépistage systématique.

Plus de la moitié des praticiens ne faisant pas de dépistage systématique ne pensent pas de manière systématique à poser la question des antécédents de violences sexuelles (95), la moitié trouvent la question trop intrusive. Or il a été montré que les femmes sont en demande de ce dépistage puisque nombre d'entre elles n'ont jamais parlé de leurs antécédents de violence sexuelle (72) (95) (96) (97).

Un praticien sur 10 ne saurait que faire de cette information. Avoir connaissance de cette information leurs permettraient d'orienter leur patiente, voire de signaler si nécessaire selon les dispositions de l'article 226-14 du code pénal (96) (97).

Une minorité pense que les patientes pourraient trouver cette question offensante ou craint que poser la question des violences sexuelles puisse aggraver les symptômes anxiodépressifs.

La même proportion se sent gênée par le fait de poser la question ou encore considère que ce n'est pas son rôle. La littérature démontre encore une fois le contraire. En effet, poser la question « avez-vous dans votre vie subi des violences sexuelles ? » ne choque pas et est ressenti favorablement par les femmes. 83,4% des femmes interrogées considèrent que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecins. 82,8% des femmes ont trouvé que le fait de poser la

question était normal. Par ailleurs, une grande majorité est favorable à un repérage par le médecin généraliste : 81,4% estiment que le repérage donne la possibilité aux femmes victimes d'en parler et 53,1% pensent qu'il devrait être fait de manière plus systématique (72) (96) (97).

Nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre l'âge, le sexe, le mode d'exercice, le fait d'être interne, le fait d'être psychiatre ou pédopsychiatre et le fait de pratiquer un dépistage des violences sexuelles.

En revanche, on note un lien significatif entre le fait de dépister et d'avoir une surspécialisation en psychothérapie.

Nous nous sommes intéressés à la pratique de la psychothérapie afin de savoir si cette pratique sensibilisait plus les praticiens au sujet du dépistage des violences sexuelles. Nous pensons que le principe même psychothérapie qui permet d'ouvrir un espace de parole aux patients explique que les praticiens formés à ces techniques fassent plus de dépistage des violences sexuelles que les praticiens non formés.

De manière contre intuitive nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre les antécédents personnels de violences sexuelles et le dépistage des violences sexuelles. Il aurait été logique de penser qu'une victime de violences sexuelles pourrait rechercher ces antécédents chez ses patients.

Une analyse des caractéristiques des victimes pourrait peut-être expliquer ce résultat mais cela n'étant pas le sujet de notre étude, nous ne nous sommes pas attardés sur cette question.

Nous avons cherché des raisons pouvant expliquer ces résultats. Pour cela, nous nous sommes intéressés au comportement d'un individu notamment dans le domaine de la psychologie sociale.

Plusieurs facteurs conditionnent le comportement d'un individu : la personnalité, l'émotion, la perception. En ce qui concerne la prédisposition à agir (dans notre cas le fait de faire un dépistage) il faut se pencher sur l'attitude. Selon le modèle tripartite de Rosenberg, l'attitude résulte d'influences multiples : le milieu social, l'éducation, l'expérience personnelle et conditionne les réactions de l'individu en fonction de ce que l'individu a vécu de positif ou de négatif (92).

Nous pourrions envisager que la composante affective soit trop forte lorsque le sujet a lui-même été victime de violence sexuelle, et que cette composante l'empêche d'agir. D'autre part, les victimes de violences sexuelles souffrent fréquemment de trouble de stress post traumatique dont une des composantes est l'évitement des situations pouvant faire revivre le traumatisme (58) (59) (60).

En revanche nous avons pu mettre en évidence un lien significatif entre le fait d'avoir dans son entourage une victime et le fait de dépister les violences sexuelles. Il semblerait donc qu'avoir des relations ayant elles-mêmes été victimes de violences sexuelles sensibilise plus nos praticiens au dépistage et les poussent à rechercher des antécédents de violences sexuelles chez leurs patientes. Nous n'avons pas trouvé d'article à ce sujet dans la littérature existante.

Avoir été témoin de violence sexuelle ou avoir dans son entourage une victime de violences sexuelles pousse nos praticiens à faire plus de dépistage. Nous n'avons pas trouvé d'exemple dans la littérature de ces résultats.

Nous pouvons supposer que d'être témoin direct ou indirect a pu sensibiliser nos praticiens à la question du dépistage en ayant pu être confrontés directement aux répercussions des violences sexuelles sur les victimes.

En ayant eu une « première exposition » ils seraient plus disposés à la rechercher chez leurs patientes présentant les mêmes symptômes que ceux qu'ils ont pu observer chez leurs connaissances ou précédentes patientes. Zajonc propose que nos préférences ne nécessitent pas de processus cognitifs complexes. Elles seraient construites sur la base des informations ou éléments cognitifs perçus de façon inconsciente.

Nous aurions donc des préférences inconscientes concernant nos décisions et nos choix, que nous présenterions par la suite à notre entourage, comme le fruit d'un processus longuement réfléchi (93) (94).

Nous avons également pu observer que d'avoir déjà suivi des patientes victimes de violences sexuelles avait un lien significatif avec le dépistage. Les praticiens ayant déjà suivi des patientes victimes de violences sexuelles ont tendance à plus rechercher ces antécédents de violences sexuelles chez leurs patientes Nous avons pu mettre en

évidence un lien significatif entre le dépistage et le fait d'avoir déjà suivi des victimes de violences sexuelles. Il est possible de penser que ces praticiens sont plus sensibilisés à cette question en l'ayant déjà rencontrée dans leur pratique. Encore une fois, nous n'avons pas trouvé d'article à ce sujet dans la littérature.

En résumé, le fait d'être témoin, direct ou indirect, influe positivement sur le fait de rechercher des antécédents de violences sexuelles chez des patientes présentant des troubles anxiodépressifs.

Nous avons cherché à savoir si le ressenti personnel concernant les connaissances en matière de violence sexuelle pouvait influencer le fait de dépister ou non ces violences.

Nous avons ainsi pu constater que plus les praticiens se sentent suffisamment formées en matière de violence sexuelle, plus elles les dépistent. On pourrait se référer encore ici aux travaux de Zajonc sur le fait que d'être exposé au préalable à un stimuli nous conduit à le reconnaître ou le rechercher plus facilement (93).

En dépit de cette tendance, nous n'avons pas pu mettre en évidence un lien significatif entre le niveau de connaissance et le fait de dépister. Ce résultat peut s'expliquer par la distribution de notre échantillon. En effet, nous n'avons que peu de praticiens dans notre échantillon se sentant totalement à l'aise sur le sujet des violences sexuelles. Il est possible qu'avec plus de participants parfaitement formés aux violences sexuelles le dépistage soit plus important.

Nous avons pu mettre en évidence que les sujets qui considèrent le dépistage des violences sexuelles indispensable font dans les faits plus de dépistage.

Il est intéressant de constater que l'extrême majorité de nos sujets considèrent le dépistage des antécédents de violences sexuelles comme indispensable, mais que tous ne font pas ce dépistage systématiquement.

Ce point pourrait être à étudier dans le cadre d'une prochaine étude afin de comprendre les raisons pour lesquelles des praticiens qui considèrent le dépistage des

violences sexuelles comme indispensable ne dépistent pas dans les faits ces violences chez leurs patientes souffrant de trouble anxiodépressifs.

## Limites et biais

Il existe plusieurs limites dans notre étude.

La taille de notre échantillon reste relativement faible. Un échantillon d'une taille supérieure pourrait permettre d'avoir une plus grande puissance statistique et pourrait mettre en évidence des liens que nous n'avons pas pu démontrer.

D'autre part, nous nous sommes concentrés sur la seule spécialité des psychiatres. Or, il ne s'agit pas de la seule spécialité pouvant être régulièrement confrontée à des victimes de violences sexuelles. Il pourrait être intéressant de réaliser cette étude en incluant les gynécologues et surtout les médecins généralistes qui sont souvent en première ligne pour des consultations pour des symptômes anxiodépressifs.

Notre étude était monocentrique. Notre échantillon ne comprenait que des praticiens travaillant sur Aix-Marseille. Il est possible que dans d'autres régions, les psychiatres soient formés ou sensibilisés différemment à la question des violences sexuelles.

Les praticiens de notre échantillon étaient en grande majorité des femmes. Ce résultat concorde avec la population générale comme nous avons pu le voir précédemment. Cependant, il n'est pas possible d'exclure que les femmes puissent se sentir plus concernées par le sujet des violences sexuelles que les hommes.

Enfin notre questionnaire était un auto-questionnaire avec des questions volontairement fermées afin d'avoir des réponses les plus fiables possible et de rendre les réponses plus simples pour nos sujets. Cependant, les questions fermées ne laissent pas la place aux nuances. Elles sont forcément simplifiées et donc réductrices.

## Perspectives

Notre travail de thèse pourrait être poursuivi en proposant notre questionnaire à d'autres spécialistes comme les médecins généralistes et les gynécologues mais également en augmentant le rayon de recherche à la France entière ce qui pourrait nous permettre d'avoir une plus grande puissance statistique.

Une analyse plus poussée dans une étude ultérieure pourrait nous permettre de mieux appréhender les causes pour lesquelles des praticiens qui considèrent le dépistage des violences sexuelles comme indispensable ne dépistent pas dans les faits ces violences chez leurs patientes souffrant de trouble anxiodépressifs.

Notre étude pourrait conduire à développer un séminaire sur les violences sexuelles à destination des internes et séniors afin de contribuer à améliorer la formation sur le sujet des violences sexuelles.

Il pourrait également être utile de créer un fascicule de protocole de prise en charge à destination des médecins généraliste, psychiatres et gynécologues afin de sensibiliser nos confrères à ce sujet.

Enfin, à terme, émettre une recommandation sur les pratiques concernant le dépistage des violences sexuelles en consultation pourrait permettre de mieux répondre aux souhaits et besoins des patients et d'améliorer les prises en charge en permettant de plus cibler les acteurs ainsi que les thérapeutiques à proposer.

## CONCLUSION

Le but de notre étude était d'analyser les pratiques de spécialistes de la santé mentale concernant le dépistage systématique des violences sexuelles.

Il ressort que les praticiens que nous avons interrogés n'ont pas intégré le dépistage systématique des violences sexuelle dans leur pratique, quand bien même ils considèrent dans une grande majorité que ce dépistage devrait être systématique.

Les violences sexuelles faites aux femmes constituent une réalité encore bien trop présente en 2023. 1 femme sur 6 en est victime. Les patientes se présentant en consultation pour des troubles anxiodépressifs ont un risque supérieur d'avoir vécu un traumatisme sexuel qui reste souvent ignoré puisque non recherché. Les femmes, comme nous avons pu le voir, n'osent souvent pas parler de ces antécédents douloureux.

Les violences sexuelles sont à l'origine d'un psycho traumatisme majeur chez celles qui en sont victimes. Ce psycho traumatisme a des conséquences à long terme sur la santé physique et mentale des victimes avec une récurrence de troubles gynécologique, de douleurs, de dépression, de stress post traumatique. De plus, il engendre un risque considérable de suicide.

Cet antécédent de violence dans la vie de nos patientes est donc indispensable à prendre en considération, et ce au même type que n'importe quel antécédent médical.

Or, encore aujourd'hui, trop souvent, ces antécédents de violences sexuelles ne sont pas abordés en consultation avec nos patientes.

Les praticiens se sentent insuffisamment formés en la matière, ils n'osent pas aborder la question. Pourtant, les femmes, et à plus forte raison les patientes, sont en demande de ce dépistage.

Il est nécessaire de pouvoir offrir aux praticiens une meilleure formation en matière de violences sexuelles faites aux femmes - qu'ils réclament - afin qu'ils puissent, à leur tour, mieux prendre en charge leurs patientes et d'améliorer leur chance de reconstruction.

## **Numéros et plateformes utiles :**

-Plateforme de signalement en ligne des violences sexuelles et sexistes

-plateforme PHAROS de signalement de contenu illicite sur le net

-119 : service de l'enfance en danger

-3919 : Violence femme Info

-0 800 05 95 95 Viol femmes information du collectif féministe contre le viol

-080020000 numéro national en cas de cyberharcèlement sexuel

-01 45 84 24 24 Association européenne contre les violences faites aux femmes au travail

- CRIP : cellules de recueil d'information préoccupante

## Références

- 1 Ferguson McLennan J, Primitive Marriage. An inquiry into the origins of the form of capture in marriage ceremony. Edimbourg, Adam et Charles Black, 1865.
- 2 HCE- Communiqué de presse du 25 mai 2023 Fréquentation en hausse des sites pornographiques par les mineur-es : urgence à agir ! <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-faites-aux-femmes/actualites/article/cp-frequentation-en-hausse-des-sites-pornographiques-par-les-mineur-es-urgence>
- 3 The conversation. De « faits divers » à fait de société, comment le viol est peu à peu devenu un sujet politique- Oct 2020  
<https://theconversation.com/de-faits-divers-a-fait-de-societe-comment-le-viol-est-peu-a-peu-devenu-un-sujet-politique-145744>
- 4 Heritier, F. Masculin-Féminin I. La Pensée de la différence, Paris, Odile Jacob, 1996 ; rééd. 2002.
- 5 Recommandation générale n°35 du Comité des Nations Unies pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes- 26 juillet 2017
- 6 Perreault, S. La violence fondée sur le sexe : les agressions sexuelles et les agressions physiques dans les territoires du canada, 2018, Samuel Perreault, centre canadien de la statistique juridique et de la sécurité des collectivités diffusé le 2 décembre 2020 [www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/20é0001/article/00012-fra.html](http://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/20é0001/article/00012-fra.html)

- 7 Bajos, N., Bozon M., Contexte de la Sexualité en France (2004-2006) -  
datained . disponible sur <https://data.ined.fr/index.php/catalog/231#metadata-sampling>
- 8 Carrel, S. et Rawlins-Gaston, A. « Viols : elles se manifestent », Infrarouge,  
France 2, 2012, [Documentaire].
- 9 Délégation aux droits des femmes, Prévenir et combattre les violences faites  
aux femmes : un enjeu de société, Rapport d'information n° 564 (2017-2018),  
déposé le 12 juin 2018, [en ligne], s.p., disponible sur :  
<[http://www.senat.fr/rap/r17-564/r17-564\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r17-564/r17-564_mono.html)>.
- 10 Ministère de l'intérieur et de l'outre mer. 2018. Violence sexuelle et sexiste, les  
chiffres clé. 2022. <https://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-infos-pratiques/2022-Infos-pratiques/Signalement-des-violences-sexuelles-et-sexistes/Violences-sexuelles-et-sexistes-les-chiffres-cles>
- 11 Insee-ONDRP, enquêtes Cadre de vie et sécurité de 2008 à 2012.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280920>
- 12 Scodellaro, C.- Violence sexuelles et tentatives de suicide- Paris, France,  
DRESS - Fiche 15
- 13 Amnesty international. Sondage sur le viol : chiffre 2020, disponible  
sur :[Amnesty.be/campagne/droits-femmes/viol/article/sondage-viol-chiffres-2020](https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/viol/article/sondage-viol-chiffres-2020)
- 14 Le Goaziou, V. Le Viol, aspect sociologique d'un crime. 2011. La  
documentation française
- 15 INSPQ- statistique sur les agressions sexuelles 2022-  
<https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/statistiques>

- 16 Taraud,C. « Esclavage et colonisation comme féminicide » dans « Féminicide une histoire mondiale » Paris, La Découverte, p180.
- 17 Code civil de 1804- Article 213- disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte\\_lc/LEGITEXT000006070721/1804-03-25](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006070721/1804-03-25)
- 18 Préambule de la constitution de 1946, article 3. <https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-constitutions-dans-l-histoire/constitution-de-1946-ive-republique#:~:text=Article%203.,repr%C3%A9sentants%20et%20par%20le%20r%C3%A9f%C3%A9rendum>.
- 19 Démarre-Lafont, S.« La preuve du viol dans les droits du Proche-Orient ancien », in : B. LEMESLE (dir.), La preuve en justice de l'antiquité à nos jours, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2003, [En ligne], p. 13-22, §69- 70, disponible sur : <<https://books.openedition.org/pur/15830?lang=fr>>.
- 20 Gonthier, N. (1994). Les victimes de viol devant les tribunaux à la fin du Moyen Âge d'après les sources dijonnaises et lyonnaises. *Criminologie*, 27(2), 9–32.
- 21 Bazan,I. « Quelques remarques sur les victimes du viol au Moyen Âge et au début de l'époque moderne », *Les Victimes, des oubliées de l'histoire?* 1999-PUR, p. 433-444.
- 22 Code pénal du 25 septembre 1791-Titre II : crimes contre les particuliers, section I : crimes et attentats contre les personnes, art. 29 & 30 »
- 23 Code Pénal 1810- Edition originale en version intégrale-3<sup>e</sup> partie : crimes et délits contre les particuliers. Section IV disponible sur :  
[https://www.ledroitcriminel.fr/la\\_legislation\\_criminelle/anciens\\_textes/code\\_penal\\_1810/code\\_penal\\_1810\\_3.htm](https://www.ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1810/code_penal_1810_3.htm)

- 24 Doucet, J.P. « Attentat à la pudeur » [archive], *Dictionnaire de droit criminel*, 2014
- 25 Le Magueresse -C- Les pièges du consentement – Podcast les couilles sur la table, de Victoire Tuillon- Episode nous faire justice N2- Juger – Entretien avec le Magistrat François Lavallière
- 26 Caille-Sauteron, S. « Solo Sí es Sí” : le projet de loi sur le consentement sexuel explicite approuvé par les député·e·s espagnol·e·s , juin 15, 2022. Egal’actu <https://egalactu.com/author/sarah/>
- 27 Infostats Justice, « Les condamnations pour violences sexuelles », Bulletin d’information statistique du ministère de la Justice, n°164, 2018. »
- 28 Le Goaziou, V. : Viol que fait la justice .2019. Broché
- 29 Boutboul, S. Quand le viol n’est plus un crime. Le monde diplomatique. Nov 2017, p.8. <https://www.monde-diplomatique.fr/2017/11/BOUTBOUL/58085>
- 30 Zucker, D. le viol au-delà des idées reçues. 2021. Plon.
- 31 Heinich, L. Gisèle Halimi au Panthéon, c’est se moquer d’elle , Le Monde.fr, 24 décembre 2022
- 32 REDRESS, Réparation pour viol, Utiliser la jurisprudence internationale relative au viol comme une forme de torture ou d’autres mauvais traitements, 2013
- 33 Debout, M., Fourquet, J., Morin, C., Viol et violences sexistes : un problème de santé publique majeur– Février 2018- Fondation Jean Jaures- [https://www.jean-jaures.org/publication/viols-et-violences-sexistes-un-probleme-majeur-de-sante-publique/?post\\_id=16113&export\\_pdf=1](https://www.jean-jaures.org/publication/viols-et-violences-sexistes-un-probleme-majeur-de-sante-publique/?post_id=16113&export_pdf=1)

- 34 Vanier, C., Les interlocuteurs des victimes de viol. D'après les enquêtes cadre de vie et sécurité , La note de l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales, n°11, février 2017, p. 1.
- 35 Coquet, P. #MeToo, du phénomène viral au mouvement social féminin du XXI<sup>e</sup> siècle, 14.10.2018. Le monde.
- 36 Mukwege, D., La force des femmes. 2021. Gallimard
- 37 Rouxel, J. & Zafimehy , M. ;publié le 12/01/2023 à 06:24 :L'histoire (longtemps) secrete de Claudine Cordani PODCAST RTL
- 38 Schiappa, M., Ou sont les violeurs ?Essai sur la culture du viol- 2017- Broché. p 17.
- 39 MacKinnon, C A.:« Rape : on coercion and consent” Toward a feminist theory of the state, Harvard University Press, 1989
- 40 INSEE Enquete sur le Cadre de vie et de sécurité 2021 <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS>
- 41 Miano L., repris par l'ex-ministre Christiane Taubira à l'occasion du Festival d'Avignon 2017)
- 42 Naizo, F. Affaire Sarah: l'accusé condamné a 8 ans de prison pour le viol d'une enfant de 11 ans- 4 novembre 2022- Le parisien- <https://www.leparisien.fr/val-d-oise-95/affaire-sarah-laccuse-condamne-a-8-ans-de-prison-pour-le-viol-dune-enfant-de-11-ans-04-11-2022-MPYCPZ6NBJBJNGGDRISDSRVZT4.php>
- 43 Radio Canada- Qu'est-ce que la culture du viol ? 2016 disponible sur <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1000390/quest-ce-que-la-culture-du-viol>

- 44 Institut Dédicé, Amnesty international et SOS viol : Sondage sur le viol, mars 2020- <https://www.amnesty.be/IMG/pdf/2020-resultats-sondage-dedicé-violences-sexuelles-bd.pdf>
- 45 Berlin F., *Criminal profiling : an introduction to behavioral evidence analysis*, Elsevier, 2008, p292
- 46 Groth N., psychologue spécialisé dans les abus sexuels, : « le viol sert principalement des besoins non sexuels
- 47 Doussy, D. *Le berceau des dominations- Anthropologie de l'inceste*. 2021. Pocket.
- 48 Benbourriche, M. *Etude expérimentale des effets de l'alcool et de l'excitation sexuelle en matière de coercition sexuelle »* thèse de doctorat en psychologie soutenue le 3 octobre 2016 à l'université Rennes 2.
- 49 Hamel, C., Debauche, A., Brown, E., et al ., *Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage* , *Population et Sociétés*, nov 2016
- 50 Organisation Mondiale de la Santé. *Violence à l'encontre des femmes-9 mars 2021* : disponible sur :<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- 51 Breslau, N., et al. *Traumatic events and Post-Traumatic Stress Disorder in an urban population of young adults* *Arch Gen Psychiatry* (1991). DOI: 10.1001/archpsyc.1991.01810270028003
- 52 Poirier Courbet, L.- *Vivre après un viol, chemin de reconstruction-* 2015-Eres

- 53 Thomas, J.L. - les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique revue de la littérature - Revue Française du Dommage Corporel- 2015-3, 253-69
- 54 Mullen, Romans-Clarkson, Walton, et Al. «Impact of sexual and physical abuse women's mental health.» Lancet, 1988 : 841-845.
- 55 Jaspard, M., Brown, E., Condon, S., et al. (2003) Les violences envers les femmes. Une enquête nationale. Paris, France : DRESS, fiche 1.
- 56 INED- Enquete VIRAGE-nov 2020- <https://virage.site.ined.fr>
- 57 Kilpatrick, LJ Veronen, PA Resick (1982) .Psychological sequelae to rape: Assessment and treatment strategies-DG Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies, 473-497
- 58 Darves-Bornoz, M. ;. Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste. Rapport de Psychiatrie a la 94eme session du Congres de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Paris: Masson; 1996
- 59 Faravelli, C.,Giugni, A., Salvatori, S., Ricca,V. Psychopathology after rape- 1 aug 2004 the American journal of psychiatry
- 60 Hirohata S, Konishi T, Shirakawa M, Asakawa C, Morita N, Nakatani Y. [Posttraumatic stress disorder in victims of sexual assault--related to depression or physical symptoms]. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 2002;104(6):529-50. Japanese. PMID: 12373808.
- 61 Rodriguez, N., Ryan. S.W., Van de Kemp, H, Foy, D.W., Post traumatic stress disorder in adult female survivors of child sexual abuse: a comparison study. Journal of consulting and clinical psychology, Fevrier 1997, Vol 65, Issue 1, p.53-59.

- 62 Lindberg, F.H., Distad, J.L., Post traumatic stress disorder in women who experience childhood incest, *Childs abuse and neglect*, 1985, Vol 9, Issue 3, P329-334.
- 63 Putnam FW, Guroff JJ , Silberman EK, Barban L, Post RM. The clinical phenomenology of multiple personality disorder: areviewof100recentcases. *J Clio Psychiatry* 1986;47:285-93.
- 64 Thomas JT, Guérin V, Lévy P, Carette M, de Andreis NR, et al. (2017) The Impact of a History of Sexual Abuse on Health: Data from a Self-Reported Questionnaire from a Sample of French Victims. *J Gen Pract (Los Angel)* 5: 340. doi:10.4172/2329-9126.1000340
- 65 Salmona M., L'Amnésie traumatique : un mécanisme dissociatif pour survivre. In Coutanceau Roland et Damiani Carole *Victimologie. Évaluation, traitement, résilience* (p. 71-85). 2018a Paris : Dunod.
- 66 Chandler HK, Ciccone DS, Raphael DK. Localization of pain and self-reported rape in a female community sample. *Pain Med* 2006;7:344-52.
- 67 Brown MJ, Thacker LR, Cohen, SA(2014) : association between adverse. Childhoodexperiences and diagnosis of cancer, *Plos one* 9 (1) : 10.
- 68 Coker, A.L., Hopenhayn, C., Desimone, C.P., Bush, H.M., Crofford, L., Violence against women raises risk of cervical cancer. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Aug ; 18(8) :1179-85.
- 69 Salmona, M. Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre, in *Pratique de la psychothérapie EMDR*, sous la direction de Cyril Tarquinio et Al., Dunod, 2017, & 19, pp 207-218.

- 70 Observatoire national de la violence faite aux femmes Les chiffres de références sur les violences faites aux femmes. <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes>
- 71 Lopez, G. Clinique et prise en charge des adultes victimes-. EMC (Elsevier Masson SAS Paris) Psychiatrie37-510-A60, 2012
- 72 Palisse,M.( 2013) Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université Paris Descartes.
- 73 Friedman, Samet, Roberts, et Al. «Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices. » Archives of Internal Medicine, 1992: 1186-1190
- 74 Mazza, Dennerstein, et Ryan. «Physical, sexual and emotional violence against women:a general practice-based prevalence study.» Medical Journal of Australia, 1996: 14-17.
- 75 Resnick, Holmes, Kilpatrick, et Al. «Predictors of Post-Rape Medical Care in a National Sample of Women.» American Journal of Preventive Medicine, I Dating violence and rape, vol 19, Nov 2000: 214-219.
- 76 Drossman DA, Leserman J, Nachman G, et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. Ann Intern Med 1990;113:828-33.
- 77 Wendt, Hildingh, Lidell, et Al. «young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals.» 2007: 590-595.

- 78 ArgenteL,A., Martin,C., Robin, G., Catteau-Jonard, S. Violence verbale, physique et sexuelle faites aux femmes. Etude de consultation en gynécologie dans la région des haut de France.. Sexologie. Volume 30, 3 septembre 2021. P 206-219
- 79 Equipe de recherche SSMG- Détection des violences conjugales- 2018- [https://dmgulb.be/wpcontent/uploads/2021/06/VF\\_RBP\\_ViolencesConjugales-2017.pdf](https://dmgulb.be/wpcontent/uploads/2021/06/VF_RBP_ViolencesConjugales-2017.pdf)
- 80 Gamet. M.L.,Violences sexuelles des mineu ranceFrance : comment les médecins peuvent devenir des interlocuteurs privilégiés es victimes ? Sexologies, Vol 22, Issue 3, Juillet-septembre 2013, pp 112-123
- 81 –almona, M. - Enquêt AMTV/Ipsos : « Violences sexuelles dans l'enfance » Association Mémoire Traumatique et Victimologie.
- 82 Felitti, V., Anda, R.F., The relationship of adverse childhood experience to adult health, well being, social function and health care dans Lanius, R., Vermetten,E., Pain, C., (eds.),The effects of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic, Cambridge University Press, 2010, p. 77-87
- 83 Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders. 5<sup>th</sup> Edition. Arlington VA. American Psychiatric Association 2015.
- 84 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement- 11<sup>e</sup> edition- Disponible sur le site de l'OMS
- 85 World Health Organization, « Global Status Report on Violence Prevention », Genève, WHO, 2014, 2016.
- 86 Enveff 2000 (enquête nationale sur les violences faites auFrancees en France) portant sur 6 970 femmes de vingt à inquante-neuf ans ; rapport Henrion 2001 sur la santé des femmes victimes.

- 87 F2RSMpsy : Pyramide des âges et sex ratio des Psychiatres (2021)  
<https://www.f2rsmpsy.fr/cartotheque.htm>,
- 88 Ginter d'Agrain, S.; Service infographie. Santé mentale des enfants, la pédopsychiatrie en souffrance. Nov 2021- Figaro Science-  
<https://www.lefigaro.fr/sciences/sante-mentale-des-enfants-la-pedopsychiatrie-en-souffrance-france-20211120#:~:text=Selon%20la%20Défenseure%20des%20droits, pour%20les%20enfants%20et%20adolescents.>
- 89 Salmona M, Viols et agressions sexuelles in *Aide-mémoire psychotraumatologie en 51 notions* M. Kédia, A Sabouraud-Seguin et al. édition Dunod, 2020 3ème ed pp 79-101.
- 90 Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal  
[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum\\_secret\\_violences\\_conjugales.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xufjc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf)
- 91 Salmona, M. Violences sexuelles-Les 40 questions réponses incontournables- 2<sup>e</sup> édition- 2021- Dunod
- 92 Rosenberg, Milton J., Attitude organization and change : an analysis of consistency among attitude components, Greenwood Press, 1960
- 93 Zajonc, R. B. (1980). Feeling and Thinking: Preferences Need No Inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.2.151>.

- 94 CHANNOUF Ahmed, « Chapitre V. Les effets cognitifs de la perception subliminale », dans : , Les images subliminales. sous la direction de CHANNOUF Ahmed. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Médecine et société », 2000, p. 65-79. URL : <https://www.cairn.info/les-images-subliminales--9782130506195-page-65.htm>
- 95 Hatem-Gantzer, G. Rôle du professionnel de santé dans le dépistage et la prise en charge des violences intrafamiliales- Dans Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)2021/3 (N° 30), pages 84 à 89
- 96 Clément, J. et Noel, S. Bordeaux 2021 Expérience vécue et attentes en consultation de médecine générale des patient(e)s ayant été victimes de violences sexuelles : étude qualitative menée en Loire-Atlantique, Vendée, Deux-Sèvres et Finistère
- 97 Freyens, A.; Monti,M.; Vignocan,L.; Mesthe, P.; Femmes victimes de violences sexuelles: attitudes attendues de la part de leur médecin. Sexologies, 2019, 28, pp.183 - 190. 10.1016/j.sexol.2019.05.008 .

## ANNEXE

### QUESTIONNAIRE

#### ***A Données socio-démographiques***

1 Êtes-vous : Un homme ? Une femme ?

2 Quel est votre âge ?

3 Êtes interne ? Si oui en quel semestre ?

Médecin thésé installé ? Si oui pouvez-vous préciser votre nombre d'année de pratique

Exercez-vous en libéral ? hospitalier ? mixte ?

4 Êtes-vous interne : si oui en quel semestre ?

5 Spécialité : Êtes-vous Médecin généraliste ? Psychiatre ?

Si vous êtes psychiatre êtes-vous pédopsychiatre ? psychiatre pour adulte ?

Êtes-vous psychothérapeute ?

#### ***B-Rapport aux violences sexuelles***

7 Avez-vous déjà été victime de violences sexuelles oui ? non ?

Si oui dans une sphère privée ? dans le cadre de vos études ? dans le cadre de votre travail ?

8 Avez-vous déjà été témoin de violences sexuelles ? dans la vie personnelle ? dans les études ? dans la vie professionnelle ?

9 Avez-vous des personnes dans votre entourage qui ont déjà été victimes de violences sexuelles ? Oui/ Non. Si oui préciser parent, ami, (ex)-compagnon/ compagne

10 Avez-vous suivi des victimes de violence sexuelle ?

11 Comment estimez-vous vos connaissances en matière de violences sexuelles faites aux femmes ? inexistantes- insuffisantes – j'ai quelques bases- suffisantes pour appliquer mes connaissances en consultation- je maîtrise ce sujet

*Quelques exemples pour illustrer :*

12 -Peut-on retenir une agression sexuelle chez une mineure de 12 ans ayant un rapport sexuel auquel elle consent avec un jeune adulte de 19 ans ?

13 -Peut-on retenir une violence sexuelle chez une adolescente de 16 ans ayant un rapport consenti avec son professeur au lycée ?

14 -Peut-on retenir un viol lorsque les protagonistes sont mariés ?

15 -Le médecin peut-il signaler une agression sexuelle au sein du couple alors même que la victime majeure ne veut pas porter plainte ?

### ***C Pratique concernant la recherche de violences sexuelles***

16 Recherchez-vous systématiquement chez vos patientes consultant pour des troubles anxio dépressifs des antécédents de violences sexuelles ? oui/ non

16 bis Si oui ces personnes vous ont-elles rapporté des violences sexuelles ? oui / non

16 ter Si oui les antécédents de violences sexuelles sont-ils fréquents chez vos patientes consultant pour des troubles anxio-dépressifs ?

16 quart Si la réponse à la question précédente est non, pour quelle raison ?

- Vous êtes gêné de poser la question
- Vous n'y pensez pas forcément

- Vous pensez que cette question est trop intrusive
- Vous pensez que cette question peut aggraver les symptômes de votre patiente
- Vous pensez que votre patiente pourrait prendre offense de cette question
- Vous pensez que ce n'est pas votre rôle de poser cette question
- Vous ne sauriez pas quoi faire de cette information
- Autre

17 Pensez-vous que le dépistage des antécédents de violence sexuelle soit indispensable en consultation ? oui ? non ?

Si non, pourquoi ?

18 Si vous aviez connaissance de par le ou la patiente de violences sexuelles subies et non encore révélées à la justice, quelle serait votre attitude ?

- assurer la protection de la victime
- orientation vers association d'aide aux victimes
- signalement selon le cas

21 Pensez-vous être suffisamment formé en matière de violences sexuelles faites aux femmes ? Oui non

22 Pourrait-on selon vous améliorer la formation des médecins concernant les violences sexuelles ?

Cours obligatoires ?

Séminaires ?

Formations (MOOC E-learning...?)

23 Des choses à ajouter ?

## 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 seront 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.



## RESUME

Les violences sexuelles sont un sujet très présent dans la société, mais elles restent un sujet tabou.

Les victimes ne parlent que rarement de ce traumatisme à leur entourage, et les praticiens ne recherchent pas toujours chez leurs patientes des antécédents de violences sexuelles qui pourtant peuvent être à l'origine de multiples pathologies somatiques, mais également psychiatriques, comme des troubles du stress post traumatique, de la dépression, des troubles anxieux, voire des conduites suicidaires. Nous avons cherché à connaître quelle était la proportion de psychiatres pratiquant le dépistage des violences sexuelles. Nous avons également cherché si des variables comme le sexe, l'âge, la qualité de formation etc... pouvaient influencer cette pratique.

Nous avons pu mettre en évidence que moins de la moitié des praticiens de notre échantillon faisaient en pratique un dépistage systématique des violences sexuelles. Ils considèrent pourtant que le dépistage des violences sexuelles est indispensable à une bonne pratique et devrait être obligatoire. Cependant, beaucoup oublient dans les faits de poser la question à leurs patientes ou se sentent mal à l'aise d'aborder le sujet.

De plus, la majorité des praticiens ayant participé à notre étude ont considéré que leur formation en matière de violence sexuelle était insuffisante.

La littérature montre pourtant que les patientes victimes de violence sexuelle sont en demande de ce dépistage.

Le dépistage des violences sexuelles est d'autant plus nécessaire qu'il permettrait d'offrir une prise en charge plus appropriée à ces patientes, et d'améliorer leur chance de reconstruction.

**Mots-clés : Dépistage - violences sexuelles - femmes.**