



UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**VIOLENCES SEXUELLES, ETUDES DE MEDECINE:
Réflexions autour de témoignages d'étudiants**

Présentée et soutenue publiquement le 15 Octobre 2020 à 16h00
au Pôle Recherche
par Maxime WATTEAU

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

**Monsieur le Docteur et Maître de Conférence des universités
Ali AMAD**

**Monsieur le Docteur et Maître de Conférence des universités
Charles-Edouard NOTREDAME**

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Frédérique WAREMBOURG

LEXIQUE ET LISTE DES ABREVIATIONS

- Bifler: La bifle, parfois orthographiée biffle, est une pratique sexuelle consistant à gifler son partenaire sexuel avec son pénis
- CCA-AHU-AS: Chef de Clinique Assistante - Assistant Hospitalo-Universitaire - Assistant spécialiste
- ENVEFF: Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France
- IFOP: Institut Français de l'Opinion Publique
- INED: Institut National d'Études Démographiques
- ISNI: InterSyndicale Nationale des Internes
- Slut shaming: est un concept proposé à l'origine par les féministes canadiennes et américaines. Cette expression, traduisible en français par « intimidation (ou humiliation) des salopes » ou « couvrir de honte les salopes », regroupe un ensemble d'attitudes individuelles ou collectives, agressives envers les femmes dont le comportement sexuel serait jugé « hors-norme ».
- TSPT: Trouble de Stress Post Traumatique
- VIRAGE: Violences et Rapports de Genre

ANNEXES

Annexe 1: Annonce / Appel à témoins

Annexe 2: Entretien type

Annexe 3: Feuille de renseignements administratifs

Annexe 4: Grilles COREQ

Annexe 5: Fiche administrative

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1: Les violences sexuelles durant les études de médecine dans le monde

Tableau 2: Caractéristiques de la population

Fig 1: Tableau extrait du rapport d'enquête VIRAGE

Fig 2: Facteur de risque d'anxiété (ISNI)

Fig 3: Facteur de risque de dépression (ISNI)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
I/ La loi	9
II/ La population générale	12
Quelques chiffres	12
“La culture du viol”	14
III/ Le soin	15
IV/ Dans le milieu médical	17
La santé des étudiants en santé	17
La prévalence des violences sexuelles durant les études de médecine en France	19
Les violences sexuelles durant les études de médecine dans le monde	21
MATERIEL ET METHODE	23
I/ L’objectif de l’étude	23
II/ La méthode qualitative	24
III/ Le recrutement des participant.e.s	24
IV/ Le déroulement des entretiens	25
V/ Le Verbatim	26
VI/ L’analyse qualitative	27
VII/ Population	28
RESULTATS	28
I/ La définition des violences sexuelles	29
II/ Les violences et leurs mécanismes	30
Des violences décrites	30
Des violences parfois difficilement identifiables ou mémorisables	31
L’invisibilisation	31
L’oubli	32
La banalisation	32
Le folklore	32
Le “choix”	33
La minimisation	33
Des violences systémiques	34
Le silence	34
La perte du compagnonnage	35
Les relations inégales	35
La récurrence	35
Des défenses néfastes	36

L'alcool	36
III/ Les défenses mises en place	38
Les défenses face aux violences	38
A l'hôpital	38
Entre étudiants	39
Le recours à un tiers	39
Le recours aux supérieur.e.s	39
Le recours aux pair.e.s	40
Le recours à la Justice	41
Les modifications de la personnalité ou du comportement	41
IV/ Les sentiments	42
La gêne	42
La peur	43
La colère	43
La fierté	44
V/ Justifications vis à vis de l'investigateur	44
J'ai ma place	44
Ce n'est pas ma faute	44
VI/ Tirer les ficelles	45
DISCUSSION	46
I/ Les limites de mon travail	46
II/ Les principaux résultats	48
Le poids du mythe du viol	48
L'image type de la victime	48
Exemples	48
Observations concordantes avec celle de Susan W. Hinze dans le magazine HEALTH :	49
Le poids du silence	50
Le silence des victimes	50
Le silence de l'entourage	51
Réagir ou pas?	51
Ne pas réagir, pourquoi?	51
Par absence d'identification du caractère problématique de la situation	51
Par sentiment de culpabilité	52
Par peur de conséquences dommageables	54
Par découragement anticipé:	55
Réagir, pourquoi?	56
Par "réflexe"	56
Par un effet de saturation	56
La présence d'un tier allié	56
Hypothèses d'interprétation	57
Le paradoxe de l'innocence:	57

Le sentiment de colère	59
III/ Perspectives	60
BIBLIOGRAPHIE	88

INTRODUCTION

Les violences sexuelles existent de bien des manières. Le climat actuel de progression vers une société plus égalitaire et bienveillante nous fait nous questionner sur notre propre milieu ainsi que sur les causes et mécanismes qui font la présence de ces violences chez nous, soignants, qui devrions, dans l'imaginaire collectif, être irréprochables. Les études récentes sur le milieu universitaire de la santé montrent des chiffres édifiants quant à la prévalence des violences sexuelles subies par les étudiant.e.s. En 2017, 30% des externes d'Ile de France déclaraient avoir vécu une situation de violence sexuelle et jusqu'à 61% des étudiantes en fin de second cycle(1). Ces chiffres sont bien supérieurs à ceux que l'on retrouve dans le milieu universitaire classique ou dans le monde du travail de manière globale (où 20% des travailleuses estimaient avoir été victimes de harcèlement sexuel au cours de leur carrière (2)). Les étudiants en santé se perçoivent aussi globalement en mauvaise santé, notamment psychique. Comment expliquer la présence de ces violences de manière si importante dans notre milieu? Quels en sont les mécanismes? et comment peut on expliquer leur perpétuation? C'est ce que nous allons explorer dans mon travail de thèse. Par le biais d'une étude qualitative et d'entretiens semi dirigés, nous allons explorer les ressorts de ces violences.

I/ La loi

L'OMS définit les violences sexuelles comme "tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail "(3). Ces violences sont légalement répréhensibles et sont classées en plusieurs catégories dans le code pénal français:

- **L'outrage sexiste** (loi du 3 août 2018) : est le fait d'imposer à toute personne tout propos ou comportement à connotation sexuelle ou sexiste qui porte atteinte à la dignité de la personne en raison de son caractère dégradant ou humiliant, et crée une situation intimidante, hostile ou offensante (art 621-1 du code pénal). Ceci, quel que soit l'espace où il s'exprime et la forme qu'il prend : commentaires dégradants sur le physique ou la tenue vestimentaire, sifflements, gestes ou bruits obscènes, propositions sexuelles, questions intrusives sur la vie sexuelle, suivre une personne de manière insistante dans la rue. L'art. 621-1 du code pénal réprime l'outrage sexiste. Ces actes sont des infractions qui sont sanctionnées par une amende de 90 à 750€.(4)
- **Le harcèlement sexuel** (art. 222-33 du code pénal) : est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui, soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou

apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers. Il s'agit d'un délit puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000€ d'amende. La juridiction compétente est le tribunal correctionnel. (5)

- Le cyber-harcèlement (loi du 3 août 2018) est le fait d'imposer à une même victime des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste, émis successivement par plusieurs personnes dont aucune n'a cependant agi de façon répétée. Le cyber-harcèlement est réprimé par ce même article 222-33 et devient une circonstance aggravante du harcèlement sexuel dès lors qu'il y a utilisation d'un support numérique ou électronique (réseaux sociaux, internet...). Les peines peuvent être portées à trois ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende. (6)
- **L'exhibition sexuelle:** est un délit défini par le code pénal (Art.222-32) comme « le fait d'imposer une exhibition sexuelle à la vue d'une personne non consentante dans un lieu accessible aux regards du public ». La juridiction compétente est le tribunal correctionnel. La peine encourue est d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. (7)
- **L'agression sexuelle** (art. 222-22 du code pénal): est définie comme « un acte à caractère sexuel sans pénétration commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise ». Relèvent d'une agression sexuelle, les caresses et attouchements du sexe, de la poitrine, des fesses et cuisses ainsi que les baisers forcés. Depuis 2013 constitue également une agression sexuelle « le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à se livrer à des activités sexuelles avec un tiers » (Article 222-22-2 du code pénal). Les agressions sexuelles, autres que le viol,

sont des délits punis de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000€ d'amende.

La juridiction compétente est le tribunal correctionnel(8).

- **Le viol** (art. 222-23 à 222-26 du code pénal) : est défini comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise. » Tout acte de pénétration sexuelle est visé : buccale, vaginale, anale, par le sexe, par le doigt ou par un objet. Le viol est un crime puni de quinze ans d'emprisonnement. L'emprisonnement peut passer à vingt ans, si le viol est commis avec une ou plusieurs circonstances aggravantes à savoir : viol commis par le conjoint, concubin, partenaire ou ex, si la victime est particulièrement vulnérable – infirme, malade, enceinte, si l'acte a été commis sous l'emprise de l'alcool, de stupéfiant ou sous la menace d'une arme ou par plusieurs personnes, enfin si l'acte a été commis, dans l'exercice de cette activité, sur une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle. La juridiction compétente est la cour d'assises. (9)
- **Le sexisme**, la loi n° 2015-99 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi consacre le terme « d'agissement sexiste », en stipulant : « Nul ne doit subir d'agissement sexiste, défini comme tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant. »(10)

La loi propose une définition claire et finalement assez large de ce qui peut être considéré comme violence sexuelle. Définition qui est, comme nous le verrons par la suite, fort peu connue du grand public.

II/ La population générale

A) Quelques chiffres

D'après l'enquête VIRAGE, enquête de victimation en population générale sur les violences sexuelles subies par les femmes et les hommes réalisée par Institut national d'études démographiques en 2015 (11), 14,5% des femmes déclarent avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle (hors harcèlement et exhibition), et 3,7% avoir subi au moins un viol ou tentative de viol au cours de leur vie. De la même façon, 3,9% des hommes déclarent avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle (hors harcèlement et exhibition), et 0,6% avoir subi au moins un viol ou tentative de viol au cours de leur vie. (11)

L'enquête VIRAGE détaille aussi les lieux où ont cours ces violences, pour la population générale:

Tableau 6 : Proportions de victimes de violences sexuelles (hors harcèlement et exhibitionnisme) par catégorie juridique, par espace de vie et par sexe, vie entière, en %.

Catégorie juridique	Espace de vie						
	Famille et proches	Études	Travail	Couple	Ex-conjoint.e	Espaces publics et autres	Tous espaces
FEMMES							
Viol	1,41	0,16	0,05	0,74	0,83	0,79	3,26
Tentative de viol	0,97	0,14	0,02	0,61	0,77	0,52	2,50
Autre agression sexuelle	4,80	1,33	1,74	0,73	1,03	7,61	13,84
- Dont « attouchement des seins et des fesses, baiser forcé et pelotage »	4,03	1,15	1,69	0,45	0,68	7,27	12,56
- Dont « attouchement du sexe »	2,33	0,32	0,08	0,65	0,81	1,05	4,42
Autre acte ou pratique sexuel.le forcé.e ⁽¹⁾	0,2	0,02	0,05	0,11	0,21	0,20	0,66
Toutes violences sexuelles	4,99	1,38	1,78	1,13	1,48	7,85	14,47
Effectif observé	15 556	15 531	15 129	14 947	10 002	15 556	15 556
HOMMES							
Viol	0,27	0,03	0,00	0,03	0,00	0,20	0,47
Tentative de viol	0,27	0,03	0,00	0,02	0,01	0,19	0,46
Autre agression sexuelle	0,78	0,48	0,57	0,08	0,13	2,03	3,66
- Dont pelotage	0,49	0,28	0,55	0,07	0,10	1,82	2,96
- Dont « attouchement du sexe »	0,46	0,21	0,05	0,05	0,02	0,39	1,08
Autre acte ou pratique sexuel.le forcé.e ⁽¹⁾	0,07	0,03	0,00	0,07	0,04	0,09	0,28
Toutes violences sexuelles	0,83	0,49	0,57	0,20	0,17	2,19	3,94
Effectif observé	11 712	11 696	11 547	11 016	7 928	11 712	11 712

Source: Ined, enquête Virage 2015.

Champ: Femmes et hommes âgé.e.s de 20 à 69 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire.

Note 1 La catégorie Autre acte ou pratique sexuel.le forcé.e regroupe plusieurs modalités de violences sexuelles qui ne peuvent être classées dans les catégories juridiques au vu des informations disponibles.

(12)

On peut noter que, bien que minoritaires, les agressions sur le lieu de travail ou durant les études existent en proportion non négligeable, ce qui confirme la pertinence de notre sujet d'étude.

Un aparté sur les violences sexuelles dans l'enseignement supérieur et la recherche: depuis 2002, le collectif CLASCHEs étudie la question des violences et plus particulièrement du harcèlement sexuel dans le milieu universitaire ou des grandes écoles. Souvent idéalisé, ce milieu est aussi touché que le reste de la société par les situations de violences sexuelles; les études récentes montrent qu'elles touchent sans distinction toutes les classes socio-professionnelles. Les

facultés et les grandes écoles sont des lieux propices aux violences sexuelles et à leur négation de par leur organisation. Sur le plan pédagogique par exemple, les relations de dépendance entre un.e étudiant.e et son directeur.trice de thèse est, comme toute relation asymétrique, propice à l'apparition de violences sexuelles. De manière générale, toute relation pédagogique personnalisée accroît les risques d'abus de pouvoir de manière générale. (13)

La vie étudiante comporte elle aussi des risques qui lui sont propres: les bizutages (qui se poursuivent, bien qu'illégaux), les soirées étudiantes, les cohabitations forcées et résidences étudiantes, sont eux aussi des situations où les violences sexuelles peuvent facilement apparaître. Les lieux de l'enseignement supérieur et de la recherche bénéficient pourtant, tout comme le milieu médical dans une certaine mesure, d'une image de progrès, à l'abri du sexisme et des violences. C'est cette image qui participe alors, plus que dans d'autres milieux, à nier l'existence des violences sexuelles et sexistes et donc à conserver le silence qui les entoure.(13)

B) "La culture du viol"

L'existence des violences est un fait établi. Nous pouvons raisonnablement nous interroger sur ce qui peut expliquer leur existence même, mais aussi leur persistance dans notre société. Un élément de réponse se trouve dans les représentations que nous nous faisons de ces violences et de leurs causes.

L'enquête IPSOS publiée en Mars 2016 en collaboration avec l'association Mémoire Traumatique avait montré l'importante adhésion de la population française aux mythes du viol. 40% des personnes interrogées durant l'étude pensent qu'une attitude provocante de la victime en public atténue la responsabilité du violeur et que, si elle se défend vraiment, elle peut le faire fuir ; 30%, qu'une tenue sexy excuse en partie

le violeur ; plus de 30%, qu'il est habituel que les victimes accusent à tort pour se venger ; plus des deux tiers adhèrent au mythe d'une sexualité masculine pulsionnelle et difficile à contrôler, et d'une sexualité féminine passive ; et plus de 20% considèrent que des femmes aiment être forcées et ne savent pas ce qu'elles veulent.(14)

De même, on peut se rendre compte dans l'étude à nouveau réalisée en 2019 que, malgré les campagnes d'informations, beaucoup de méconnaissances persistent, notamment par rapport au cadre légal des violences sexuelles. Dans le questionnaire de 2019, une.e Français.e.s sur deux considère que forcer une personne à faire une fellation n'est pas un viol mais une agression sexuelle, un.e Français.e.s sur quatre considère que réaliser un acte de pénétration sexuelle avec le doigt sur une personne qui le refuse n'est pas un viol, 15% des Français.e.s considèrent qu'il n'y a pas de viol quand une personne cède quand on la force. (14). Un comparatif des résultats de 2019 et 2015 a été réalisé, montrant une diminution globale mais ténue de l'adhésion des français aux mythes du viol. Même si ces résultats vont dans le sens du progrès, on aurait pu s'attendre à ce que, dans le climat actuel, avec le mouvement #metoo notamment, les résultats montrent une diminution plus franche.

III/ Le soin

En tant que soignant.e.s, et notamment psychiatres, nous sommes régulièrement confrontés aux séquelles et conséquences des violences sexuelles. Que ce soit dans l'urgence, pour la prise en charge médico-légale d'une victime de viol, ou celle d'un état de stress aigu dépassé; ou dans une démarche de soin plus longue,

comme la prise en charge des symptômes psychotraumatiques ou dépressifs en lien avec une agression.

L'association Mémoire Traumatique a publié en Mars 2015 un rapport d'enquête sur l'impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte (15). Les victimes de violences sexuelles ont été invitées à répondre à un questionnaire en ligne, dans le but d'évaluer les conséquences de ces dites violences sur leur vie. Parmi ces conséquences, on trouve au premier plan les suicides et tentatives de suicide. On observe une corrélation entre la gravité des violences subies ainsi que l'âge de la victime au moment des faits, et le risque de passage à l'acte suicidaire chez les répondant.e.s. Ainsi, 78% des victimes interrogées rapportent avoir déjà eu des idées suicidaires et 42% avoir déjà fait au moins une tentative de suicide. Le risque de tentative de suicide est sept fois plus élevé chez les répondant-e-s que dans la population générale. La majorité des victimes de violences sexuelles considèrent qu'elles ont eu un impact important sur leur vie, notamment sur leur vie familiale, affective et sexuelle. Les répercussions semblent majorées lorsque les violences ont lieu en situation d'inceste ou par un.e partenaire ou ex-partenaire (15).

Dans notre pratique quotidienne de soignant.e.s, et de psychiatres, nous sommes quotidiennement en lien avec des victimes de violences sexuelles. Les violences sexuelles retentissent sur la santé mentale et physique et les conséquences sont variables d'une victime à l'autre. Diverses études montrent que les violences sexuelles induisent de lourdes conséquences, notamment psychiques et somatiques, parfois secondaires à un syndrome de stress post-traumatique: anxiété, irritabilité, insomnie, dépression parfois sévère avec idées suicidaires, conduites

addictives. La plupart des victimes de violences sexuelles ne signalent pas ce qui leur est arrivé (15).

IV/ Dans le milieu médical

La réputation en matière de violences sexuelles des études de médecine n'est pas "bonne". Avec les intégrations réputées pour leur "humour douteux", le milieu médical qui était jusqu'alors essentiellement masculin, les salles de garde qui ont fait parler d'elles il y a quelques années, plusieurs études ont déjà eu lieu sur le sujet.

A) La santé des étudiants en santé

En 2016, l'ANEMF lançait une grande enquête sur l'état de santé des jeunes médecins, du second cycle aux jeunes professionnels. Un quart des répondants estimait être en état de santé moyen ou mauvais. Taux qui se majore à plus de 30% chez les externes. État de santé mis en lien dans l'étude avec les heures de travail effectuées par ces jeunes médecins (50% des répondants étant des internes). En effet, 40% des participants à l'enquête déclaraient travailler entre 48h et 60h par semaine, malgré la Directive Européenne (16). 33% disaient consommer de l'alcool tous les jours ou plusieurs fois par semaine et 17%, du tabac. La consommation d'antalgiques des différents paliers (21% des répondants déclarent prendre rarement à souvent des antalgiques de palier 2) ainsi que d'anxiolytiques (14% des répondants déclarent en prendre rarement à souvent) était aussi importante par rapport à la population générale.(17)

Dans l'étude, 14% déclaraient aussi avoir eu des idées suicidaires (à titre de comparaison, entre 3,7 et 4% des femmes et 2,6 et 3,7% des hommes âgés de 20 à 34 ans ont des idées suicidaires dans la population générale)(18).

En Juin 2017, suite à cette première étude, l'ISNI présentait les résultats de son enquête centrée sur la santé mentale des jeunes médecins (réponses à un questionnaire en ligne). 21 768 répondants dont 4255 étudiants en premier cycle, 8725 étudiants en deuxième cycle, 7631 étudiants en troisième cycle et 1157 CCA-AHU-AS. Les résultats sont les suivants: 66.2% des étudiants en médecine et des jeunes médecins déclaraient souffrir d'anxiété, 27.7% de dépression et 23.7% avoir eu des idées suicidaires dont 5.8% dans le mois précédant l'enquête. Comme facteur de risque, on retrouve de façon générale les violences psychologiques (non détaillées dans l'étude).

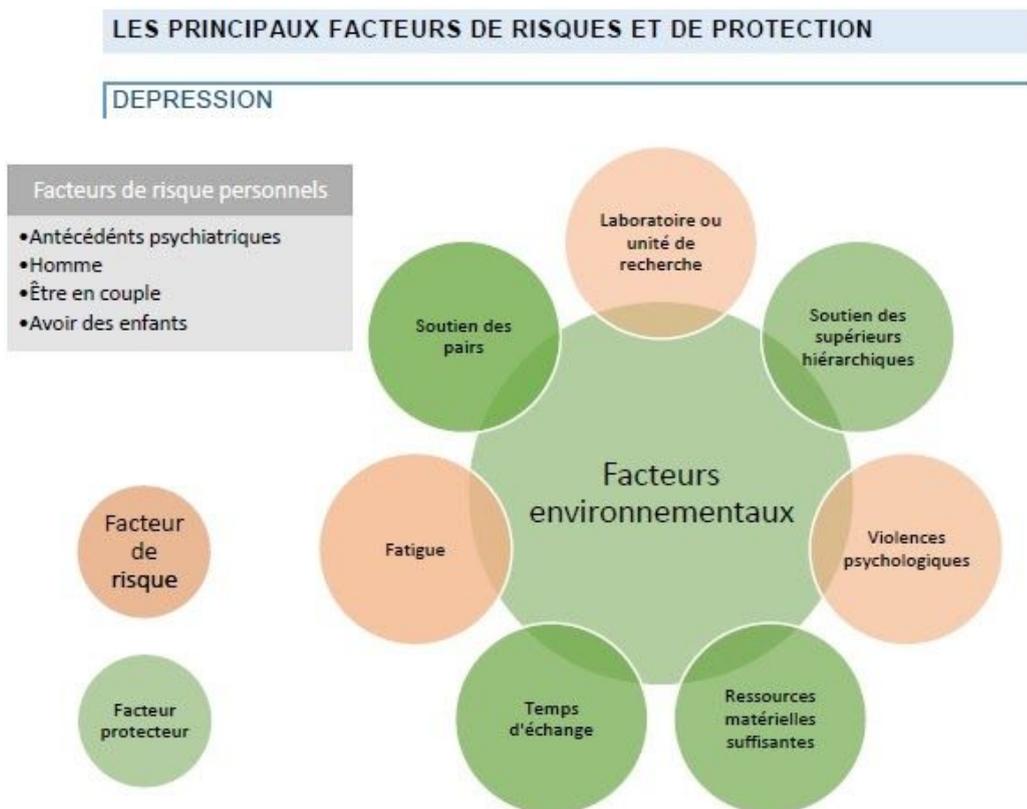


Fig2

En ce qui concerne les facteurs de risques d'anxiété, on retrouve en plus le soutien ou non des pairs et de la hiérarchie.

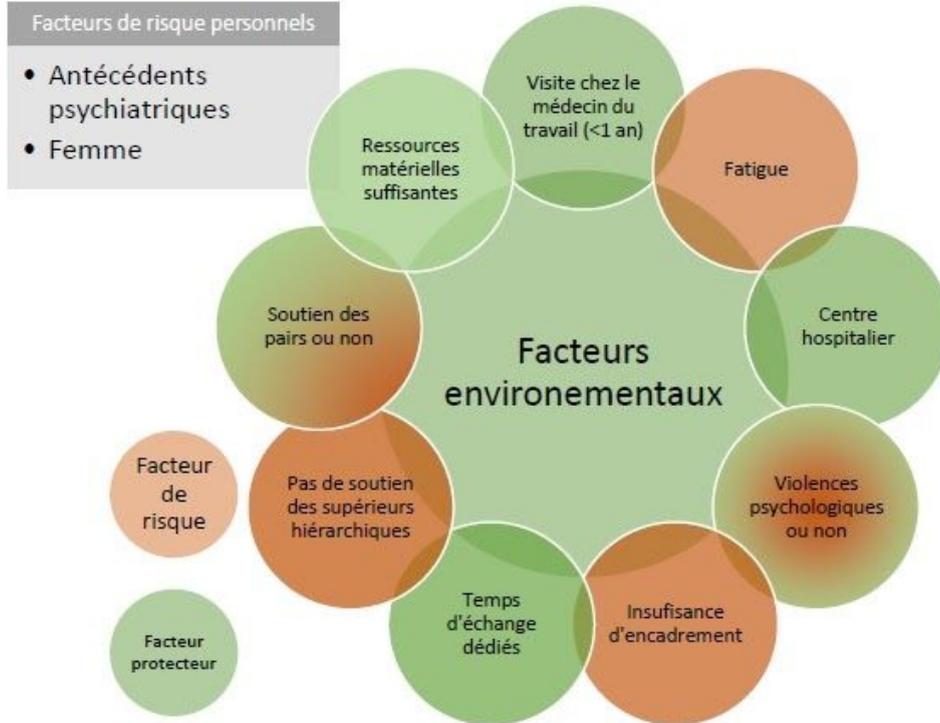


Fig3

La santé mentale des étudiant.e.s en santé serait donc médiocre voire mauvaise: en plus des exigences de leurs études, les étudiant.e.s en médecine auraient à affronter des violences psychologiques ayant des conséquences sur leur thymie et leur niveau d'anxiété.(19)

B) La prévalence des violences sexuelles durant les études de médecine en France

Il semble pertinent de pointer quelques conséquences connues de ces violences dont les étudiant.e.s sont victimes au cours de leurs études. Les violences sexuelles retentissent sur la construction de l'identité du futur médecin. Certaines études montrent que les étudiant.e.s victimes de violences sexuelles se remettent plus facilement en cause que les autres et manquent de confiance dans leurs compétences cliniques(20). Ils et elles envisagent aussi davantage d'arrêter leurs

études de médecine. En outre, comme dans la population générale, les victimes ne signalent que très peu les violences qu'elles subissent.

En 2017 également, L'ISNI présentait les résultats de son étude sur la prévalence des violences sexuelles et sexistes réalisée auprès des internes français.e.s, étude ayant pour but d'observer par la même occasion leur impact sur le choix de spécialité des internes. Globalement, on retrouvait une prévalence des violences sexuelles de 8,6%, dont 50% de gestes non désirés, 15% de contacts physiques non désirés, 14% de demandes insistantes de relation sexuelle, 12% de chantages à connotation sexuelle et 9% de simulations d'acte sexuel. (21) Ces agissements étaient le fait, dans 48% des cas de supérieur.e.s hiérarchiques, 28% de cas, de collègues sans supériorité hiérarchique, 15% des cas, de personnes de l'équipe soignante et dans 8% des cas, de patient.e.s. Seul 0,15% des victimes déclarent avoir engagé une procédure. Dans 28,8% des cas, il n'y aurait pas eu de dénonciation.

Par ailleurs, en 2018, dans les université d'Ile de France, une étude sur questionnaires a été réalisée par deux internes dans le cadre de leur travail de thèse. Sur les 2208 externes ayant participé à l'étude, 29,8% déclaraient avoir vécu au moins une situation de violence sexuelle. On notait une augmentation de la prévalence avec les années: en fin de second cycle, la prévalence monte à 45,1%, genres confondus, et 61,9% chez les femmes.

Les femmes, les externes des promotions avancées, celles et ceux passé.e.s dans un stage de chirurgie et celles et ceux impliqué.e.s dans la vie étudiante, rapportaient significativement plus souvent avoir vécu au moins une situation de violence sexuelle. (1)

C) Les violences sexuelles durant les études de médecine dans le monde

La présence de violences sexuelles dans le milieu médical est un sujet finalement assez exploré à l'international. Un grand nombre d'études étrangères se sont penchées sur le problème et trouvent des résultats très disparates, avec des méthodes d'enquête elles aussi très disparates. En voici des exemples:

Pays	Etude(s)	Prévalence du harcèlement sexuel	Autres résultats
Etats-unis	Student Perceptions of Mistreatment and Harassment During Medical School: A Survey of Ten United States Schools (1991)(22)	55%	51% témoin de harcèlement sexuel
	Prevalence of Harassment and discrimination Among 1996 Medical School Graduates : A survey of Eight US Schools (1996) (23)	10%	
	Prevalence and Correlates of Harassment Among US Women Physicians (1996) (24)	36,9%	
	Sexual Harassment in medical education: Liability and protection (2004) (25)	2%	
	"Stories from the Field: "students' Descriptions of Gender Discrimination and Sexual Harassment During Medical School (2006) (26)	36,6%	
	Sexual Harassment and Discrimination Experiences of Academic Medical Faculty (2016) (27)	30% chez les femmes 4% chez les hommes	Perception de l'influence du genre sur la carrière 48% chez les femmes, 10% chez les hommes
	Comparing and Contrasting Differing		3,4-11,7% de

	Attitudes Toward Professionalism Between Fourth year Medical Students and Surgeons in Training and Practice (2013) (28)		violences sexuelles
Canada	Efficacy of a Sexual Assault Resistance Program for University Women (2013) (29)	20-25%	3,4-9,8% dagessios sexuelles
Allemagne	Sexual harassment during clinical clerkships in Dutch medical schools (2008) (30)	13,3-27,4%	
	Frequency and perceived severity of negative experiences during medical education in Germany – Results of an online-survey of medical students (2012) (31)	34%	
Finlande	Mistreatment of university students most common during medical studies (2005) (32)	17%	
Suède	Sexual and gender-related harassment in medical education and research training: results from a Swedish survey (2003)(33)	22%	
Australie	Sexual harassment during medical training: The perceptions of medical students at a university medical school in Australia (2000)(34)	37, 9%	47,9% chez les femmes et 24,6% chez les hommes
	Paramedic and midwifery student exposure to workplace violence during clinical placements in Australia – A pilot study (2016) (35)	5,7% chez les internes	
Turquie	Think globally, act locally: understanding sexual harassment from a cross-cultural perspective (2011)(36)	67,3%	
Arabie Saoudite	Bullying among medical students in a Saudi medical school (2012)(37)	6%	
	Prevalence of harassment and discrimination among residents in three training hospitals in Saudi Arabia (2013) (38)	19,3%	
	Interns' perceived abuse during their undergraduate training at King Abdul Aziz University (2014) (39)	8,6%	
Oman	Pilot study on the prevalence of abuse and mistreatment during clinical internship: a cross-sectional study among first year residents in Oman(2013) (40)	24,1%	

Iran	Workplace Violence Against Medical Students in Shiraz, Iran (2015)(41)	26,1%	
Pakistan	Prevalence of Mistreatment or Belittlement among Medical Students – A Cross Sectional Survey at a Private Medical School in Karachi, Pakistan (2010) (42)	11,3%	
Japon	Medical Student Abuse During Clinical Clerkships in Japan (2005)(43)	28,6%	68,5% de violences
	Universal problems during residency: abuse and harassment (2009) (44)	42,5%	
Ghana	Sexual harassment in public medical schools in Ghana(2013)(45)	39% chez les hommes et 61% chez les femmes	
Nigeria	Experiences of mistreatment among medical students in a university in south west Nigeria (2012)(46)	33,8%	40,4% chez les femmes et 29,7% chez les hommes

(1) Tab1: Les violences sexuelles pendant les études de médecine dans le monde

MATERIEL ET METHODE

I/ L'objectif de l'étude

L'objectif principal est d'explorer la nature et les représentations des violences sexuelles chez les étudiants en médecine dans le contexte actuel.

Les objectifs secondaires sont d'avancer des hypothèses d'explication de ces violences et d'en identifier les conséquences et représentations sociales au sein du milieu.

II/ La méthode qualitative

Adaptation de la Grounded theory, la théorisation ancrée est une méthode d'analyse qualitative.

Approche empirique et inductive développée dans les années 60 par Glaser et Strauss, elle permet de « générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et à la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives »

L'intérêt est ainsi de :

- « Dégager le sens d'un événement »
- « Lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation »
- « Renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière » (47)

Le travail de thèse portant sur l'étude des représentations, de la nature, de la fréquence et de l'impact des violences sexuelles durant les études de médecine dans le contexte actuel, la méthode d'analyse la plus adaptée semble la génération d'hypothèses par théorie ancrée.

III/ Le recrutement des participant.e.s

La population à l'étude est constituée de personnes non cliniques (issues de la population générale), étudiants en médecine à l'université de Lille, externes ou internes.

Nous avons obtenu au préalable l'autorisation du Doyen, le Pr.GOSSET, en Août 2019, de réaliser cette étude au sein de la faculté. Le recrutement des participants a

été effectué au moyen d'un appel à candidature au sein de la faculté de médecine via des annonces papier publiées au pôle formation ainsi que sur les groupes facebook des étudiants externes et internes (Annexe 1). Les personnes volontaires se sont ensuite vu proposer un rendez-vous dans le lieu de leur choix. L'objectif était de poursuivre l'inclusion grâce à la méthode dite "boule de neige" qui consiste à proposer aux premiers répondants de proposer quelqu'un de leur entourage pour l'inclusion mais nous n'en avons pas eu l'occasion par la suite.

Le nombre de participants à l'étude n'a pas été défini au préalable. L'intérêt était d'arriver à la saturation des données collectées, soit lorsqu'« aucune nouvelle information n'est obtenue par les entretiens plus récentes et que les hypothèses se retrouvent confirmées ». Dans le cas où nous arriverions à saturation, la réalisation de deux entretiens supplémentaires permettra de vérifier ce constat.

IV/ Le déroulement des entretiens

Les entretiens individuels ont été réalisés par la personne en charge de l'étude.

Ces entretiens individuelles se sont déroulées à divers endroits, à des dates et horaires ayant été convenus avec chaque participant.e.

La collecte des données s'est effectuée au moyen d'entretiens semi-structurés en personne enregistrée au dictaphone et intégralement retranscrits pour « prendre connaissance du point de vue et des perceptions des acteurs directement impliqués dans le phénomène de l'étude »(47).

Bien que nous ayons conçu une grille d'entretien préalablement aux entretiens, celle-ci ne se voulait pas fixe. En effet, nous la souhaitons adaptable aux hypothèses qui émergent durant les divers entretiens, pour correspondre au mieux à la réalité clinique (Annexe 2).

Chaque entretien est introduit de la même manière: nous rappelons les objectifs de l'étude et l'anonymat des données recueillies.

Une fiche administrative est donnée aux participants, permettant de collecter les données biographiques simples (âge, genre, années d'études, redoublements) (Annexe 3 et 5).

Puis, suivent des questions plus ouvertes nous permettant d'explorer les thèmes suivants:

- Culture "carabine"
- Expérience de violences sexuelles, en tant que témoin ou victime
- Réception de cette/ces expérience.s par l'entourage
- Impact de.s l'expérience.s

Durant chaque entretien, on aura plusieurs niveaux de relance, de la plus neutre, à la plus orientée, pour explorer l'apparition d'éléments en fonction du niveau d'interrogation. La question de la distance sera à discuter. J'ai choisi le tutoiement avec les interrogé.e.s car le vouvoiement aurait été artificiel et source d'étrangeté. Cela dit, ma position en a été changée et je n'ai pas la neutralité vers laquelle je souhaitais tendre.

Pour chaque entretien, une grille COREQ est remplie (Annexe 4).

V/ Le Verbatim

L'intégralité de l'entretien a été retranscrite « mot pour mot ». Au même titre, les éléments de langage paraverbal ont été repris sous la forme du symbole suivant : (...).

VI/ L'analyse qualitative

L'analyse des données par comparaison a été réalisée au fur et à mesure de la production des entretiens.

Elle s'est effectuée en regroupant les informations collectées au travers des entretiens en sous-catégories. Les hypothèses élaborées par la suite ont tâché ainsi de mettre en relation ces différentes sous-catégories.

L'analyse s'est déroulée en plusieurs étapes selon le modèle de la « théorie ancrée » :

- Une première codification dite « ouverte » consiste à « analyser les premières entretiens en profondeur (ligne par ligne voire mot par mot) afin d'en dégager les catégories pertinentes pour le phénomène à l'étude » dans le but « d'énumérer toutes les catégories possibles ».
- Une deuxième codification dite « axiale » affine la catégorisation afin « d'identifier une ou deux catégories centrales » et « développer une théorie globale expliquant un maximum de variations du phénomène »
- Une troisième codification dite « sélective » permet de « déterminer les liens regroupant la ou les catégories centrales aux autres catégories. » (47)

L'analyse inspirée de la théorisation ancrée a été réalisée à l'aide du logiciel QSR Nvivo 12®. Le but n'est pas d'obtenir des résultats représentatifs mais exhaustifs.

L'analyse n'a pas vocation à avoir de signification statistique.

La condition sine qua non de la réalisation d'une étude qualitative est la déconstruction de nos apriori. Avant la réalisation de cette étude et notamment avant la réalisation du codage de ces entretiens, je me suis penchée sur mes propres biais et idées reçues, pour en avoir conscience et essayer de m'en départir au mieux,

pour garantir une certaine qualité à notre étude et à l'analyse qualitative que je propose ici.

VII/ Population

Participant.e.s	Genre	Année d'étude	Spécialité (souhaitée ou acquise)	Redoublement	Origine	Réalisé le	Recruté.e par
1	Féminin	6ème année	Labo/Santé Pub	Non	Lille 2	28/02/20	Volontaire (facebook)
2	Féminin	5ème année	Médecine générale	Oui 4ème et 5ème années	Lille 2	02/03/20	Volontaire (affiche fac)
3	Féminin	9ème année	Médecine générale	Non	Lille 2	01/09/20	Volontaire (bouche à oreille)

Tab2: Caractéristiques de la population

RESULTATS

De manière générale, les entretiens se sont déroulés sans interruption ou incidents majeurs. Les étudiantes qui se sont présentées spontanément pensaient devoir me présenter une "histoire" justifiant leur inclusion dans ma thèse. J'ai globalement eu des récits d'agressions sexuelles, de harcèlement et de violences, à l'hôpital et dans les milieux étudiants. Voilà ci-dessous ce qui ressort du codage des verbatims des entretiens

I/ La définition des violences sexuelles

La première question des entretiens était: "Peux-tu définir ce que sont les violences sexuelles?". Les réponses des trois répondantes ont été assez différentes les unes des autres:

- Pour la première interrogée, définir clairement les violences sexuelles a été un exercice difficile: "Ah! c'est dur comme question!". Globalement, la dichotomie était faite entre ce qu'elle considérait comme de la violence sexuelle et ce qu'elle voyait comme harcèlement sexuel: "est-ce que, par exemple, des remarques sexuelles, on peut considérer ça comme des violences sexuelles? heu, moi je pense pas. Moi, je pense c'est quand même quelque chose de physique, qu'on doit ressentir physiquement.". Ensuite, les violences sexuelles étaient essentiellement définies par leur capacité à laisser un impact chez la victime et aussi par la violation du consentement de l'autre: "...subis contre son gré des actes sexuels de toute nature.", "...faut vraiment qu'il y ait un impact, faut vraiment quelque chose de concret.". Et aussi, par un abus de langage révélateur, la répondante désigne les victimes comme des femmes: "si elle est pas consentante (...) Quelque chose dont elle n'avait pas forcément envie à la base" puisque le pronom féminin apparaît spontanément après quelques minutes de discussion sans questionnement de ma part.
- Pour les deux suivantes, les choses semblaient plus aisément définissables: "Pour moi, c'est toute agression sur une personne, que ce soit attouchement, que ce soit pénétration ou que ce soit aussi violence verbale, qui globalement agresse une personne, qui met en péril sa liberté." (2) "Alors j'dirais que les

violences sexuelles, c'est, heu, un acte sexuel en tout genre, Heu... Pas forcément un viol, mais ça peut être verbal, ça peut être un acte, un attouchement et tout ça contre le gré d'une personne, sans avoir eu son autorisation." (3)

II/ Les violences et leurs mécanismes

A) Des violences décrites

Une grande partie des violences a été décrite de manière très claire par les interrogées. "Ils l'ont foutue comme ça au milieu et le mec, il a sorti sa bite et il a commencé à la bifler devant tout le monde" (1), "en consultation, il a posé sa main sur ma cuisse" (2). Parfois identifiées et qualifiées: "Là c'est une histoire de vraie agression sexuelle (...) elle m'a dit que, dans la nuit, elle a senti quelque chose sur elle et elle s'est réveillée doucement et qu'il était en train de la toucher un peu partout, sans lui avoir demandé son autorisation, évidemment." (3)

Mais, parfois aussi, ces violences ont pu n'être pas sciemment identifiées: " je ne pense pas que ça soit... que ça ait été vu comme... comme une agression sexuelle par la personne qui l'a fait. Mais plus comme juste une maladresse. Il a pas trop réfléchi. Il a donné un coup dans une carotte qui avait déjà été placée au mauvais endroit par le mec qui a été agressé, on va dire. (ndlr: parlant de "l'affaire de la carotte)" (3). Ou bien un chef a été perçu "comme un dragouilleur (...) Parfois à poser une main sur l'épaule d'une interne. Je sais que j'avais une copine qui le ressentait un peu plus parce qu'elle me dit "ouais, plusieurs fois, il a posé sa main

sur mon épaule. Ce que je n'ai pas du tout apprécié.” et la répondante conclut par: “mais il n'a jamais eu de geste déplacé”(3)

B) Des violences parfois difficilement identifiables ou mémorisables

1) L'invisibilisation

La plupart des violences m'ont été décrites par les répondantes comme souvent peu évidentes, peu franches, mais plutôt ambiguës. La perte du caractère sexiste des violences dans un environnement déjà violent: “à force de te prendre des instruments plein de sang dans la gueule, bah, tu faisais gaffe” (2) progresse au fur et à mesure des années. Lorsque la deuxième interrogée parle de ces violences au bloc, je dois la relancer plusieurs fois avant qu'elle comprenne que les remarques touchaient les femmes à d'autres niveaux que les hommes: “les mecs, c'était plus sur leurs compétences; les filles, c'est aussi sur leurs compétences mais parce que c'est une fille, c'est encore pire, quoi. C'est un défaut d'être une femme et on fera jamais aussi bien qu'un homme, je pense.” (2).

Parfois, certains événements me sont décrits comme très gênants, mais ne relevant pas d'une violence, sexuelle ou non, rien que des blagues maladroitement: “On faisait le bloc (...) à un moment je reçois de la XYLOCAINE sur la face, et en fait, il avait mimé une éjac faciale, tu vois. Et vraiment, c'était trop gênant; il était là genre il avait mimé et il faisait des bruits et genre vraiment, il a pris sa seringue et il a fait psss dans ma tête tu vois. Et genre ça, par exemple, est-ce qu'on peut vraiment considérer que c'est une violence sexuelle? Bah, je sais pas. Parce que pour moi, sur le coup, bah, j'étais énervée. Je m'y attendais tellement pas que j'étais là... Moi j'étais déjà

stressée par le bloc parce que je savais pas trop, fin, voilà. Et donc y a eu ça. Moi, ça m'a juste fait rire.”(1).

2) L'oubli

L'oubli aussi entre dans le processus “Faudrait que je réfléchisse, mais là, j'avoue que comme ça, c'est un peu loin, l'externat.”; “ça arrive tellement souvent que les gens sont plus surpris, voire même, là où j'ai du mal à m'en souvenir, c'est parce que ce n'est pas des choses qui m'ont fait peur. Du coup, je vais les passer un peu à la trappe. Y a un certain seuil avant que ça me fasse peur, quoi” (3). Je remarque que mes deux interrogées externes me parlent de leur externat quand mon interrogée interne, qui est originaire de la même faculté, ne se souvient essentiellement que d'événements lors de son internat.

C) La banalisation

Lors du codage, la catégorie recrutant le plus d'entrées, en nombre, était la banalisation. Rapportée par les interrogées ou opérée par elles lors des entretiens.

1) Le folklore

La banalisation repose sur des mécanismes variés, faisant parfois appel au folklore, notamment pour discuter de l'intégration: “à l'inté, je sais pas si tu connais la journée pute, ouais, et en gros, la journée pute, à la fin de la journée, tu as l'élection de mister et miss pute” (1), “folklore de médecine” (2), “une conneries d'inté sans que ce soit vraiment un acte sexuel (...) le Limousin, où on était à moitié déshabillées” (3). Lorsqu'il s'agit de l'hôpital: “les chirurgiens étaient assez réputés pour ça. Notamment en ortho où il y avait pas mal de remarques sexistes au bloc opératoire” (3).

2) Le "choix"

Le caractère non obligatoire de ce qu'on peut considérer comme des violences est aussi parfois avancé: "Bon, en l'occurrence, c'était nous qui l'avons voulu." (3); "ceux qui voulaient se foutre à poil, ils se foutent à poil mais ça m'a pas choquée parce qu'on n'a jamais été obligé de faire quoi que ce soit" (2); "on va peut être vous pousser un peu, on va vous demander de faire des choses mais surtout il faut dire non si vous avez pas envie ou s'il y a quelque chose qui vous choque." (2).

3) La minimisation

Parfois la portée des faits est minimisée: "tu sais, dans les amphi, les remarques un peu sexistes"; "C'était maladroit" (1) notamment par le recours à des périphrases, qui évitent de nommer les choses: "la fameuse année qui a posé problème... L'année de la carotte", "qui est très insistant", "comportement était vraiment inapproprié avec les étudiantes (ndlr: me parlant d'un médecin qui, à de nombreuses reprises, a posé sa main sur ses cuisses et lui a fait des avances malgré ses refus)"(2), "Un gars qui est un peu lourd c'est banalisé", "il m'a un peu plaquée contre le mur" (3).

La banalisation peut se manifester par la volonté d'excuser les comportements problématiques: "Il a juste tenté et il avait trop bu"; "il faisait rien de mal. C'était simplement coller."; "un gars un peu bourré qui avait donné un coup au mauvais endroit, mais ils l'ont pas vu comme une agression" (3).

D) Des violences systémiques

Les violences qu'on m'a décrites ne relèvent pas uniquement de leurs auteurs ou de leurs victimes mais aussi, souvent, d'une organisation professionnelle, étudiante, voire sociale.

1) Le silence

Ces violences sont souvent réalisées à huis-clos: " j'étais même très mal à l'aise quand je prenais l'ascenseur avec lui. Je priais pour qu'il y ait quelqu'un qui rentre ou qu'on arrive vite à l'étage, parce que, plusieurs fois, il me touchait les cheveux, il me disait que j'étais belle, qu'il aurait aimé avoir une femme comme moi." (2).

Certains événements se produisent en public; cependant "tout le monde était choqué mais personne n'a rien fait", "Et tout le monde à juste levé les yeux vite fait et c'est tout" (1). Cette inaction ne m'a pas été décrite uniquement lors d'événements survenus devant un groupe, pouvant expliquer l'inaction par la dispersion de responsabilité. Parfois, la non assistance ne se fait pas par passivité mais par refus "“tu en fais une montagne avec ça alors que clairement y a rien, c'était juste heu....". Lui, il dédramatisait et pour lui c'était pas un problème en fait, qu'un chef me mette la main sur la cuisse." (2).

Les recours administratifs m'ont aussi été décrits comme non efficaces sur ce genre de problème: "Par contre, le problème c'est que, quand j'avais évalué sur Gélule, j'avais dit attention aux filles, voilà, pour prévenir un peu, mais j'avais pas cité de nom, mais en fait mon commentaire a été enlevé par les modérateurs et j'avais trouvé ça dommage", "ça a été jusqu'à la directrice de l'hôpital. Il y avait bcp de

monde ce jour-là où j'ai expliqué le problème. Et lui, il a été rappelé à l'ordre mais ça n'a jamais été plus loin. Et ça n'a pas changé son comportement" (2).

2) La perte du compagnonnage

En outre, une d'entre elles m'a décrit une situation probablement propre aux relations de compagnonnage qu'on peut trouver dans les milieux étudiants comme ceux de la médecine, c'est la perte du lien pédagogique entre "sachant", j'entends par là chef ou interne, et "apprenant". Après avoir repoussé un chef, la répondante dit avoir perçu un changement d'attitude: "Je sens parfois quand je repousse certains chefs, parfois je suis exclue aussi. Ils sont moins pédagogues avec moi. S'ils ont quelque chose à me montrer, ils vont pas aller me chercher" (ndlr: après avoir mis des distance avec un chef décrit comme "amateur de chatouilles") (2).

3) Les relations inégales

Beaucoup de violences interviennent dans des relations de "soumissions", d'un sachant envers un.e apprenant.e: "un chef d'une soixantaine d'années, qui était heu, bcp trop insistant sur plein de choses" (2) ou dans des moments où ce qu'on pourrait appeler la "peer pressure" prend le dessus: "ils l'ont foutu comme ça au milieu et le mec il a sorti sa bite et il a commencé à la bifler devant tout le monde" (1).

4) La récurrence

La dernière répondante, interne, me décrivait, elle, la récurrence de ces situations, les rendant quasi-banales aux yeux de ceux.celles qui en souffrent "j'ai l'impression que chaque personne a déjà vécu ce genre de choses avec des patients, avec des mecs, du coup, parfois c'est un peu banalisé." (3)

E) Des défenses néfastes

Durant ces entretiens, les étudiantes, probablement par mécanisme défensif, rationalisaient fréquemment les situations: Un agresseur n'est "qu'un connard" (2), une injure sexiste "une blague" (1); une plainte pour viol a été déposée uniquement parce que la victime a été blessée: "Lui a porté plainte parce que ça l'a abîmé" (3). En banalisant les situations dans ce que je vois comme un déni protecteur, les trois interrogées font le lit de la banalisation et de l'invisibilisation des situations problématique dont elles me font pourtant part dans le cadre de ma thèse sur les violences sexuelles.

De même, elles se montrent beaucoup plus exigeantes envers elles-mêmes où les autres victimes qu'envers les auteurs de violences, déresponsabilisant de fait ces derniers. Si la deuxième était victime, c'est parce qu'elle "étai(t) très timide et réservée donc je pense que c'était plus facile aussi de m'attaquer" (2); si la troisième pleure de peur, c'est parce qu'elle est "bébête" (3); si la première est agressée lors d'une soirée, c'est: " Et, j'ai pas dit, tu vois, pas dit non." (1). De même, après une agression non dénoncée, la responsabilité de possibles agressions futures se trouve reposer d'une certaine façon autant sur la victime que l'agresseur: "c'est vrai que le fait de ne pas l'avoir dit, ne pas avoir porté plainte ou quoi, il aurait pu recommencer avec d'autres personnes" (3).

F) L'alcool

L'alcool est très souvent présent dans les violences sexuelles que m'ont décrites les étudiantes. Il est peu présent lors des violences perpétrées à l'hôpital, bien que le cas puisse toutefois se présenter: "un patient qui devait être un petit peu alcoolisé,

fin, en tout cas, c'était ce que j'avais l'impression et qui rentre dans le cabinet et qui, là, une des premières choses qu'il dit, c'est "Ah bah on fait comment avec le masque pour se voir?", alors je le regarde, je lui dis: "Je ne comprends pas ce que vous dites", il dit "Bah oui, pour draguer, tout ça... On fait comment si on a chacun un masque? Vous avez l'air jolie en plus sous votre masque." (3).

L'alcool est en revanche présent de manière quasi systématique quand les choses tournent mal durant les soirées étudiantes: "Pendant la journée pute (...) il y avait une nana qui était pas de notre groupe qui était complètement mais vraiment bourrée genre pas consciente de ce qu'elle faisait et en fait ils l'ont foutue comme ça au milieu et le mec il a sorti sa bite et il a commencé à la bifler devant tout le monde, c'était indécent. Et elle, pour le coup, c'était choquant parce que tu voyais juste qu'elle était là et qu'elle savait pas ce qui lui arrivait"; " il y avait une vidéo qui a tourné du coup une fille de la Catho qui, en fait, pareil, complètement bourrée et en fait il y a un gars enfin en fait il était clairement en train de baiser au milieu du truc et ils ont filmé et elle, tu voyais bah qu'elle était là et ouais non clairement ça se voyait qu'elle était bourrée" (1); "je ne pense pas qu'il m'aurait agressée ou quoi que ce soit. Il a juste tenté et il avait trop bu.(ndlr: après l'avoir plaquée contre un mur pour l'embrasser de force)"; "Ils avaient bu un peu tous les deux, forcément. Il a dit qu'il n'y avait pas de soucis. Surtout... C'était une personne qu'on connaissait bien quand même. Et ils ont dormi dans le même lit parce que bah, elle avait un tout petit appart et qu'elle n'allait pas le faire dormir sur le tapis. Elle avait pas de canapé. En fait, elle m'a dit que, dans la nuit, elle a senti quelque chose sur elle et elle s'est réveillée doucement et qu'il était en train de la toucher un peu partout, sans lui avoir demandé

son autorisation, évidemment.”; “un gars un peu bourré qui avait donné un coup au mauvais endroit(ndlr: histoire de la carotte)” (3).

III/ Les défenses mises en place

A) Les défenses face aux violences

1) A l'hôpital

Les défenses décrites par les étudiantes suivaient de façon assez intéressante le schéma “fight or flight”. Face à la hiérarchie notamment, la confrontation ne semble pas la méthode utilisée pour se sortir des situations de “gêne”. Les réponses vont de la non-réaction: “Moi, moi j'ai fait abstraction.” (3), à la fuite: “elle trouvait un moyen pour se lever et dire: Je vais chercher un café. Oh, j'en sais rien. Je vais voir un patient, et c'est tout.” (ndlr: décrivant sa co-interne face aux “main sur l'épaule” d'un de leur chef) (3) en passant par le rejet tacite: “Je me reculais (...) je me mettais à l'écart.” (2). Techniques visiblement utilisées par d'autres corps de métiers: “plusieurs infirmières avaient changé de service” (2). Seule la deuxième interrogée m'a dit avoir tenu tête à des supérieurs: “quand il a posé sa main sur ma cuisse, ça a été vraiment réflexe, j'ai poussé sa main, j'ai même pas calculé” (2).

La notion de hiérarchie semble moduler la réponse de la victime à l'auteur des violences. En effet, la troisième interrogée, me rapportant des situations de harcèlement sexuel par des patients, me décrivait une réponse beaucoup plus franche bien que restant très professionnelle à chaque occasion: “Ecoutez, par contre, c'est docteur. Et puis, on va en rester là.” (ndlr: aux SAU pédiatrique face à un papa lui faisant des avances), “qu'on n'était pas là pour ça et que s'il avait juste

besoin de me dire ça, il pouvait sortir; qu'on était là pour.. pour soigner” (ndlr:en cabinet, face à un patient alcoolisé lui faisant des avances) (3). En position de “pouvoir”, les victimes semblent beaucoup plus promptes à la défense qu’à la fuite.

2) Entre étudiants

De même, dans les événements entre étudiants, seule face à un agresseur, la non-confrontation est préférée comme face à un supérieur hiérarchique: “je me décalais, j'allais m'asseoir ailleurs ou je me trouvais une excuse pour bouger.” (3); “Mais j’ai tiré en arrière et il me tenait par le poignet (...) mais j’ai pas dit non franchement” (1). Le phénomène s’inverse souvent dès qu’un allié apparaît: “Mais moi, je n'avais pas peur parce qu'on était deux avec ma copine (...) mais j’ai quand même dû lui ré-expliquer que j’étais en couple et qu'il n'avait pas à faire ça (ndlr: la plaquer contre un mur et essayer de l’embrasser de force), ni à me suivre et que là, j'allais me coucher.” (3).

B) Le recours à un tiers

A plusieurs occasions, le recours à un tiers est apparu soit comme tentative de solution pour faire cesser les violences, soit comme recherche de soutien.

1) Le recours aux supérieur.e.s

Le recours aux supérieur.e.s, ou le fait de savoir qu’ils sont accessibles, est décrit comme un facteur rassurant par les étudiantes: “Mon chef, il prenait toujours les choses à la rigolade, mais je sais que s’il y avait eu un problème, il aurait mis les choses au clair et ça se serait arrêté là.” (3); “d’en parler à la cadre, qui, elle, était vraiment révoltée, elle savait pas ce qu’il se passait, et ça a été jusqu’à la directrice de l’hôpital” (2). Les récits des interrogées sur ce point étaient plutôt positifs

concernant des supérieur.e.s qui, s'ils ne faisaient pas cesser les violences, se montraient au moins compréhensifs et soutenant.

2) Le recours aux pair.e.s

Le recours au pair.e.s, aussi, lors des soirées étudiantes ou pour obtenir du soutien, était souvent mis en avant: "une personne embêtée, je pense que quelqu'un aurait quand même intervenu (...) Parfois, ça peut être une autre fille, un autre mec c'est... jamais vu." (3); "envoyer des messages à ma copine pour lui raconter" (1); "côtroyais plus de filles externes qui avaient eu des problèmes mais c'était pas autant quoi" (2). Seule la deuxième interrogée a dit avoir cherché de l'aide chez un co-externe et avoir essuyé un refus: "J'en ai parlé à l'autre externe, qui était là, mais il disait "mais non, t'inventes, c'est pas possible. Pourquoi un chef serait comme ça avec toi? Il sait qu'il aurait des problèmes"...fin voilà." (2).

Une certaine tendance se dégage dans les entretiens au sujet des rapports avec les pair.e.s: les femmes comptent sur les femmes. La troisième interrogée spécifiait que, durant son stage en psychiatrie, ses "collègues de psy, c'était des mecs bien et je pense que je me sentais aussi en sécurité d'aller en soirée avec eux parce que je savais que si jamais il y avait la moindre chose, il n'y aurait pas eu de soucis." (3). Mais, de manière générale, elles me décrivaient un recours aux paires du même genre car "elle était d'accord avec moi et elle... elle a pris ma défense." (3); "Et puis j'en avais parlé après à d'autres externes filles, du coup. Parce que je me suis dit, les mecs, bon, je ne sais pas... Et puis aussi parce que je côtroyais plus de filles externes qui avaient eu des problèmes"(2).

3) Le recours à la Justice

Enfin, deux des trois étudiantes ont évoqué la possibilité d'un recours à la justice: "La cadre, elle m'avait même demandé si je voulais porter plainte; elle était prête à m'accompagner" (2); "Et quand j'ai vu le gars, enfin, le policier, il m'a dit que je mettrais des heures à être entendue et que ça ne sert strictement à rien parce qu'une main courante, ça changerait rien à la prise en charge (ndlr: après avoir été suivie et harcelée par un homme sur le parking de la faculté)" (3). Mais finalement, aucune des deux n'a utilisé ce recours, convaincue que cela ne changerait rien.

C) Les modifications de la personnalité ou du comportement

La deuxième interrogée, qui en était à la fin de sa quatrième année d'externat, me décrivait avec une certaine fierté comme elle avait changé durant son externat: "plus je grandis, j'ai envie de dire, plus je m'affirme même en stage; que ce soit pour discuter des patients ou pour autre chose; avant, j'étais très timide et réservée donc je pense que c'était plus facile aussi de m'attaquer. Là, j'ai un peu plus de répondant"; "Je sais qu'on peut avoir une place au sein de l'hôpital et qu'on n'est pas juste l'esclave de tout le monde" (2). En somme, d'après les récits, à l'hôpital, les faibles sont victimes et les forts s'en sortent, évitent les attaques ou y coupent court. Il ressort de ces propos qu'un "durcissement" de la personnalité de l'étudiante au fur et mesure de ses études serait protecteur par rapport aux violences qu'elle pourrait subir.

Sur un autre versant, la dernière interrogée me disait être "sur ses gardes" de manière très banalisée, lorsqu'un co -interne se montrait trop insistant: "Je préférais

faire attention à quand je partais pour pas être embêté si jamais je me retrouvais avec lui dans un coin”. Situation d’hypervigilance qu’elle me décrivait déjà quand elle me parlait de l’intégration: “il fallait toujours faire attention à.... Aux mecs”. Comme le durcissement de la personnalité, l’hypervigilance semble une stratégie d’évitement des violences.

Aucune, cela dit, n’a changé de souhait de spécialité ou n’a réfléchi son choix de stage en fonction des violences sexuelles.

IV/ Les sentiments

Quatre sentiments ressortent de ces entretiens: la gêne généralement assimilable à la honte, la peur, la colère et la fierté.

A) La gêne

Le premier est le plus représenté et décrit par les étudiantes. Il apparaît souvent dans les situations de ce qu’on peut décrire comme du harcèlement sexuel: “fin vraiment, c’était trop gênant” (1) (ndlr: après une “faciale” de Xylocaïne au bloc); “sur le coup, j’étais très mal à l’aise” (2) (ndlr: en résumant une situation de harcèlement sexuel); “Qu’il faisait que penser à elle, qu’il n’arrivait plus à dormir, qu’il se masturbait en pensant à elle, enfin toutes des choses hyper gênantes” (3).

Il ressort aussi parfois des entretiens que ce dont elles me parlent doit être source de honte, notamment à cause de leur “faiblesse”: “je suis rentrée, je me suis mise à pleurer chez moi comme une bête” (3).

B) La peur

La peur aussi est présente sur des plans différents. La première occurrence est la peur de l'agression: "elles avaient peur de rester quand elles étaient de garde et que lui aussi était de garde"; "j'avais une petite boule au ventre le matin avant d'aller en stage" (2); "Ca reste un patient qui peut entrer dans le cabinet. Elle est parfois pas rassurée par rapport à ça, surtout quand il n'y a pas d'autres médecins, pas d'autres patients, qu'elle se retrouve toute seule." (ndlr: après avoir subi le harcèlement d'un patient en cabinet libéral); "le genre de personne où je regardais toujours où il était avant d'aller aux toilettes, par exemple (...) pas risquer de me retrouver seule avec lui".(3).

Existe aussi la peur de ne pas être crue: "je me dis que j'ai peur qu'on me sorte qu'en fait, je me fais des films"; "j'ai pas du tout été comprise et personne n'a trouvé ça bizarre qu'il me plaque contre un mur et qu'il essaye de m'embrasser sans me demander la permission.... Que des gens en médecine"(3).

C) La colère

Paradoxalement, la colère des étudiantes est rarement provoquée par ce qui leur arrive personnellement. Les répondantes me rapportaient la colère de leurs ami.e.s, notamment celles.ceux qui n'étaient pas en médecine: "J'en avais parlé avec mon copain, qui lui était vraiment hors de lui. Il était prêt à débarquer dans le service" (2), ou la colère qu'elles ressentaient elles-mêmes face à ce qu'elles estimaient être injuste: "Moi ce qui m'a le plus gênée, c'est qu'il soit méchant avec tout le monde mais surtout avec les infirmières" (2); "Mais par contre ça m'énerve en fait qu'on puisse être vu comme ça et pas comme simplement un docteur" (3).

D) La fierté

Finalement, sans jamais se dire ni s'estimer fières d'elles, c'était régulièrement une certaine forme de fierté qui transparaissait durant les entretiens, lorsqu'elle me faisait part de leurs actions: "c'est moi un peu qui ai commencé à parler (ndlr: dans le sens alerter)" (2); "j'étais avec ma copine, j'avais pas peur" (3).

V/ Justifications vis à vis de l'investigateur

A) J'ai ma place

Les deux interrogées les plus jeunes en terme de cursus ont eu ce besoin, semble-t-il irrépressible, de justifier leur place, leur participation à mes entretiens: "l'histoire qui m'a fait penser que heu, je pouvais rentrer dans ton étude" (1); " je pensais pouvoir être incluse dans l'étude" (2). Le besoin de se justifier, de prouver sa place, aux plus anciens, aux plus vieux, aux internes en tant qu'externe, semble intériorisé par les étudiants, même dans ce cadre. Ce genre de relation où une hiérarchie s'installe d'elle-même, quasi naturellement, est fréquemment le terreau des violences, notamment sexuelles.

B) Ce n'est pas ma faute

Dans un autre registre, les étudiantes, de manière générale, semblaient éprouver le besoin de me prouver leur "innocence", de me prouver d'une certaine manière que ce qui avait pu leur arriver n'était pas leur faute: "J'ai pas réellement dit que ça me gênait mais... ça se voyait"; " j'étais pas la plus dévergondée" (2); "on se voyait souvent et on était assez, assez proche (...) un soir, on sortait tous ensemble sur

Lille et en fait on dansait à deux le rock, parce que j'aime bien danser le rock, et que lui aussi, et à un moment donné, on s'est retrouvés à deux parce que les autres étaient partis" (3); " j'ai un peu bu, mais vraiment pas beaucoup"; " je chopais un peu n'importe qui tu vois. Mais c'était l'ambiance, enfin, tout le monde faisait ça tu vois. C'était pas bizarre." (1). Un jugement teinté de "culture du viol" semblait les inquiéter, même venant de moi qui, ne serait ce que par mon sujet de thèse, n'aurais pas dû représenter une "menace".

VI/ Tirer les ficelles

Au fur et à mesure des entretiens, j'ai pu constater que les interrogées suivaient toutes le même cheminement: "en fait, plus je parle et plus je pense à des choses"; "ça arrive vraiment beaucoup plus que ce que je pensais"(1); "en y réfléchissant, oui, c'est quand même un acte sexuel, une agression quoi."; "Ah si! J'allais oublier" (3). Comme si, en nommant les choses, en soulevant le couvercle, les violences prenaient une réalité, une consistance et en dévoilaient d'autres, non identifiées jusqu'alors. Ce qui, si l'on veut voir le verre à moitié plein, est plutôt porteur d'espoir. Si nommer et mettre en lumière ces violences si souvent, comme nous l'avons vu, non identifiées, minimisées, permet une prise de conscience à ces trois étudiantes, alors, une généralisation de cet effet est imaginable. Le passage de l'état de pré-contemplation à l'état de contemplation étant souvent le premier pas vers l'action, il est possible qu'une prise de conscience générale mène à un mieux dans les rapports entre genres dans notre milieu.

DISCUSSION

I/ Les limites de mon travail

Mon travail présente toutefois des limites:

- d'une part, l'analyse qualitative a été une découverte pour moi. Bien que je me sois formée grâce, notamment, au livre de Philippe Lejeune *Manuel d'Analyse Qualitative: analyser, sans compter ni classer*(47), et aux conseils de la F2RSM, notamment pour la méthodologie générale de l'étude, il y a fort à parier que mon manque d'expérience a été un frein au déroulement de l'étude et à sa puissance.
- de même, j'ai, durant ma phase d'inclusion, été confrontée à la pandémie de Corona virus et, de ce fait, au confinement qui en a suivi. Cela a eu pour effet de ralentir franchement les inclusions, au point de les stopper net pour un moment. J'ai fait le choix, durant le confinement, d'arrêter les entretiens, devant l'impossibilité de les réaliser en présentiel. Violer le confinement étant tout à fait impensable, l'impossibilité de voir mes interrogé.e.s a rendu la poursuite du travail très délicate. La question d'une réalisation des entretiens par skype a été étudiée mais abandonnée rapidement devant les problèmes qu'elle posait. Éthiquement, compte tenu de mon sujet, il nous a semblé difficilement acceptable de prendre le risque de mettre mes témoinnant.e.s en difficulté, chez eux.elles, isolé.e.s, en ne pouvant être présente pour les aider si le besoin se faisait sentir (je parle ici du risque potentiel de dissociation ou de reviviscence traumatique en lien avec mes entretiens). Sur un autre

versant, la réalisation d'entretiens via des canaux numériques non sécurisés était aussi non légale et aurait rendu ma thèse caduque. Lors du déconfinement, malgré mes relances, je n'ai eu que des réponses négatives. Les étudiants répondants arguaient de l'approche des examens et n'étaient pas disponibles.

Dans ces conditions, je n'ai malheureusement pas réussi à atteindre le seuil de saturation que nous visions au début de mon étude. J'ai malgré tout traité les données de la même façon qu'il était prévu de le faire. A l'avenir, il me semble possible, voire judicieux, de poursuivre les entretiens pour atteindre la saturation visée.

- lors de ces entretiens, deux des trois interrogées étaient de ma promotion de deuxième année de médecine. Il leur a été simple de le deviner en comptant mon avancée dans mon cursus. De même, mes interrogées m'ont confié avoir fait sur moi des recherches pré-entretien, par l'intermédiaire des réseaux sociaux. Compréhensible, compte tenu des lieux d'entretiens proposés. Mais limitant encore davantage la distance que j'aurais souhaité mettre en place.
- enfin, il serait intéressant d'avoir des points de vue masculins pour cette étude, ce dont je manque cruellement à l'heure actuelle.

Les éléments mis en évidence pour le moment permettent malgré tout de mettre en valeur les problématiques actuelles de notre système, entre mythe du viol et loi du silence intégrée et subie. Poursuivre cette étude, réussir à atteindre ce seuil de saturation, me semblent une nécessité pour permettre la mise en place d'actions pertinentes pour améliorer les choses.

II/ Les principaux résultats

A) Le poids du mythe du viol

1) L'image type de la victime

L'ensemble des processus identifiés fait écho aux mythes du viol (48): qu'elles soient décrites explicitement par les interrogées ou bien qu'elles restent implicites et doivent être déduites de ce qu'elles disent, les violences, souvent, ne sont pas perçues comme telle. Pour les victimes, souvent ces violences n'en sont pas: ce sont "des blagues", des maladresses, des lourdeurs. Elles s'aveuglent sur la réalité des faits puisqu'elles ne se reconnaissent pas dans l'image traditionnelle de la victime de violences sexuelles véhiculée par le mythe du viol: elles ne sont pas nécessairement seules, le soir, dans la rue, rentrant de boîte, court vêtues, poursuivies par un inconnu patibulaire armé d'un couteau.

2) Exemples

Elles ne peuvent donc pas reconnaître ce qu'elles vivent comme des violences sexuelles: on peut se référer à la "blague" de la faciale de xylocaïne, au bloc, évoquée par la première répondante (p. 30). On peut aussi penser aux mains sur l'épaule mettant mal à l'aise la co-interne de la troisième interrogée sans pour autant qu'elle identifie clairement ce contact comme problématique (p. 29-30). On peut revenir aussi sur l'histoire de la carotte, racontée par la troisième interrogée qui y voit un malencontreux concours de circonstances (p. 29). Dans tous ces cas, rien à voir avec l'image traditionnelle de la victime et de son agresseur. La première est

au travail, l'agresseur, un jeune chirurgien, ils sont en public, il ne fait pas nuit; la deuxième est aussi en public, en blouse, et l'agresseur n'est encore une fois pas un marginal effrayant; la dernière victime étant un homme, d'après la répondante, l'agresseur ne peut avoir eu de motivation sexuelle.

Ces violences sont assez représentatives de ce que retrouvait l'étude de l'ISNI en 2017 où on retrouvait une prévalence des violences sexuelles de 8,6%, dont 50% de gestes non désirés, 15% de contacts physiques non désirés, 14% de demandes insistantes de relation sexuelle, 12% de chantages à connotation sexuelle et 9% de simulations d'acte sexuel.(21)

3) Observations concordantes avec celle de Susan W. Hinze dans le magazine HEALTH (49) :

Mon étude se rapproche très fortement de cette étude. Cet article expose les résultats d'une étude qualitative, ancillaire d'une étude plus large étudiant les critères de choix de spécialité des étudiants. Des entretiens semi-dirigés auprès de 12 médecins (5 hommes et 7 femmes) de différentes spécialités avaient ensuite été codés selon la méthode de la théorie ancrée à la base, à la recherche des critères de choix de spécialité. Cependant, durant ce codage, les thèmes du harcèlement sexuel et de la "sensibilité féminine" ont émergé spontanément. L'autrice décrit des phénomènes proches de ceux que nous avons observés: la banalisation des violences sexuelles avec la résistance interne à les nommer et les qualifier de problématiques. Mais aussi la disqualification de toute personne le faisant, jugée "trop sensible".

B) Le poids du silence

Même pour celles qui ont mis un mot sur ce qui leur arrive, le poids du silence est terriblement lourd:

1) Le silence des victimes

Ce silence, c'est d'abord celui des victimes qui ne parlent pas.

Selon l'étude publiée par l'ISNI en 2017, seuls 0,15% des victimes dans le milieu médical déclarent avoir engagé une procédure et dans 28,8% des cas (21), il n'y aurait pas eu de dénonciation, même informelle. Dans la population générale, le rapport CVS de 2019 nous apprend que 12% des victimes de violences sexuelles portent plainte(50).

L'organisation hospitalière ou celle des études de médecine en général, ce compagnonnage, parfois si humain, parfois terrible, fait peser sur les victimes de violences un poids qui les pousse à invisibiliser leur ressenti, au sens où elles vont s'efforcer de le rendre invisible aux autres. Au lieu d'en parler, elles vont guetter pour pouvoir s'éloigner, fuir, "éviter" comme la troisième répondante qui me déclare de façon tout à fait anodine faire "attention quand [elle va] au toilettes, pour pas risquer d'être seule avec lui quoi". Si elles ont pu cacher une fois ce qui leur est arrivé et qu'elles perçoivent comme un dysfonctionnement, elles pensent qu'il est de leur responsabilité que cela ne se reproduise pas. A cette condition seulement, elles pourront continuer à le taire. Il va s'agir alors pour elles de s'endurcir, de se méfier, pour éviter d'avoir à affronter et dénoncer ces violences (49).

2) Le silence de l'entourage

Ce silence, c'est aussi celui de ceux à qui elles en parlent, lorsqu'elles parlent. Lorsque le silence est brisé, les sanctions ne semblent jamais à la hauteur. D'après les entretiens, les violences restent impunies, qu'elles soient perçues comme telles ou non, qu'elles soient dénoncées ou non: cette absence de sanctions entraîne un sentiment d'impuissance qui n'encourage pas à la dénonciation des faits. De manière générale, la prise de parole accusatrice semble ne pouvoir aboutir qu'à l'isolement de la victime, d'avec ses pairs ou ses supérieurs au lieu de permettre la condamnation de l'agresseur et la protection de la victime. Dans la population générale, sur les 8% de viols qui font l'objet d'une plainte, 74% sont classés sans suite, 10% seulement seront jugés en cour d'assises, soit 1% de l'ensemble des viols.(14)

C) Réagir ou pas?

1) Ne pas réagir, pourquoi?

a) Par absence d'identification du caractère problématique de la situation

Pour réagir à des violences sexuelles, il faut savoir qu'on en a été victime. Or, conformément à la culture du viol, la violence sexuelle se reconnaît, pour les répondantes, à "quelque chose de physique", qui laisse un "impact (...), quelque chose de concret". En gros, s'il n'y a pas de marques ou de blessures visibles, ce qui s'est passé ne peut pas être reconnu vraiment comme un viol. C'est une idée que l'on retrouve dans le mythe du viol, décrite notamment par M. Salmona dans *Le Livre noir des violences sexuelles* (48), idée encore fortement présente dans la

société actuelle: 43% des Français.e.s pensent que si une victime se défend vraiment, elle fait fuir le violeur (14): si elle n'est pas physiquement blessée, c'est qu'elle ne s'est pas vraiment défendue, donc ce n'est pas vraiment un viol. On peut rappeler aussi l'enquête Ipsos qui signale en 2016 que 20% des Français.e.s considèrent que les femmes aiment être forcées et ne savent pas ce qu'elles veulent.(14). Cette croyance persiste en 2019 puisque 15% des Français.e.s considèrent qu'il n'y a pas viol quand une personne cède à la force.(14)

La première répondante ne reconnaît rien de ce qu'elle a vécu personnellement (mais qu'elle me raconte tout de même) comme des violences sexuelles. La dernière répondante dit craindre de se tromper dans l'appréciation des faits. Seule la deuxième répondante nomme clairement les faits.

Dans sa thèse, Line Zou Al Guyna (1) présentait sous forme de dessins quatre situations à évaluer par les externes (dragage, harcèlement au staff, agression au bloc, harcèlement au poste de soins). Une attention était portée sur leur "juste appréciation" des situations. Seul.e.s 21,1% des participant.e.s avait complété le questionnaire sans erreur avec une tendance principale à la sous-estimation du caractère illégal des actes représentés. (1) On peut rappeler aussi le Guide du collectif Clashes(13) qui met en évidence l'image idéalisée dont bénéficient les études supérieures et qui peut rendre moins crédibles les violences sexuelles subies, voire les occulter.

b) Par sentiment de culpabilité

Comme on l'a vu plus haut, les victimes tendent à déresponsabiliser leur agresseur, notamment lorsqu'il a consommé de l'alcool: ce dernier rendrait, dans les récit des répondantes, les agresseurs moins coupables. Dans cette perspective, toute colère

contre eux devient impossible. En revanche, l'alcool que les victimes ont consommé les rendrait plus responsables et donc plus coupables: c'est ainsi que la colère qu'elles ne peuvent diriger contre leur agresseur, elles l'éprouvent contre elles-mêmes sous forme de honte, ce qui les empêche de réagir.

Par exemple, lorsque ma première répondante me rapporte son agression sexuelle durant une soirée, elle se sent obligée de m'expliquer que oui, elle avait embrassé le garçon avant mais que tout le monde le faisait parce que tout le monde avait bu et que c'était "normal". En 2019, pour 42% des Français.e.s, cela atténue la responsabilité du violeur si la victime a eu une attitude provocante en public. (14)

Dans ces récits, l'alcool semble rendre les victimes, en majorité des femmes, impuissantes et non maîtresses de leur destin, et les hommes agresseurs. Dans les récit des répondantes, l'alcool semble mettre sur un pied d'égalité l'agresseur et l'agressé.e. Mais, si la loi considère l'alcoolisation de la victime ou de l'agresseur comme circonstance aggravante dans les agressions (sexuelles ou non), c'est qu'il n'y a pas symétrie entre la victime et l'agresseur. La victime ne participant pas à son agression et l'agresseur en étant le seul responsable.

Malgré tout, l'alcool est dans l'imaginaire collectif une prise de risque importante pour les femmes(48) et il est de sa responsabilité de rester "maîtresse d'elle-même" et non de celle de l'agresseur de ne pas agresser (48).

Autre influence de la culture du viol sur cette identification difficile, la croyance selon laquelle une femme qui ne veut vraiment pas être violée n'est pas violée. L'agression sexuelle dépendrait donc, dans cette optique, de l'agressée et non pas de l'agresseur. Pour 30% des français.e.s, si la victime respecte certaines règles de précaution, elle ne risque pas d'être violée. (14) Pour la première et la troisième répondantes, on peut penser que, quand elles s'efforcent de me convaincre qu'elles

ont pourtant pris les précautions nécessaires, c'est elles qu'elle cherchent d'abord à convaincre parce que, si ce n'est pas le cas, alors, elles sont responsables et coupables.

c) Par peur de conséquences dommageables

Les victimes d'agressions peuvent se taire aussi par crainte d'une agression plus grave ou de répercussions sur la carrière ou sur le déroulement du stage en lui-même. Ces conséquences peuvent être la perte du lien pédagogique, comme celle qu'a constatée la seconde interrogée lors de son stage dans un service d'urgence. Il peut s'agir aussi d'une mise à l'écart du groupe comme pour la troisième qui, après avoir dénoncé un agresseur à leur groupe d'amis communs, n'a pas été crue avant d'être exclue. Elles peuvent redouter aussi des brimades lors des stages; on peut en voir des exemples dans le livre de Valérie Auslender, *Omerta à L'Hôpital* .(51) Ces violences sur le lieu de stage étant le fait, dans 48% des cas de supérieur·e·s hiérarchiques, dans 28% de cas, de collègues sans supériorité hiérarchique (21), les victimes ont à craindre des répercussions importantes dans le service-même où elles travaillent.

D'une manière plus générale, les victimes peuvent redouter les suites d'un éventuel scandale provoqué par leurs révélations. Elles savent que, si elles parlent, elles pourront être jugées par l'entourage. Leur parole pourra être mise en doute en l'absence de témoin. Parce que les femmes se sentent davantage tenues de se justifier, surtout face à un homme. D'ailleurs, on remarque que, lorsqu'une étudiante est agressée par un pair masculin, elle réagit comme si l'agresseur était un supérieur hiérarchique, par la fuite ou l'évitement plutôt que par la confrontation. Elle

cherche à être discrète et à passer inaperçue: il faut donc que l'agression dont elle a été victime reste invisible, pour les autres, mais si possible aussi pour elles.

d) Par découragement anticipé:

Les obstacles à franchir et la faiblesse des résultats escomptés poussent au renoncement. La première raconte avoir manifesté publiquement sa réticence à suivre son agresseur sans recevoir l'aide escomptée de la part de l'entourage. Quand une amie vient ensuite taper à la fenêtre de la voiture dans laquelle se déroule l'agression pour vérifier qu'il n'y a pas de problème, elle n'est pas en état de réagir et l'agression va à son terme. Elle découvre donc son isolement et son impuissance: puisque personne n'a réagi, c'est peut-être que rien de grave ne s'est produit. C'est d'ailleurs le discours qu'elle tiendra ensuite. La deuxième répondante m'explique, elle, avoir essuyé un refus de la part de son co-externe lorsqu'elle lui demande de l'aider à ne pas rester seule avec le médecin qui la harcèle. Et quand elle est entendue sur cette affaire par la directrice de l'hôpital et son chef de service, la seule sanction est un "rappel à l'ordre", qui n'aura aucun effet sur le comportement du médecin. Globalement, les répondantes qui ont parlé, ont évoqué la difficulté et la vanité de leurs efforts. Même quand les faits se sont déroulés en public, "tout le monde était choqué mais personne n'a rien fait", "tout le monde à juste levé les yeux vite fait et c'est tout". Puisque personne ne réagit jamais, pourquoi se donner la peine de tirer le signal d'alarme? Que feront ces femmes déjà victimes si cela leur arrive encore?

La dernière interrogée s'était rendue au poste de police pour déposer une main courante suite à des faits de harcèlement sexuel et avait été découragée par l'agent qui lui aurait dit: "cela prendrait beaucoup de temps et ne servirait à rien". Récit

concordant avec les statistiques pour la population générale: en France, 17% seulement des victimes de viols vont dans un commissariat ou une gendarmerie (CVS 2011-2017) et seuls 8% portent effectivement plainte.(14)

2) Réagir, pourquoi?

a) Par "réflexe"

La deuxième interrogée dit qu'elle repousse sans "calculer" la main qui s'est posée sur sa cuisse. Elle semble se demander quelle aurait été sa réaction si elle avait eu le temps de réfléchir. D'ailleurs, elle ne peut pas expliquer davantage son geste: elle ne peut que constater.

b) Par un effet de saturation

La dernière répondante explique, elle, sa réaction par la réflexion de trop: après plusieurs remarques déplacées, la plaisanterie grivoise de quelqu'un qui n'était qu'un collègue a fait déborder le vase. Comme dans le cas précédent, la répondante décrit son rejet comme impulsif et non réfléchi, ce qui l'amène à le critiquer par la suite: "j'ai peut-être été un peu dure". Encore une fois, l'autocensure est présente et bien intégrée par les étudiantes, sous la forme, une fois encore, de la difficulté à reconnaître et à nommer ce qui est arrivé.

c) La présence d'un tier allié

Dans un autre contexte, la réponse à l'agression est plus fréquente quand un tiers allié intervient, validant le ressenti ou protégeant d'un danger possible.

Mais à qui se fient les victimes d'agressions sexuelles lorsqu'elles parlent? La division des genres reste importante malgré la féminisation de la médecine. Ces étudiantes voient beaucoup plus d'alliés chez les femmes et d'agresseurs chez les

hommes. On constate alors l'émergence d'un sentiment de sororité qui s'exprime dans la volonté de prévenir et défendre les autres femmes, étudiantes, infirmières, et les répondantes semblent éprouver une certaine fierté lorsqu'elles y parviennent.

D) Hypothèses d'interprétation

1) Le paradoxe de l'innocence:

Pour ce qui est de l'innocence, on peut observer l'existence d'un paradoxe: si les répondantes ne rejettent pas la culpabilité sur les victimes de violences sexuelles dont elles me parlent, en revanche, lorsqu'elles évoquent ce qui leur est arrivé à elles, elles éprouvent manifestement le besoin de se justifier.

- **L'innocence des autres:** un des points de mon travail que j'ai envie de considérer comme encourageant est que, durant ces trois entretiens, aucune des interrogées n'a tenu de propos relevant du "slut-shaming": malgré les consommations d'alcool, les situations présentées par les répondantes comme ambiguës, les refus parfois perçus comme insuffisamment explicites, aucune n'a jamais fait porter la faute sur la victime. Elles dénoncent au contraire cette tendance, la constatant malheureusement lorsqu'elles me font part de la peur de ne pas être crues, ou dans leur façon de se justifier, m'expliquant à quel point elles ou leurs amies avaient pris des "précautions" pour éviter les agressions. Mais aucune des trois n'a invoqué ces circonstances pour porter de jugement négatif sur les victimes. Il semblerait que, pour ces trois étudiantes, les choses soient plutôt claires sur "qui porte la faute".

Cependant, si on peut voir le verre à moitié plein, on peut aussi le voir à moitié vide. Une autre explication à cette absence de “slut-shaming” pourrait résider dans le fait que les personnes adhérant au mythe du viol n’ont pas souhaité témoigner parce qu’elles jugent responsables de leur sort les victimes de violences sexuelles. C’est peut-être pour les mêmes raisons qu’aucun étudiant ne s’est présenté pour participer à l’enquête. La majorité des victimes étant des femmes, ils ne se sentent pas forcément concernés. Dans la population générale, en effet, 3,9% des hommes déclarent avoir vécu au moins une forme d’agression sexuelle contre 14, 5% chez les femmes, et 0,6 avoir subi au moins un viol ou tentative de viol contre 3,7% chez les femmes.(12)

- **L’innocence en question pour soi même:** paradoxalement donc, si les trois répondantes revendiquent l’innocence des victimes de violences sexuelles, lorsqu’il s’agit d’elles-mêmes, les choses sont beaucoup moins claires. Toutes les trois ont voulu me convaincre qu’elles n’avaient pas voulu ce qui est arrivé, ce qu’elles ne feraient pas si elles ne se sentaient pas responsables, au moins en partie, de ce qui s’est produit. Ce qui les met en porte -à-faux, c’est d’avoir le sentiment que, sans le vouloir, ce sont elles qui se sont mises dans la situation d’être agressées. C’est cette culpabilité qui souvent les pousse à se taire: en effet, comment discuter avec quelqu’un d’une calamité qu’on a soi-même attirée? Comment parler quand on a honte et qu’on s’incrimine?

On notera que cette entreprise de justification peut aller jusqu’au déni: je ne veux pas même en discuter avec moi-même. La première répondante

n'admet que très partiellement et douloureusement qu'il lui est arrivé quelque chose lors d'une soirée arrosée (puisqu'elle vient me voir).

C'est peut-être là aussi une explication de l'absence de témoignage masculin: le sentiment de culpabilité existe aussi chez les hommes victimes, peut-être même majoré, un homme se sentant plus obligé encore qu'une femme d'être fort dans une société toujours très patriarcale. Le Centre d'Aide aux Victimes d'Actes Criminels, dans sa synthèse sur les violences sexuelles infligées aux hommes, met en évidence la croyance selon laquelle les garçons et les hommes ne peuvent être violés puisqu'ils sont en capacité de se défendre.(52)

2) Le sentiment de colère

J'ai pu constater son existence chez les trois répondantes lorsqu'elles évoquaient les violences sexuelles de manière générale. En revanche, lorsqu'elles me parlaient d'elles-mêmes, elles ne pouvaient l'éprouver à l'encontre de leurs agresseurs que pour les situations qu'elles avaient clairement identifiées comme violences sexuelles. Pour celles qui en étaient effectivement mais qu'elles ne reconnaissaient pas comme telles, elles ne ressentaient pas de colère.

Il semble donc plus facile d'être en colère pour les autres que pour soi-même. Une explication possible est que, pour se mettre en colère pour soi-même, il faut d'abord se reconnaître victime et cela est difficile. Soit parce que se reconnaître victime, c'est par un biais cognitif, se reconnaître faible, et nous avons vu que la faiblesse et la médecine ne faisaient pas bon ménage. Jugement de valeur qui ne sera d'ailleurs pas forcément fait sur autrui. Soit parce que se reconnaître victime, c'est aussi sortir

d'un déni protecteur. Soit parce qu'il est plus facile d'être objectif lorsqu'il s'agit des autres et que défendre autrui est moins personnellement engageant que se défendre soi-même. Est valorisé celui ou celle qui défend son prochain, est hystérique celle qui se défend avec trop de véhémence.

III/ Perspectives

La poursuite de ce travail permettra d'identifier d'autres mécanismes de ces violences. Cela dit, il permet déjà une certaine prise de conscience:

- les victimes de violences sexuelles à l'hôpital font souvent appel aux autres. Il est de notre devoir d'être plus réceptifs à ces appels parfois implicites. Il est aussi important de protéger les étudiants en faisant en sorte que les violences sexuelles ne soient pas porteuses de conséquences uniquement sur les victimes mais aussi sur leurs auteurs. La parole se libèrera d'autant plus qu'elle sera entendue.
- il semble aussi primordial que des campagnes soient réalisées pour sensibiliser les victimes comme les auteurs. Si ces violences sont aussi intégrées, banalisées, normalisées qu'elles en échappent aux victimes, elles échappent aussi probablement à certains auteurs, ne mesurant pas la portée de leurs "blagues" de "dragouilleurs collants".

L'étude de l'ISNI et le guide du collectif CLASCHES confirment la nécessité de prendre en compte ces facteurs de risques pour la santé des étudiants. Les facteurs de risque de violence sexuelle mis en avant par le collectif CLASCHES(13) sont parfaitement superposables aux études de médecine:

les relations d'apprentissage individualisées, la culture estudiantine, les soirées, les hiérarchies obscures, insondables et immuables. On retrouve de la même façon ces éléments dans les entretiens des trois étudiantes. La santé mentale des étudiants en médecine et des jeunes médecins était décrite comme médiocre à mauvaise dans l'étude publiée par l'ISNI en 2017. Un des facteurs de risque communs à l'anxiété (66.2% des étudiants) et la dépression (27.7% des étudiants) était les "violences psychologiques" sans précisions(19). Devant ces chiffres, au carrefour de la santé mentale et des prévalences des violences sexuelles, la prise en compte de ces violences semble primordiale pour protéger la santé des étudiants. Constat renforcé par le rapport d'enquête publié par l'association Mémoire Traumatique sur les répercussions des violences sexuelles à l'âge adulte (78% des victimes interrogées rapportent avoir déjà eu des idées suicidaires)(15).

- le problème est ici systémique. Il est tentant de penser qu'avec la féminisation de la médecine, la prévalence de ces violences diminue mais cela ne suffit manifestement pas. Une prise de conscience profonde semble indispensable pour permettre à l'ensemble des étudiants et professionnels de travailler dans de meilleures conditions. Sans avoir à être effrayé.e ou en colère à l'idée d'aller au travail ou en stage. Pour pouvoir travailler dans un milieu plus humain et bienveillant, pour exercer au mieux notre métier de soignant, si humainement exigeant.

Annexe 1: Annonce / Appel à témoins:

PROJET DE THÈSE

+++++

Bonjour chers collègues étudiants/étudiantes, je suis une interne de psychiatrie.

Dans le cadre de mon projet de thèse, je cherche des étudiants, internes ou externes, souhaitant témoigner sur les violences sexuelles durant leurs études de médecine, pour la réalisation d'une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés.

Toutes les données collectées ainsi que les témoignages en eux-même seront bien sûr anonymes.

Si vous souhaitez participer à ce projet, vous pouvez me joindre par MP ou par mail:

mwthese@gmail.com

Maxime Watteau Hénon

Interne de psychiatrie, 5ème semestre

Faculté de médecine de Lille

Annexe 2: Entretien Type

L'entretien est un entretien en tête à tête, semi dirigé. Il est composé de deux temps principaux: la définition par l'interrogé.e des violences sexuelles puis l'exploration des événements en lien avec lesdites violences que le sujet a pu rencontrer durant ses études de médecine.

Après ce premier temps de définition, l'interrogé.e est invité à parler librement de ce qui lui vient naturellement lorsqu'on parle de violences sexuelles durant les études de médecine. Les relances se feront par la suite en fonction des "temps forts" des études de médecine (ex: PACES, intégration, soirées, externat, internat) pour ne pas orienter les réponses.

A chaque situation rapportée par l'interrogé.e, on précisera le sexe des protagonistes, leurs liens (hiérarchiques, amicaux, pairs, ...) et leur appartenance à l'univers médical.

On notera plusieurs niveaux de relance, de la plus neutre à la plus orientée, pour explorer l'apparition d'éléments en fonction du niveau d'interrogation.

De même, sur la question de la distance à établir, le tutoiement sera préféré au vouvoiement qui resterait très artificiel au vu de nos âges respectifs très proches en général et qui créerait un sentiment de bizarrerie que je ne souhaite pas mettre en place. Cette question de distance reste présente car elle a des côtés positifs comme négatifs. En me considérant comme une interne, donc une "des leurs", je crée une certaine proximité avec les étudiant.e.s, me permettant d'avoir accès à des informations auxquelles je n'aurais probablement pas eu droit. Cela dit, je perds par la même occasion cette posture souhaitée de neutralité vers laquelle je devrais tendre et qui m'aurait aussi probablement amené certaines informations.

Bonjour,

je m'appelle Maxime Watteau Hénon. Je suis actuellement interne de psychiatrie en 5ème semestre.

Dans le cadre de mon travail de thèse, j'ai effectué une série d'entretiens dans le but d'explorer la nature, la fréquence, les représentations, les mécanismes et les répercussions des violences sexuelles durant les études de médecine à l'heure actuelle.

Je te remercie pour ta présence et pour le temps que tu m'accordes aujourd'hui.

Ce projet est réalisé sous forme d'entretiens individuels auprès d'étudiants en médecine, de l'externat à l'internat.

Je te remercie de nous donner ton accord pour recueillir et enregistrer les données.

Ces données seront anonymes, retranscrites intégralement et analysées.

Saches que tu peux à tout moment m'interrompre pour me poser des questions ou donner des éclaircissements quant à tes réponses, mais aussi mettre fin à l'entretien ou prendre une pause si les choses devenaient difficiles.

Si tu le souhaites, je t'enverrai une copie numérique de ma thèse une fois réalisée.

Peux tu définir les violences sexuelles?

Que peux-tu dire des violences sexuelles pendant les études de médecine?

Réponse libre de l'interrogé.e.

Une fois terminé, relance: En P1? Pdt l'inté? Les soirées? L'externat? L'internat?

Si "rien" → période suivante

Si récit de violence sexuelle vue ou vécue:

→ Et comment cela t'a-t-il fait te sentir?

→ Comment les autres personnes/témoins ont-elles réagi?

→ L'as tu dit à quelqu'un? Proche? Collègue? Fac? Supérieur hiérarchique?

→ si oui: comment ont-ils réagi? Qu'en attendais-tu?

→ si non: pourquoi?

→ Est-ce que cela a eu un impact sur toi/ton comportement? Si oui, lequel?

→ Qu'en penses-tu? Penses-tu que c'est un problème? En quoi?

Préalable: explication du projet, anonymat, feuille de renseignements administratifs

Annexe 4: Grilles COREQ

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ. N- Item

Guide questions/description

Premier entretien

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Maxime Watteau
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Diplôme de second cycle des études médicales.
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en psychiatrie
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Formation médicale, interne de médecine

Relations avec les participants

6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Ce qu'il y avait sur l'annonce (projet de thèse, thème de l'enquête, population étudiée) et aussi qu'il s'agira d'un entretien individuel semi-dirigé.
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Manque d'expérience dans la recherche qualitative

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorie ancrée
--	--	----------------

Sélection des participants

10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Appel à témoignage puis effet boule-de-neige (prévu)
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Mails
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	2
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0

Contexte

14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Domicile de l'investigatrice
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non

16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Femmes, externes à Lille 2
----------------------------------	--	----------------------------

Recueil des données

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Un guide d'entretien a été établi avant les entretiens et adapté au fur et à mesure.
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, enregistrement audio
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Oui, après

21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	43 min
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui mais non atteint
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données

27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Nvivo
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui et Oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une	Oui

	discussion des thèmes secondaires ?	
--	-------------------------------------	--

Deuxième entretien

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ. N- Item Guide questions/description

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Maxime Watteau
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Diplôme de second cycle des études médicales.
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en psychiatrie
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Formation médicale, interne de médecine

Relations avec les participants

6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Ce qu'il y avait sur l'annonce (projet de thèse, thème de l'enquête, population étudiée) et aussi qu'il s'agira d'un entretien individuel semi dirigé.
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Manque d'expérience dans la recherche qualitative

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorie ancrée
--	--	----------------

Sélection des participants

10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Appel à témoignage puis effet boule-de-neige (prévu)
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Mails
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	2
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0

Contexte

14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Domicile de l'interrogée
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Femmes, externes à Lille 2

Recueil des données

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Un guide d'entretien a été établi avant les entretiens et adapté au fur et à mesure.
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, enregistrement audio
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Oui, après
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou	35 min

	l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui mais non atteint
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données

27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Nvivo
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui et Oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une	Oui

	discussion des thèmes secondaires ?	
--	-------------------------------------	--

Troisième entretien

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ. N- Item Guide questions/description

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Maxime Watteau
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Diplôme de second cycle des études médicales.
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en psychiatrie
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Formation médicale, interne de médecine

Relations avec les participants

6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui, peu. Collègue d'un ami
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Ce qu'il y avait sur l'annonce (projet de thèse, thème de l'enquête, population étudiée), qu'il s'agira d'un entretien individuel semi dirigé, mais aussi le fait que je n'ai eu que peu d'entretiens.
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Manque d'expérience dans la recherche qualitative

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Théorie ancrée
--	--	----------------

Sélection des participants

10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Appel à témoignage puis effet boule-de-neige (prévu)
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Mails
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	3
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0

Contexte

14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Domicile de l'investigateur
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non

16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Femmes, externes et interne à Lille 2
----------------------------------	--	---------------------------------------

Recueil des données

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Un guide d'entretien a été établi avant les entretiens et adapté au fur et à mesure.
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Oui, enregistrement audio
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Oui, après

21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	50 min
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui mais non atteint
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	A partir des données

27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Nvivo
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui et Oui
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une	Oui

	discussion des thèmes secondaires ?	
--	--	--

Annexe 5: Fiches administratives

ENTRETIEN N°...1... *h.28/02/20*

Age : *23*

Genre :

- Masculin
- Féminin
- Autre : _____

Année d'étude : *med 6*

Redoublement?

- Non
- Oui, quelle(s) année(s)? _____

Fac d'origine? *liba 2*

Spécialité? souhaitée ou acquise *santé pub / lab - 1??*

Lieu d'habitation *libe*

ENTRETIEN N°...2... *h.02/03/20*

Age : *26*

Genre :

- Masculin
- Féminin
- Autre : _____

Année d'étude : *D3*

Redoublement?

- Non
- Oui, quelle(s) année(s)? *D2, D3*

Fac d'origine? *libe*

Spécialité? souhaitée ou acquise *Med GE*

Lieu d'habitation *Sévin*

ENTRETIEN N°...3...

Age : *27 ans*

Genre :

- Masculin
- Féminin
- Autre : _____

Année d'étude : *5^e année d'internat*

Redoublement?

- Non
- Oui, quelle(s) année(s)? _____

Fac d'origine? *libe*

Spécialité? souhaitée ou acquise *Médecine générale*

Lieu d'habitation *libe*

BIBLIOGRAPHIE

1. Violences sexuelles au cours des études de médecine : Enquête de prévalence chez les externes d'Ile-de-France. 2018.
2. Enquête sur le harcèlement sexuel au travail. Défenseur des droits; 2014.
3. OMS. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. 2012.
4. Code Pénal - Article 621-1 LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 15 [Internet]. Legifrance. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037287956&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>
5. Code Pénal - Art 222-33. LOI n°2012-954 du 6 août 2012- art.1 2012 [Internet]. Legifrance. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417706>
6. Code Pénal - Article 222-33-2-2 Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 11 Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 13 [Internet]. Legifrance. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289658&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>
7. Code Pénal - Article 222-32 [Internet]. Legifrance. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021796944&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20100210>
8. Code Pénal - Article 222-22 Modifié par LOI n°2010-769 du 9 juillet 2010 - art. 36 [Internet]. Legifrance. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006165281&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
9. Code Pénal - Article 222-23 Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 2 [Internet]. Legifrance. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289535&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>
10. LOI n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi [Internet]. Legifrance. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031046061&categorieLien=i>
11. Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. Popul Sociétés. 2016;N° 538(10):1.
12. Debauche A. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Ined; 2017.
13. Colectif CLASCHEs. Colectif CLASCHEs - Guide ESR.pdf. 2017.
14. SALMONA M, Association mémoire traumatique et victimologie. LES FRANÇAIS-E-S ET LES REPRÉSENTATIONS SUR LE VIOL ET LES VIOLENCES SEXUELLES — VAGUE 2. 2019.
15. Mémoire traumatique et victimologie. IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES DE L'ENFANCE À L'ÂGE ADULTE. 2015 mars.
16. JORF n° 0048 du 26 février 2015 [Internet]. Disponible sur: ELI:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/jo/2015/2/26>
17. Bissonnier C, Boetsch D. Santé jeunes médecins. :99.

18. INPES : Baromètre Santé 2010 (tentatives de suicide et pensées suicidaires) : http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/BS2010_suicide.pdf.
19. ISNI. Enquête santé mentale jeune médecin. 2017 juin.
20. Schubert M. The relationship between verbal abuse of medical students and their confidence in their clinical abilities. *Acad Med.* août 1997;Vol. 73(No. 8).
21. ISNI. Hey Doc, les études médicales sont-elles vraiment sexistes? [Internet]. 2017.
22. Baldwin DWC, Daugherty SR, Eckenfels EJ, Jr BD, Sr D, Ej E. Student Perceptions of Mistreatment and Harassment During Medical School. :6.
23. Mangus RS, Hawkins CE, Miller MJ. Prevalence of harassment and discrimination among 1996 medical school graduates: a survey of eight US schools. *JAMA.* 2 sept 1998;280(9):851-3.
24. Frank E, Brogan D, Schiffman M. Prevalence and Correlates of Harassment Among US Women Physicians. *Arch Intern Med.* 23 févr 1998;158(4):352.
25. Recupero PR, Heru AM, Price M, Alves J. Sexual Harassment in Medical Education: Liability and Protection: *Acad Med.* sept 2004;79(9):817-24.
26. Witte FM, Stratton TD, Nora LM. Stories from the Field: Students??? Descriptions of Gender Discrimination and Sexual Harassment During Medical School: *Acad Med.* juill 2006;81(7):648-54.
27. Jagsi R, Griffith KA, Jones R, Perumalswami CR, Ubel P, Stewart A. Sexual Harassment and Discrimination Experiences of Academic Medical Faculty. *JAMA.* 17 mai 2016;315(19):2120.
28. Wagner J, Rowland P, Connolly A, Meyer AA, Sheldon GF. One (not The Same): Comparing and Contrasting Differing Attitudes Toward Professionalism Between Fourth-year Medical Students and Surgeons in Training and Practice. *J Surg Res.* 1 févr 2013;179:228.
29. Efficacy of a Sexual Assault Resistance Program for University Women. *N Engl J Med.* 2015;2.
30. Rademakers JJDJM, van den Muijsenbergh METC, Slappendel G, Lagro-Janssen ALM, Borleffs JCC. Sexual harassment during clinical clerkships in Dutch medical schools. *Med Educ.* mai 2008;42(5):452-8.
31. Gágyor I, Hilbert N, Chenot J-F, Marx G, Ortner T, Simmenroth-Nayda A, et al. Frequency and perceived severity of negative experiences during medical education in Germany – Results of an online-survey of medical students. *GMS Z Für Med Ausbild [Internet].* 8 août 2012 [cité 2 août 2020];29(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3420117/>
32. Rautio A, Sunnari V, Nuutinen M, Laitala M. Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Med Educ.* 18 oct 2005;5:36.
33. Larsson C, Hensing G, Allebeck P. Sexual and gender-related harassment in medical education and research training: results from a Swedish survey. *Med Educ.* janv 2003;37(1):39-50.
34. White GE. Sexual harassment during medical training: the perceptions of medical students at a university medical school in Australia. :7.
35. Boyle M, McKenna L. Paramedic and midwifery student exposure to workplace violence during clinical placements in Australia – A pilot study. *Int J Med Educ.* 11 déc 2016;7:393-9.
36. Ulusoy H, Swigart V, Erdemir F. Think globally, act locally: understanding sexual harassment from a cross-cultural perspective. *Med Educ.* juin 2011;45(6):603-12.
37. Alzahrani HA. Bullying among medical students in a Saudi medical school. *BMC Res Notes.* 2 juill 2012;5:335.
38. Fnais N, al-Nasser M, Zamakhshary M, Abuznahdah W, Al-Dhukair S, Saadeh M, et al. Prevalence of harassment and discrimination among residents in three training hospitals in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med.* 2013;33(2):134-9.

39. Iftikhar R, Tawfiq R, Barabie S. Interns' perceived abuse during their undergraduate training at King Abdul Aziz University. *Adv Med Educ Pract.* 23 mai 2014;5:159-66.
40. Al-Shafae M, Al-Kaabi Y, Al-Farsi Y, White G, Al-Maniri A, Al-Sinawi H, et al. Pilot study on the prevalence of abuse and mistreatment during clinical internship: a cross-sectional study among first year residents in Oman. *BMJ Open [Internet].* 8 févr 2013 [cité 2 août 2020];3(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3585976/>
41. Sahraian A, Hemyari C, Ayatollahi SM, Zomorodian K. Workplace Violence Against Medical Students in Shiraz, Iran. *Shiraz E-Med J [Internet].* 21 mai 2016 [cité 25 févr 2020];17(4-5). Disponible sur: <http://emedicalj.neoscriber.org/en/articles/56875.html>
42. Shoukat S, Anis M, Kella DK, Qazi F, Samad F, Mir F, et al. Prevalence of Mistreatment or Belittlement among Medical Students – A Cross Sectional Survey at a Private Medical School in Karachi, Pakistan. *PLoS ONE [Internet].* 15 oct 2010 [cité 2 août 2020];5(10). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2955546/>
43. Nagata-Kobayashi S, Sekimoto M, Koyama H, Yamamoto W, Goto E, Fukushima O, et al. Medical student abuse during clinical clerkships in Japan. *J Gen Intern Med.* mars 2006;21(3):212-8.
44. Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. Universal problems during residency: abuse and harassment. *Med Educ.* 2009;43(7):628-36.
45. Norman ID, Aikins M, Binka FN. SEXUAL HARASSMENT IN PUBLIC MEDICAL SCHOOLS IN GHANA. *GHANA Med J.* 2013;47(3):9.
46. Owoaje ET, Uchendu OC, Ige OK. Experiences of mistreatment among medical students in a university in south west Nigeria. *Niger J Clin Pract.* juin 2012;15(2):214-9.
47. Christophe Lejeune. *Manuel d'analyse qualitative: Analyser sans compter ni classer.* 2014.
48. Brown G. Muriel Salmona : *Le livre noir des violences sexuelles.* *Nouv Quest Féministes.* 2015;34(2):136.
49. Hinze SW. 'Am I Being Over-Sensitive?' Women's Experience of Sexual Harassment During Medical Training. *Health Interdiscip J Soc Study Health Illn Med.* janv 2004;8(1):101-27.
50. *RapportCVS2019.pdf.*
51. Auslender V. *Omerta à l'hôpital: le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé.* Editions Michalon; 2017.
52. Cavac L. *Mythes et réalités sur l'agression sexuelle au masculin.* 1980;6.

AUTEUR : Nom : WATTEAU

Prénom : Maxime

Date de soutenance : 15 Octobre 2020

Titre de la thèse : Violences sexuelles, études de médecine: réflexions autour de témoignages d'étudiants

Thèse - Médecine - Lille « 2020 »

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Violences sexuelles, étudiants en médecine

Résumé :

INTRODUCTION: de nombreuses études constatent l'importance de la prévalence des violences sexuelles durant les études de médecine, dans le monde et plus récemment en France. Comment expliquer ces résultats?

MATERIEL ET METHODES: il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés et analyse par théorie ancrée. La population est constituée d'étudiants, internes et externes de l'université Lille 2.

L'objectif principal est d'explorer la nature et la fréquence des violences sexuelles dans le milieu vécues par les étudiants en médecine dans le contexte actuel.

Les objectifs secondaires sont d'avancer des hypothèses d'explication de ces violences et d'en identifier les ressorts et les représentations sociales au sein du milieu.

RÉSULTATS:

Au total, 3 participantes ont été recrutées, deux externes et une interne, toutes originaires de Lille. La saturation des données n'a pas été atteinte compte tenu des difficultés de recrutement (Crise COVID19). Malgré tout, l'analyse des transcriptions a permis de mettre en évidence certains rouages de ces violences dans le milieu: les violences en elles-mêmes, leur banalisation, le silence les entourant et leur systémicité. Mais aussi, les défenses mises en place par les étudiantes, et qui sont les alliées qu'elles identifient. Le champ des émotions est aussi ressorti durant les entretiens.

CONCLUSION:

La médecine n'échappe pas aux règles sociologiques globales. La culture du viol est présente dans le discours des étudiantes et le poids du silence très important. Les spécificités de notre milieu comme sa hiérarchisation et la culture estudiantine en font le terrain parfait pour la persévérance de ces violences et leur invisibilisation. Cependant, avec l'éveil social sur les violences sexuelles, la parole semble se libérer et il est permis d'espérer un mieux dans les années qui viennent. La poursuite de ce travail semble intéressante pour comprendre au mieux les rouages de ces violences et permettre la mise en place d'une prévention et d'une sensibilisation pertinentes dans les facultés ainsi qu'à l'hôpital.

Composition du Jury :

Président : Pr G.VAIVA

Assesseurs : Dr MCU A.AMAD, Dr MCU C-E.NOTREDAME, Dr F.WAREMBOURG

Directrice de thèse : Dr F.WAREMBOURG