



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Violences sexuelles à l'encontre des usagers hospitalisés en
psychiatrie : Etat des lieux dans le Nord et le Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 12/10/2021 à 17h
au Pôle Recherche
par Louise GHESTEM

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Madame le Docteur Frédérique WAREMBOURG

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Bettina BELET

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

ABREVIATIONS

ALI2P : Association Lilloise de l'Internat et du Post-internat en Psychiatrie

ARS : Agence Régionale de Santé

bHCG : Hormone Chorionique Gonadotrope

CAC : Centre d'Accueil de Crise

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies 10^e édition

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CN2R : Centre National de Ressource et Résilience

CRP : Centre Régional du Psychotrauma

CVS : Cadre de vie et sécurité

DPO : Data Protection Officer

DSM V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5^e édition

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

FEI : Feuille d'Evènement Indésirable

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IST : Infection Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

PH : Praticien Hospitalier

TSPT : Trouble Stress Post-Traumatique

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

Table des matières

RESUME	7
INTRODUCTION	9
I. Généralités	10
1) Bref historique du concept des violences sexuelles	10
2) Définitions et législation.....	13
3) Epidémiologie.....	15
II. Violences sexuelles et troubles psychiatriques : le double lien.....	20
1) Retentissement des violences sexuelles sur la santé	20
2) Les violences sexuelles chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques	23
III. Violences sexuelles au cours d'une hospitalisation en psychiatrie	25
1) Etat des lieux.....	25
2) Cas clinique.....	26
3) Objectifs de notre étude	32
MATERIEL ET METHODES.....	33
I. Description de l'étude	33
1) Type d'étude	33
2) Information des sujets	34
3) Gestion des données	34
II. Analyse statistique.....	35
RESULTATS	36
1) Généralités.....	37
2) Caractérisation des violences sexuelles dénoncées	39

DISCUSSION	49
I. Violences sexuelles en psychiatrie adulte : des évènements fréquents ?	49
1) Fréquence en France et dans la littérature internationale	49
2) Motifs et causes de cette sous-estimation.....	53
II. Difficultés rencontrées par les soignants	60
1) Une prise en charge insuffisante	60
2) Un manquement éducatif et institutionnel	64
3) Une volonté d'amélioration.....	70
III. Perspectives.....	72
1) Prévention primaire	72
2) Prévention secondaire.....	74
3) Prévention tertiaire	77
IV. Limites de l'étude.....	79
1) Les biais	79
2) Les limites	80
3) Retour critique sur le questionnaire.....	81
4) Pistes d'amélioration	82
CONCLUSION.....	83
ANNEXE 1.....	85
ANNEXE 2.....	88
ANNEXE 3.....	95
ANNEXE 4.....	97
BIBLIOGRAPHIE.....	98

RESUME

Contexte : Les violences sexuelles sont un véritable enjeu de santé publique en raison de leurs conséquences graves sur la santé mentale des victimes. Les usagers des services de psychiatrie adulte présentent un surrisque d'être victime de ce type de violences par rapport à la population générale. Il apparaît de plus que la survenue des violences sexuelles au cours d'une hospitalisation en psychiatrie n'est pas rare. Pourtant, la fréquence de ces événements mais aussi les difficultés rencontrées par les soignants lors de la prise en charge de ces victimes sont peu explorées dans la littérature.

Méthode : Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive rétrospective bi-départementale et multicentrique. Nous avons diffusé un questionnaire informatisé par courriel à l'ensemble des internes de psychiatrie de Lille ainsi qu'à tous les services de psychiatrie adulte du Nord et du Pas-de-Calais. L'objectif principal était d'évaluer la fréquence des agressions sexuelles et viols, à l'encontre des usagers, survenus au cours d'une hospitalisation au cours des 12 derniers mois.

Résultats : 45% des soignants et 44% des internes ayant participé à l'étude rapportaient des faits de violences sexuelles survenus dans leur service. Le taux de violences sexuelles carrière entière s'élevait à 77% et 44% respectivement. Les principales difficultés rencontrées concernaient celles liées à la prise en charge de la victime (52% des soignants et 30% des internes), la prise en charge de l'agresseur présumé (52% des soignants et 41% des internes) et les difficultés administratives (32% des soignants). Enfin, 77% des soignants et 81% des internes déclaraient ne

pas avoir bénéficié de formation antérieure à ce type de prise en charge. De même que 71% des soignants et 92% des internes ont répondu de ne pas avoir eu accès à un protocole de prise en charge spécifique.

Conclusion : L'élaboration d'outils spécifiques est nécessaire pour sensibiliser les professionnels de santé mentale à la thématique des violences sexuelles et améliorer l'accueil et les soins dispensés aux victimes.

INTRODUCTION

Les violences sexuelles représentent un véritable enjeu de santé publique en raison de leur fréquence mais aussi des conséquences majeures sur la santé physique et mentale des victimes. Elles sont cependant encore insuffisamment reconnues par la société française et restent sous-estimées par les professionnels de santé en général, et de psychiatrie en particulier. Pourtant, les usagers des services de psychiatrie présentent un risque 6 à 8 fois plus élevé d'être victime de violences sexuelles que la population générale (1). Si la majorité de ces violences surviennent en dehors d'un contexte hospitalier, mon expérience personnelle m'a montré que de tels évènements pouvaient avoir lieu au cours d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie. Les rapports de l'Observatoire Nationale des Violences en milieu de Santé (ONVS) édités chaque année depuis 2015 (2–5) montrent que les services de psychiatrie sont les plus touchés par les faits de violences sexuelles mais que les chiffres sont largement sous-évalués. Si le rôle des professionnels de santé en psychiatrie est primordial dans le repérage et la prise en charge globale des victimes de violences sexuelles, il est également de leur devoir de protéger ces patients en les orientant vers les structures médico-judiciaires et en déclarant ces évènements à l'administration compétente. Or, plusieurs études (6–13) montrent que la plupart des soignants se sentent démunis face aux patients dénonçant des violences sexuelles en raison d'un manque de formation à l'accompagnement de ces victimes mais aussi de l'absence de protocoles clairs de prise en charge. Malgré ces constats – à notre connaissance, aucune étude n'a été menée sur ce sujet en France.

Pouvons-nous estimer la prévalence de ces violences dans les services de psychiatrie ? Comment expliquer le manque de données actuellement ? Quelles sont

les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans la prise en charge des victimes ? Comment pouvons-nous améliorer nos pratiques ? Nous illustrerons ces questions à travers la présentation d'un cas clinique puis nous tenterons d'y répondre par le biais d'une étude quantitative rétrospective menée dans les services de psychiatrie adulte du Nord et du Pas-de-Calais.

I. Généralités

1) Bref historique du concept des violences sexuelles

La définition des violences sexuelles a largement évolué au cours de l'histoire en parallèle des changements sociétaux, culturels et politiques. Les modifications de la législation sont un bon reflet de cette évolution. En effet, si les violences sexuelles ont été nommées très tôt dans l'histoire de l'humanité, elles ont été punies par les textes de loi avec une sévérité variable selon les époques.

La mention la plus ancienne faisant référence à la notion de violence sexuelle est retrouvée dès -1760 av. J.-C. dans le code d'Hammourabi -sixième roi de Babylone, en Mésopotamie (actuel Irak) (14). Ce dernier condamnait le viol et l'inceste par la peine de mort.

En France, les premiers textes de lois connus faisant référence aux violences sexuelles remontent à l'époque de la Gaule, alors sous domination romaine. Au cours de l'Antiquité, vers -45 av. J.-C., le viol était puni par la loi Julienne sur la violence publique « *lex Iulia de vi publica* ». Cette loi ne concernait cependant que les personnes de naissance libre (par opposition aux esclaves). La loi ne protégeait pas non plus les femmes sans voile ce qui constituait même une circonstance

atténuante pour l'agresseur présumé. Plus tard au VI^{ème} siècle, le viol faisait partie des infractions les plus graves pouvant être commises contre des femmes dans la Loi Burgonde (15), il était sanctionné par une amende.

Au Moyen-Age, la législation se répartie en 3 domaines avec la justice royale, la justice seigneuriale et la justice ecclésiastique. Cette dernière était chargée de gérer les affaires internes de l'Eglise et du Clergé, les affaires de foi et de morale des fidèles, elle s'occupait ainsi de juger les fautes sexuelles. Si les textes coutumiers et jurisprudentiels des XIII^{ème} et XIV^{ème} siècles donnent une assez bonne définition du viol, des éléments constitutifs, des personnes en cause, des circonstances de fait ainsi que des peines très sévères encourues (telle que la pendaison), ils montrent surtout que les condamnations pour viol sont en réalité assez rares. En effet, la plupart des viols n'entraînent pas de poursuite ou, les accusés sont condamnés par contumace et exempts de peine, voire absous le plus souvent (16).

La première loi contre les violences sexuelles apparaît dans le code pénal de 1791 qui prévoit, au chapitre des crimes et attentats contre les personnes, une peine de « *six années de fer* » pour les auteurs de viol. En 1810, le code pénal Napoléonien institue une peine de réclusion contre les violences sexuelles. L'article 330 qui en est extrait disait alors : « *Toute personne qui aura commis un outrage public à la pudeur, sera punie d'un emprisonnement de trois mois à un an, et d'une amende de seize francs à deux cents francs* ». L'article 331 ajoutait: « *Quiconque aura commis le crime de viol, ou sera coupable de tout autre attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence contre des individus de l'un ou de l'autre sexe, sera puni de la réclusion* » (17). Ici l'attentat à la pudeur est une qualification juridique

historique de l'agression sexuelle. Ainsi, nous voyons que si le Code pénal considère le viol comme un crime, il est souvent requalifié en « attentat à la pudeur » et jugé en correctionnelle. En 1857, l'arrêt Dubas introduit les notions de surprise et de contrainte.

C'est la loi du 23 décembre 1980 qui apporte pour la première fois en France une définition précise du viol en reprenant les éléments de la jurisprudence de toutes les années passées: «*Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise* » (18). En 1990, la Cour de cassation reconnaît le viol entre époux et la réforme du Code Pénal de 1992 -entrée en vigueur en 1994, mentionne que la qualité de conjoint de la victime constitue une circonstance aggravante de l'infraction commise. Elle définit également l'abus d'autorité dans le harcèlement sexuel au travail.

Enfin, le 3 août 2018 est promulguée la loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes (18). Elle comprend quatre avancées :

- La prescription des crimes sexuels sur mineurs est portée à 30 ans à partir de la majorité de la victime
- Une amélioration de la définition du viol : le viol peut être retenu également lorsque l'acte de pénétration survient sur l'agresseur et non sur le mineur.
- L'élargissement de la définition au harcèlement en ligne au cyber-harcèlement sexuel.
- La création d'une infraction d'outrage sexiste pour réprimer le harcèlement « de rue ».

Ce bref historique nous permet de prendre conscience de l'existence mais surtout de la persistance panchronique des violences sexuelles. Ce constat est d'autant plus parlant depuis le mouvement « #MeeToo » en 2017 qui a libéré la parole des femmes et des victimes en général et a montré que malgré les évolutions législatives, culturelles, politiques ou encore morales, les violences sexuelles sont encore très présentes dans notre société.

2) Définitions et législation

En 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les violences sexuelles comme suit « *Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires 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. La coercition peut inclure : le recours à la force à divers degrés, l'intimidation psychologique, le chantage ou les menaces. La violence sexuelle peut également survenir lorsque la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement – parce qu'elle est ivre, droguée, endormie ou atteinte d'incapacité mentale, par exemple.* »(19).

Le terme de violences sexuelles regroupe plusieurs entités dont l'outrage sexiste, l'agression sexuelle, le viol, l'exhibition sexuelle, le harcèlement sexuel, la mutilation des organes génitaux ou encore le proxénétisme. Elles constituent des infractions sanctionnées par le Code Pénal français (articles 222-22 à 222-33) (**Annexe1**).

Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes intéressés plus spécifiquement aux viols et agressions sexuelles dont nous allons détailler les définitions et les conséquences judiciaires.

a) L'agression sexuelle

Selon l'article 222-22 du Code Pénal « *constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* »(20). Les atteintes sexuelles sont les attouchements et caresses sur la poitrine, le sexe, les cuisses, les fesses, les baisers forcés ainsi que le contact du sexe de l'agresseur sur toute partie du corps de la victime.

La contrainte peut être physique ou morale (art. 222-22-1)(21). La contrainte morale peut résulter « *de la différence d'âge entre une victime mineure et l'auteur des faits, et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci a sur la victime* ».

Le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou le surprise à subir une atteinte sexuelle de la part d'un tiers constitue également une agression sexuelle (art. 222-22-2)(22).

Les agressions sexuelles constituent un délit, jugé par le tribunal correctionnel. Elles sont punies de « *cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende* »(art. 222-27)(23). L'article 222-29 précise que les « *agressions sexuelles autres que le viol sont punies de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende lorsqu'elles sont imposées à une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse ou résultant de la précarité de sa situation économique ou sociale*

est apparente ou connue de son auteur.»(24).

b) Le viol

Selon l'article 222-23 du Code Pénal, le viol 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»(25).*

Le viol est un crime puni de quinze ans d'emprisonnement de réclusion criminelle, la juridiction compétente est la cour d'assise. La peine d'emprisonnement peut passer à vingt ans de réclusion criminelle si le viol est commis avec une ou plusieurs circonstances aggravantes (art. 222-24)(26) :

- Viol commis sur un mineur de quinze ans,
- Lorsqu'un mineur était présent au moment des faits et y a assisté,
- Lorsqu'il est commis par le conjoint, concubin, partenaire ou ex,
- Lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente,
- 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,
- 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.

3) Epidémiologie

Le sujet des violences sexuelles, bien que de plus en plus débattu au sein des sociétés modernes, reste encore largement tabou et banalisé par une grande partie de la population générale. Les violences sexuelles sont également sous-estimées et

sous-explorées par les professionnels de santé, alors que leurs conséquences sur la santé mentale et physique des victimes sont considérables.

La première enquête évaluant la fréquence des violences sexuelles en France date de l'année 2000, il s'agit de l'Enquête Nationale sur les Violences envers les Femmes en France (ENVEFF)(27). Elle a permis une première prise de conscience. Depuis, plusieurs enquêtes de victimation et sondages ont été menées. Parmi les principales, nous retiendrons :

- Les enquêtes CVS « Cadre de vie et sécurité » de l'Observatoire National de la délinquance et de la réponse pénale (ONDRP) qui regroupent chaque année des informations auprès des personnes âgées de 18 à 75 ans sur les atteintes à caractère sexuel qu'elles ont pu subir. La dernière en date regroupe des données de la période 2011-2018 (28)
- L'enquête VIRAGE réalisée par l'Institut national d'études démographiques en 2015 auprès d'une population âgée de 20 à 69 ans (29).

Il faut noter que leurs méthodologies varient dans la sélection des populations étudiées, dans la nature des questions posées et surtout dans les définitions retenues pour qualifier les violences sexuelles. Cependant, toutes exposent des chiffres accablants et ne régressant pas ce qui suggère que la parole des victimes met du temps à se libérer, et que les chiffres dont nous disposons aujourd'hui sont encore certainement sous-estimés.

En France, une femme sur sept et un homme sur vingt-cinq déclare avoir été victime d'au moins une forme de violence sexuelle au cours de sa vie (29). En

moyenne chaque année entre 2011 et 2018, 176 000 personnes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences sexuelles et environ 75000 sont victimes de viol selon l'enquête CVS de 2019 (28). Au cours de leur vie, « *14,5% des femmes et 3,9% des hommes déclarent avoir été victimes d'au moins une forme de violence sexuelle. 3,7% des femmes et 0,6% des hommes déclarent avoir subi des viols ou des tentatives de viols* » d'après l'enquête VIRAGE (29). Les victimes sont majoritairement des femmes, qui représentent 77% des victimes de violences sexuelles.

Les victimes sont majoritairement jeunes : 44% ont entre 18 et 29 ans, 20 % entre 18 et 75 ans (28). Chez les hommes, les viols et tentatives de viols sont principalement commis avant leur majorité : 74 % avant leurs 18 ans dont 60% avant leurs 15 ans. Concernant les femmes, 54% ont été victimes de viol ou tentative de viol avant 18 ans dont 40% avant leurs 15 ans d'après l'enquête VIRAGE.

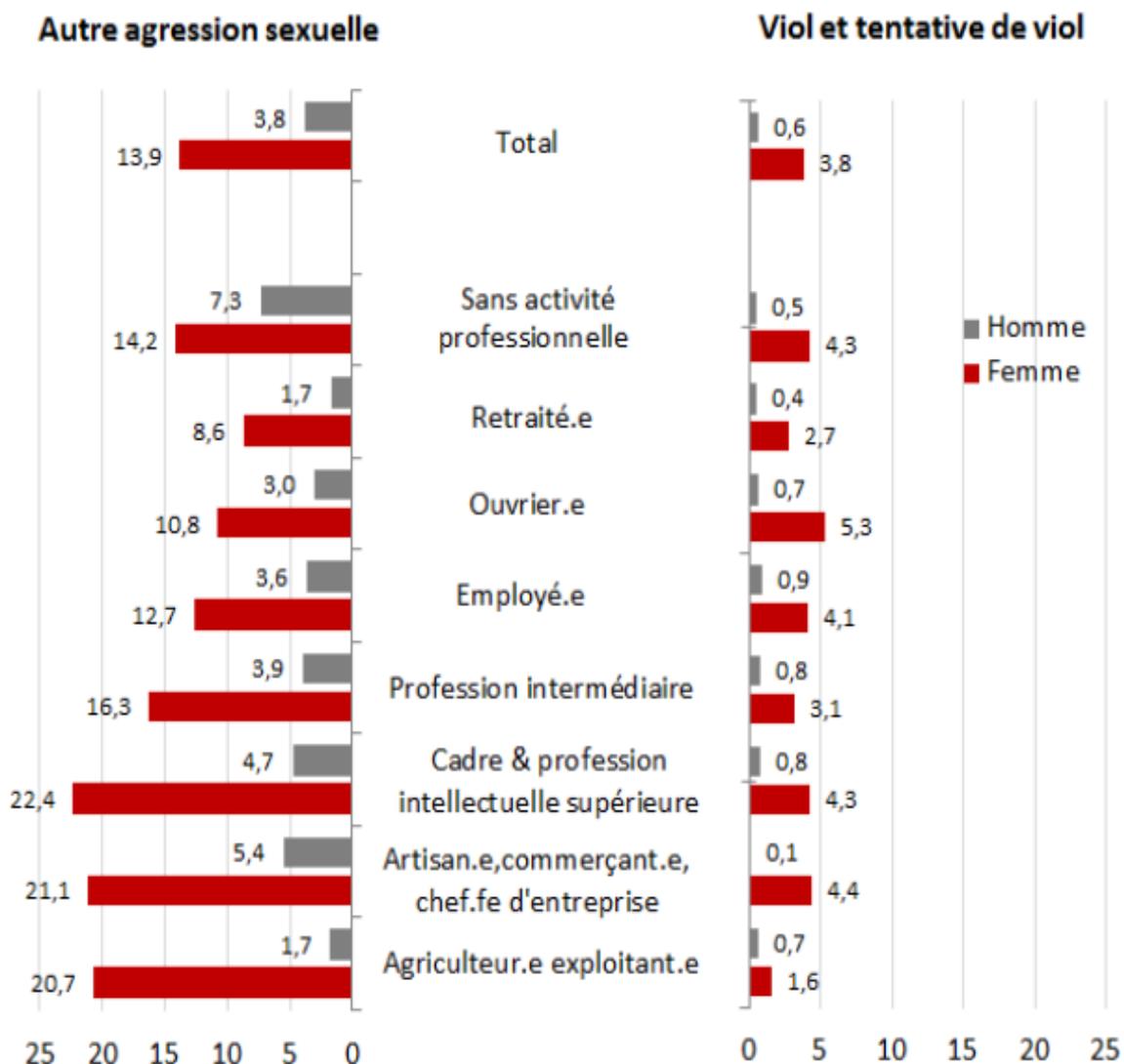
Dans l'enquête CVS sur la période 2011-2018, l'agresseur était un homme dans 86% des cas et trois quarts des victimes de violences sexuelles connaissaient leur agresseur. Le constat est le même dans l'enquête VIRAGE : dans plus de 90% des cas de viol, la victime connaissait son agresseur. Il s'agissait d'un membre de la famille dans 50% des cas pour les victimes mineures, et 80% des cas pour les victimes de moins de 15 ans ; du conjoint ou du partenaire dans la moitié des cas pour les victimes majeures.

6 fois sur 10, les violences sexuelles ont eu lieu dans des lieux d'habitation, que ce soit le domicile de la victime (30% des cas), celui de quelqu'un d'autre ou encore celui de l'agresseur (22% des cas). Les viols et tentatives de viol se produisent plus

souvent dans des habitations que les autres types de violences sexuelles. Enfin, 15% des victimes ont été agressées dans la rue ou dans les transports en commun, 10% sur leur lieu de travail ou d'étude (29).

Les violences sexuelles concernent tous les milieux sociaux mais les femmes exerçant une profession indépendante, les cadres et celles ayant une profession intellectuelle supérieure déclarent davantage avoir subi des violences sexuelles autres que le viol ou la tentative de viol (**Figure 1**).

Figure 1: Déclarations de violences sexuelles (hors harcèlement et exhibitionnisme) au cours de la vie par catégorie professionnelle et sociale de la victime, en % (29). Extrait de l'enquête VIRAGE.



Récemment, le rapport « Insécurité et délinquance en 2018 » du Ministère de l'Intérieur a noté une hausse plus marquée des taux de dépôt de plainte pour violences sexuelles. Cela est notamment dû à la libération de la parole des victimes qui s'est amplifiée depuis les révélations de l'affaire dite « Weinstein » en octobre 2017, suivie du mouvement «#MeToo». Nous pouvons aussi l'associer à une meilleure sensibilisation des victimes à ce type de violences grâce aux campagnes d'information et aux plans interministériels de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes depuis plusieurs années (30).

II. Violences sexuelles et troubles psychiatriques : le double lien

1) Retentissement des violences sexuelles sur la santé

Les violences sexuelles représentent un enjeu de santé publique majeur et ont un retentissement à la fois médical, psychologique, traumatique et médico-social sur la victime.

a) Conséquences non psychiatriques

Les conséquences les plus visibles sont souvent les troubles somatiques induits directement par l'agression avec les lésions physiques spécifiques, le risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) et le risque de développer une grossesse. Mais il a également été démontré que plus les violences sexuelles survenaient tôt dans la vie, plus les conséquences sur la santé étaient importantes et constituaient même un facteur de risque de développer de nombreuses pathologies à long terme (31) : douleurs chroniques, fibromyalgie, pathologies de l'appareil urogénital, dysfonctionnements thyroïdiens, colopathies fonctionnelles, cancers, maladies auto-immunes, neurologiques (32) ou encore des altérations épigénétiques (33) qui peuvent ainsi se transmettre à la génération suivante.

b) Conséquences psychiatriques et psycho-traumatiques

Les conséquences moins visibles, mais qui sont pourtant les plus fréquentes sont l'impact sur la santé mentale. C'est ce qu'affirment 95% des personnes ayant répondu à l'enquête « Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte » conduite en France en 2014 auprès de 1214 victimes de violences sexuelles (34).

Le Trouble Stress Post-traumatique (TSPT) représente l'une des principales séquelles psychiques puisque selon les études, 50% (35) voire 60% (34) des victimes de violences sexuelles souffriront d'un TSPT. Les psycho-traumatismes sont induits par la réaction de stress immédiate en réponse à l'agression. Il s'agit d'une réaction de stress physiologique et adaptative mais il arrive que le stress entraîne des réactions inadaptées appelées réactions de stress dépassé (36). Ces réactions sont résolutive le plus souvent mais certaines personnes peuvent présenter dans les jours ou les semaines qui suivent une symptomatologie psycho-traumatique plus ou moins intense appelée « *état de stress aigu* » selon le DSM V (37) ou « *réaction aiguë à un facteur de stress* » selon la CIM 10 (38). L'état de de stress aigu se caractérise par l'association de reviviscences, de symptômes dissociatifs, de comportements d'évitement et de symptômes anxieux persistants. Cette symptomatologie peut n'être que transitoire mais lorsqu'elle persiste plus d'un mois et entraîne un retentissement fonctionnel on parle de « *trouble stress post-traumatique* » (TSPT) selon le DSM V ou « *état de stress post-traumatique* » selon la CIM 10.

En plus du TSPT, les conséquences psychopathologiques d'un traumatisme sont multiples et les troubles comorbides sont fréquents :

- Les troubles dépressifs notamment, dont le risque majeur est le suicide : il était 7 fois plus élevé chez les victimes de viol et d'agression sexuelle qu'en population générale dans l'enquête nationale de 2015 avec 78% des victimes de violences sexuelles qui déclaraient avoir déjà eu des idées suicidaires, 48% avoir fait au moins une tentative de suicide. Les tentatives de suicide à répétition étaient fréquentes et pour certaines victimes s'élevaient à plus de 10 voire 20 (34).
- Les troubles anxieux : d'après Kessler, le trouble anxieux généralisé toucherait 15% des victimes d'un épisode traumatique ; le trouble panique : 7% des hommes et 12,6% des femmes ; la phobie simple : 30% des femmes et des hommes ; la phobie sociale environ 30% des hommes et des femmes également (39,40)
- Les conduites addictives : l'alcoolisme mais aussi la toxicomanie sont des complications fréquentes (34) avec un risque multiplié par 26 selon Kilpatrick et al. (41) qui ont mené une étude longitudinale de 2 ans sur les conséquences au long cours des violences sexuelles. Elles peuvent être interprétées comme une tentative d'anesthésie émotionnelle.
- Les troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) (42).
- Les conduites d'automutilation (43)
- Les troubles du sommeil (44)

c) Conséquences médico-sociales

L'impact de ces violences sur la qualité de vie des victimes est donc considérable, d'autant plus qu'elles font régulièrement face au déni voire à une attitude de rejet de la part de la société. C'est ce que souligne l'enquête de victimologie réalisée en 2015 avec 56% des personnes victimes de violences sexuelles qui déclarent qu'elles n'ont pu parler à personne de ce qu'elles avaient subi, souvent du fait d'un sentiment de honte ou de culpabilité ; et 1 sur 2 qui a dû interrompre ses études ou sa carrière professionnelle. Seules 31% des victimes interrogées ont porté plainte et parmi elles, 67% n'ont bénéficié d'aucune mesure de protection par la suite. 70% admettaient ne pas se sentir reconnu comme victime par la police et la justice (34). Dans ces conditions, la vulnérabilité et la solitude qui en résultent constituent un facteur de risque de subir de nouveau des violences soulignait l'OMS en 2010 (45).

2) Les violences sexuelles chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques

La fréquence d'exposition à des événements traumatiques est 2 fois plus élevée chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques qu'en population générale (46,47) et il n'est pas rare que ces personnes aient été exposées à des traumatismes répétés. En effet, certaines études font l'hypothèse étiologique que les individus ayant vécu un événement particulièrement violent comme une agression sexuelle, ont plus de risques de développer des troubles mentaux (13,48). Ladois-Do Pilar Rei a étudié cette association en 2012 (49) chez un groupe de 174 patients hospitalisés en psychiatrie et a montré que 96% des participants avaient été exposés à au moins un événement traumatisant dans leur vie, 40% d'entre eux au cours des 12 mois

précédant leur hospitalisation. 46,1% avaient été physiquement agressés, 13,5% sexuellement agressés, 17,5% avaient subi des attouchements sexuels et 8,4% une tentative d'agression sexuelle. Ces résultats concordaient avec ceux estimés dans les cohortes américaines (50).

Ainsi, certaines études évoquent une probable relation bidirectionnelle entre violences et troubles psychiques (1,51). C'est-à-dire qu'être victime de violences constitue un facteur de risque majeur de développer des troubles psychiques ; et souffrir de troubles psychiques est un facteur de risque de subir de nouvelles violences ou de re-victimation (10). C'est ce que confirme l'étude de Khalifeh et al., qui ont réalisé une revue de la littérature dont l'objectif était d'évaluer la fréquence des violences subies par les usagers des services de santé mentale. Ils ont démontré que le risque d'être victime de violences lorsqu'on est atteint de troubles mentaux est 2 à 22 fois plus élevé qu'en population générale et que le risque d'agression sexuelle chez les hommes et les femmes atteints d'une maladie mentale grave est 6 à 8 fois plus élevé qu'en population générale (1).

Nous l'avons vu, les conséquences des violences sexuelles sur la santé des victimes en population générale sont multiples et l'impact sur leur santé mentale est largement reconnu. Ces conséquences ont également été décrites chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques et s'avèrent particulièrement sévères. Comme en population générale, les agressions sexuelles et les viols augmentent significativement le risque de développer un TSPT (13) et il est établi que les antécédents psychiatriques représentent déjà un facteur de risque de développer un TSPT (52). De plus, le développement d'un TSPT chez des patients souffrant de

troubles psychiatriques peut aggraver les troubles préexistants et entraîner l'apparition de troubles comorbides comme un épisode dépressif caractérisé, un trouble de l'usage de substance (13), et majorer le risque de mort par suicide.

Enfin, cela constitue un risque d'entrave au rétablissement du patient de fait d'une résistance de certains troubles aux traitements et de l'allongement ou de la multiplication des hospitalisations en psychiatrie et en médecine générale (13).

III. Violences sexuelles au cours d'une hospitalisation en psychiatrie

1) Etat des lieux

Si la majorité des violences sexuelles surviennent en dehors d'un contexte hospitalier, plusieurs auteurs ont fait le constat que de tels évènements pouvaient également avoir lieu au cours d'un séjour dans un service de psychiatrie. Pourtant, bien que la question des violences interpersonnelles en psychiatrie soit reconnue et fréquemment documentée (1,10,13), la majorité des études portent sur les patients auteurs de violences ou sur les soignants victimes. Les patients victimes d'agressions commises par d'autres patients ou par des membres du personnel soignant sont quant à eux largement oubliés par la littérature scientifique (10). En 2017, Rei et Chraïbi ont réalisé une revue de la littérature sur les patients agressés en milieu psychiatrique dans laquelle ils retrouvaient des taux d'exposition à des violences physiques au cours de leur séjour en psychiatrie allant de 26% à 44% et des taux d'exposition aux violences sexuelles allant de 7% à 12,7% (13). Les usagers des services de psychiatrie sont donc bien aussi confrontés à des violences sexuelles au cours de leur séjour.

En France, le Docteur Charmasson alertait déjà sur ces violences en 2001 dans son rapport intitulé « La psychiatrie face à la sexualité des patients et au VIH ». Dans la littérature, les seules données chiffrées disponibles actuellement à ce sujet sont celles éditées chaque année par l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé. Leurs rapports regroupent des signalements effectués par les établissements de santé et les établissements médico-sociaux du public et du privé. Ces rapports indiquent que les services de psychiatrie sont les plus touchés par les faits de violences sexuelles. Le dernier en date - le rapport de 2020 sur les données de 2019, fait état de 4398 faits de violences signalés dont 1,8% de violences sexuelles (66 agressions sexuelles et 13 viols)(5). A ce sujet, les auteurs du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ont estimé que les taux d'agressions sexuelles au sein des établissements de santé étaient nettement sous-estimés puisque seuls les accidents signalés par une Feuille d'Evènement Indésirable (FEI) étaient comptabilisés (53). Malgré ces chiffres, la question des violences sexuelles survenant au cours d'un séjour en psychiatrie demeure taboue, faisant écho à la société civile.

Il n'existe à notre connaissance, aucune étude épidémiologique évaluant les violences sexuelles subies par les patients au cours d'une hospitalisation en psychiatrie sur le territoire français.

2) Cas clinique

En avril 2020, Mme S. et Mme H. sont toutes deux hospitalisées à la Clinique de la Pèvèle à Seclin, dans l'unité G10.

Présentation clinique de Mme S. :

Madame S. est âgée de 18 ans, elle vit chez ses parents. Elle est la benjamine d'une fratrie de deux. Elle est hospitalisée le 2 avril 2020 au G10 (en hors secteur du fait de l'absence de places sur son secteur d'origine, le G19), en soins libres pour trouble anxieux avec idées suicidaires non scénarisées.

Histoire clinique de la patiente :

Le premier contact avec la psychiatrie a lieu en octobre 2019 au Centre d'Accueil de Crise (CAC) du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Lille pour prise en charge d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Suite à cette hospitalisation, un suivi conjoint psychiatrique et psychologique est mis en place sur son secteur d'origine, le G19, et un traitement antidépresseur par ESCITALOPRAM est instauré pour traiter un épisode dépressif caractérisé. Elle est ensuite hospitalisée à trois reprises entre décembre 2019 et mars 2020 sur son secteur, dans les suites de trois nouvelles tentatives de suicide. En décembre 2019, elle évoque pour la première fois le viol dont elle a été victime à l'âge de 10 ans. Elle rapporte des épisodes de dissociation avec déréalisation et dépersonnalisation secondaires à ce viol, favorisés par les périodes d'exacerbation anxieuse. Devant ces éléments, une prise en charge spécialisée du psycho-traumatisme a été demandée.

La patiente bénéficie par ailleurs d'un suivi andrologique au CHU de Lille qui s'inscrit dans une démarche de transition de genre (Masculin vers Féminin).

Examen psychiatrique à l'entrée :

L'examen psychiatrique retrouve un fléchissement thymique lié à une majoration des ruminations anxieuses consécutives aux conflits familiaux aggravés par le contexte

du confinement. S'y associent des idées suicidaires non scénarisées. Mme S. présente également une inversion du rythme nyctéméral en lien avec les difficultés d'interactions avec ses proches, motivant un évitement des contacts la journée. La prise en charge thérapeutique initiale consiste en la majoration de son traitement anxiolytique par LORAZEPAM et en l'introduction de MIANSERINE à visée hypnotique.

Présentation clinique de Mme H. :

Mme H. est âgée de 25 ans, elle vit avec ses parents et sa sœur aînée. Elle a quitté les études supérieures il y a deux ans. Elle est actuellement sans emploi. Elle est hospitalisée le 26 mars 2020 au G10, en soins sans consentement, pour prise en charge d'un premier épisode psychotique.

Histoire clinique de la patiente :

Les parents de Mme H. rapportent une tendance au repli social évoluant depuis un an. Depuis le mois de mars 2019, elle présente également une bizarrerie de contact et tient des propos incohérents.

Le 26 mars 2020, elle se présente aux urgences de Seclin accompagnée de ses parents pour idées délirantes. Elle est hospitalisée au G10 au décours, en soins sous contrainte à la demande d'un tiers. Il s'agit du premier contact avec la psychiatrie.

Examen psychiatrique à l'entrée :

Mme H. présente une désorganisation idéo-affective, un apragmatisme et un émoussement des affects. Elle verbalise des idées délirantes de thèmes mystique et physique et de mécanismes intuitif et imaginatif avec une adhésion totale aux

éléments délirants. Son psychiatre référent introduit un traitement antipsychotique par ARIPIPRAZOLE et anxiolytique par LORAZEPAM. Lors de son hospitalisation Mme H. révèle avoir été victime d'un viol à l'âge de 18 ans pour lequel il n'y a pas eu de prise en charge médico-légale.

Description de l'incident :

Le samedi 4 avril durant la matinée, Mme S. est surprise dans sa chambre dénudée dans son lit. Mme H. se trouve dans la salle de bain en train de s'habiller. L'équipe soignante retrouve des préservatifs usagés au sol. Toutes deux sont revues par l'équipe paramédicale afin de rappeler les règles de vie du service (interdiction de toute relation sexuelle au sein de l'unité) ainsi que les conditions de distanciation sociale relatives à la pandémie en cours. Elles sont informées que l'équipe va contacter le Praticien Hospitalier (PH) d'astreinte afin de décider d'une conduite à tenir.

Sur avis du psychiatre d'astreinte, Mme S. est transférée dans l'unité voisine. L'équipe paramédicale ne rédige pas de feuille d'évènement indésirable.

Plus tard dans la journée, Mme H. vient présenter ses excuses auprès de l'équipe pour son « *comportement* », elle est inquiète pour Mme S. et « *craind d'être sanctionnée* ». L'équipe la rassure lors d'un entretien informel.

Le même jour dans la soirée, dans les suites d'un conflit au téléphone avec une amie, Mme S. présente une attaque de panique marquée par une polypnée, une tachycardie et un sentiment de mort imminente envahissant. Mme S. tente d'abord de fuguer par la fenêtre de sa chambre, qu'elle ne parvient pas à ouvrir, puis tente de mettre fin à ses jours par strangulation avec sa ceinture. L'équipe soignante tente d'apaiser la patiente au cours d'un entretien infirmier, puis contacte le psychiatre

d'astreinte qui préconise la mise en place d'une surveillance suicidaire de type 3 (surveillance renforcée, patiente à vue) et majore le traitement anxiolytique par LORAZEPAM et ajoute également de la LOXAPINE.

Mme S. sera ensuite reçue en entretien le dimanche 5 avril par le psychiatre d'astreinte. Elle abordera l'épisode anxieux et décrira son geste autolytique comme impulsif. Elle expliquera avoir présenté un syndrome dissociatif avec dépersonnalisation. Elle ne mentionnera pas la relation sexuelle avec Mme H.

Le lundi 6 avril, Mme S. est vue en entretien. L'évènement indésirable survenu le week-end avec Mme H. est abordé. La patiente nie tout rapport sexuel avec Mme H. Elle revient spontanément sur son épisode de dissociation anxieuse déclenché par des reviviscences traumatiques du viol qu'elle a subi il y a quelques années et le sentiment d'abandon dû à l'éloignement de sa famille. Elle critique son passage à l'acte auto-agressif le qualifiant d'impulsif et sans velléité létale. Elle demande sa sortie afin d'être entourée de ses proches. Elle quitte le service le jour-même, informée de la reprise du suivi ambulatoire. Son psychiatre référent est informé de la sortie de la patiente et des évènements survenus au cours de l'hospitalisation.

Mme H. est également reçue en entretien le 6 avril par son psychiatre référent. Ils abordent la relation sexuelle supposée avec Mme S. . Mme H. présente une désorganisation idéo-affective avec des propos délirants de thématique mystique. Lors de l'entretien, elle confirme qu'il y a eu un rapport sexuel, qu'elle préfère définir comme « *un câlin psychologique* », « *un doudou pour son âme* ». Elle ne rapporte pas de symptômes de la lignée anxieuse ou traumatique. Il n'y a pas de modification thérapeutique. Néanmoins, au cours de la semaine suivante, Mme H. présente une

tristesse de l'humeur manifeste, de motif indéterminé, ainsi qu'une recrudescence de la désorganisation cognitive, motivant un switch thérapeutique de l'ARIPRAZOLE vers l'OLANZAPINE. L'anxiolyse par LORAZEPAM est ponctuellement majorée. Les soins hospitaliers sont poursuivis.

Sur le plan physique, Mme S. et Mme H. ont toutes les deux été reçues le lundi 6 avril par le médecin généraliste de l'unité qui a prescrit un bilan sérologique pour chacune ainsi qu'un dosage des β HCG pour Mme H.

Réflexions cliniques :

Plusieurs éléments liés à la prise en charge de ces deux patientes nous ont interpellés :

- L'absence d'examen psychiatrique réalisé en urgence,
- L'absence d'examen médical/bilan sérologique/ traitement prophylactique des IST réalisé en urgence,
- L'absence d'information médico-légale délivrée à la patiente victime,
- La question du consentement à la fois aux soins et à l'acte sexuel,
- L'absence de FEI/ signalement au procureur/ à la famille de la patiente faite par l'équipe soignante,
- Les conflits générés par l'évènement au sein de l'équipe,
- L'absence de protocole de prise en charge standardisé disponible pour les soignants.

C'est à partir de ces réflexions que nous avons construit notre travail de thèse :
Pouvons-nous estimer la prévalence de ces violences dans les services de psychiatrie ? Comment expliquer le manque de données actuellement ? Quelles sont les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans la prise en charge des victimes ? Comment pouvons-nous améliorer nos pratiques ?

3) Objectifs de notre étude

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le nombre de cas d'agressions sexuelles et de viols survenus à l'encontre des usagers lors d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie adulte du service public du Nord et du Pas-de-Calais, au cours de l'année 2020.

Les objectifs secondaires de notre étude sont :

- Déterminer, parmi les usagers victimes de violences sexuelles au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, la proportion d'entre eux ayant bénéficié d'une prise en charge spécifique après dénonciation de ces violences (prise en charge psychiatrique, psycho-traumatique, médicale générale et médico-légale),
- Identifier les difficultés rencontrées par les soignants suite à la dénonciation de ces violences,
- Evaluer la proportion de soignants et internes ayant eu accès à une formation à la prise en charge de violences sexuelles
- Evaluer la proportion de soignants et internes ayant accès à un protocole de prise en charge des violences sexuelles constatées dans le service.

MATERIEL ET METHODES

Cette étude a pour titre : « Violences sexuelles à l'encontre des usagers hospitalisés en psychiatrie adulte : état des lieux dans le Nord et le Pas-de-Calais ». L'investigateur principal est Louise Ghestem (interne de psychiatrie) et le coordinateur scientifique est le Centre National de Ressource et Résilience (CN2R).

I. Description de l'étude

1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, observationnelle, rétrospective, bi-départementale et multicentrique. Elle a consisté en la diffusion d'un questionnaire informatisé (**Annexe 2**) dont les questions portaient sur les viols et les agressions sexuelles ayant eu lieu à l'encontre d'un(e) patient(e) pendant une hospitalisation en psychiatrie, au cours des 12 derniers mois précédents l'étude. Chaque évènement devait faire l'objet d'un seul questionnaire, chaque personne interrogée pouvant donc être amenée à remplir plusieurs questionnaires.

Le questionnaire, réalisé avec LimeSurvey®, a été adressé par courriel à l'ensemble des services de psychiatrie adulte du service public (Etablissements Publics de Santé Mentale, Centres Hospitaliers et Centre Hospitalier Universitaire), des départements du Nord et du Pas-de-Calais, via la mailing liste de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) ; ainsi qu'à l'ensemble des internes de psychiatrie dépendants de l'université de Lille, via la mailing liste de l'Association Lilloise de l'Internat et du Post-internat en Psychiatrie (ALI2P). Aucun usager n'a été sollicité directement au cours de l'étude.

La diffusion du questionnaire a débuté le 25 septembre 2020. Nous avons relancé les internes et les chefs de service par mail à deux reprises. Le questionnaire en ligne a été clôturé quatre mois après, le 31 janvier 2021.

2) Information des sujets

Les Commissions Médicales d'Etablissements des services sollicités ont été informées de l'étude avant la diffusion du questionnaire par un courrier résumant les objectifs et le protocole de l'étude (**Annexe 3**). Chaque chef de service a ensuite été joint par téléphone pour lui expliquer le contexte et le déroulement de l'étude. Les internes de psychiatrie ont été informés du protocole et des objectifs de l'étude par courriel.

Une déclaration simplifiée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été effectuée.

3) Gestion des données

Le questionnaire était anonyme et a fait l'objet d'une déclaration auprès du service de protection des données (DPO) de l'Université de Lille (récépissé de déclaration de conformité en **Annexe 4**). Aucune identité -du répondant ou d'un patient, n'a été demandée. Les données ont été recueillies grâce au questionnaire en ligne. Elles ont ensuite été exportées vers un fichier Excel.

II. Analyse statistique

Seule une analyse statistique descriptive a été réalisée. Les réponses recueillies grâce au questionnaire correspondant à des variables qualitatives ont été rentrées manuellement sous la forme de tableaux. Elles ont fait l'objet d'analyses univariées afin de les décrire en termes d'effectifs et de pourcentages. Les calculs ainsi que les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel.

RESULTATS

Le questionnaire a été rempli 71 fois entre le 25 septembre 2020 et le 31 janvier 2021. Trois questionnaires ont été exclus pour non-respect des critères d'inclusion, ou données incomplètes : un questionnaire dénonçant des violences sexuelles survenues dans un service d'addictologie, un questionnaire mentionnant des violences sexuelles dans un service de pédopsychiatrie et un questionnaire incomplet ne permettant pas l'analyse des réponses.

1) Généralités

Tableau 1 : Contexte des violences sexuelles en psychiatrie

	Soignants		Internes	
	Agression sexuelle N(%)	Viol N(%)	Agression sexuelle N(%)	Viol N(%)
Type de service				
Ouvert	2 (25%)	2 (33%)	2 (18%)	1 (25%)
Fermé	4 (50%)	0 (0%)	7 (64%)	2 (50%)
Ouvert et fermé	1 (12,5%)	4 (67%)	2 (18%)	1 (25%)
CAC	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Moment de la journée				
Jour	6 (75%)	4 (67%)	8 (77%)	0 (0%)
Nuit	2 (25%)	2 (33%)	3 (3%)	4 (100%)
Lieu ou moment de l'hospitalisation				
Dans le service ou l'établissement	7 (87,5%)	5 (83%)	11 (100%)	3 (75%)
Au cours d'un transfert	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)
Au cours d'une permission	0 (0%)	1 (17%)	0 (0%)	0 (0%)
Auteur présumé de l'agression				
Autre patient.e	6 (75%)	5 (83%)	11 (100%)	4 (100%)
Tiers extérieur au service	1 (12,5%)	1 (17%)	0 (0%)	0 (0%)
Membre du personnel	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Statut légal de la victime				
Mineur	3 (37,5%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)
Majeur sous mesure de protection judiciaire	4 (50%)	2 (33%)	5 (46%)	3 (75%)
Majeur sans mesure de protection judiciaire	1 (12,5%)	4 (67%)	4 (36%)	1 (25%)
Délai avant la découverte des faits				
< 24 heures	6 (75%)	5 (83%)	10 (91%)	3 (75%)
> 24 heures	2 (25%)	1 (17%)	1 (9%)	1 (25%)
Modalité d'hospitalisation de la victime				
Soins libres	6 (75%)	3 (50%)	7 (64%)	2 (50%)
Soins sans consentement	2 (25%)	3 (50%)	4 (36%)	2 (50%)

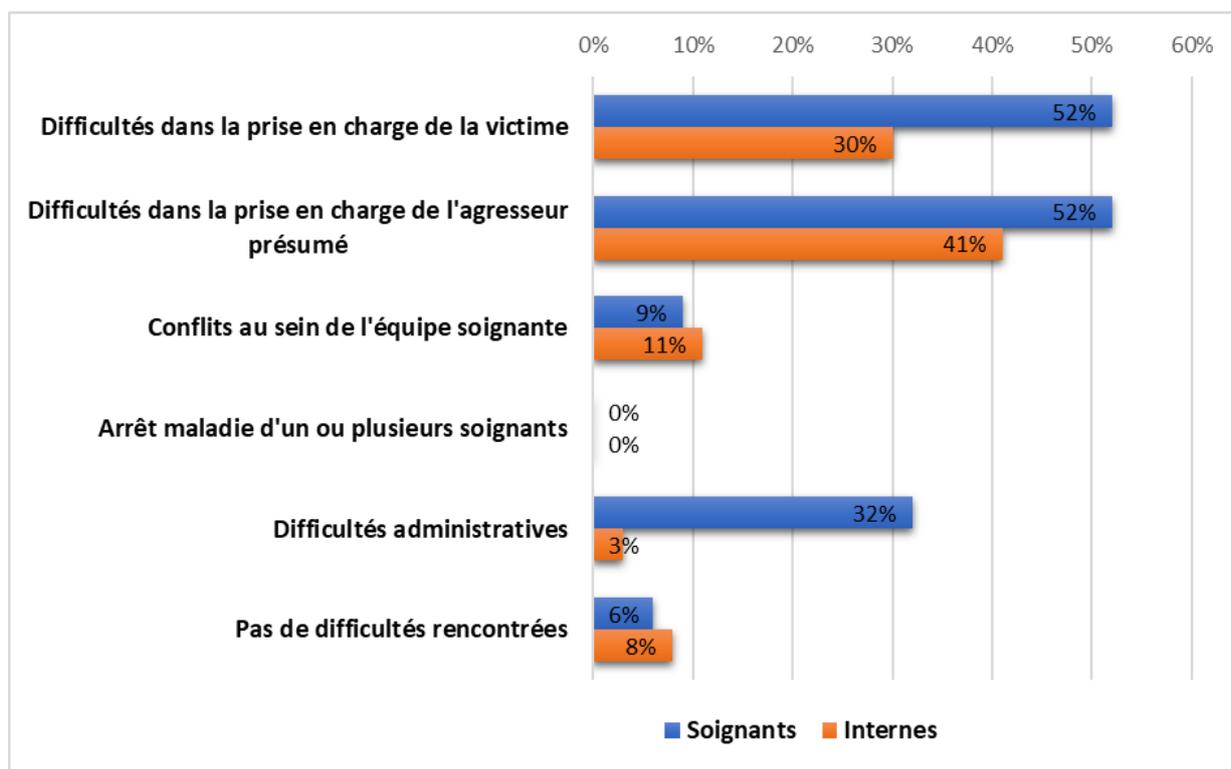
Les statistiques ont été réalisées sur les 68 questionnaires complétés par 37 internes (54,4 % de la population répondante) et 31 soignants (45,6%). La majorité des répondants travaille dans un EPSM (67% des internes et 42% des soignants) ; 29% des soignants et 11% des internes dans un centre hospitalier et 26% des soignants et 19% des internes au CHU.

Sur la période des 12 derniers mois, parmi les 31 soignants répondants, 14 (45%) déclarent des faits de violences sexuelles survenus à l'encontre d'un(e) patient(e)

hospitalisé(e) dans leur service. Parmi les 37 internes répondants, 15 (41%) déclarent des faits de violences sexuelles survenus à l'encontre d'un(e) patient(e) hospitalisé(e) dans l'un des services au sein desquels ils étaient en stage au cours de l'année précédente. Les taux de violences sexuelles « carrière entière » (c'est-à-dire au-delà des 12 derniers mois) déclarés par les soignants comme les internes sont bien plus importants puisqu'ils s'élèvent respectivement à 77% et 54%.

Concernant les difficultés rencontrées après la survenue des violences sexuelles (**Figure 2**), il s'agit majoritairement de difficultés relatives à la prise en charge de la victime (52% pour les soignants, 30% pour les internes) et à celle de l'agresseur présumé (52% pour les soignants, 41% pour les internes). Il est également à noter que les soignants rapportent plus souvent des difficultés administratives (32%) que les internes (3%).

Figure 2 : Difficultés rencontrées après la survenue des violences sexuelles



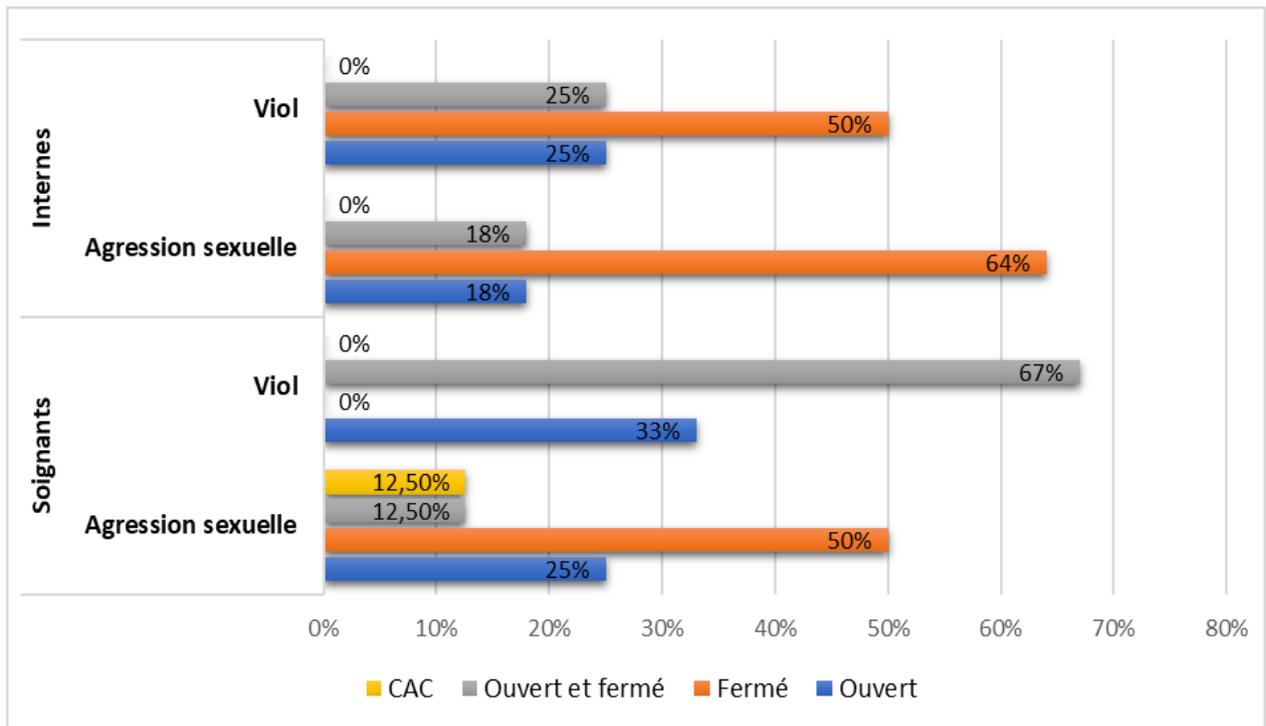
Enfin, la majorité des personnes ayant répondu au questionnaire (77% des soignants et 81% des internes) déclare ne pas avoir bénéficié de formation antérieure à la prise en charge de violences sexuelles. De même, 71% des soignants et 92% des internes déclarent qu'il n'existe actuellement aucun protocole de prise en charge des violences sexuelles au sein de l'établissement dans lequel ils travaillent.

2) Caractérisation des violences sexuelles dénoncées

a) Contexte

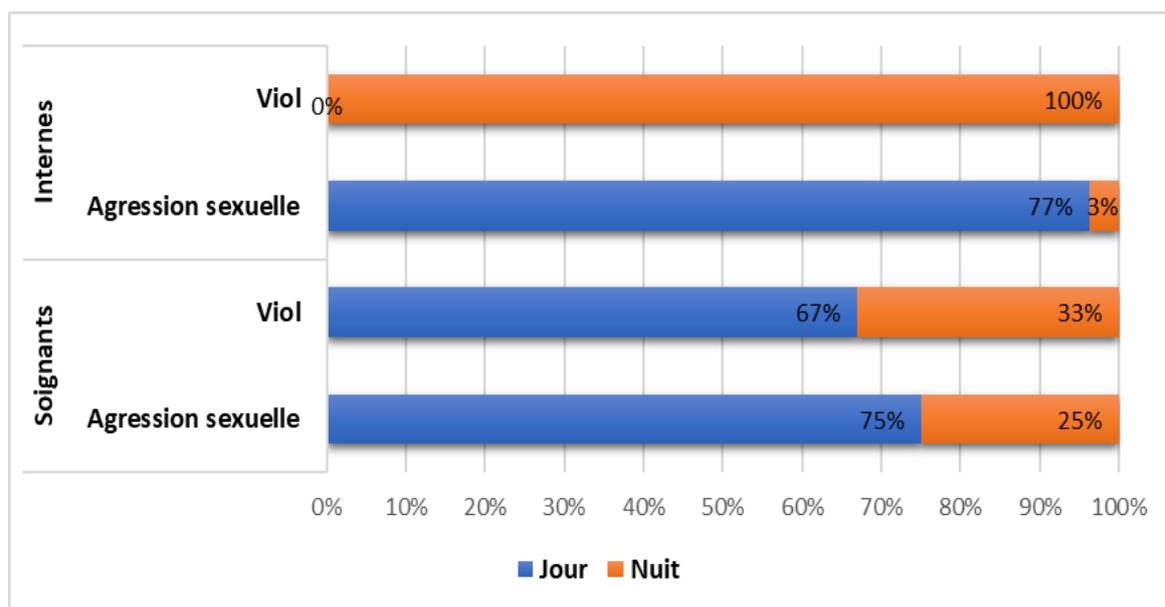
La répartition des types de service dans lesquels ont eu lieu les violences sexuelles est hétérogène. On constate cependant que la moitié des agressions sexuelles ont eu lieu dans des services fermés.

Figure 3 : Type de service concerné par les violences sexuelles



Les réponses des soignants et internes diffèrent sur le moment de la journée où ont lieu les violences sexuelles. Les soignants décrivent majoritairement des faits qui se sont déroulés la journée. En revanche les réponses des internes sont plus tranchées puisqu'ils rapportent des agressions sexuelles se produisant en très grande majorité le jour et des viols survenus uniquement durant la nuit.

Figure 4 : Moment de la journée

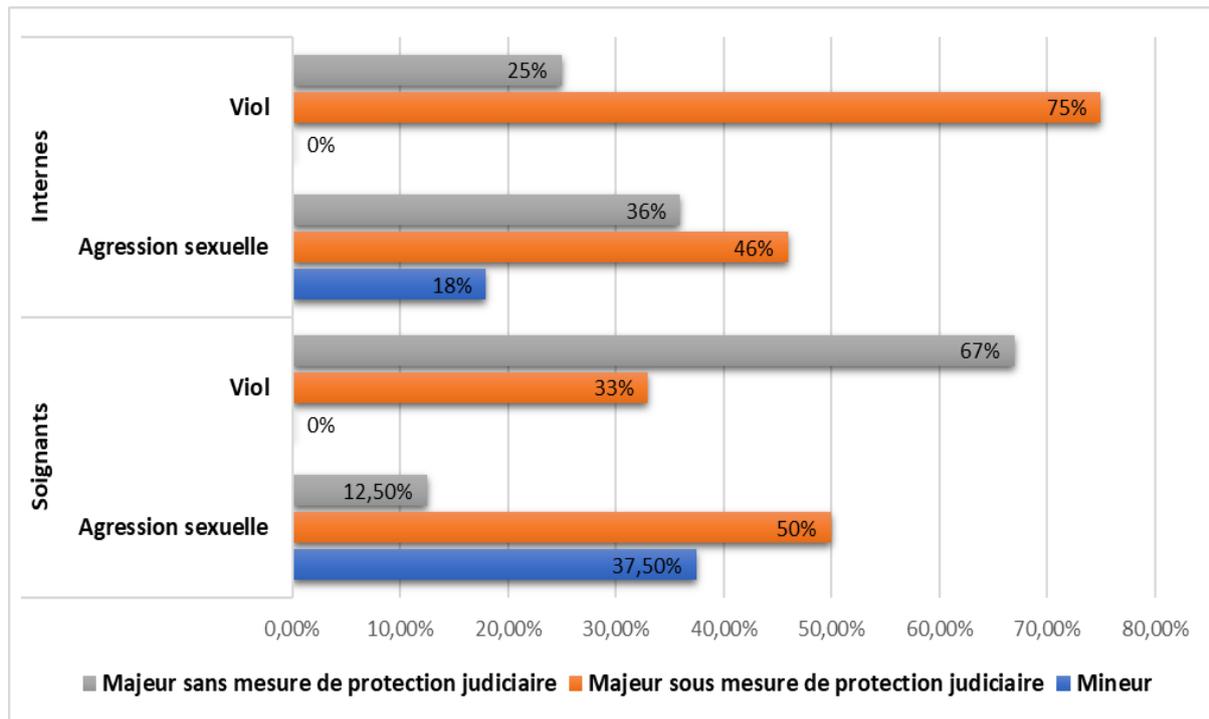


Chez les soignants comme chez les internes, les violences sexuelles rapportées se sont produites au sein de l'établissement dans 80% des cas. Nous avons relevé un cas d'agression sexuelle et un cas de viol survenus au cours d'un transfert ainsi qu'un cas de viol survenu au cours d'une permission (**Tableau 1**).

L'agresseur présumé est le plus souvent un(e) autre patient(e) : 75% des agressions sexuelles et 83% des viols déclarés par les soignants, 100% des agressions sexuelles et des viols déclarés par les internes. Les questionnaires font état d'un cas d'agression sexuelle et un cas de viol commis par un tiers extérieur ainsi qu'un cas d'agression sexuelle commise par un membre du personnel soignant (voir tableau 1).

Les victimes sont le plus souvent des personnes majeures et sous mesure de protection judiciaire (**Figure 5**). Les soignants déclarent 3 cas de violences sexuelles sur mineurs et les internes 2 cas.

Figure 5 : Statut légal des victimes de violences sexuelles



Concernant le mode d'hospitalisation des victimes, les chiffres varient en fonction du type de violences rapportées. Les victimes d'agression sexuelle sont majoritairement hospitalisées en soins libres au moment des faits (75% pour les violences dénoncées par les soignants, 64% pour les internes) ; alors que les victimes de viol sont hospitalisées en régime de soins sans consentement dans 50% des cas.

Enfin, les violences sont déclarées ou constatées par les équipes dans un délai court de moins de 24H.

b) Prise en charge de la victime

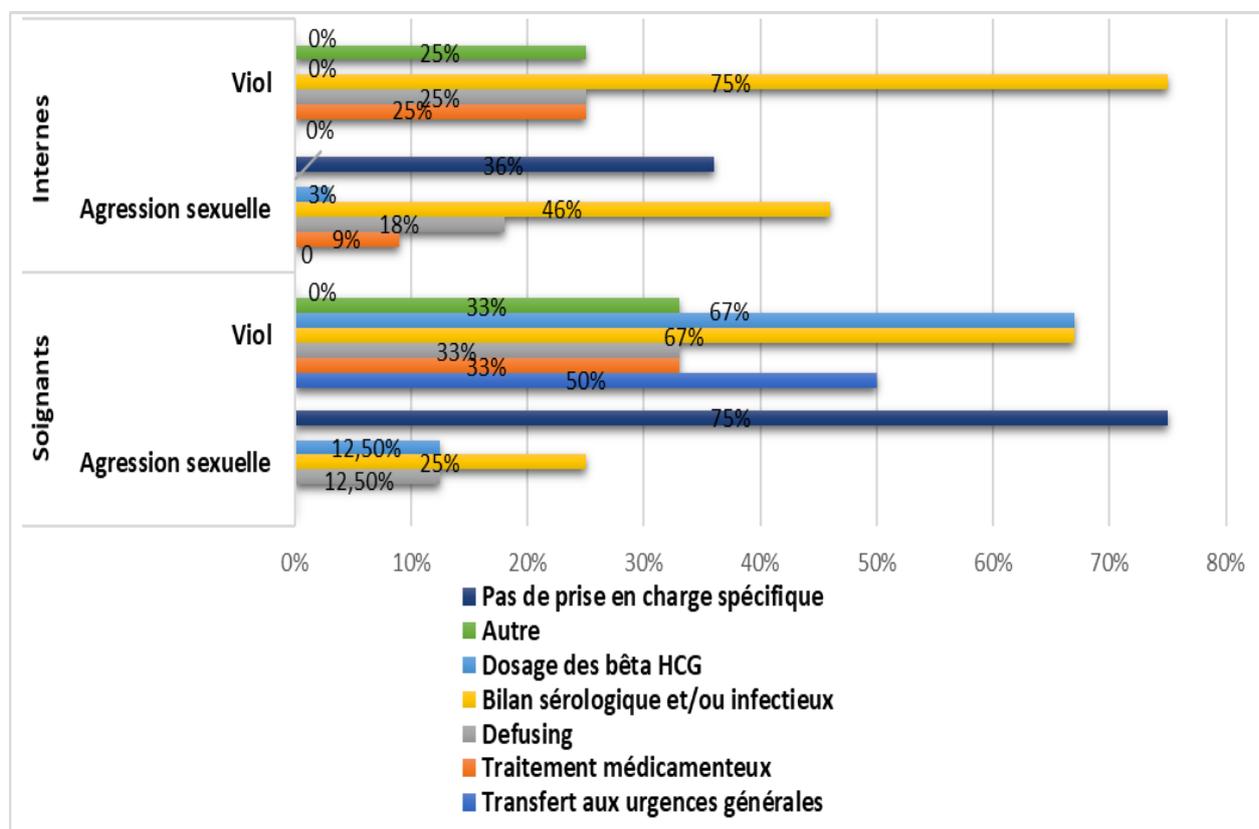
Tableau 2 : Prise en charge médico-légale des victimes de violences sexuelles

	Soignants		Internes	
	Agression sexuelle	Viol	Agression sexuelle	Viol
Délivrance d'une information médico-judiciaire à la victime				
Oui	5 (62,5%)	6 (100%)	8 (77%)	4 (100%)
Non	3 (37,5%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)
Dépôt de plainte de la victime				
Au commissariat sans accompagnement soignant	2 (25%)	1 (17%)	0 (0%)	1 (25%)
Au commissariat avec accompagnement soignant	1 (12,5%)	2 (33%)	2 (18%)	0 (0%)
Dans le service ou l'établissement	0 (0%)	1 (17%)	1 (9%)	3 (75%)
Pas de dépôt de plainte	5 (62,5%)	2 (33%)	8 (77%)	0 (0%)
Signalement des faits au procureur de la république par le service				
Oui	3 (37,5%)	2 (33%)	3 (3%)	1 (25%)
Non	5 (62,5%)	4 (67%)	8 (77%)	3 (75%)
Signalement des faits à la direction administrative via une FEI				
Oui	5 (62,5%)	5 (83%)	6 (55%)	2 (50%)
Non	3 (37,5%)	1 (17%)	5 (46%)	2 (50%)

Chez les soignants comme chez les internes, les victimes ont le plus souvent bénéficié d'un examen physique et d'un entretien psychiatrique dans les suites des violences sexuelles déclarées ou constatées. Il est à noter que deux victimes n'ont bénéficié d'aucun examen.

La prise en charge médicale diffère selon le type de violence sexuelle (**Figure 6**). En effet, les victimes de viol ont bénéficié d'un bilan sanguin (dépistage des IST et dosage des bHCG), d'un traitement préventif des IST ou autre traitement médicamenteux voire d'un transfert aux urgences dans la majorité des cas. En revanche, les victimes d'agression sexuelle n'ont le plus souvent bénéficié que d'un bilan sanguin voire d'aucune prise en charge spécifique.

Figure 6 : Prise en charge médicale spécifique des victimes de violences sexuelles



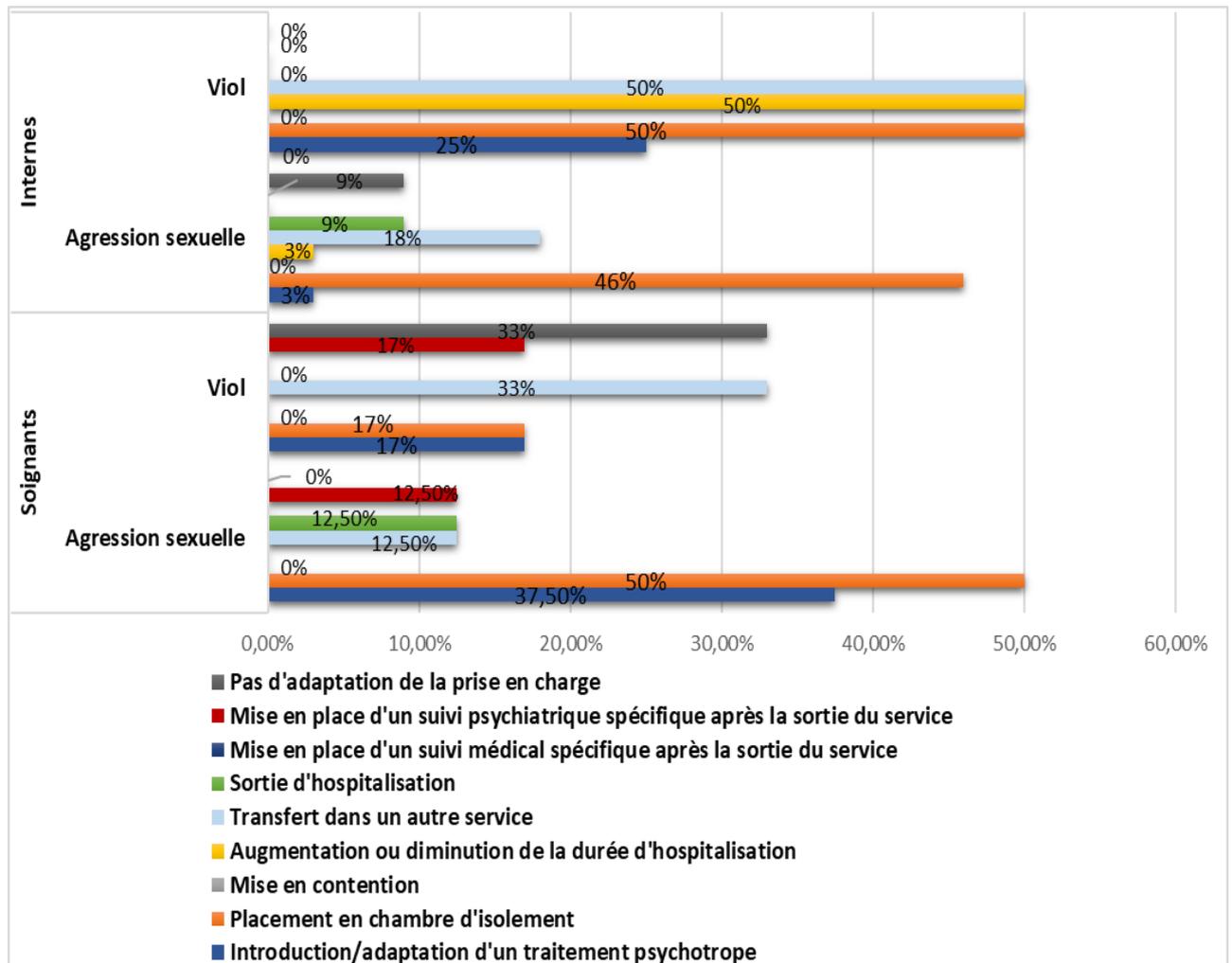
Soignants et internes ont majoritairement délivré une information médico-judiciaire aux victimes d’agression sexuelle et de viol. Seule une minorité de victimes d’agression sexuelle a déposé plainte avec ou sans l’accompagnement d’un soignant contrairement aux victimes de viol qui ont déposé plainte dans environ 70% des cas. Par ailleurs, les violences sexuelles ont fait l’objet d’un signalement au procureur de la république dans un tiers des cas chez les soignants et un quart des cas chez les internes. La rédaction d’une FEI est majoritairement réalisée chez les soignants, mais seulement dans la moitié des cas chez les internes.

c) Prise en charge de l'agresseur présumé

Lorsque l'agresseur présumé était un autre patient, un examen psychiatrique au décours de l'agression sexuelle lui a été proposé dans 50% des cas chez les soignants et 55% des cas chez les internes. En cas de viol, un entretien psychiatrique a été réalisé avec l'agresseur présumé dans 83% des cas chez les soignants et 75% des cas chez les internes. .

Les modifications de prise en charge de l'agresseur présumé consécutives à la dénonciation ou à la constatation des violences sexuelles ont principalement consisté en un placement en chambre d'isolement, en un transfert dans un autre service ou encore en l'adaptation ou l'introduction d'un traitement psychotrope. Nous pouvons souligner que certains cas d'agression sexuelle ont conduit à la sortie définitive de l'agresseur présumé. Enfin, dans 33% des cas de viols déclarés par les soignants et 9% des agressions sexuelles dénoncées par les internes, l'agresseur présumé n'a pas bénéficié de prise en charge spécifique.

Figure 7 : Adaptation de la prise en charge de l'agresseur présumé



Dans le seul cas où l'agresseur présumé était un membre du personnel soignant, il n'y a pas eu de sanction administrative suite à l'agression, au moment du remplissage du questionnaire. En ce qui concerne les faits d'agression sexuelle et de viol commis par un tiers extérieur, le questionnaire ne nous renseigne pas sur la mise en place de mesures particulières a posteriori.

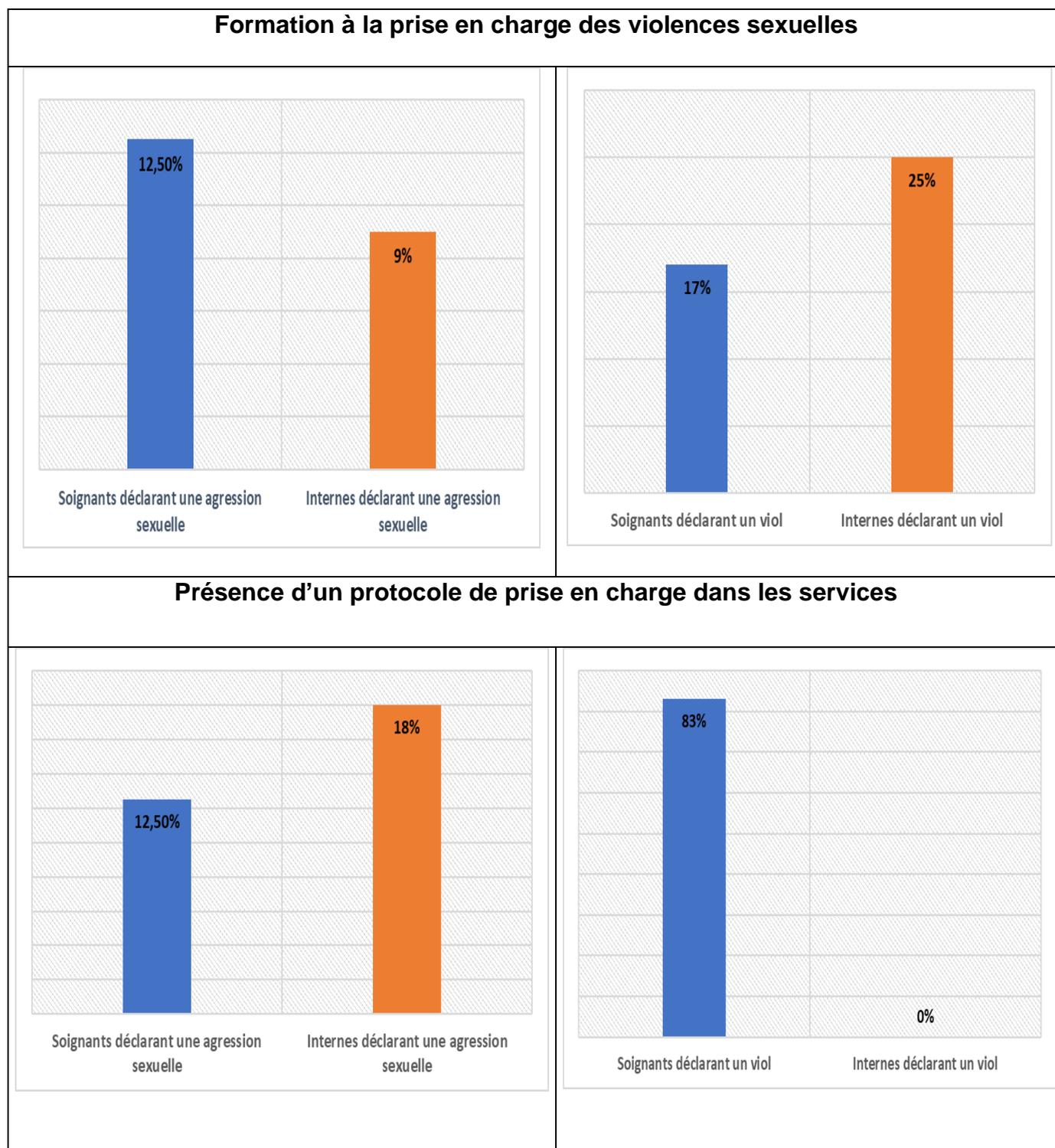
d) Formation et protocole de prise en charge des violences sexuelles

La majorité des soignants et des internes ayant participé à l'étude déclaraient ne pas avoir été formés ni avoir accès à un protocole de prise en charge spécifique.

L'analyse de leur réponse met en avant une différence en fonction du type de violence sexuelle (**Figure 8**).

De plus, 80% des soignants dénonçant des faits de viol disent avoir accès à un protocole de prise en charge, alors que la totalité des internes répondant déclarent le contraire. Lorsque la violence déclarée est une agression sexuelle, seuls 12,5% des soignants disent avoir accès à un tel protocole.

Figure 8 : Formation à la prise en charge des violences sexuelles et présence de protocole dans les services en fonction du type de violences sexuelles



DISCUSSION

I. Violences sexuelles en psychiatrie adulte : des évènements fréquents ?

1) Fréquence en France et dans la littérature internationale

a) Une sous-estimation française

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la fréquence des violences sexuelles survenant à l'encontre des patients au cours d'une hospitalisation en psychiatrie adulte dans le Nord et le Pas-de-Calais lors des 12 derniers mois. Les soignants comme les internes interrogés, déclarent chacun plus d'une quinzaine d'agressions sexuelles et de viols, soit plus d'un cas de violence sexuelle par mois. Malgré le peu d'études réalisées sur le sujet, on peut cependant constater que les chiffres retrouvés grâce à notre questionnaire sont largement supérieurs à ceux décrits dans la littérature française et internationale actuelle.

En France, les données disponibles sur ce sujet sont à rechercher dans les rapports établis par les instances du gouvernement. L'ONVS publie chaque année un rapport des évènements indésirables signalés par les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux du public et du privé, sur la base du volontariat. Le rapport de 2020 portant sur les données de 2019 (5) recense 4398 faits signalés en psychiatrie. Dans ces 4398 faits, on dénombre 28 exhibitions sexuelles, 66 agressions sexuelles et 13 viols sur l'ensemble du territoire français. En reprenant les chiffres des précédents rapports de l'ONVS (rapport 2017 sur les données de 2015 et 2016 ; rapport 2018 sur les données de 2017, rapport 2019 sur les données de 2018) (2–4) nous constatons une certaine stabilité du nombre de

violences signalées depuis 2015, notamment les faits de viols et d'exhibitions. En revanche, le taux d'agression sexuelle augmente progressivement (**Tableau 3**). Ceci nous permet de penser que les chiffres concernant l'année 2020 seront globalement similaires et donc inférieurs à ceux retrouvés par notre étude. Nous pouvons légitimement conclure qu'il y a une réelle sous-déclaration du nombre de violences sexuelles par les établissements.

Tableau 3 : Répartition du type de violences physiques recensées dans les services de psychiatrie adulte (les données relatives aux UHSA ont été incluses comme faisant partie des services de psychiatrie adulte, conformément à la méthodologie de notre étude).

	Faits de violence signalés	Viols	Agressions sexuelles	Exhibitions
Données 2015	3375	3	28	9
Données 2016	3518	3	26	20
Données 2017	4446	12	38	19
Données 2018	4283	12	52	20
Données 2019	3498	13	66	28

Plusieurs différences notables entre les chiffres de notre étude et les données de l'ONVS peuvent néanmoins être soulignées. Les chiffres de l'ONVS regroupent les signalements relatifs aux violences sexuelles à l'encontre des patients, mais également des soignants « *qui sont victimes dans plus de 8 cas sur 10* », autrement dit, ces chiffres n'illustrent environ que 20% de patients victimes. Le nombre réel de faits de violences sexuelles subies par les patients est donc inférieur aux chiffres suscités.

De plus, contrairement à notre étude, les évènements indésirables signalés par les établissements privés ont été pris en compte par l'ONVS. Enfin, ces chiffres ont été obtenus exclusivement par recueil des violences déclarées par les établissements via des FEI, alors que nos résultats montrent qu'une partie des incidents rapportés ne fait pas l'objet d'une FEI. En effet, parmi les soignants et les internes déclarant des faits de violences sexuelles, respectivement 28,6% et 46,6% n'ont pas rempli de FEI pour le signaler.

On peut donc supposer que le nombre de faits de violences sexuelles est bien supérieur à celui décrit dans les rapports annuels de l'ONVS, ce que vient largement confirmer notre étude, où les médecins séniors, les infirmiers et les internes interrogés rapportent respectivement 8 agressions sexuelles et 6 viols, et 11 agressions sexuelles et 4 viols, dans les seuls établissements publics des départements du Nord et du Pas-de-Calais. Cette sous-estimation était déjà dénoncée par un rapport publié en 2011 par l'IGAS et intitulé « Analyse d'accident en psychiatrie et propositions pour les éviter » (53). Ce rapport, qui détaille plus spécifiquement le sujet des violences sexuelles en unités de soins psychiatriques, affirme que les chiffres rapportés par l'ONVS sous-estiment la réalité. Les auteurs de ce rapport estiment de plus que le nombre réel s'avère difficile à quantifier « *surtout lorsque les victimes sont fortement perturbées ou déficientes* ».

b) Des résultats concordant avec la littérature internationale

La comparaison de nos résultats à ceux trouvés dans la littérature internationale laisse également penser que la survenue de ces violences à l'encontre des patients hospitalisés en psychiatrie est bien plus fréquente que ce qu'on pourrait

imaginer. En effet, même si là encore, peu de données sont disponibles, plusieurs études réalisées aux États-Unis et au Royaume-Uni ont néanmoins mis en avant une fréquence importante de ces événements. En 2003, Cusack et al. ont mené une étude dans un hôpital de jour en Caroline du Sud à l'aide d'un questionnaire rempli par les patients et ont mis en évidence un taux de 7% de violences sexuelles (54). Les agresseurs présumés étaient uniquement d'autres patients hospitalisés au même moment. Frueh et al. confirmaient ces résultats en 2005 (55) avec un taux de 8% d'agressions sexuelles commises par un autre patient et 3% commises par un soignant lors d'une hospitalisation en psychiatrie en Caroline du Sud. En Europe, une étude menée en Angleterre et au Pays de Galles (50) à l'aide d'un questionnaire sur les dépôts de plaintes à propos de violences sexuelles diffusé dans 25 services de psychiatrie adulte ne relevait que 8 agressions sexuelles ou viols alors que le même questionnaire adressé à 23 commissariats rapportait 32 plaintes de victimes. L'étude la plus édifiante sur le sujet reste néanmoins celle publiée en 2018 par la Commission de la Qualité des Soins en Angleterre (56). Dans cette étude, l'analyse des rapports d'incidents établis dans 54 services de psychiatrie anglais entre avril et juin 2017 a comptabilisé 919 signalements relatifs à des violences sexuelles (violences verbales, exhibitions, harcèlements sexuels, agressions sexuelles, viols, ou autres conduites sexuelles inadaptées), dont 594 ayant pour victimes des patients hospitalisés.

Il apparaît donc clairement que la fréquence des violences sexuelles subies par les patients lors d'une hospitalisation en psychiatrie n'est pas aussi rare qu'on pourrait l'imaginer. Pourtant, ce sujet comme celui de la sexualité en général, reste peu abordé au sein des services de psychiatrie. Comme le pointent Barlet et al. dans

leur revue de la littérature (57), le comportement sexuel des patients hospitalisés en psychiatrie a été largement ignoré à la fois par les politiques hospitalières et par la littérature universitaire.

Pour comprendre l'absence de visibilité sur ces taux de violences sexuelles dans l'institution psychiatrique, il faut s'interroger sur les raisons qui rendent ce sujet difficile à aborder.

Il semble que cette exclusion découle d'un climat social historique où l'activité sexuelle est taboue. Les questions entourant le consentement sexuel des patients hospitalisés, ainsi que les représentations des soignants sur les violences sexuelles participent également à une minimisation ou à une invisibilisation de cette problématique. Ce constat a été conforté par mon expérience personnelle -illustrée par la vignette clinique, et m'a amenée à me questionner sur la sexualité (consentie et non consentie) des patients hospitalisés en psychiatrie.

2) Motifs et causes de cette sous-estimation

a) La sexualité dans l'institution psychiatrique : un sujet tabou ?

Longtemps, la littérature a soutenu l'idée que les comportements sexuels des patients hospitalisés en psychiatrie ne constituaient pas un problème important (58,59). La croyance générale était que bon nombre des principales maladies mentales et leurs traitements médicamenteux contribuaient à l'altération des fonctions sexuelles des patients voire à leur asexualité. L'amélioration des connaissances médicales et le développement de thérapeutiques aux effets secondaires moins invalidants ont cependant permis une évolution de cette pensée.

Il est désormais reconnu que les personnes atteintes de troubles mentaux sont sexuellement actives. Malgré cette évolution, la sexualité des usagers des services de psychiatrie reste un sujet encore peu évoqué, que ce soit avec les patients, mais aussi au sein des institutions.

L'une des premières barrières pourrait être celle posée implicitement par nous, soignants, pour qui la sexualité est un sujet difficile à évoquer dans notre exercice professionnel. Nos pratiques sont influencées par nos représentations personnelles, nos valeurs mais aussi nos peurs (56,60,61). La réponse négative apportée aux comportements sexuels des patients reflète les représentations négatives de la sexualité dans la société actuelle. L'attitude souvent adoptée face à un sujet délicat consiste finalement en la négation de ce sujet. Ainsi, il est plus simple de passer sous silence la sexualité et de justifier ce silence par une attitude thérapeutique : une étude qualitative basée sur des entretiens avec des infirmiers travaillant en unité psychiatrique en Angleterre (62) montre que la majorité d'entre eux rejettent l'idée d'une politique permissive en ce qui concerne les relations sexuelles des patients avec pour argument principal que cela risquerait de favoriser l'abus et l'exploitation des usagers des services de psychiatrie. Autrement dit, interdire la sexualité des patients dans l'unité éviterait aux soignants d'en parler avec les patients et aux patients d'être victimes d'agression. Les raisons qui font de la sexualité un sujet tabou ne reposent cependant pas simplement sur la réticence des soignants à en parler. Bien qu'ils soient en première ligne dans le soin, ce sont les instances administratives qui définissent les règles de bonnes pratiques et éditent un règlement intérieur visant à assurer un cadre sécurisé pour les usagers.

Pourtant la place de la sexualité en psychiatrie demeure sans réponse claire et officielle de la part des instances publiques (13,56,63).

Aujourd'hui en France, il n'existe aucune politique nationale ni aucun consensus médical, quant à la place des relations sexuelles dans les unités de psychiatrie. Comme le souligne Patrick Colsy dans son mémoire de fin d'études interrogeant la place de la sexualité en psychiatrie, la plupart des unités ont une politique restrictive qui les interdit en s'appuyant sur un règlement intérieur ou une interprétation dudit règlement intérieur (64). D'autres établissements encore, comme l'EPSM Lille Métropole dans notre cas clinique, ont choisi de ne pas faire mention de la sexualité des patients dans le règlement, laissant le champ libre à l'interprétation de chacun.

Ce vide administratif confronte les professionnels à des décisions complexes et parfois paradoxales. Si notre époque est celle du droit à la sexualité, et du devoir de respecter cette liberté (65), le droit à la santé sexuelle telle que définie par l'OMS (66)— peut parfois aller à l'encontre d'une attitude thérapeutique. En effet, les personnes hospitalisées en psychiatrie - en raison de troubles de la pensée, d'altérations des perceptions, de fluctuations thymiques ou encore de l'impulsivité et de la suggestibilité, sont particulièrement à risque d'être biaisées dans la prise de décision en matière de relations sexuelles.

Ainsi, les soignants en psychiatrie - qu'ils soient médecins, infirmiers, aides-soignants, se trouvent au carrefour entre législation floue, politique d'établissement, valeurs, respect des libertés personnelles (telles que définies par l'article 8 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés

fondamentales (67)) et devoir de soigner et protéger des patients souvent vulnérables.

Ces réflexions soulèvent plusieurs questions: quel consentement sexuel peut être recevable chez les patients hospitalisés et présentant une altération de leurs fonctions mentales ? Comment peut-on et doit-on évoquer les violences sexuelles avec ces patients ?

b) Consentement sexuel des patients hospitalisés en psychiatrie

Lorsqu'un patient présente une altération de ses fonctions mentales du fait d'un trouble psychiatrique, le médecin se base sur des éléments cliniques tels que le niveau d'altération du cours de la pensée, les capacités de jugement, le caractère envahissant des troubles dans le fonctionnement quotidien, la conscience des troubles et le risque de mise en danger (du patient lui-même et d'autrui) pour argumenter la décision d'hospitaliser le patient sans son consentement. Aussi, comme le soulignent Mandarelli et al. (68), les personnes souffrant de troubles psychiatriques présentant un large éventail de troubles de la prise de décisions supposant un consentement, elles pourraient avoir de façon similaire des difficultés à consentir à l'acte sexuel.

La capacité à consentir à un acte sexuel repose sur des principes beaucoup plus larges et complexes mais surtout beaucoup plus subjectifs que ceux d'une évaluation clinique. C'est ce qu'avancent Vernet et al.(69) dans leur commentaire d'un arrêt de jurisprudence de la cour administrative d'appel de Bordeaux relatif au statut de la sexualité en hospitalisation, et les hypothèses où ce droit peut être restreint :

« l'atteinte au discernement, comme justification légitime d'une restriction ou d'une limitation de la liberté individuelle peut assez facilement d'un point de vue juridique, s'étayer d'une description sémiologique et d'une discussion psychopathologique ».

Ils précisent que *« l'évaluation de la capacité à consentir à un acte sexuel nécessite de prendre en compte à la fois l'abolition ou l'altération du discernement et ses effets sur l'autonomie de la volonté et la possibilité d'émettre un consentement libre et éclairé ; mais aussi les restrictions à la capacité juridique, soit du fait de la minorité civile, soit résultant d'une décision judiciaire établissant une incapacité plus ou moins large concernant une personne majeure ».*

Pour autant, la généralisation de ce propos reste difficile, et l'évaluation de la capacité de chacun à consentir à un acte sexuel ne peut s'établir que de manière individuelle. Si certaines pathologies psychiatriques peuvent altérer de manière évidente tout consentement sexuel (on peut par exemple penser aux syndromes catatoniques), bon nombre de patients présentant une altération du discernement relative à leur trouble psychiatrique peuvent cependant rester en pleine possession de leur capacité à entreprendre, désirer ou refuser un acte sexuel. L'enjeu principal de ce débat est avant tout d'identifier les situations où le consentement du patient n'a pas été respecté ou n'a pas pu être obtenu de manière certaine, afin de lui proposer un soutien psychologique et une prise en charge adaptée. Malgré les implications éthiques mais aussi légales que ce sujet soulève, il n'existe actuellement aucun consensus sur la définition de la capacité à consentir à une activité sexuelle. La manière la plus simple et la plus fiable reste tout simplement de poser la question directement au patient. Cependant, tout comme pour la sexualité en général, les questions relatives aux violences sexuelles subies par les patients restent peu

abordées par les soignants. A l'image de la société, elles sont encore marquées par des représentations erronées qui constituent un frein à la bonne prise en charge des patients victimes.

c) Les représentations des soignants sur les violences sexuelles

Les représentations sur les violences sexuelles sont marquées par de nombreux mythes et croyances. Ces stéréotypes ont bien souvent pour conséquence l'absence de dénonciation des faits auprès des autorités légales par les personnes agressées et de fait, l'absence de reconnaissance de leur statut de victime (70). Ils contribuent également largement aux difficultés rencontrées pour obtenir les soins adaptés (médicaux et psychologiques) suite à ces violences. Ces mythes et croyances n'épargnent malheureusement pas les professionnels de santé mentale. Dans le cadre de son travail de thèse, le Docteur Mossad a interrogé psychiatres et internes de psychiatrie du Nord et du Pas-de-Calais sur leurs représentations concernant les mythes autour du viol à l'aide du questionnaire IRMA qui est constitué de 22 énoncés représentant ces croyances (71). L'énoncé ayant obtenu le plus fort taux d'adhésion (23,2% répondants d'accord) est celui suggérant que la responsabilité de l'agresseur peut être atténuée puisqu'« *un viol survient quand un homme perd le contrôle de ses pulsions sexuelles* ». Mais l'idée selon laquelle la victime peut être en partie responsable est également répandue puisque 22,7% des répondants étaient d'accord avec l'assertion « *une femme qui drague ou embrasse un homme ne devrait pas être surprise que ce dernier imagine qu'elle veut avoir une relation sexuelle* », et 5,2% des répondants adhéraient à l'idée suivante : « *souvent, les femmes qui allèguent avoir été violées ont des problèmes psychologiques* ». C'est aussi ce que dénonce l'IGAS dans son rapport de 2011 puisque les auteurs signalent la

minimisation voire la remise en question de la véracité des violences sexuelles par le personnel soignant (53) : « *des exemples d'attitude de déni voire de maltraitance vis-à-vis des victimes au cours desquels la parole des victimes était remise en question ou ignorée* ». La banalisation des violences sexuelles est souvent liée à la croyance que l'agression a été provoquée ou « cherchée » par la victime, qui aurait pu l'éviter si elle s'était suffisamment débattue. La culpabilisation des victimes induite par ce mythe constitue une des principales barrières à l'accès aux soins psychiatriques et généraux. La remise en question de la parole des victimes est également souvent liée à une volonté des soignants d'établir « la vérité » et d'obtenir la certitude que de telles violences ont bien été perpétrées (53).

Dans son rapport de 2019 sur les faits de violences en milieu de santé survenus en 2018 (4), l'ONVS questionne la notion de matérialité des faits lors d'une agression sexuelle : « *l'absence d'éléments objectifs et probants (traces de violences sexuelles et/ou physiques sur la victime, traces sur les vêtements et sous-vêtements, prostration de la victime en raison du traumatisme subi, l'impossibilité ou la grande difficulté pour la victime de relater l'évènement avec cohérence en raison de la pathologie dont elle souffre ou d'une déficience mentale, les contradictions qui peuvent exister dans la description des faits ne permettent pas au personnel de l'établissement d'être sûr de la matérialité de l'agression sexuelle portée à sa connaissance, si l'auteur n'est pas pris sur le fait (et encore, il s'agit de savoir si la relation n'est pas consentie)* ».

En l'absence d'éléments définis comme « objectifs », il peut ainsi arriver aux soignants de remettre en cause les propos de la victime par crainte de donner du

crédit à des accusations calomnieuses. Cette nécessité de retrouver des indices physiques prouvant les faits renvoie là aussi à une croyance répandue en population générale : une agression sexuelle doit nécessairement être physiquement violente pour être reconnue comme telle. Rappelons que la contrainte telle que définie par la loi peut être physique, mais aussi morale ou économique. Les faits de violences sexuelles allégués par la victime sont également parfois disqualifiés, en raison d'un discours jugé incohérent voire délirant.

Les représentations qu'ont les soignants sur les violences sexuelles peuvent donc constituer un frein à la bonne prise en charge des victimes. Ce ne sont cependant pas les seules causes pouvant expliquer les difficultés rencontrées par les professionnels de santé mentale après la survenue de violences sexuelles au cours d'une hospitalisation. L'accompagnement des patients représente parfois un véritable défi du fait de contraintes institutionnelles de plus en plus importantes et d'un manque de formation spécifiquement dédié à la prise en charge de ces victimes.

Cette réflexion nous amène à considérer toute la difficulté et la complexité de la place du soignant dans l'institution psychiatrique.

II. Difficultés rencontrées par les soignants

1) Une prise en charge insuffisante

Dans notre étude, un tiers des internes et la moitié des soignants déclarant des faits de violences sexuelles ont rencontré des difficultés lors de la prise en charge des victimes et des agresseurs présumés lorsqu'il s'agissait d'un patient. 30% des soignants ajoutent qu'ils ont rencontré des difficultés administratives. Ces difficultés

ont parfois été à l'origine de conflits au sein de l'équipe selon 9% des soignants et 11% des internes.

Les difficultés rencontrées par les soignants ont des conséquences directes sur la prise en charge des victimes et des auteurs présumés, mises en évidence par notre questionnaire. Premièrement, notre étude a mis en avant une importante hétérogénéité des soins dont ont bénéficié les victimes, notamment en fonction du type de violences sexuelles subies. En effet, la quasi-totalité des victimes de viol a bénéficié à la fois d'un examen médical et psychiatrique, mais seulement un tiers des victimes d'agression sexuelle ont eu accès à un examen psychiatrique pour les cas rapportés par les soignants. Pour les cas d'agression sexuelle rapportés par les internes, la tendance est similaire avec 55% d'examen psychiatrique dans les 24 heures suivant l'agression. Par ailleurs, 10 % des internes rapportant une agression sexuelle et 25% des soignants ont indiqué que les victimes n'avaient eu aucun examen. De la même manière, les résultats de notre questionnaire montrent également que si les victimes de viol ont le plus souvent bénéficié d'un bilan sanguin (dépistage des IST et dosage des b-HCG), d'un traitement préventif des IST ou autre traitement médicamenteux voire d'un transfert aux urgences, les victimes d'agression sexuelle elles, ont le plus souvent bénéficié uniquement d'un bilan sanguin, voire aucune prise en charge selon 75% des soignants et 36% des internes répondant à notre questionnaire.

Deuxièmement, nous avons constaté que cette hétérogénéité de prise en charge concerne également les auteurs présumés. En effet, la quasi-totalité des auteurs présumés de viols ont bénéficié d'un examen psychiatrique alors que 25 à 45% des

auteurs présumés d'agression sexuelle n'ont eu aucun examen. La prise en charge médicale de ces patients a principalement consisté en le placement en chambre d'isolement, le transfert dans un autre service ou la sortie définitive. 33% des soignants déclarant des viols ont indiqué qu'aucune prise en charge spécifique ne leur a été proposée.

Enfin, l'information légale délivrée par les soignants aux victimes après les violences était également insuffisante. D'après notre étude, deux tiers des soignants et la totalité des internes déclarant des viols ont orienté les victimes vers le dépôt de plainte, quand seulement 37% des soignants et 25% des internes déclarant des agressions sexuelles l'ont proposé aux victimes. Sur le plan administratif, les violences n'étaient pas systématiquement déclarées au directeur de l'établissement malgré l'obligation pour tout professionnel de santé de signaler les événements graves survenant au sein de son service via les FEI (72) : 37,5% des agressions sexuelles et 17% des viols rapportés par les soignants n'ont pas fait l'objet d'une FEI, de même pour la moitié des cas de violences sexuelles rapportés par les internes.

Suite à l'audit d'un service de psychiatrie en Grande-Bretagne, Cole fait le même constat en relevant l'insuffisance de l'enregistrement des données en cas d'agressions sexuelles dans un service de psychiatrie (12). L'auteure évoque notamment le fait que le personnel est parfois réticent à s'engager dans une démarche médico-légale en raison de la méconnaissance de ce type de procédures.

Aux Etats-Unis, Barnett observe la même tendance et explique cette sous-déclaration des violences sexuelles par la crainte du personnel soignant de

déclencher des litiges au sein du service, la peur d'être blâmé en retour ou encore la croyance qu'ils ne sont pas en mesure d'évaluer la véracité des allégations d'une victime (11), quand bien même le rôle du soignant n'est pas de déterminer si un patient dit vrai ou non. Hughes et al. confirment ce propos et abordent de façon plus globale le manque de connaissances des soignants au Royaume-Uni dans l'accompagnement des victimes de violences sexuelles et notamment la méconnaissance des structures dédiées spécifiquement à ces victimes(10). Afin de mieux comprendre le vécu des professionnels de santé confronté à ce type de violences dans leur service, O'Dwyer et al. ont mené une étude qualitative basée sur des entretiens avec une quarantaine de soignants issus de 4 services de psychiatrie en Australie (9). Ils ont ainsi dégagé 3 « typologies » de professionnels :

- Les professionnels qui « *rejettent et nient* », autrement dit des soignants exprimant une crainte à interroger les victimes de violences sexuelles notamment en raison d'un manque de connaissance sur le sujet mais aussi d'idée reçues.
- Les professionnels qui « *reconnaissent mais ne se sentent pas préparés* », la majorité des participants déclarait un manque de confiance pour aborder ce sujet mais aussi et surtout un manque de formation.
- Les professionnels qui « *font preuve d'empathie envers les victimes mais se sentent désespérés* » en raison de l'attitude de certains de leur collègues (qui rejettent et nient) mais également à cause d'un manque de moyens pour prendre en charge les victimes.

Mc Lindon et al. synthétisent les constats des auteurs qui se sont penchés sur la gestion des violences sexuelles par les professionnels de santé mentale en

concluant ainsi : malgré la fréquence de ces évènements et la connaissance de l'impact sur la santé des victimes, la majorité des soignants déplorent une absence de formation à la prise en charge de ces victimes et le manque de recommandations de pratiques claires (8).

Ces résultats nous montrent donc les différents niveaux de difficultés rencontrés par le personnel médical et paramédical. Cela nous permet de prendre conscience que la méconnaissance des impératifs médicaux, psychologiques et des démarches judiciaires entravent les soins et les procédures indispensables après ces violences.

2) Un manquement éducatif et institutionnel

a) Absence de formation et de protocoles spécifiques

Au-delà de la prévalence des violences sexuelles dans les services de soins psychiatriques, les rapports publiés ces dernières années par le Ministère de la Santé (2–5,53) dénoncent l'absence de formation spécifique et de protocoles de prise en charge dont disposent les professionnels de santé mentale pour répondre et proposer des soins adaptés à ces patients. Les résultats de notre étude confirment ce postulat. En effet, la grande majorité des personnes ayant participé à notre étude, c'est-à-dire 77% des soignants et 81 % des internes, n'a reçu aucune formation relative à la prise en charge des violences sexuelles. En l'absence d'un bagage théorique, la plupart des personnels hospitaliers confrontés à ce type d'évènement se basent sur leurs expériences antérieures de violence ou s'appuient sur l'avis de collègues plus expérimentés ce qui implique que la prise en charge proposée soit aléatoire d'une situation à une autre, d'un patient à un autre. D'après les auteurs du rapport de 2019 de l'ONVS (4), si le partage d'expérience et la transmission du

savoir des plus expérimentés vers les plus jeunes sont essentiels pour acquérir la vigilance et les réflexes permettant d'éviter les actes violents ou de savoir les gérer, il est indispensable que les personnels – qu'ils soient médecins, internes, infirmiers reçoivent une formation plus aboutie sur la violence en psychiatrie .

Pourtant, à l'absence de connaissances théoriques sur la prise en charge des victimes de violences sexuelles, s'ajoute l'absence de règles de bonnes pratiques. Là aussi, les personnes répondant à notre questionnaire s'accordent à dire qu'ils sont démunis puisque 71% des soignants et 92% des internes ont déclaré de ne pas avoir accès ou connaissance de l'existence d'un protocole de prise en charge des victimes de violences sexuelles dans les services où ils travaillent. Plusieurs auteurs ont fait le même constat (6,7,10,13) et soulignent l'urgence de se réunir et réfléchir à l'élaboration de tels protocoles.

Dans ces résultats, nous notons que les internes sont plus nombreux à signaler une absence de protocole. Cette différence avec les soignants peut s'expliquer par le fait que les internes se trouvent confrontés aux violences le plus souvent lorsqu'ils sont de garde. Dans ce contexte, nous pouvons supposer que les effectifs soignants réduits (la nuit et le week-end) et l'absence de psychiatre sénior sur place entravent l'accès à des informations telles que l'existence d'un protocole dans le service. Cette disparité dans la prise en charge en fonction du moment où surviennent les violences mais aussi des intervenants soulève un autre constat : le manque de temps d'échanges entre professionnels a posteriori. Dans notre étude, la moitié seulement des situations de violences déclarées ont conduit à un débriefing avec le médecin responsable du service, deux personnes seulement ont répondu

qu'ils avaient assisté à une réunion soignant-soigné au décours de l'incident. Or, c'est en prenant le temps de se réunir entre soignants et d'explorer les différentes difficultés rencontrées lors d'un évènement indésirable, que nous pouvons tirer des conclusions nécessaires à la gestion de futurs incidents mais aussi s'accorder pour établir une conduite à tenir claire et officielle. Enfin c'est l'occasion pour chacun d'exprimer son vécu et de favoriser la cohésion d'équipe indispensable dans une discipline souvent confrontée à la violence comme la psychiatrie.

b) Le rôle de l'institution

Dans son rapport de 2011, l'IGAS (53) tente de recenser et évaluer les défaillances du dispositif hospitalier à l'origine des difficultés de prise en charge des patients victimes de violences sexuelles au cours d'une hospitalisation. Entre 1975 et 2010, le nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie est passé de 133 000 à 56 000 soit une diminution de 58%. Les plus touchés sont les centres hospitaliers spécialisés (les anciens asiles) et les hôpitaux privés de psychiatrie. La diminution du nombre de lits s'est accompagnée d'une création de structures alternatives à l'hospitalisation complète (hospitalisation de jour, hospitalisation partielle, appartements thérapeutiques) et du développement de la prise en charge ambulatoire avec les Centres Médico-Psychologiques (CMP). La mise en place de la sectorisation dans les années 1960 avait pour but initial de proposer une répartition des places d'hospitalisation correspondant au nombre d'habitant par secteur. Cependant, les inégalités se sont creusées au fil des années tant pour la démographie des habitants et des professionnels de soins que pour les moyens, les effectifs et l'activité. En effet, d'après une étude de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), un tiers des secteurs sont « très

bien dotés » avec des effectifs de 100 à 300 lits pour 100 000 habitants et des CMP nombreux et très actifs, un tiers des secteurs sont « *moyennement dotés* », souvent rattachés à des hôpitaux généraux et un dernier tiers sont « *peu dotés* » aussi bien en alternatives qu'en lits et en moyens ». (73). En 2009, le nombre moyen de lits par secteur était de 40 alors qu'il était d'environ 150 dans les années 70. Le rapport annuel de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques de 2020 qui fait un état des lieux des places d'hospitalisation confirme cette tendance en indiquant que le nombre de lits de psychiatrie continue de reculer (-0,6%) par rapport à l'année 2018.

Selon le rapport de l'IGAS, dans les secteurs les mieux pourvus, un nombre de lits conséquent permet d'isoler un secteur fermé, de séparer les malades en phase aiguë de ceux qui ont des troubles chroniques tandis que la diminution des capacités d'accueil favorise « *le mélange de sujets fragiles, parfois âgés, apaisés ou proches de la sortie avec des jeunes entrants en crise souvent violents ; des malades hospitalisés sans consentement avec des malades en hospitalisation libre* »(53). Dans les services de petite taille, la différenciation n'est pas possible, ce qui nuit à la qualité des soins et participe à la survenue de violences. D'après notre étude, un quart des soignants et un interne sur cinq déclarent des violences sexuelles survenues dans un service « non différencié ». Bien que la répartition soit hétérogène, nous avons relevé que la moitié des cas d'agressions sexuelles s'étaient produits dans des services fermés.

En parallèle de la diminution du nombre de lits en hospitalisation, le nombre des admissions a augmenté en raison d'une durée de séjour plus courte et d'une

intensification des soins. Au cours des deux dernières décennies, le nombre d'admissions en hospitalisation complète est passé de 5 à 8 pour un infirmier.

Le manque d'espace pour accueillir et soigner les patients se traduit aussi par une certaine vétusté des locaux. Malgré les plans « hôpital 2007 » et « hôpital 2012 » dont l'objectif était de moderniser le patrimoine hospitalier en psychiatrie, de nombreux chantiers ont pourtant été mis de côté en raison de l'ampleur des travaux à réaliser sur certains sites (53). Ce constat est toujours le même en 2019, puisque Martine Wonner dénonce dans son rapport de mission « flash » sur le financement de la psychiatrie, le manque d'investissement dont souffre cette discipline puisque *« les bâtiments sont souvent les derniers reconstruits dans le cadre des programmes d'investissement hospitalier [...] aujourd'hui, il persiste encore des chambres accueillant 3 patients voire plus »* (74). Or, le vieillissement des locaux peut impacter la conformité des installations, la qualité des soins mais aussi le confort des patients et favoriser un environnement insécurisant bien que le personnel soignant de ces établissements alerte depuis plusieurs années sur la dégradation de leurs conditions de travail.

A cela s'ajoute une diminution de 15% des effectifs des personnels infirmiers au cours des vingt dernières années mais le doublement du nombre d'Equivalent Temps Plein infirmiers pour 100 lits montre qu'une partie des effectifs infirmiers a été redéployée dans les CMP pour développer l'offre de soins ambulatoire. La charge de travail des infirmiers en hospitalisation a donc augmenté ce qui a pour effet une surcharge de stress, une baisse du niveau de vigilance et une diminution du temps disponible pour les malades.

Les soignants ne sont pas les seuls concernés par l'évolution à la baisse de leurs effectifs. En effet, même si la densité de psychiatres en France est considérée comme la plus élevée d'Europe avec environ 23 praticiens pour 100 000 habitants en 2018 (75), soit 7% des médecins actifs en France, ces chiffres doivent être interprétés avec précaution. En 2004, les projections réalisées par la Dress et l'Ined, - avec l'évolution du numerus clausus et en supposant les comportements des médecins constants et les décisions des pouvoirs publics inchangées, estimaient que la France métropolitaine compterait 8800 psychiatres à l'horizon 2025 (76), soit 36% de moins. Ces estimations étaient confirmées en 2017 par un rapport de l'Insee sur les déserts médicaux démontrant que le nombre de psychiatres – comme d'autres spécialistes en accès direct, diminuait depuis le début des années 2010 et que cette baisse allait se poursuivre jusqu'en 2025 environ (77). De plus, la répartition spatiale des psychiatres est inégalitaire (davantage que les autres spécialités en accès direct) puisque les 10% des communes les mieux dotées en psychiatres ont une accessibilité 20 fois supérieure à celles les moins bien dotées. Par comparaison, cette répartition serait 7 fois plus inégalitaire que pour les médecins généralistes(77).

Cette évolution est d'autant plus problématique que la psychiatrie fait actuellement face à une baisse notable d'attractivité puisqu'elle attire de moins en moins les jeunes médecins. Si depuis les 10 dernières années, 2 à 4% des postes d'internes en psychiatrie ne sont pas choisis aux Epreuves Classantes Nationales (ECN), 17% des postes n'étaient pas pourvus en 2019 et 10,2% en 2020. Afin de comprendre ce désintérêt pour la discipline, l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP) a réalisé un sondage courant 2020 auprès des étudiants en médecine de France. 66% ont répondu qu'ils ne souhaitaient pas

abandonner les soins somatiques, 50% avançaient une image dégradée de la psychiatrie avec en première ligne « *le manque de moyens* » et l'impression qu'il s'agit d'un « *secteur défavorisé* » et « *délaissé par les pouvoirs publics* » entraînant « *un isolement et une prise en charge parcellaire des patients* » (78).

Ainsi, à travers ces différents axes de réflexion, nous prenons conscience de l'intrication des différents facteurs impactant la qualité des soins en psychiatrie. Qu'ils soient architecturaux, financiers, ou encore de l'ordre des ressources humaines, tous amènent à considérer l'urgence d'une réorganisation globale des soins en santé mentale afin de favoriser l'accueil des patients et leur accompagnement dans un environnement sécurisé où le personnel aurait le temps et les moyens d'assurer un suivi adapté à chacun.

3) Une volonté d'amélioration

L'objectif secondaire de cette étude était de mettre en évidence les difficultés rencontrées notamment dans l'accompagnement et l'organisation de soins adaptés à la victime. Nous avons vu que les facteurs à l'origine et favorisant ces difficultés étaient à la fois internes et externes à l'équipe soignante confrontée à ces évènements. Cependant, la grande majorité des personnes ayant répondu à notre étude semble déplorer cette situation et souhaite changer cela. C'est ce que montre les résultats obtenus aux derniers items de notre questionnaire puisque 97% des soignants et 100% des internes ont répondu qu'ils seraient intéressés par une formation à la prise en charge des victimes des violences sexuelles. De même, 94% des soignants et 97% des internes estiment qu'il serait utile d'élaborer un protocole de prise en charge spécifique.

Ceci souligne donc une réelle volonté des professionnels de santé mentale - débutants comme confirmés, d'enrichir leurs connaissances afin d'améliorer leurs pratiques au quotidien.

Ces résultats concordent avec les différentes réactions que nous avons recueillies lors de la diffusion de notre questionnaire. Premièrement, les internes ont été très nombreux à nous faire part de leur intérêt pour le sujet mais aussi de leur souhait de connaître les résultats de l'étude. Dans ce contexte, nous avons envisagé d'organiser une rencontre avec les différentes promotions d'internes de psychiatrie de Lille afin de leur présenter notre travail mais aussi proposer un temps d'échange autour des expériences de chacun. Ce projet a d'ores et déjà été soumis à l'ALI2P qui s'est mise à disposition pour organiser l'évènement. Deuxièmement, les chefs de service de psychiatrie adulte du Nord et du Pas-de-Calais que nous avons contactés par téléphone ont été nombreux à exprimer un intérêt pour le sujet et se montrer volontaires pour diffuser le questionnaire auprès de leurs collègues. Certains ont exprimé avoir été confronté à plusieurs reprises à des violences sexuelles au sein de leur service et s'être senti démuni dans la gestion de ces évènements. Plusieurs nous ont directement remerciées voire encouragées pour ce travail qu'ils qualifiaient de « délicat », « nécessaire » et « courageux ». Enfin, nous avons recensé quelques commentaires rédigés à la fin des questionnaires, tous positifs dont voici quelques exemples :

« Le sujet est intéressant » ; « Étude très intéressante et courageuse, merci de me faire un retour » ; « Sujet éminemment intéressant et peu traité. Je serai intéressé pour recevoir votre thèse ».

III. Perspectives

Nos différents résultats ont souligné la présence incontestable dans les services d'hospitalisation en psychiatrie de faits de violences sexuelles envers les patients. Malheureusement, ces faits persistent encore à être méconnus ou méjugés par certains soignants en raison notamment d'un manque de connaissances mais aussi de disponibilité. Ces derniers se trouvent souvent en difficulté pour accueillir la parole d'une victime alléguant des violences sexuelles, voire démunis pour organiser les soins qu'elle nécessite. Nous avons vu que cela pouvait favoriser des tensions et même des conflits au sein des équipes soignantes souvent déjà fragilisées par les contraintes institutionnelles et en conséquence entraver la qualité des soins. Cependant, qu'il s'agisse d'être victime ou parfois auteur de violences, la qualité de la prise en charge est déterminante à la fois pour limiter les séquelles -physiques et psychiques, mais aussi pour le retentissement psycho-traumatique chez des patients déjà fragilisés par un trouble psychiatrique.

A la suite de cette étude et des différentes pistes de réflexions que nous avons pu définir, il nous a semblé pertinent de poursuivre en élaborant 3 axes de travail qui permettraient la mise en œuvre d'actions de prévention sur la problématique des violences sexuelles en psychiatrie.

1) Prévention primaire

Un premier axe de travail aurait pour objectif de prévenir la survenue des violences sexuelles au sein des services de santé mentale. Il reposerait sur différents points que sont : la formation des soignants, l'échange entre les soignants et les

soignés et la communication sur la santé sexuelle.

Comme l'a recommandé le Docteur Charmasson dans son rapport (Prévention des risques liés aux pratiques sexuelles pour les patients suivis en psychiatrie. Recommandations pour un programme d'actions dans les établissements de santé franciliens. Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France, 2006), les connaissances du personnel médical et paramédical sur les aspects médico-légaux et législatifs nécessitent d'être améliorées. L'un des objectifs de prévention primaire serait donc de proposer une formation initiale systématique aux internes et étudiants infirmiers dans le but de les sensibiliser à la notion de violences sexuelles, de leur donner les outils pour reconnaître et qualifier une victime de violences sexuelles d'une part et organiser les soins qu'elle nécessite d'autre part. Dans le même objectif, une formation continue spécifiquement dédiée à ce sujet pourrait aussi être proposée aux médecins et personnels soignants des services de psychiatrie.

Ces formations, en donnant des clés de langage, permettraient aux soignants de se sentir plus à l'aise pour aborder la thématique de la sexualité entre collègues mais aussi avec les patients (56). Cela faciliterait le recueil de l'anamnèse du patient en termes de violences et d'activités sexuelles à risque qui devrait être une étape systématique dans les jours qui suivent son admission. En effet, tout en laissant à la personne le temps de se sentir en confiance pour aborder son passé, le but serait d'évaluer le niveau de vulnérabilité de chacun dans un premier temps, puis d'identifier des stratégies lui permettant de se sentir et d'être en sécurité au sein du service (63) dans un second temps.

Toujours dans une perspective d'échange mais aussi de sensibilisation, nous pourrions imaginer des groupes de parole entre soignés et soignants au cours desquels les patients pourraient aborder leurs représentations subjectives de la sexualité et qui permettraient d'aborder des notions importantes comme la santé sexuelle, le consentement, la contraception (13,63,79).

Enfin, une campagne d'information sur la santé sexuelle pourrait s'organiser via des affiches, des brochures et des sites internet de référence mis à disposition pour les patients dans les services. Ceci permettrait notamment de renforcer l'idée que l'institution se sent concernée et considère comme importante la thématique de la santé sexuelle (79).

2) Prévention secondaire

Un deuxième axe de travail aurait pour objectif de limiter les séquelles physiques et psychiques chez une victime de violences sexuelles en favorisant l'accès rapide à des soins adaptés. Plusieurs auteurs se sont déjà interrogés sur la nécessité d'élaborer un ensemble de règles et conduites à tenir mais il n'existe à notre connaissance, aucun protocole disponible concernant la prise en charge de victimes hospitalisées en psychiatrie (6,10,13). Nous pouvons cependant citer Michaut et al. qui ont réfléchi à un protocole de prise en charge des victimes de violences sexuelles au cours d'une hospitalisation (36) après avoir été confronté à ce type d'évènement dans leur service à l'EPSM des Flandres. Leur réflexion s'inscrivait alors dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Le principal outil de prévention secondaire serait donc l'élaboration d'un protocole de prise en charge des patients concernés par les violences sexuelles, spécifique à la population des patients atteints de troubles psychiatriques. Il détaillerait à la fois les conditions d'accueil de la victime mais aussi les différents examens cliniques et paracliniques à organiser. La première étape, primordiale, est d'accueillir la victime dans un lieu calme et rassurant afin de réaliser un premier examen psychiatrique dont l'objectif sera de l'écouter et prendre en compte sa parole, la souffrance, la honte mais aussi la culpabilité qu'elle peut ressentir. Cela permettrait également de réaliser « un defusing » de l'évènement traumatique et de proposer une adaptation thérapeutique quand elle s'avère nécessaire (13). Ensuite, un examen médical général et gynécologique devraient être proposés à la victime puis un examen biologique avec notamment des sérologies infectieuses pour les infections sexuellement transmissibles. En effet, certains examens sont indispensables dans les premières 72 heures suivant l'agression et doivent être réalisés dans un centre spécialisé (6). Une prophylaxie médicamenteuse pour prévenir les risques de transmission du VIH devra également être envisagée en fonction des cas.

Ensuite, le protocole devrait détailler les différentes démarches administratives et judiciaires à entreprendre avec le patient notamment en ce qui concerne le dépôt de plainte et la possibilité d'être accompagné.

Si l'agresseur présumé est un patient, il faudra respecter les mêmes étapes, c'est-à-dire l'accueillir et lui donner un espace de parole. En effet, Lawn et al.(6) préconisent que l'auteur présumé de violences sexuelles bénéficie d'un entretien afin d'être informé des allégations formulées à son encontre et d'avoir la possibilité

d'expliquer sa version des faits. Il doit ensuite bénéficier des mêmes examens cliniques et biologiques. Il doit également être informé qu'il s'agit d'un délit ou d'un crime (en fonction de la nature des violences sexuelles) et que la police pourrait être impliquée.

Enfin, afin d'assurer la mise à distance et la sécurité de chacun, il faudra discuter du changement d'unité ou de service de la victime présumée ou de l'auteur présumé des violences (79). Il conviendra de discuter en équipe mais aussi avec la victime de la possibilité d'un transfert si elle souhaite une mise à distance avec l'environnement où s'est produite l'agression – notamment afin de ne pas favoriser un sentiment d'insécurité et des confrontations répétées à l'auteur, pouvant participer à une évolution vers un état de stress aigu. Cependant, celle-ci peut aussi exprimer le souhait de rester dans l'unité si elle a une bonne alliance avec l'équipe soignante par exemple et se sent davantage sécurisée ainsi. Si c'est l'auteur présumé des faits qui est transféré, il faudra que l'équipe s'assure qu'il reçoive le soutien et les soins appropriés et qu'il soit pris en charge de façon juste et impartiale par le personnel du service l'accueillant (63). Si l'auteur présumé est un membre du personnel, il faudra éviter tout contact avec la victime (63). De même si l'auteur présumé et un tiers extérieur au service, les visites et toute forme de contacts devront être suspendus.

Une fois ce protocole rédigé et validé, il serait nécessaire de le présenter puis de le diffuser à l'ensemble des services de psychiatrie adulte. Nous pouvons aussi imaginer le faire figurer dans le « guide de garde » destiné aux internes lorsqu'il existe ou encore dans le recueil des différents protocoles de prise en charge mis à disposition dans les chambres de garde.

Enfin, nous pourrions envisager l'organisation systématique d'une réunion entre professionnels de santé au décours d'un tel évènement. Ce temps d'échange permettrait à la fois d'analyser les circonstances de survenue de l'incident, sa gestion et les difficultés rencontrées mais aussi d'effectuer la déclaration aux autorités administratives en équipe et de consolider les liens : *« l'analyse des pratiques et la supervision sont des vecteurs importants pour favoriser la notion de groupe soignant et le respect des bonnes pratiques et notamment de l'éthique [...] Cela favorise un climat serein, une bonne identité groupale et par conséquent le maintien d'un savoir-faire collectif qui donne à la personne soignée des repères et une confiance nécessaire à l'alliance thérapeutique »* précise l'ONVS dans son rapport de 2019 (4).

3) Prévention tertiaire

Un troisième axe de travail aurait pour objectif de prévenir toute récurrence de victimation et éviter la constitution ou la consolidation d'un TSPT. Il s'agit finalement d'organiser le suivi pluriprofessionnel de la victime sur le long terme en favorisant des soins spécialisés tout en lui donnant les outils nécessaires à sa reconstruction. En effet, les besoins et les demandes des victimes sont multiples et inscrivent l'action de chaque professionnel de santé au sein d'un réseau partenarial, ce qui favorise une prise en charge adaptée et décloisonnée (80).

En premier lieu, il faudrait donc veiller à ne pas perdre la victime de vue après sa sortie d'hospitalisation et définir avec elle un suivi psychiatrique et/ou psychologique ambulatoire en fonction de ses besoins et de ses demandes. Il peut prendre la forme d'un suivi rapproché sur le CMP de son secteur, qui a pour avantages de regrouper différents professionnels chacun compétent pour l'accompagner (psychiatre,

psychologues, assistante sociale) mais aussi d'être en lien avec le secteur d'hospitalisation afin de coordonner les soins. Le suivi peut aussi être plus spécialisé et s'organiser dans un Centre Régional du Psycho-trauma (CRP) afin d'éviter au maximum la genèse ou la réactivation d'un TSPT et de ses comorbidités (81) comme nous l'avons vu plus haut. Il faudrait également systématiquement contacter le médecin généraliste de la victime afin qu'il soit informé sur les possibles conséquences de l'agression et qu'il puisse participer à organiser et coordonner l'ensemble des soins préventifs à venir (81). Toujours dans le but de favoriser un environnement soutenant et sécurisant autour de la victime, il serait pertinent d'informer ses proches – avec son accord, afin de leur permettre de mieux la comprendre, la soutenir mais aussi favoriser une meilleure accessibilité aux soins et éviter la revictimation (40).

Enfin, *«le soutien psychosocial est essentiel chez la plupart des patients victimes de traumatismes graves (viols, accidents, attentats, etc). L'information du patient sur son trouble et sur ses droits est essentielle, et peut être facilitée par le soutien d'associations de patients ou d'aide aux victimes »* souligne la Haute Autorité de Santé (HAS)(82). Il conviendrait donc d'adresser la victime ou au moins de lui donner les coordonnées d'associations d'aide aux victimes notamment celles spécialisées dans le domaine des violences sexuelles comme l'AIVI (Association Internationale des victimes de l'inceste)(83), la CFCV (Collectif Féministe contre le Viol)(84) ou encore l'Echappée, collectif de lutte contre les violences sexuelles lillois qui a édité un guide juridique à destination des victimes d'agressions et de violences sexuelles (85).

IV.Limites de l'étude

1) Les biais

Notre étude comporte plusieurs biais. Le premier étant un biais de sélection, en effet nous souhaitons être le plus exhaustif possible en interrogeant l'ensemble des internes de psychiatrie de Lille ainsi que l'ensemble des équipes soignantes des départements du Nord et du Pas-de-Calais. Cependant, la diffusion par email de notre questionnaire informatisé a probablement sélectionné les personnes interrogées puisque l'on peut supposer que les personnes non intéressées par cette problématique n'ont pas pris le temps de répondre à l'enquête. Nous avons probablement sélectionné des professionnels intéressés ou déjà sensibilisés au sujet de notre étude. De plus, malgré le texte introduisant notre questionnaire, nous supposons que plusieurs personnes ne se sont pas senties concernées par l'étude en raison de la formulation de la première question. En effet, 163 personnes ont ouvert le questionnaire en ligne mais seulement 68 l'ont complété. Pour limiter ce biais, nous avons effectué plusieurs relances avec informations complémentaires sur les modalités de remplissage du questionnaire auprès des internes et contacté par téléphones les chefs de service de psychiatrie adulte du Nord et du Pas-de-Calais. Il est également possible que certains professionnels n'aient pas répondu à notre étude du fait d'une crainte d'être jugé ou de ne pas être autorisé à y répondre par leur administration en raison des enjeux médico-légaux liés à ce sujet. L'anonymisation complète du questionnaire avait cependant pour but de limiter cet effet. Enfin, si la plupart des commentaires libres ont permis de recueillir des réactions positives des personnes interrogées, nous avons été confrontés à une réaction de colère de la part d'un chef de service contacté, qui a nié l'existence de tels évènements au sein des services de psychiatrie et a refusé de participer à

l'étude et de transmettre le questionnaire à ses collègues.

Le second biais est un biais de mémorisation induit par le mode de recueil rétrospectif de nos données. Bien que nous ayons limité la période de recrutement aux 12 derniers mois, il est possible que les souvenirs des personnes ayant répondu à l'enquête soient incertains entraînant une réponse incomplète voire erronée.

Enfin, il est de plus possible que le nombre réel de violences sexuelles soit sous-estimé par notre étude tout simplement parce que certains patients victimes ont pu ne jamais rapporter les faits aux équipes soignantes. L'évaluation la plus précise de la fréquence de ces événements au sein des services de psychiatrie nécessiterait d'interroger directement les usagers.

2) Les limites

Notre étude comporte plusieurs limites.

Premièrement, nous avons sollicité l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts de France, afin d'obtenir le nombre de FEI relatives à des agressions sexuelles ou viols dans les services de psychiatrie du Nord et du Pas-de-Calais au cours de l'année 2020, et de confronter ces chiffres à ceux retrouvés par notre étude. Malgré deux appels téléphoniques et trois relances par courriel, l'ARS des Hauts de France n'a pas donné suite à notre demande. Nous n'avons donc pas pu comparer nos résultats aux chiffres administratifs.

Deuxièmement, pour des raisons pratiques, nous avons choisi de limiter la diffusion de notre questionnaire aux services de psychiatrie du service public.

Néanmoins, le Nord et le Pas-de-Calais disposent de plusieurs établissements privés dédiés à l'accueil des patients souffrant de troubles psychiatriques. Nous pouvons imaginer que ces établissements sont confrontés à des difficultés similaires. L'évaluation de la fréquence des violences sexuelles au sein de ces établissements sera impérative dans le futur. De la même manière, notre étude était limitée aux services de psychiatrie adulte. Cependant, le rapport de 2011 de l'IGAS dénonçait un risque plus élevé de violences sexuelles pour les patient(e)s mineur(e)s. Il semble donc nécessaire de réaliser une étude centrée spécifiquement sur les violences sexuelles au sein des services de pédopsychiatrie.

Enfin, afin de limiter les biais de mémorisation, nous n'avons interrogé que sur les cas d'agressions sexuelles et les viols survenus au cours d'une hospitalisation. La définition des violences sexuelles est cependant beaucoup plus large et comprend également (entre autres) l'exhibition sexuelle et le harcèlement sexuel. La fréquence de ces événements reste méconnue, et son évaluation nécessiterait la mise en place d'un recueil au sein de chaque service, rempli systématiquement immédiatement après ces événements.

3) Retour critique sur le questionnaire

Dans notre étude, nous n'avons pas interrogé sur le genre des victimes de violences sexuelles. L'objectif principal était de faire un état des lieux des violences sexuelles subies par les usagers de la psychiatrie en général et montrer qu'ils étaient eux aussi victimes avant d'être agresseur. Cependant, ce type d'information aurait pu nous renseigner sur l'existence ou non d'un risque majoré d'être victime en fonction du sexe et de comparer cette information à d'autres données de la littérature.

D'autre part, nous avons choisi de questionner de façon similaire la prise en charge proposée aux victimes et celle des agresseurs présumés lorsqu'il s'agissait d'un patient. Cependant, nous avons omis la proposition « réalisation d'un bilan sanguin » pour les agresseurs présumés, induisant nous-même une différence dans les prises en charge.

4) Pistes d'amélioration

Tout d'abord, nous aurions pu communiquer davantage en amont de la diffusion du questionnaire et de façon plus ciblée notamment à l'aide d'une présentation orale lors des réunions de services des différents secteurs ou à l'occasion d'un évènement organisé par l'association des internes de psychiatrie de Lille. Ceci nous aurait permis d'interpeller les professionnels de santé sur le sujet et d'expliquer les objectifs et les modalités de l'étude. Malheureusement, les mesures restrictives liées à la crise sanitaire nous ont contraint d'annuler ce type d'intervention.

Enfin, nous pouvons imaginer la réalisation d'une étude sous forme d'une étude prospective afin de limiter les biais précédemment décrits.

CONCLUSION

En interrogeant les professionnels de santé mentale des services de psychiatrie adulte du Nord et du Pas-de-Calais ainsi que les internes de psychiatrie, nous avons pu mettre en évidence une fréquence élevée de faits de violences sexuelles à l'encontre des usagers au cours de ces 12 derniers mois. Ce résultat est nettement supérieur aux données nationales disponibles et confirme que ces évènements sont actuellement largement sous-estimés en France.

Les différentes pistes de réflexion que nous avons développées afin d'expliquer cette sous-estimation permettent également de mettre en lumière les difficultés que rencontrent les soignants lorsqu'un patient dénonce une agression sexuelle ou un viol. Ainsi, nous avons vu que la sexualité dans l'institution psychiatrique demeure un sujet tabou favorisant un manque voire une absence de communication entre les différents acteurs de l'institution et se traduisant par l'absence de directives claires de la part des instances administratives sur la gestion des évènements, le manque de formation et de protocoles de prises en charge proposés aux soignants, le manque de déclaration de ces incidents par les soignants, le manque d'échanges entre soignants autour des difficultés qu'ils rencontrent, la réticence des soignants comme des patients à aborder les violences sexuelles subies antérieurement comme au cours de leur séjour en hospitalisation.

Ces difficultés sont également favorisées et entretenues par l'évolution péjorative de l'institution psychiatrique en termes d'effectifs soignants, de places d'hospitalisation et d'espaces sécurisés.

Ces hypothèses amènent à considérer l'urgence d'élaborer des mesures de prévention afin de limiter la survenue de telles violences au cours d'une hospitalisation d'une part - et lorsqu'elles surviennent, afin d'assurer un repérage précoce, l'organisation de soins adaptés et l'accompagnement des victimes sur le long terme d'autre part, de façon à réduire la morbidité et la mortalité des troubles psychiatriques induits par ce type d'évènement. Des travaux ultérieurs devront être réalisés afin de proposer des outils spécifiques destinés à répondre à ces besoins.

ANNEXE 1

Articles de Loi

Article 222-22 Modifié par LOI n°2010-769 du 9 juillet 2010 - art. 36

Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.

Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage.

Lorsque les agressions sexuelles sont commises à l'étranger contre un mineur par un Français ou par une personne résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation au deuxième alinéa de l'article 113-6 et les dispositions de la seconde phrase de l'article 113-8 ne sont pas applicables.

Article 222-22-1 Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 2

La contrainte prévue par le premier alinéa de l'article 222-22 peut être physique ou morale.

Article 222-22-2 Créé par LOI n°2013-711 du 5 août 2013 - art. 5

Constitue également une agression sexuelle le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à subir une atteinte sexuelle de la part d'un tiers.

Article 222-23 Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 2

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 est un viol.

Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle.

Article 222-27

Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Article 222-29 Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 7

Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende lorsqu'elles sont imposées à une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse ou résultant de la précarité de sa situation économique ou sociale est apparente ou connue de son auteur.

Article 222-30-1 Créé par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 3

Le fait d'administrer à une personne, à son insu, une substance de nature à altérer son discernement ou le contrôle de ses actes afin de commettre à son égard un viol ou une agression sexuelle est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende.

Article 222-32

L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Article 222-33 Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 11 Modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 - art. 13

I. - Le harcèlement sexuel 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.

L'infraction est également constituée :

1° Lorsque ces propos ou comportements sont imposés à une même victime par plusieurs personnes, de manière concertée ou à l'instigation de l'une d'elles, alors même que chacune de ces personnes n'a pas agi de façon répétée ;

2° Lorsque ces propos ou comportements sont imposés à une même victime, successivement, par plusieurs personnes qui, même en l'absence de concertation, savent que ces propos ou comportements caractérisent une répétition.

II.- 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.

III.- Les faits mentionnés aux I et II sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.

ANNEXE 2

Questionnaire type

Violences sexuelles à l'encontre des usagers hospitalisés en psychiatrie dans le Nord et dans le Pas-De-Calais

Etes-vous interne ? Si oui, indiquez le nombre de co-interne lors des faits d'agression sexuelle constatée en commentaire

- Oui
- Non

Lieu d'exercice (pour les internes, lieu de stage où les violences sexuelles ont été constatées):

- EPSM
- CH
- CHU

Type de service (pour les internes, lieu de stage où les violences sexuelles ont été constatées) :

- Service ouvert
- Service fermé
- Service d'accueil de crise

Au cours des 12 derniers mois, des violences sexuelles subies au cours de l'hospitalisation ont-elles été dénoncées par un/une patient(e) (alléguées ou confirmées) OU constatées par l'équipe soignante ? *(Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. 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 est un viol.)*

- Oui, une agression sexuelle
- Oui, un viol
- Non

- Si oui, un questionnaire par patient(e) concerné(e).
- Si non, passer directement à la partie 6.

1. Contexte des violences sexuelles

A quel moment de la journée cette agression sexuelle a-t-elle eu lieu ?

- En journée
- La nuit

A quel moment de l'hospitalisation cette agression sexuelle a-t-elle eu lieu ?

- Au sein du service ou dans l'enceinte de l'établissement
- Au cours d'une permission
- Au cours d'un transfert

Qui était l'auteur(e) présumé(e) de cette agression sexuelle/de ce viol ?

- Un/une autre patient(e)
- Un tiers extérieur au service (membre de la famille, tiers en visite etc.)
- Un membre du personnel médical ou paramédical
- Auteur non connu ou refus d'identification par la victime
- Autre

Quel était le statut de la victime au moment des faits ?

- Mineur
- Majeur sous mesure de protection (curatelle, tutelle)
- Majeur sans mesure de protection

A quel moment cette agression sexuelle a-t-elle été rapportée par le/la patient(e) OU constatée par l'équipe ?

- Immédiatement après les faits
- Plus de 24h après les faits

Quelle était la modalité d'hospitalisation de la victime au moment des faits ?

- En soins libres
- En soins sous contraintes

2. Prise en charge de la victime

Après les faits, le/la patient(e) a-t-il/elle bénéficié d'un examen médical dans les 24h suivant la dénonciation des violences ?

- Oui, un examen physique
- Oui, un examen psychiatrique
- Oui, un examen physique et psychiatrique
- Non

Le/la patient(e) a-t-il/elle bénéficié d'une prise en charge spécifique ?

- Oui, transfert aux urgences générales
- Oui, traitement médicamenteux
- Oui, defusing (consultation spécialisée secondaire à un évènement potentiellement traumatique)
- Oui, bilan sérologique et infectieux
- Oui, dosage des Bêta-HCG
- Autre
- Non

L'agression sexuelle a-t-elle entraîné un changement dans la prise en charge hospitalière du/de le/la patient(e) victime ?

- Oui, instauration d'un traitement infectieux
- Oui, adaptation/instauration d'un traitement psychotrope
- Oui, placement en chambre d'isolement
- Oui, mise en contention
- Oui, augmentation ou diminution de la durée d'hospitalisation
- Oui, transfert dans un autre service
- Oui, sortie du service

- Oui, mise en place d'un suivi médical spécifique après la sortie (infectieux, gynécologique, chirurgical, etc)
- Oui, mise en place d'un suivi psychiatrique spécifique après la sortie (consultation spécialisée de psychotraumatisme, etc)
- Non

3. Prise en charge médico-légale

Le/la patient(e) a-t-il/elle bénéficié d'une information médico-judiciaire ?

- Oui
- Non

Y-a-t-il eu dépôt de plainte ?

- Oui, au commissariat, sans accompagnement par un soignant
- Oui, au commissariat, avec accompagnement par un soignant
- Oui, dans le service (déplacement des services de police)
- Non

Y-a-t-il eu signalement des faits au procureur de la république par le service ?

- Oui
- Non

Y-a-t-il eu signalement à la direction administrative de l'établissement par une FEI ?

- Oui
- Non

4. Prise en charge de l'agresseur(se) présumé(e)

Dans le cas où l'agresseur(se) présumé(e) était un(e) autre patient(e), la dénonciation des violences a-t-elle entraîné une modification de sa prise en charge ?

- Oui, adaptation/instauration d'un traitement psychotrope
- Oui, placement en chambre d'isolement
- Oui, mise en contention
- Oui, augmentation ou diminution de la durée d'hospitalisation
- Oui, transfert dans un autre service

- Oui, sortie du service
- Oui, mise en place d'un suivi médical spécifique après la sortie (infectieux, gynécologique, chirurgical, etc)
- Oui, mise en place d'un suivi psychiatrique spécifique après la sortie (consultation régionale spécialisée des auteurs de violence sexuelle, etc)
- Non

Dans le cas où l'agresseur(se) présumé(e) était un(e) autre patient(e), la dénonciation des violences sexuelles a-t-elle été suivie d'un examen psychiatrique dans les 24 heures suivantes ?

- Oui
- Non

Dans le cas où l'agresseur(se) présumé(e) faisait partie du personnel soignant, la dénonciation des violences a-t-elle entraîné des sanctions administratives ?

- Oui, blâme
- Oui, exclusion temporaire
- Oui, révocation
- Non, pas de sanction administrative

Dans le cas où l'agresseur(se) présumé(e) était un tiers, y-a-t-il eu interdiction des visites au sein de l'établissement pour cette personne ?

- Oui
- Non

5. Difficultés rencontrées par les soignants

La dénonciation de violences sexuelles a-t-elle mis en difficulté les soignants du service ?

- Oui, difficultés dans la prise en charge de la victime
- Oui, difficultés dans la prise en charge de l'agresseur(se) présumé(e)
- Oui, conflits au sein de l'équipe
- Oui, mise en arrêt maladie d'un ou plusieurs membres du personnel
- Non, pas de difficultés rencontrées

Y-a-t-il eu un débriefing des équipes au sein du service ?

- Oui, débriefing des équipes par médecin du service
- Oui, débriefing des équipes par intervenant extérieur
- Oui, réunion soignants-soignés
- Non

6. Protocole de prise en charge des violences sexuelles

Au cours de votre carrière/internat, avez-vous déjà été confronté à des violences sexuelles survenues au sein de votre service, dont la victime était un(e) patient(e) hospitalisé(e) ?

- Oui
- Non

Si oui, la dénonciation de ces violences par le ou la patient(e) victime a-t-elle entraîné des difficultés particulières ?

- Oui, difficultés dans la prise en charge de la victime
- Oui, difficultés dans la prise en charge de l'agresseur(se) présumé(e)
- Oui, conflits au sein de l'équipe
- Oui, mise en arrêt maladie d'un ou plusieurs membres du personnel
- Oui, difficultés administratives
- Non, pas de difficultés rencontrées

Au cours de vos études ou de votre carrière, avez-vous été formés ou sensibilisés à la prise en charge immédiate de patients victimes de violences sexuelles ?

- Oui
- Non

Si non, pensez-vous qu'une telle formation pourrait être utile ?

- Oui
- Non

Existe-t-il, dans votre établissement, un protocole de prise en charge pour les patients dénonçant des violences sexuelles survenues au cours de leur hospitalisation ?

- Oui
- Non

Si non, pensez-vous qu'un tel protocole pourrait être utile à mettre en place ?

- Oui
- Non

7. Vécu des professionnels de santé

Nous effectuons une étude qualitative en parallèle de cette étude afin d'évaluer le vécu des professionnels de santé dans la prise en charge des patients exposés à des violences sexuelles en milieu psychiatrique.

Accepteriez-vous d'y participer ?

Oui : fidjidupont@gmail.com

Non

1. Commentaires libres

ANNEXE 3

Lettre d'information pour les participants à la recherche intitulée :

« Violences sexuelles à l'encontre des usagers hospitalisés en psychiatrie dans le Nord et dans le Pas-De-Calais »

Responsables de la recherche

Louise GHESTEM, interne en psychiatrie

Université de Lille

Adresse Mail : louise.ghestem.etu@univ-lille.fr

Docteurs B. BELET et E. DEMEULEMEESTER, psychiatres

Centre Hospitalier Universitaire de Lille

Coordinateur scientifique

Centre National de Ressource et de Résilience

Centre Hospitalier Universitaire de Lille

Mail du délégué à la protection des données de l'université de Lille : dpo@univ-lille.fr

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de médecine, j'effectue une étude dont l'objectif est un recueil épidémiologique des agressions sexuelles subies par les usagers au cours d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie adulte, en secteur public, durant les 12 derniers mois, dans le Nord et dans le Pas-de-Calais, et d'identifier les difficultés auxquelles ont été confrontés les professionnels de santé suite à ces événements.

Le recueil de données s'effectue au moyen d'un questionnaire informatisé destiné aux médecins et/ou cadre de santé des services de psychiatrie adulte du Nord et du Pas-de-Calais : votre participation consiste donc à remplir le questionnaire ci-après avec les situations que vous avez rencontrées ces 12 derniers mois.

Le questionnaire est anonyme et fait l'objet d'une déclaration auprès du service de protection des données de l'Université de Lille. Le responsable du traitement des données est l'université de Lille. Le traitement est fondé sur l'article 6.1 du Règlement Général sur la Protection des Données, les bases légales sont votre consentement et l'exécution d'une mission d'intérêt public. Dans le cadre de cette étude, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats.

Ces données sont susceptibles d'être utilisées dans le cadre de l'étude et d'être traitées par le responsable scientifique ou les personnes placées sous son autorité et astreintes à une obligation de confidentialité.

Grâce à votre participation, nous pourrions proposer -dans un second temps, une formation spécifique au personnel soignant confronté à ces événements et établir un protocole régional de prise en charge psychiatrique, médical et judiciaire, afin d'améliorer l'accompagnement des usagers victimes.

Si vous rencontrez la moindre difficulté ou bien si vous avez des interrogations en lien avec ce projet nous sommes à votre disposition soit par mail soit par téléphone.

(Louise Ghestem, interne de psychiatrie: 0777761057, louise.ghestem.etu@univ-lille.fr)

Nous vous remercions d'avance pour l'intérêt que vous porterez à cette étude.

ANNEXE 4



RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données(DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Violences sexuelles dans les services de psychiatrie
Référence Registre DPO : 2020-120
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme Louise GHESTEM – Mmes les Dr B. BELET et E. DEMEULEMEESTER

Fait à Lille,

Le 2 décembre 2020

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Direction Données
personnelles et archives
42 rue Paul Duez
59000 Lille
dpo@univ-lille.fr | www.univ-lille.fr

BIBLIOGRAPHIE

1. Khalifeh H, Oram S, Osborn D, Howard LM, Johnson S. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 2 sept 2016;28(5):433-51.
2. Terrenoir V, Barat C. Rapport de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé 2017 sur les données de 2015 et 2016. Direction Générale de l'Offre de Soins - Ministère des Solidarités et de la Santé; p. 62.
3. Terrenoir V, Barat C. Rapport de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé 2018 sur les données de 2017. Direction Générale de l'Offre de Soins - Ministère des Solidarités et de la Santé; p. 83.
4. Terrenoir V, Barat C, Massabuau C. Rapport de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé 2019 sur les données de 2018. Direction Générale de l'Offre de Soins - Ministère des Solidarités et de la Santé; p. 138.
5. Terrenoir V, Barat C, Massabuau C. Rapport de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé 2020 sur les données de 2019. Direction Générale de l'Offre de Soins - Ministère des Solidarités et de la Santé; p. 155.
6. Lawn T, McDonald E. Developing a policy to deal with sexual assault on psychiatric in-patient wards. mars 2009
7. Subotsky F. Sexual abuse in psychiatric hospitals: developing policies to aid prevention. *Psychiatr bull*. mai 1993;17(5):274-6.
8. McLindon E, Harms L. Listening to mental health workers' experiences: Factors influencing their work with women who disclose sexual assault: MENTAL HEALTH WORKERS' EXPERIENCES. *International Journal of Mental Health Nursing*. févr 2011;20(1):2-11.

9. O'Dwyer C, Tarzia L, Fernbacher S, Hegarty K. Health professionals' experiences of providing care for women survivors of sexual violence in psychiatric inpatient units. *BMC Health Serv Res.* déc 2019;19(1):839.
10. Hughes E, Lucock M, Brooker C. Sexual violence and mental health services: a call to action. *Epidemiol Psychiatr Sci.* déc 2019;28(6):594-7.
11. Barnett B. Addressing Sexual Violence in Psychiatric Facilities. *PS.* 1 sept 2020;71(9):959-61.
12. Cole M. Sexual assaults in psychiatric in-patient units: the importance of a consistent approach. *Psychiatr bull.* janv 2003;27(1):25-8.
13. Ladois-Do Pilar Rei A, Chraïbi S. Patients agressés en milieu psychiatrique : revue de la littérature et implications cliniques. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* févr 2018;66(1):53-62.
14. Universalis E. CODE D'HAMMOURABI (1760 av. J.-C. env.) [Internet]. Encyclopædia Universalis. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/code-d-hammourabi-1760-av-j-c-env/>
15. Lois des Bourguignons, vulgairement nommées Loi Gombette (Traduction J.-F.-A. Peyré, Lyon 1855) [Internet]. Disponible sur: https://ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/loi_gombette.htm
16. Porteau-Bitker A. La justice laïque et le viol au Moyen Age. *Revue historique de droit français et étranger (1922-).* 1988;66(4):491-526.
17. Code pénal de 1810 (Texte intégral - État lors de sa promulgation en 1810) : Livre III - Titre Second (Articles 295 à 463) [Internet]. Disponible sur: https://ledroitcriminel.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1810/code_penal_1810_3.htm
18. Repères chronologiques - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les

hommes [Internet]. [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/reperes-chronologiques-81/>

19. Garcia-Moreno C, Guedes A, Knerr W. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; p. 12. Disponible sur:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86236/WHO_RHR_12.37_fre.pdf;jsessionid=BD9F5ECCBCD57E0FFC5651937129BB5?sequence=1

20. Article 222-22 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409030/

21. Article 222-22-1 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409058/

22. Article 222-22-2 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409255

23. Article 222-27 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417689/

24. Article 222-29 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289608/

25. Article 222-23 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409305/

26. Article 222-24 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409300

27. Saurel-Cubizolles M-J. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000. :2.

28. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. Paris: Ministère De l'Intérieur; 2019 déc

p. 123. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS>

29. Debauche A, Lebugle A, Lejbowiez T, Mazuy M, Charruault M, Dupuis J, et al. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Institut National d'Etudes Démographiques; 2017 janv p. 67. Report No.: 229.

30. Bajos N, Bozon M. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. :4.

31. Felitti VJ, Anda RF. Chapitre 8: Childhood trauma leading to adult healthcare issues. In: The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2010

32. Neuroanatomical Correlates of Childhood Sexual Abuse: Identifying Biological Substrates for Environmental Effects on Clinical Phenotypes | American Journal of Psychiatry

33. Perroud N, Paoloni-Giacobino A, Prada P, Olié E, Salzmann A, Nicastro R, et al. Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Transl Psychiatry*. 13 déc 2011;1:e59.

34. Salmona L. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Association Mémoire Traumatisée et Victimologie; 2015 mars p. 13.

35. Creamer M, Burgess P, Mcfarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med*. oct 2001;31(7):1237-47.

36. Michaut C, Durand J-P, Dupriez T, Dujardin V. Agressions sexuelles en milieu hospitalier. Proposition d'un protocole de prise en charge des victimes. 2004;43:10.

37. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.

38. Organization WH. CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 1994. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43316>

39. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 5:4-12; discussion 13-14.

40. Pauline B. Repérage et accompagnement des victimes de violences sexuelles : La place du psychiatre traitant. [Angers]: Université d'Angers; 2018.

41. Kilpatrick DG, Acierno R, Resnick HS, Saunders BE, Best CL. A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1997;65(5):834-47.

42. Cécile B. Abus sexuels dans l'enfance et boulimie. *Perspectives psy*. févr 2001;(Vol. 40-N° 1):65-9.

43. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *AJP*. sept 1995;152(9):1336-42.

44. Thurston RC, Chang Y, Matthews KA, von Känel R, Koenen K. Association of Sexual Harassment and Sexual Assault With Midlife Women's Mental and Physical Health. *JAMA Intern Med*. 1 janv 2019;179(1):48-53.

45. Mikton C. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. *Injury Prevention*. 1 oct 2010;16(5):359-60.

46. Kessler RC. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1 déc 1995;52(12):1048.

47. Spitzer C, Barnow S, Völzke H, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Physical Illness: Findings from the General Population. *Psychosomatic Medicine*. nov 2009;71(9):1012-7.
48. Mueser KT, Rosenberg SD, Fox L, Salyers MP, Ford JD, Carty P. Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness. *Psychological Assessment*. mars 2001;13(1):110-7.
49. Ladois-Do Pilar Rei A. Réactions péritraumatiques et symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT) après une admission en psychiatrie[phd]. Université de Toulouse, Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2012.
50. Foley M, Cummins I. Reporting sexual violence on mental health wards. *JAP*. 9 avr 2018;20(2):93-100.
51. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. Tsai AC, éditeur. *PLoS Med*. 7 mai 2013;10(5):e1001439.
52. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(5):748-66.
53. Lalande F, Lepine C. Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter. France: Inspection Générale des Affaires Sociales; 2011 mai p. 200. Report No.: RM2011-071P.
54. Cusack KJ, Frueh BC, Hiers T, Suffoletta-Maierle S, Bennett S. Trauma Within the Psychiatric Setting: A Preliminary Empirical Report. *Administration and Policy in Mental Health*. :8.

55. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Special Section on Seclusion and Restraint: Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *PS*. sept 2005;56(9):1123-33.
56. Care Quality Commission. Sexual Safety on mental health wards Care Quality Commission; 2018 sept p. 32.
57. Bartlett P, Mantovani N, Cratsley K, Dillon C, Eastman N. 'You May Kiss the Bride, But You May Not Open Your Mouth When You Do So': Policies Concerning Sex, Marriage and Relationships in English Forensic Psychiatric Facilities. *Liverpool Law Rev*. août 2010;31(2):155-76.
58. Buckley PF, Robben T. A Content Analysis of State Hospital Policies on Sex Between Inpatients. *PS*. févr 2000;51(2):243-5.
59. McCann E. The expression of sexuality in people with psychosis: breaking the taboos. *J Adv Nurs*. juill 2000;32(1):132-8.
60. Rose D, Trevillion K, Woodall A, Morgan C, Feder G, Howard L. Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *Br J Psychiatry*. mars 2011;198(3):189-94.
61. Nyame S, Howard LM, Feder G, Trevillion K. A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence. *Journal of Mental Health*. déc 2013;22(6):536-43.
62. Ruane J, Hayter M. Nurses' attitudes towards sexual relationships between patients in high security psychiatric hospitals in England: An exploratory qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. déc 2008;45(12):1731-41.
63. Department of Health. Promoting sexual safety, responding to sexual activity, and managing allegations of sexual assault in adult acute inpatient units: Chief Psychiatrist's guideline. State of Victoria Melbourne: Department of health; 2009 oct.

64. Colsy P. « La sexualité en psychiatrie » Entre devoir de protection et respect des libertés individuelles. Institut de Formation aux Soins Infirmiers: CHU SUD; 2016 p. 88.
65. Giami A. Sexuality, health and human rights: The invention of sexual rights. *Sexologies*. juill 2015;24(3):e45-53.
66. Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S). Définition de la Santé Sexuelle [Internet]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
67. Cour Européenne des Droits de l'Homme. Convention Européenne des Droits de l'Homme [Internet]. Disponible sur: https://www.echr.coe.int/documents/convention_fra.pdf
68. Mandarelli G, Zangaro S, Raja M, Azzoni A, Tatarelli R, Ferracuti S. Competence to Consent to Sexual Activity in Bipolar Disorder and Schizophrenic Spectrum Disorders. *Arch Sex Behav*. avr 2012;41(2):507-15.
69. Vernet A, Hénin M, Alexandre C, Agboli K, Godet T, Fauville B, et al. Les relations sexuelles en service de psychiatrie. *L'information psychiatrique*. 2014;90(7):525.
70. Salmona L. Les français(es) et les représentations sur le viol et les violences sexuelles. Association Mémoire Traumatique et Victimologie; 2019 p. 20.
71. Mossad A. Mythes autour du viol: Quelles sont nos représentations? Université de Lille; 2018.
72. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Décret n°2016-1606 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves [Internet]. *Journal Officiel de la République Française* nov 27, 2016 p. 3. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir152/01-decret-jo-eigs-2016-11->

25_2.pdf

73. Coldefy M, Fur PL, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérales d'Île-de-France. :182.
74. Wonner M. Mission « flash » sur le financement de la psychiatrie [Internet]. 2019 févr 6. Disponible sur: <http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2019/02/Communication-mission-flash-financement-de-la-psychiatrie-finale-modifi%C3%A9e.pdf>
75. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Rapport open data de la Dress [Internet]. Disponible sur: <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/accueil/>
76. Bessière S, Breuil-Genier P, Darriné S. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections. nov 2004;(353):12.
77. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux: comment les définir? Comment les mesurer ? mai 2017;(17):63.
78. AFFEP. Sondage « Attractivité de la Psychiatrie » pour les étudiants de 2ème cycle. Assemblée Générale du Collège National des Universitaires de Psychiatrie; 2020 juin 19.
79. Luby R. Supporting patients who make disclosures of sexual violence on inpatient wards A practical guide for mental health professionals Contents page. 2020.
80. Je suis professionnel | Arrêtons les violences [Internet]. Arrêtons les violences. [cité 21 août 2021]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel>
81. Vanlaere M. En quoi la connaissance de la dissociation péritraumatique

permet une amélioration dans la prise en charge globale des victimes de violences sexuelles? Université de Lille; 2020.

82. Haute Autorité de Santé. Guide affections psychiatriques de longue durée: Troubles anxieux graves [Internet]. 2017 juin .p. 36. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf

83. AIVI. Association Internationale des Victimes de l'Inceste [Internet]. Disponible sur: <https://www.helloasso.com/associations/aivi-association-internationale-des-victimes-de-l-inceste>

84. CFCV. Collectif Féministe Contre le Viol [Internet]. Disponible sur: <https://cfcv.asso.fr/>

85. L'échappée. Que faire après un viol ou une agression sexuelle? Guide juridique des droits et démarches possibles dans les situations de violences sexuelles. 2018.

AUTEUR : Nom : GHESTEM

Prénom : Louise

Date de soutenance : 12 octobre 2021

Titre de la thèse : Violences sexuelles à l'encontre des usagers hospitalisés en psychiatrie : état des lieux dans le Nord et le Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Violences sexuelles, usagers de la psychiatrie adulte, difficultés des soignants, formation des soignants, protocole de prise en charge

Résumé :

Contexte : Les violences sexuelles sont un véritable enjeu de santé publique en raison de leurs conséquences graves sur la santé mentale des victimes. Les usagers des services de psychiatrie adulte présentent un surrisque d'être victime de ce type de violences par rapport à la population générale. Il apparaît de plus que la survenue de violences sexuelles au cours d'une hospitalisation en psychiatrie n'est pas rare. Pourtant, la fréquence de ces événements mais aussi les difficultés rencontrées par les soignants lors de la prise en charge de ces victimes sont peu explorées dans la littérature.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive rétrospective bi-départementale et multicentrique. Nous avons diffusé un questionnaire informatisé par courriel à l'ensemble des internes de psychiatrie de Lille ainsi qu'à tous les services de psychiatrie adulte du Nord et du Pas-de-Calais. L'objectif principal était d'évaluer la fréquence des agressions sexuelles et viols, à l'encontre des usagers, survenus au cours d'une hospitalisation au cours des 12 derniers mois.

Résultats : 45% des soignants et 44% des internes ayant participé à l'étude rapportaient des faits de violences sexuelles survenues dans leur service. Le taux de violences sexuelles carrière entière s'élevait à 77% et 44% respectivement. Les principales difficultés rencontrées concernaient celles liées à la prise en charge de la victime (52% des soignants et 30% des internes), la prise en charge de l'agresseur présumé (52% des soignants et 41% des internes) et les difficultés administratives (32% des soignants). Enfin, 77% des soignants et 81% des internes déclaraient ne pas avoir bénéficié de formation antérieure à ce type de prise en charge de même que 71% des soignants et 92% des internes ont répondu de ne pas avoir eu accès à un protocole de prise en charge spécifique.

Conclusion : L'élaboration d'outils spécifiques est nécessaire pour sensibiliser les professionnels de santé mentale à la thématique des violences sexuelles et améliorer l'accueil et les soins dispensés aux victimes.

Composition du Jury :

Président : Professeur Pierre THOMAS

**Assesseurs : Professeur Guillaume VAIVA, Docteur Frédérique WAREMBOURG,
Docteur Bettina BELET**

Directeur de thèse : Docteur Bettina BELET