



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Vécu des professionnels de santé lors de la prise en charge des  
violences sexuelles à l'encontre des usagers hospitalisés en  
psychiatrie : Etude qualitative dans le Nord et le Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 21/09/22 à 17h  
au Pôle Formation  
par **Fidji DUPONT**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseur :**

**Madame le Docteur Bettina BELET**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Estelle DEMEULEMEESTER**

---

## **Avertissement**

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



## Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VS : Violence Sexuelle

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

VIRAGE : Violences et Rapports de Genre

CVS : Cadre de Vie et Sécurité

CSF : Contexte de la Sexualité en France

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

IVSE : Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'Age Adulte

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

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

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies 10e édition

IDE : Diplôme d'Etat d'Infirmier

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

F2RSMPsy : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale

CN2R : Centre National de Ressource et Résilience

TPA : Trouble de la Personnalité Antisociale

SPDRE : Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat

UMD : Unité pour Malades Difficiles

# TABLE DES MATIERES

RESUME.....	8
INTRODUCTION.....	10
I. VIOLENCES SEXUELLES ET SANTE MENTALE .....	10
1. DEFINITIONS ET LEGISLATIONS .....	10
a. Définition de la violence sexuelle.....	10
b. Cadre législatif des violences sexuelles.....	12
2. ETAT DES LIEUX EN CHIFFRES.....	17
a. En population générale .....	17
b. En psychiatrie .....	21
3. IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES SUR LA SANTE MENTALE .....	23
II. EVOLUTION DES SOINS EN SANTE MENTALE.....	27
1. HISTORIQUE DES SOINS SOUS CONTRAINTE .....	27
2. DROITS DES USAGERS DES SERVICES DE PSYCHIATRIE.....	28
3. ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES .....	30
a. Notion de sectorisation psychiatrique .....	30
b. Formation des professionnels en santé mentale .....	31
MATERIELS ET METHODES .....	33
I. OBJECTIFS .....	33
II. METHODOLOGIE QUALITATIVE.....	33
III. TYPE D'ETUDE .....	34
IV. POPULATION ETUDIEE.....	34
V. RECUEIL DES DONNEES .....	36

<b>VI. ANALYSE DES DONNEES</b> .....	<b>37</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>39</b>
<b>I. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS</b> .....	<b>39</b>
<b>II. ANALYSE DES VERBATIMS</b> .....	<b>40</b>
<b>1. Les rôles des soignants, la pluridisciplinarité et l’alliance thérapeutique</b> .....	<b>40</b>
a. Les missions des soignants .....	40
b. Les compétences et les valeurs des soignants .....	40
c. Le travail d’équipe à l’épreuve de la pluridisciplinarité.....	41
<b>2. Les enjeux de la définition de l’agression sexuelle</b> .....	<b>43</b>
a. La violence sexuelle, une forme de violence comme les autres .....	43
b. Des difficultés de reconnaissance de l’agression sexuelle sur le terrain.....	43
<b>3. La réaction des soignants face à la violence sexuelle</b> .....	<b>44</b>
a. Le mode de révélation des violence sexuelles .....	44
b. La réponse émotionnelle des soignants face à la révélation .....	45
c. Mythes et fausses représentations autour des violences sexuelles.....	49
<b>4. Le regard des soignants sur l’hôpital</b> .....	<b>51</b>
a. L’hôpital comme un lieu de vie clos.....	51
b. L’hôpital comme un lieu de droit .....	52
c. L’hôpital comme une machine institutionnelle .....	53
d. L’hôpital comme un espace secret.....	54
<b>5. Les conséquences des violences sexuelles sur les soins psychiatriques</b> .....	<b>57</b>
a. Sur la prise en charge des patients.....	57
b. Sur la prise en charge des témoins.....	59
c. Sur l’organisation du service .....	59
<b>6. La relation entre l’auteur et la victime et le lien avec la pathologie mentale</b> .....	<b>61</b>
a. Qui sont les auteurs de violences sexuelles ?.....	61
b. Les violences sexuelles : une fatalité en psychiatrie ? .....	62
c. Qui sont les victimes de violences sexuelles ?.....	62
d. Relation entre l’auteur et la victime .....	64
<b>7. La relation entre la justice et la psychiatrie</b> .....	<b>65</b>
a. Le problème de l’accueil de la victime par la police.....	65
b. Le rôle de la justice de rétablir la vérité .....	66
c. Un conflit perpétuel entre la justice et la psychiatrie.....	67
<b>8. Une réflexion autour des pratiques des soignants</b> .....	<b>68</b>
<b>9. Les stratégies de prévention : une prévention tertiaire plutôt que primaire</b> .....	<b>71</b>
a. Comment prévient-on les violences sexuelles à l’hôpital ?.....	71
b. Comment prévient-on la souffrance des soignants ?.....	74

<b>10. La question de la formation et du protocole.....</b>	<b>75</b>
a. La vision des soignants du protocole .....	75
b. La vision des soignants des formations sur les violences sexuelles.....	78
<b>III. ANALYSE DE PRATIQUE .....</b>	<b>81</b>
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>84</b>
<b>I. RESUME DES RESULTATS PRINCIPAUX.....</b>	<b>84</b>
<b>II. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE .....</b>	<b>97</b>
<b>III. PERSPECTIVES .....</b>	<b>99</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>100</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>102</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>114</b>
<b>Annexe 1 : Critères COREQ.....</b>	<b>114</b>
<b>Annexe 2 : Lettre d'information.....</b>	<b>118</b>
<b>Annexe 3 : Guide d'entretien .....</b>	<b>120</b>
<b>Annexe 4 : Consentement écrit et accès verbatim.....</b>	<b>121</b>
<b>Annexe 5 : Fiche de recueil d'informations .....</b>	<b>122</b>

## Résumé

**Introduction :** Les violences sexuelles représentent un problème majeur de santé publique avec des conséquences extrêmement lourdes sur la santé mentale. La population psychiatrique serait, selon les études, beaucoup plus à risque de violences et d'agressions sexuelles par rapport à la population générale. Une étude quantitative réalisée en 2021 a pu mettre en lumière les difficultés des professionnels de santé concernant la prise en charge de la victime, celle de l'agresseur présumé et les démarches administratives. Notre objectif sera d'évaluer le vécu des professionnels de santé lors de la prise en charge de violences sexuelles à l'encontre des usagers lors d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie adulte dans la région du Nord et du Pas-de-Calais.

**Méthodes :** Une étude qualitative auprès d'un échantillon de professionnels de santé a été réalisée entre janvier 2021 et février 2022. Ils ont été recrutés par une technique d'échantillonnage raisonné à variation maximale et par effet boule de neige. Le recueil des données s'est fait via des entretiens individuels semi-dirigés. L'analyse de ces entretiens a été réalisée par le logiciel d'analyse QSR N Vivo en utilisant l'analyse thématique inductive.

**Résultats :** Le vécu émotionnel des soignants était principalement à valence négative (stress, doute et incertitude, ambivalence, colère, peur et culpabilité). Malgré une bonne connaissance des définitions du viol et des agressions sexuelles, il existait une réelle difficulté de reconnaissance de la violence sexuelle sur le terrain du fait de la complexité de la symptomatologie clinique de la pathologie psychiatrique, de la quête

inlassable de vérité, de l'analyse manichéenne et des représentations sociales des soignants autour des violences sexuelles. Leurs difficultés étaient également d'ordre organisationnel avec un système de prévention satisfaisant sur le plan tertiaire mais insatisfaisant sur le plan primaire et secondaire amenant à débattre sur leurs devoirs déontologiques et sur les libertés individuelles des patients.

**Conclusion :** Ce travail a permis de dégager plusieurs pistes pour améliorer le vécu des professionnels de santé dans la prise en charge des violences sexuelles à l'encontre des patients hospitalisés en psychiatrie : un accompagnement organisé des soignants tout au long de leur prise en charge, des outils permettant d'améliorer les interactions entre les différents intervenants (médecine légale, urgences et psychiatrie), un meilleur ciblage des patients particulièrement à risque de VS, une poursuite du travail de prévention contre la stigmatisation des patients en psychiatrie et le développement de formations et de protocoles qui seraient en priorité proposés aux infirmiers.

# INTRODUCTION

## I. VIOLENCES SEXUELLES ET SANTE MENTALE

### 1. DEFINITIONS ET LEGISLATIONS

#### a. Définition de la violence sexuelle

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit une violence sexuelle (VS) comme suit : « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail ». La coercition vise le recours à la force à divers degrés. En dehors de la force physique, l'agresseur peut recourir à l'intimidation psychologique, au chantage ou à d'autres menaces. Par exemple, la menace de blessures corporelles, de renvoi d'un emploi ou de ne pas obtenir un emploi recherché. La VS peut survenir alors que la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement parce qu'elle est ivre, droguée, endormie ou incapable mentalement de comprendre la situation, par exemple (1). La définition de l'OMS est assez large mais il existe des définitions plus restrictives. Par exemple, aux fins de recherche, l'étude multipays de l'OMS a défini la VS comme étant des actes par lesquels une femme a été physiquement forcée à avoir des rapports sexuels contre sa volonté, a eu des rapports sexuels contre sa volonté parce qu'elle avait peur de ce que pourrait faire son partenaire ou a été contrainte à une pratique sexuelle qu'elle trouvait dégradante ou humiliante. En effet, cette étude n'a porté que sur les femmes car ils se sont aperçus que le fait d'interroger les hommes et les femmes d'un même ménage

risquait d'exposer les victimes à de nouvelles violences (2). Dans la littérature, la plupart des études de recherche néglige la violence sexuelle contre les hommes et les garçons alors que c'est un problème important. Ils sont eux aussi victimes de viol et d'autres formes de coercition sexuelle se produisant pour la plupart au foyer, en milieu de travail, à l'école, dans la rue, dans l'armée et pendant les guerres, ainsi que dans les prisons et pendant les gardes à vue (1).

La VS comprend le viol, qui se définit ainsi : acte de pénétration, même légère, de la vulve ou de l'anus imposé notamment par la force physique, en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet. Il y a tentative de viol si l'on essaie de commettre un tel acte. Lorsqu'il y a viol d'une personne par deux ou plusieurs agresseurs, on parle de viol collectif. La VS peut comprendre d'autres formes d'agression dans lesquelles intervient un organe sexuel, notamment le contact imposé entre la bouche et le pénis, la vulve ou l'anus. Ainsi, divers actes de VS peuvent se produire dans différentes situations et différents contextes, dont ceux-ci : le viol dans le mariage ou commis par un petit ami, le viol commis par des étrangers, le viol systématique pendant les conflits armés, des avances sexuelles importunes ou du harcèlement sexuel y compris le fait d'exiger des relations sexuelles contre des faveurs, la VS à l'encontre de handicapés physiques ou mentaux, la VS exercée contre des enfants, le mariage ou la cohabitation forcée y compris le mariage d'enfants, la négation du droit d'utiliser la contraception ou de se protéger contre des maladies sexuellement transmissibles, l'avortement forcé, les actes de violence contre l'intégrité sexuelle des femmes y compris la mutilation génitale féminine et les inspections imposées pour s'assurer de la virginité, la prostitution forcée et la traite d'êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle (1).

## **b. Cadre législatif des violences sexuelles**

D'un point de vue juridique, le Code Pénal français définit une agression sexuelle comme toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ou, dans les cas prévus par la loi, commise sur un mineur par un majeur. Le fait de subir une atteinte sexuelle de la part d'un tiers ou de procéder sur elle-même à une telle atteinte correspond également à une agression sexuelle. Une agression sexuelle est qualifiée de viol s'il y a eu acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise. C'est la seule agression sexuelle précisément décrite dans le Code Pénal. Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime 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. La contrainte prévue est définie comme physique ou morale. Lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur, la contrainte morale ou la surprise sont caractérisées par l'abus de la vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement nécessaire pour ces actes et pouvant résulter de la différence d'âge existant entre la victime et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci a sur la victime.

Au sens pénal, les agressions sexuelles autres que le viol constituent un délit. Elles sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende (hors cas de circonstances aggravantes). En effet, elles peuvent atteindre sept ans d'emprisonnement et 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. Lorsqu'elles sont imposées à un mineur de quinze ans, la peine peut aller jusqu'à dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende.

Le viol est quant à lui un crime qui est jugé à la cour d'assises. La peine peut aller selon les circonstances de quinze ans de réclusion criminelle à la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie (3).

### **Le consentement**

La conception juridique du consentement caractérisé par « la violence, contrainte, menace ou surprise » est au cœur de la définition des VS. La question de la présence ou de l'absence de consentement d'une personne à une activité sexuelle est un préalable incontournable puisque la réponse à cette question permet de distinguer les relations sexuelles des VS. Le droit envisage le consentement comme une manifestation de la volonté. Le consentement peut alors se définir comme la volonté d'engager sa personne ou ses biens, ou les deux. Il devient donc essentiel de s'assurer que le consentement soit libre et éclairé. En effet, lorsqu'une personne est majeure, en pleine possession de ses moyens, quels que soient son âge, son état de maladie, de handicap ou de conditions sociales, et qu'elle est en mesure d'exprimer sa volonté, la question du consentement se pose de manière assez simple. Les difficultés surviennent, lorsque la personne n'est pas en pleine possession de ses moyens, soit qu'elle ait des difficultés à s'exprimer, soit que sa volonté soit imparfaite (volonté immature, facultés altérées). C'est notamment le cas pour les patients souffrant de troubles psychiatriques. Le consentement doit également être réversible et l'on doit accorder à l'individu la faculté, à tout instant, de se dédire, si possible (5, 6). Avant la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs,

la question du consentement des personnes particulièrement vulnérables du fait d'altérations physiques ou mentales était envisagée sous le prisme de la capacité entendue de manière purement binaire : « on est capable et on peut consentir à tout » ; « on est incapable et on ne peut consentir à rien ». Le majeur placé sous curatelle ou tutelle était incapable. La loi du 5 mars 2007 a nuancé les choses. Il est d'ailleurs intéressant de noter que le droit ne parle plus d'incapacité mais de « majeurs protégés par la loi » (6). La grande innovation de la loi de 2007 est d'avoir instauré un système de consentement que l'on pourrait qualifier de gradué pour les actes qui touchent le plus fondamentalement à la personne. Si le majeur est en état de prendre seul la décision de manière éclairée, il consent seul ; s'il a besoin d'être assisté, il consent avec l'assistance de son tuteur ou curateur, de sa personne de confiance ou de son mandataire de protection future ; s'il a besoin d'être représenté, c'est son représentant qui consent pour lui. Ces dispositions ont le mérite de permettre de prendre en considération les spécificités de chacun et de tenir compte du discernement, critère plus intéressant que celui de la capacité en matière de consentement : un majeur protégé peut avoir un discernement suffisant pour consentir à tel type d'acte et pas pour tel autre ; il peut avoir un meilleur discernement qu'un majeur non protégé mais très vulnérable (4).

### **L'état de vulnérabilité**

En droit, selon le Code Civil français, la personne vulnérable peut se définir comme celle qui n'est pas en mesure d'exercer tous les attributs de la personnalité juridique. Le droit reconnaît deux sortes d'êtres vulnérables. Il y a tout d'abord les enfants, qui du fait de leur minorité sont trop vulnérables pour accomplir seuls les actes de la vie civile. Il y a ensuite ceux qui pendant longtemps ont été appelés des

« incapables » majeurs et que l'on appelle désormais « personnes protégées » et qui bénéficient d'une mesure de protection juridique du fait d'une altération de leurs facultés cognitives et relationnelles, ou corporelles (4). Aujourd'hui, l'introduction d'une conception large de la vulnérabilité dans l'analyse du droit est le signe d'une extension et d'une diversification des dispositifs de protection, autrefois cantonnés dans le seul droit des incapacités. L'état de vulnérabilité est désormais plus aisément reconnu et pris en considération sans nécessairement entraîner l'application de règles protectrices lourdes entravant substantiellement la liberté d'action de leur bénéficiaire. Peuvent ainsi être considérées comme des personnes vulnérables celles qui ne sont pas en mesure d'exercer suffisamment correctement leurs droits et libertés, du fait de leur situation pathologique ou de handicap, ou de leur âge, ou de leurs conditions économiques d'existence; elles sont à ce titre particulièrement exposées – plus que la moyenne de la population comparable – à des risques d'altérations physiques, mentales, sociales à court ou plus long terme, dont des violences et/ou négligences de toute sorte. Entrent dans cette catégorie : les personnes âgées, les personnes handicapées ou dont la santé est précaire, les personnes physiquement et psychologiquement faibles, les personnes vivant dans des conditions d'extrême pauvreté (7). Ainsi, pour une large majorité, les personnes vulnérables ne sont pas des personnes dont la volonté ou le discernement sont altérés ; mais leur état de vieillissement, leur pathologie notamment psychiatrique, le contexte social, sanitaire et économique dans lequel elles vivent, les placent dans une situation de vulnérabilité particulière et contraignent leur choix. Dès lors, il convient de veiller plus particulièrement à l'expression, au recueil, à l'actualité et au respect de leur consentement (8).

## **L'altération et l'abolition du discernement**

Rappelons que l'article 64 de l'ancien Code Pénal français de 1810 (9) prévoyait : « il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Depuis le 1<sup>er</sup> mars 1994, l'article 122-1 du nouveau Code Pénal Français (10) en vigueur introduit maintenant deux nuances par ses deux alinéas : l'abolition du discernement ou du contrôle des actes et l'altération du discernement ou l'entrave du contrôle des actes par l'existence au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique. Ainsi, au moment de la commission d'un crime (par exemple un viol) ou d'un délit (par exemple les autres agressions sexuelles que le viol), si la personne est atteinte d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement, elle n'est pas pénalement responsable, c'est le principe de l'irresponsabilité pénale. Il existe plusieurs exceptions à cette règle notamment si cette abolition ou cette altération temporaire du discernement de la personne résulte d'une consommation volontaire, de façon illicite ou manifestement excessive, de substances psychoactives. Au contraire, l'altération du discernement de la personne demeure quant à elle punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine (principe d'atténuation de la responsabilité). Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. Néanmoins, la juridiction peut, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état.

Depuis plus de deux siècles, l'expertise psychiatrique pénale de responsabilité permet donc d'assurer un équilibre entre la psychiatrie et la justice, en jouant un rôle de filtre entre hôpital et prison. Néanmoins, aujourd'hui cette expertise connaît un malaise et tout se passe comme si elle ne pouvait plus jouer son rôle de régulateur (11). Cela est notamment dû à l'absence de définition claire des différents concepts d'abolition ou d'altération du discernement et d'abolition ou d'entrave du contrôle des actes. En effet, ils ne font pas l'objet d'un consensus sémantique clinique clair et peuvent donner lieu, et donnent parfois lieu à des appréciations divergentes par les experts psychiatres (12,13).

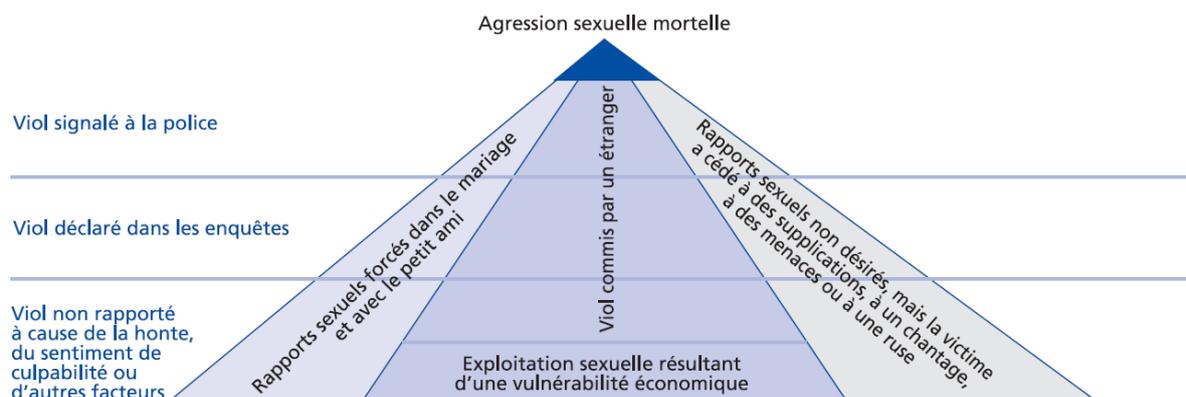
## **2. ETAT DES LIEUX EN CHIFFRES**

### **a. En population générale**

La mesure de la prévalence des viols ou des agressions sexuelles représente l'un des plus grands défis dans le domaine de la recherche de la victimologie (14). Les meilleures données de prévalence sur la VS proviennent d'enquêtes en population. Les rapports de police et les études émanant du milieu clinique et d'organisations non gouvernementales constituent d'autres sources de données sur la VS ; mais comme seule une faible proportion de cas sont signalés dans ces milieux, ils conduisent à des chiffres de prévalence sous-estimés (15). Ces sources ne permettent de voir que la partie émergée de l'iceberg qu'est le problème mondial de la VS (16) (**Figure 1**). Par exemple, une étude en Amérique latine a estimé qu'environ 5% seulement des victimes adultes de VS avaient signalé l'incident à la police (17). Selon l'enquête « Cadre de Vie et Sécurité » réalisée en France (18) entre 2011 et 2018, en moyenne 81% et 84 % des victimes de VS (hors et au sein du ménage respectivement) ne se

sont pas déplacées en commissariat ou en gendarmerie et seules 12 % et 11 % (pour les VS hors et au sein du ménage respectivement) ont déposé plainte. Parmi les nombreuses raisons logiques qui poussent les victimes à s'abstenir de signaler la VS, on peut citer : des systèmes de soutien inadaptés, la honte, la crainte ou risque de représailles, la crainte ou le risque d'être blâmées ou accusées, la crainte ou le risque de ne pas être crues et la crainte ou le risque d'être maltraitées et/ou d'être rejetées par la société (15,17). Dans la société actuelle, il existe une réelle méconnaissance de la réalité des VS, de leur fréquence et de la gravité de leur impact traumatique alors qu'elles représentent un problème majeur de santé publique. Sur le terrain, la loi du silence, le déni, l'impunité, l'absence de reconnaissance, de protection et un abandon des victimes de VS règnent malheureusement encore en maîtres (19).

**Figure 1** : Violence sexuelle : l'ampleur du phénomène. Tiré de [Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002]



Bien qu'il reste encore beaucoup à faire sur le plan de la recherche, des enquêtes en population telles que des enquêtes démographiques et sanitaires (20), des enquêtes de santé génésique (21) et l'étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes (2) ont permis de recueillir des données sur les différentes formes de VS.

En France, trois grandes enquêtes nationales ont été menées dans le but d'évaluer la fréquence des violences sexuelles dont sont victimes les hommes et les femmes :

- L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (Enveff) réalisée en 2000 (22)
- L'Enquête Violences et Rapports de Genre (Virage) réalisée en 2015 (23)
- L'enquête « Cadre de Vie et Sécurité » (CVS) réalisée en 2019 (18)

Selon ses enquêtes, on recense entre 500 300 et 560 000 femmes et entre 126400 et 192 000 hommes victimes d'agressions sexuelles toutes confondues dans les 12 derniers mois (23) (**Tableau 1**).

Selon l'enquête CVS, entre 2008 et 2018, le nombre annuel de victime de VS hors et au sein du ménage tend à augmenter (**Figure 2**). De même, la comparaison entre l'enquête Contexte de la Sexualité en France (CSF) de 2006 et l'enquête Enveff de 2000 fait apparaître également une hausse des faits déclarés. Ce phénomène ne correspond pas à une augmentation de la fréquence des agressions mais à une plus grande propension à les déclarer. En effet, la prise de conscience collective des violences faites aux femmes nées de l'affaire Weinstein et de la vague #MeToo ainsi que le contexte de libération de la parole des victimes a grandement contribué à une modification du seuil de rejet à l'égard des agressions sexuelles (18,24).

**Tableau 1** : Proportions et effectifs de personnes âgées de 20 à 59 ans victimes de viols ou tentatives de viol et d'autres agressions sexuelles dans les 12 derniers mois dans les enquêtes Virage-2015, Enveff-200 et CVS-2010-2015. Tiré de [Alice Debauche et al. Enquête Violences et Rapports de genre : Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Institut National d'Etudes Démographiques. Janvier 2017]

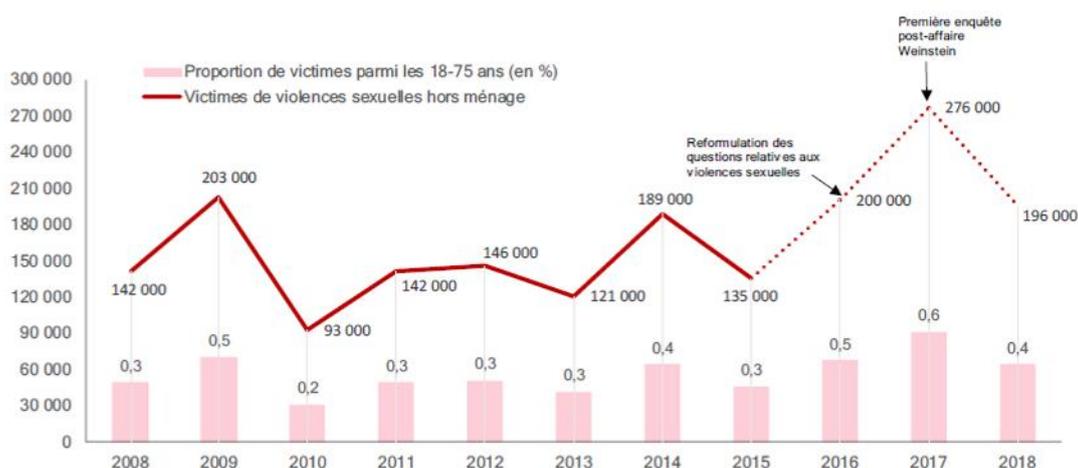
Catégorie juridique	Femmes						Hommes			
	Virage-2015		Enveff-2000		CVS-2010-2015		Virage-2015		CVS-2010-2015	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Viols et tentatives de viol	56 000	0,3	80 000	0,5	70 600	0,4	2 200	0,01	10 900	0,1
Autres agressions sexuelles	527 000	3,2	472 000	3,0	458 100 <sup>(1)</sup>	2,8 <sup>(1)</sup>	181 000	1,1	120 900 <sup>(1)</sup>	0,8 <sup>(1)</sup>
Toutes agressions sexuelles	554 000	3,4	560 000	3,5	500 300	3,1	192 000	1,2	126 400	0,8

Sources : Enveff-2000 : Jaspard et al., 2001 ; Virage et CVS : Calculs des auteures.

Champ : Femmes et hommes âgés de 20 à 59 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire.

Note 1. Les taux incluent les attouchements sexuels et la question « cherché à vous embrasser contre votre volonté, à vous caresser ou à faire d'autres gestes déplacés ». Comme, pour cette question, l'interrogation porte sur les 24 derniers mois, il a été supposé que la moitié des victimes de tels actes l'avaient été au cours des 12 derniers mois, à l'instar de ce qui est observé pour les autres formes de violences sexuelles.

**Figure 2** : Nombre annuel de victimes de VS hors ménage et proportion de victimes dans la population entre 2008 et 2018. Tiré de [Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » : Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité. 2019]



Personnes âgées de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

En ce qui concerne les caractéristiques personnelles des victimes, les femmes sont beaucoup plus concernées que les hommes. En moyenne, chaque année, entre 2011 et 2018, 0.6 % (VS hors ménage) et 1.1 % (VS au sein du ménage) des femmes âgées de 18 à 75 ans ont déclaré avoir subi des VS contre 0.2 % (VS hors ménage) et 0.6 % (VS au sein du ménage) des hommes du même âge. Les jeunes de moins de 30 ans affichent un taux de victimation plus élevé que la moyenne ainsi que les trentenaires contrairement aux personnes âgées de 50 à 75 ans (18). Dans l'enquête « Violences sexuelles dans l'enfance, enquête auprès des victimes » conduite en 2019 auprès de 502 victimes de VS âgées de plus de 18 ans, l'âge moyen des victimes était de 10 ans lors des premières VS. La majorité de ces violences sont faites à des enfants de moins de 10 ans et à des filles dans 83 % des cas (25). En ce qui concerne leur statut d'activité, la proportion de victimes de VS hors et au sein du ménage est supérieure à la moyenne parmi les étudiants, les chômeurs et les inactifs non retraités (ce qui inclut notamment les femmes au foyer). C'est également au sein des ménages les plus modestes que la proportion de victimes de VS hors ménage est la plus élevée. La proportion de victimes de VS hors et au sein du ménage semble plus forte dans les territoires urbanisés que dans les territoires ruraux. Au sein des villes, les habitants des quartiers prioritaires rapportent significativement plus souvent avoir subi des violences sexuelles que les habitants des quartiers hors géographie prioritaire (18).

## **b. En psychiatrie**

Plusieurs études font le constat que les patients souffrant de troubles psychiatriques subissent plus de violences et d'agressions sexuelles que la population générale (26,27). Ce n'est qu'à partir de 1976 que le thème de la VS à l'encontre des

patients hospitalisés en psychiatrie apparaît dans la littérature (28). En 2001, le Docteur Charmasson soulèvera également le problème des agressions sexuelles pendant leur séjour hospitalier en service de psychiatrie dans son article sur la sexualité des patients en psychiatrie (29). Les agressions sexuelles notamment entre patients sont fréquentes mais mal recensées selon le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales : les Agences Régionales de Santé ont eu à connaître ces dernières années uniquement une dizaine d'agressions sexuelles (30). A ce jour, nous ne disposons pas de statistiques officielles concernant la fréquence de ces évènements puisqu'un nombre encore insuffisant d'Etablissements de Santé Mentale déclarent de tels faits aux autorités compétentes (31). Le Rapport 2020 de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) a recensé 21 234 signalements concernant « des atteintes aux personnes » dont 18 % de ces signalements émanent des services de psychiatrie. Concernant la répartition de ces actes, ils recensent seulement 140 exhibitions sexuelles, 195 agressions sexuelles et 18 viols. Peu de violences de ce type sont donc signalées. Ce phénomène peut en partie s'expliquer par la volonté des professionnels de santé de s'assurer de la matérialité des faits d'une agression sexuelle par la recherche d'éléments objectifs (traces de violences sexuelles et/ou physiques sur la victime, de traces sur les vêtements et sous-vêtements ou une prostration de la victime en raison du traumatisme subi). En effet, dans la plupart des situations de VS, ces éléments ne sont pas retrouvés et la victime est souvent dans l'impossibilité ou dans la difficulté de relater l'évènement avec cohérence en raison de sa pathologie psychiatrique (32). Jusqu'en 2021, aucune étude épidémiologique évaluant les VS subies par les patients au cours d'une hospitalisation en psychiatrie sur le territoire français n'avait été réalisée. Le Dr L. Ghestem dans sa thèse « Violences sexuelles à l'encontre des

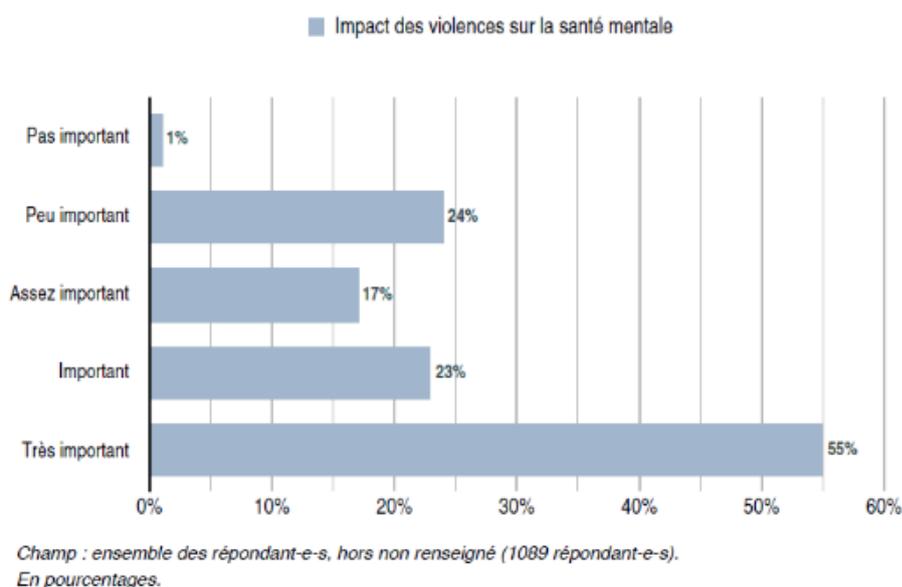
usagers hospitalisés en psychiatrie adulte : état des lieux dans le Nord et le Pas-de-Calais » va s'intéresser pour la première fois à ce sujet. L'étude rapporte alors que 45% des soignants et 44% des internes ont rapporté des faits de VS survenues dans leur service au cours des 12 derniers mois avec des taux de VS en carrière entière à 77% et 44% respectivement. Les principales difficultés rencontrées par les professionnels de santé concernaient celles liées à la prise en charge de la victime, à la prise en charge de l'agresseur présumé et aux difficultés administratives. 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 (33). Également, le rapport de mission du Docteur Charmasson (34) a souligné que seulement 35 % des 34 établissements de santé participant à cette enquête ont prévu un suivi des plaintes pour agressions sexuelles, 21 % ont mis en place un groupe de parole sur le thème « Institution et sexualité » et 12 % bénéficiaient d'un comité de pilotage départemental « Prévention des risques liés aux pratiques sexuelles ». L'élaboration d'outils spécifiques est donc aujourd'hui une priorité pour sensibiliser les professionnels de santé mentale à la thématique des VS et améliorer l'accueil et les soins dispensés aux victimes (33).

### **3. IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES SUR LA SANTE MENTALE**

Les conséquences des VS sur la santé mentale des victimes sont extrêmement lourdes. 95 % des répondants dans l'enquête « Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'Age Adulte » (IVSE) réalisée en 2015 considèrent que l'impact sur leur santé mentale est plutôt important (35) (**Figure 3**). Les mêmes constats sont retrouvés

dans l'enquête « Violences sexuelles dans l'enfance, enquête auprès des victimes » conduite en 2019 avec 77% des victimes de viol qui l'évaluent comme important. Les conséquences sont d'autant plus graves que ce sont des viols, que les victimes sont des filles, que les VS ont été commises par un membre de la famille proche et qu'elles ont duré plus d'un an (25). Également, plus les VS ont eu lieu tôt et plus l'impact a été important : 66% des victimes ayant vécu les premières VS avant l'âge de 6 ans. On peut remarquer que cet impact est plus souvent évalué comme très important par les hommes que par les femmes. Cette différence s'explique par le poids supplémentaire des préjugés, qui d'un côté mettent en cause la « virilité » des hommes victimes de VS et de l'autre minimisent davantage encore cette violence, et par l'invisibilité actuelle des VS faites aux hommes et du faible nombre de structures et d'associations qui s'emparent du sujet (35).

**Figure 3 :** Impact des violences sexuelles sur la santé mentale. Tiré de [IVSE. Dénis de protection, de reconnaissance et de prise en charge : Enquête nationale auprès des victimes. Par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie. Mars 2015]



Parmi les symptômes les plus retrouvés chez les victimes de VS, on retrouve le plus fréquemment : une perte d'estime de soi, des troubles anxieux, des troubles du sommeil, l'impression d'être différent(e) des autres, le stress et l'irritabilité (35) (**Tableau 2**). Dans plusieurs études s'intéressant au retentissement des VS sur la santé mentale, on retrouve une forte association entre les VS et les troubles psychiatriques incluant l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT), la dépression, le trouble de l'anxiété généralisé, la schizophrénie et les addictions (36–39). L'ESPT selon la dixième édition de la *Classification Internationale des Maladies mentales* (CIM 10) ou le Trouble Stress Post-Traumatique selon la cinquième édition du *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* (DSM-V) représente le trouble psychiatrique le plus fréquemment retrouvé chez les victimes de VS (40,41). Le risque de développer un ESPT est en effet particulièrement élevé dans le cas de VS (42). Plus de 80% des victimes de viol développent un ESPT associé à des troubles dissociatifs (43). Cette association entre VS et ESPT est beaucoup plus forte que pour tout autre type de traumatisme incluant les accidents de voitures, les agressions physiques, les vols ou les catastrophes naturelles (44). Dans l'ESPT, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et nombreuses. Parmi elles, on peut retrouver un trouble de l'anxiété généralisé, une insomnie, des troubles dépressifs avec parfois des idées suicidaires et des tentatives de suicide, des troubles cognitifs importants (troubles de la concentration, de l'attention, une diminution des performances et des absences) et des conduites à risque (mises en danger, conduites addictives, troubles de l'alimentation, conduites paradoxales de dépendance à l'agresseur et reproduction de violences) (45).

**Tableau 2** : Symptômes depuis les violences sexuelles. Tiré de [Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'Age Adulte. Déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge : Enquête nationale auprès des victimes. Par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie. Mars 2015]

	Pourcentages
Perte d'estime de soi	83 %
Troubles anxieux	82 %
Troubles du sommeil	72 %
Impression d'être différent-e des autres	71 %
Stress et irritabilité	66 %
Troubles phobiques	60 %
Flash-backs, réminiscences, images intrusives des violences	60 %
Perte d'espoir	60 %
Hyper-vigilance et contrôle de l'environnement	58 %
Douleurs chroniques	58 %
Ruminations importantes	57 %
Troubles de l'humeur (dépression, épisodes maniaco-dépressifs)	57 %
Fatigue chronique	54 %
Symptômes dissociatifs	54 %
Troubles sexuels (phobies, frigidité, vaginisme)	53 %
Troubles addictifs (alcool, tabac, drogue, jeu...)	48 %
Troubles somatiques (dermatologiques, gastro-entérologues, urinaires, gynécologiques, cardio-vasculaires, respiratoires, acouphènes, etc.)	45 %
Sentiment de danger permanent	43 %
Amnésie-s	40 %
Troubles alimentaires anorexiques	36 %
Troubles sexuels avec compulsions sexuelles, conduites sexuelles à risques	35 %
Conduites auto-agressives (auto-mutilations, scarifications...)	34 %
Conduites à risques, mises en danger	33 %
Sensations de mort imminente	32 %
Troubles alimentaires boulimiques	29 %
Hallucinations auditives, olfactives, visuelles, sensitives	16 %
Épisode-s qualifié-s de délirant-s	10 %

Champ : ensemble de répondant-e-s (1214 répondant-e-s). En pourcentages. Non exclusif.

## **II. EVOLUTION DES SOINS EN SANTE MENTALE**

### **1. HISTORIQUE DES SOINS SOUS CONTRAINTE**

Les soins sous contraintes pour les personnes atteintes de troubles mentaux existent depuis plusieurs siècles. En France, au XVIIème siècle, il s'agissait plus d'isoler les « insensés » que de soigner. Pour Michel Foucault, c'est la fondation de l'Hôpital Général à Paris en 1656 qui marque le début du processus de ce grand « renfermement ». Au XIXème siècle, deux évènements vont marquer l'histoire de la psychiatrie : la révolution amenée par Pinel qui introduit l'idée de l'existence chez un « aliéné » d'une partie saine en quelque sorte cachée par sa partie malade et la loi de 1838, une loi de finance qui organise les asiles et légifère au sujet des soins sous contraintes aux aliénés. Plus tard, la loi du 27 juin 1990, modifiée par la loi du 4 mars 2002 (46), transforme les appellations de placement d'office et placement volontaire respectivement en hospitalisation d'office et hospitalisation à la demande d'un tiers (47). Plus récemment, la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes (48) remplace les anciens termes et introduit la notion de soins psychiatriques avec trois nouvelles procédures d'admissions possibles : l'admissions en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers ou en cas de Péril Imminent et l'admission en soins psychiatriques à la demande du Représentant de l'Etat (49). Ainsi, au fil de l'histoire, au travers d'une dénomination changeante, on observe une évolution de la conception de la maladie mentale avec le passage du terme de « placement » à celui d' « hospitalisation » puis à celui de « soins psychiatriques » (47).

## **2. DROITS DES USAGERS DES SERVICES DE PSYCHIATRIE**

C'est la loi du 4 mars 2002 (46) qui va fixer les principes généraux concernant les droits de la personne malade et placer l'utilisateur comme un véritable acteur de sa santé, tant au niveau individuel que collectif notamment par les associations d'entraides (50) et les Groupes d'Entraide Mutuelle (51). Le programme « Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 » de la Haute Autorité de Santé consacre également son premier thème aux « Droits des patients et sécurité en psychiatrie » avec pour un des objectifs de mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie (52). Dans le cas d'une hospitalisation en soins libres, l'utilisateur pourra disposer des mêmes droits relatifs aux libertés individuelles que les personnes soignées pour une autre cause. On retrouve dans la charte de la personne hospitalisée les différents droits qu'ils possèdent : la liberté de choisir l'établissement de santé qui le prendra en charge, le droit à des soins de qualité, le droit à l'information, le droit de refuser un acte médical ou un traitement, le droit au respect de sa personne et à la confidentialité des informations le concernant, le droit à la désignation d'une personne de confiance, la liberté d'aller et de venir et le droit à un accès direct à son dossier médical (53,54). Au contraire, dans le cas d'une hospitalisation sous contrainte, ses droits sont restreints. Néanmoins, une personne privée de liberté du fait de soins sous contrainte garde ses droits fondamentaux, qui sont définis par les textes internationaux et nationaux (49) :

- D'être informé sur les décisions relatives à son admission et son maintien en soins psychiatriques ainsi que sur ses droits, sa situation juridique et les voies de recours qui lui sont ouvertes.
- De communiquer avec le préfet, le président du tribunal de grande instance, le procureur de la République et le maire

- De saisir la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge et la Commission Départementale des Soins Psychiatriques.
- De prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix.
- D'avertir le Contrôleur Général des lieux de Privation de Liberté de toute situation relevant de l'atteinte aux droits fondamentaux de la personne privée de liberté.
- D'émettre ou de recevoir des courriers, de consulter le règlement intérieur de l'établissement
- D'exercer son droit de vote
- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Concernant le droit à la sexualité, on ne trouve pas directement de grands textes à valeur normative. Le Juge le rattache aux libertés, aux principes généraux du droit, au respect de la vie privée, à la Constitution et à l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme (55). Le journal officiel du 25 novembre 2018 dans son titre décrit les VS comme « un enjeu de droits fondamentaux » (56). Plus spécifiquement, la question de la sexualité à l'hôpital ne se retrouve ni dans la loi du 4 mars 2002 ni dans les dispositions concernant l'hospitalisation sans consentement. Seul le code pénal expose les interdits ou la limitation du droit à la sexualité pour la minorité, les atteintes à l'intégrité de la personne et l'ordre et les bonnes mœurs. Juridiquement, la liberté sexuelle pourrait être limitée par :

- Le législateur lui-même
- La jurisprudence, dans son interprétation du droit
- La déontologie professionnelle, et en particulier la déontologie médicale
- L'autorité disciplinaire pour les professionnels de santé

- Les parties à un contrat, qui pourraient accepter de s'imposer telle ou telle règle de conduite (ou, dans le secteur public, la situation statutaire du patient résultant des règles fixées par le législateur)
- Le règlement intérieur de l'établissement. L'autorité de police de l'établissement peut également prendre des mesures envers les contrevenants, patients ou visiteurs.
- L'autorité médicale ou administrative (55)

### **3. ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES**

#### **a. Notion de sectorisation psychiatrique**

Depuis 1960 (57), l'organisation du dispositif de santé mentale repose sur la notion de la sectorisation psychiatrique. Elle va structurer la prise en charge du patient, le secteur étant l'aire géographique au sein de laquelle l'offre de soins de proximité est proposée. Sur chacun des secteurs, les hôpitaux sont chargés d'organiser le parcours des patients domiciliés sur ce territoire et gérant à la fois l'hospitalisation mais également les soins ambulatoires (centre médico-psychologiques, centres d'accueil thérapeutiques à temps partiels etc.) (58). En dépit de l'ambition initiale du secteur qui est d'offrir une offre de soins de proximité sur tout le territoire, l'offre intra hospitalière comme ambulatoire est en réalité très inégalement répartie (59). Les psychiatres sont également mal répartis entre les régions avec une concentration massive des psychiatres dans les grands pôles urbains (60). Ces inadéquations sont aggravées par un déséquilibre entre les modes d'exercice avec une large dominance de l'exercice libéral sur l'exercice hospitalier (61). Force est de constater que ce principe de sectorisation ne permet pas de respecter le principe fondamental de la législation

sanitaire : le libre-choix du patient de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge (58, 59).

### **b. Formation des professionnels en santé mentale**

Les soins psychiatriques vont être assurés par une équipe pluridisciplinaire constituée de plusieurs acteurs sanitaires : psychiatres, psychologues, infirmiers, aides-soignants, assistants de travail social, ergothérapeutes etc. Pour que les professionnels en santé mentale puissent répondre à leurs missions et à leurs responsabilités, l'accès à une formation de qualité doit être une priorité.

La formation actuelle des infirmiers est insuffisante. En effet, ils font face à des difficultés d'adaptation à la spécificité de la prise en charge des patients psychiatriques. Depuis 1992 et l'arrêt de la formation spécifique, la plupart des postes en service de psychiatrie sont pourvus par des titulaires du Diplôme d'Etat d'Infirmier (IDE) issus d'une formation générale dans laquelle l'enseignement de la discipline psychiatrie est minimal (61). En réponse à ce constat, la spécialisation de certains infirmiers en psychiatrie a été évoquée avec la création d'une nouvelle profession d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA). Les premiers IPA en psychiatrie et santé mentale étant en exercice en France depuis début 2021 (63).

S'agissant de la formation des psychiatres, il est apparu nécessaire de renforcer la formation dans le domaine de la psychiatrie légale et de l'expertise judiciaire (61). Pour offrir aux patients la meilleure qualité de soins, la formation médicale depuis 1994 fait partie de l'un des devoirs et obligations de tout psychiatre lui permettant de réactualiser et de développer ses connaissances au quotidien (64).

D'après le texte du journal officiel du 25 novembre 2018, il est précisé à plusieurs endroits l'importance d'être formé à l'éducation à la sexualité aussi bien pour

le corps enseignant que pour les professionnels de santé ou les forces de l'ordre. Il est dit que tous les professionnels de santé devraient être formés au dépistage des maltraitances en intégrant un volet sur la psycho-traumatologie. Ceci sous-entend qu'à ce jour, les formations dans les domaines de l'éducation à la sexualité et du dépistage et du soin des VS sont insuffisantes (56,65). Le Ministère des Solidarités et de la Santé semble avoir pris conscience de la nécessité de former les professionnels de santé. Les grandes priorités de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 sont les suivantes (66):

- Promouvoir la santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes
- Améliorer le parcours de santé en matière d'infections sexuelles transmissibles
- Améliorer la santé reproductive
- Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables
- Promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle

La formation permettrait de fournir un socle commun de connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques sur la sexualité ainsi que sur les caractéristiques et les besoins spécifiques des populations les plus vulnérables dont font parties les patients psychiatriques.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **I. OBJECTIFS**

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le vécu des professionnels de santé lors de la prise en charge de VS à l'encontre des usagers lors d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie adulte dans la région du Nord et du Pas-de-Calais. Ce travail a pour but d'identifier des facteurs favorisant ou limitant la qualité de cette prise en charge. L'objectif secondaire est de dégager des pistes de travail en vue de l'élaboration d'un protocole destiné aux professionnels de santé pour le repérage et la prise en charge des VS à l'encontre des usagers hospitalisés en psychiatrie.

### **II. METHODOLOGIE QUALITATIVE**

Nous avons mené une étude ancillaire en parallèle de l'étude « Violences sexuelles à l'encontre des usagers hospitalisés en psychiatrie adulte : état des lieux dans le Nord et le Pas-de-Calais » (33) pour explorer plus spécifiquement le vécu des professionnels de santé dans la prise en charge de violences sexuelles à l'encontre des usagers hospitalisés en psychiatrie adulte dans la région du Nord et du Pas-de-Calais. Certains aspects de compréhension du sujet de recherche comme le vécu des soignants n'ont pu être appréhendés au moyen de techniques quantitatives. L'approche qualitative permet quant à elle d'explorer la dimension subjective en prenant en compte l'individu dans son milieu naturel ainsi que le contexte (67). Elle correspond selon Glaser et Strauss à « tout type de recherche qui produit des données qui ne sont pas issues de procédures statistiques ou d'autres moyens de quantification (18). Elle s'appuie le plus souvent sur une approche inductive constructiviste. En effet, le choix de mixer les deux approches, qualitatives et quantitatives, permettait d'étudier

de manière complémentaire le sujet de recherche. En collaboration avec la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSMPsy) et avec le Centre National de Ressource et Résilience (CN2R), elle a été élaborée en s'appuyant sur la grille COREQ (**Annexe 1**), qui répertorie les critères de bonnes pratiques en recherche qualitative, et a également tenu compte des critères de validité et de rigueur de Mays et Pope (68).

### **III. TYPE D'ETUDE**

Il s'agit d'une étude qualitative utilisant l'analyse thématique inductive. Ce type d'analyse a été développé par Clarke et Braun (69). Elle permet de générer des idées en identifiant, analysant et résumant des thèmes retrouvés dans un ensemble de données (33).

### **IV. POPULATION ETUDIEE**

Le recrutement des professionnels de santé s'est réalisé dans un premier temps par une technique d'échantillonnage raisonné à variation maximale. Dans le cadre de l'étude « Violences sexuelles à l'encontre des usagers hospitalisés en psychiatrie adulte : état des lieux dans le Nord et le Pas-de-Calais » (33), des questionnaires informatisés ont été diffusés, entre le 25 septembre 2020 et le 31 janvier 2021, à l'ensemble des services de psychiatrie adulte du service public (Etablissements Publics de Santé Mentale, Centres hospitaliers et Centres Hospitaliers Universitaire), des départements du Nord et du Pas-de-Calais ainsi qu'à l'ensemble des internes de psychiatrie dépendants de l'Université de Lille. L'objectif de cette étude était 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. A la fin de ce questionnaire, chaque participant était invité à participer à notre étude en contactant par email l'investigateur principal. Par la suite, nous avons également utilisé la technique d'échantillonnage par boule de neige (snowball sampling) (67) : l'informant recrute le prochain informant dans son réseau de connaissance.

Les critères d'inclusion retenus pour les participants étaient :

- Être un professionnel de santé : médecin thésé ou interne (quelque soit sa spécialité), cadre, infirmier, aide-soignant ou psychologue
- Exercer dans un hôpital public de la région du Nord et du Pas-de-Calais dans un service d'hospitalisation de psychiatrie adulte
- Avoir participé à la prise en charge de patients ayant été exposés à des violences sexuelles lors d'une hospitalisation en psychiatrie

Les critères d'exclusion étaient :

- Avoir moins de 18 ans
- Exercer dans un service d'addictologie ou d'urgence (les centres d'accueil et de crise ne sont pas considérés dans cette étude comme des services d'urgence) ou de pédopsychiatrie
- Ne pas avoir été confronté à une situation de violence sexuelle à l'encontre de patients sur son lieu de travail

Les professionnels de santé ont été caractérisés par le sexe, l'âge, la spécialité, le statut professionnel, la catégorie d'établissement du lieu d'exercice (Etablissements Publics de Santé Mentale, Centres hospitaliers et Centres Hospitaliers Universitaire), la participation ou non à une formation sur les violences sexuelles et sur le nombre

d'exposition à des situations de violences sexuelles à l'encontre de patients sur son lieu de travail dans les 12 derniers mois. Les caractéristiques des participants sont résumées dans le **Tableau 4** de la partie Résultats.

## **V. RECUEIL DES DONNEES**

Le recueil des données a eu lieu de janvier 2021 à février 2022. Il s'est fait via des entretiens individuels semi-dirigés d'une durée moyenne de 25 minutes. Avant la collecte des données, une déclaration des traitements de données personnelles auprès du service Protection des Données de l'Université (DPO) de l'Université de Lille a été réalisée attestant que le traitement des données était conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Les professionnels de santé étaient contactés par téléphone par l'investigateur principal afin de convenir d'une date et d'une heure pour la réalisation de l'entretien. Avant leur réalisation, une lettre d'information (**Annexe 2**) sur l'étude a été envoyée par email à chaque informant. Ils se sont déroulés pour la plupart en face à face dans un milieu neutre choisi à la convenance de l'informant. Du fait de la crise sanitaire liée à la Covid-19, les trois premiers entretiens ont dû être réalisés en distanciel via la plateforme Zoom. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone mobile (Fairphone 3) pour ceux réalisés en face à face ou via l'option enregistrement de la plateforme Zoom pour ceux réalisés en distanciel. Ils s'appuyaient sur un guide d'entretien (**Annexe 3**) qui a été validé en groupe de recherche. Le groupe de recherche était constitué de l'investigateur principal (Fidji Dupont, interne en psychiatrie), Margot Trimbur (psychiatre, praticien hospitalier à l'Etablissement Public de Santé Mentale Val-de-Lys Artois et à la F2RSMPsy) et Estelle Demeulemeester (psychiatre, praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire de Lille). Un consentement écrit de participation à

la recherche, la demande de souhait d'accès au verbatim (**Annexe 4**) et les données socio-démographiques de l'informant (**Annexe 5**) ont été récupérés à la fin de l'entretien. La transcription des entretiens a été réalisée en intégralité mot par mot puis anonymisée. Pour certains des entretiens, un logiciel de dictée (Dragon) a été utilisé comme aide à la transcription. Le temps de transcription pour chaque entretien était en moyenne de 4 heures. Chaque transcription a été ensuite envoyée individuellement à l'informant qui souhaitait avoir un accès au verbatim afin qu'il puisse relire et modifier leur propos. Six professionnels de santé ont souhaité avoir accès au verbatim. Aucun des professionnels n'a modifié son verbatim. Le recueil de données s'est arrêté le 11 février 2022 selon le concept de suffisance théorique (70) : le recueil de données et analyse s'achèvent lorsque les chercheurs jugent que les thèmes obtenus offrent un cadre explicatif suffisant au vu des données collectées.

## **VI. ANALYSE DES DONNEES**

Le codage des données a été réalisé de novembre 2021 à mars 2022 à l'aide du logiciel QSR N Vivo (Version Release 1.6) pour permettre une analyse thématique inductive des données. Nous avons suivi les différentes étapes de l'analyse thématique inductive (71) résumées dans le **Tableau 3**. Tous les verbatims ont été analysés par l'investigateur principal. Les analyses ont ensuite été triangulées avec le groupe de recherche. La démarche a été réflexive (71) c'est-à-dire que le chercheur a tenu un journal de bord tout au long de l'étude afin de toujours clarifier sa position, définir son champ théorique d'affiliation et ses croyances, analyser en permanence, à chaque étape du processus de recherche, les questions qui émergent et la place qu'il occupe au sein de la recherche. Ces pistes de réflexion ont été discutées avec le groupe de recherche lors des réunions de travail.

**Tableau 3** : Analyse thématique inductive tiré de [Braun V, Clarke V, Terry G. Chapter 7 Thematic analysis. In: Qualitative Research in Clinical and Health Psychology- Poul Rohleder, Antonia C Lyons Palgrave Macmillan, Palgrave Macmillan. 2014]

	Actes	Raisons
<b>Etape 1</b>	Lire de façon répétée chaque entretien	Obtenir une vue d'ensemble de l'entretien et se familiariser avec le style linguistique du participant.
<b>Etape 2</b>	Coder l'entretien par créations de codes descriptifs pour chaque unité de sens.	Créer des codes descriptifs utilisant le vocabulaire du participant.
<b>Etape 3</b>	Créer des codes conceptuels par un procédé de condensation, abstraction et comparaison des codes initiaux.	Catégoriser les codes initiaux pour atteindre un niveau d'abstraction plus élevé.
<b>Etape 4</b>	Identifier les thèmes initiaux. Choisir des citations pour illustrer chaque idée importante de chaque thème.	Les thèmes sont des « étiquettes » qui résument l'essence d'un nombre de codes conceptuels associé.
<b>Etape 5</b>	Identifier les thèmes récurrents entre les entretiens et produire une organisation thématique cohérente rassemblée en domaines d'expériences ou méta-thèmes.	Aller du particulier au partagé à travers les multiples expériences rapportées. Les thèmes récurrents reflètent une compréhension partagée du phénomène parmi tous les participants.

# RESULTATS

## I. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

Les caractéristiques des participants ont été reportées dans le **Tableau 4**.

**Tableau 4** : Caractéristiques des participants

S*	Sexe	Age	Spécialité	Statut professionnel	Catégorie d'établissement du lieu d'exercice	Participation à une formation sur les violences sexuelles	Nombre d'exposition à des VS à l'encontre de patients sur son lieu de travail dans les 12 derniers mois
S1	M	71	Psychiatrie	Chef de service	EPSM	Oui DU agressions sexuelles (Lille)	0
S2	F	38	Psychiatrie	Chef de service	EPSM	Non	1
S3	F	30	Médecine générale	PH	EPSM	Non	1
S4	F	32	Psychiatrie	PH	CHU	Non	1
S5	F	30	Psychiatrie	Interne	EPSM	Non	0
S6	F	33	Psychiatrie	PH	CHU	Oui Sensibilisation et prise en charge avec l'URSAVS	0
S7	M	39	Psychiatrie	Infirmier	CH	Non	0
S8	M	28	Psychiatrie	Interne	CHU	Non	1
S9	M	27	Psychiatrie	Interne	CHU	Non	1
S10	F	45	Psychiatrie	Infirmier	CH	Non	0
S11	M	49	Psychiatrie	Cadre de santé	CH	Non	0
S12	F	34	Psychiatrie	Infirmier	CHU	Non	0
S13	F	47	Psychiatrie	Cadre de santé	CH	Non	1

**\*S : Soignant**

## II. ANALYSE DES VERBATIMS

### 1. Les rôles des soignants, la pluridisciplinarité et l'alliance thérapeutique

#### a. Les missions des soignants

Les missions qui incombent aux soignants sont multiples. En fonction de leur statut professionnel, les rôles des soignants vont être différents. Néanmoins, ils sont tous garants de la sécurité, de l'intégrité et de la protection des patients. Ils ont des responsabilités et des devoirs et notamment l'obligation de dénonciation en cas d'agression sexuelle envers un patient tout en respectant le secret professionnel. En ce qui concerne le rôle du cadre, il est plus spécifique avec des missions de management et de coordination. Il est chargé de rappeler le cadre professionnel à ses équipes.

*S13 : « La difficulté étant pour l'équipe, c'est qui sont dans la prise en charge à la fois de l'agresseur et de la victime donc de faire très attention à ce qu'ils disent, au commissariat ils ne peuvent pas donner le nom de l'agresseur fin voilà c'est... Donc on les met en garde par rapport à tout ça, au secret professionnel quand même. »*

*S13 : « que nous on est là pour prendre en charge les patients et qu'on était là aussi pour les protéger et qu'on avait un devoir de dénonciation, fin voilà quelque soit les faits »*

#### b. Les compétences et les valeurs des soignants

Le soignant est représenté comme « celui qui sait ». Grâce à son expérience professionnelle, il peut faire preuve d'adaptation devant les différentes situations qui se présentent à lui.

*S5 : « là tu es vu comme la personne qui doit instiguer la direction de ce qu'il va se passer, avoir de l'assurance et connaître parfaitement l'algorithme et la marche à suivre »*

*S4 : « on est quand même à l'hôpital on est entouré d'équipe formée à la psychiatrie qui connaissent les troubles mentaux et qui savent aussi la vulnérabilité que peuvent avoir nos patients »*

Certaines règles fondamentales ont été citées par les soignants qui sont les suivantes : ne pas être dans le jugement, ne pas banaliser, faire preuve de bienveillance et d'empathie et être garant de l'égalité entre les patients.

*S11 : « faut pas être dans le jugement puisque l'on est dans une neutralité bienveillante. »*

L'alliance thérapeutique entre les soignants et le patient va permettre de créer un climat de confiance propice à la réception du discours du patient.

*S1 : « C'est un patient avec qui j'ai eu de bonne relation, et puis ensuite plusieurs mois après, ça s'était passé en décembre, et il a accepté après d'aller porter plainte. »*

*S5 : « en même temps, ce type, le patient m'aimait bien. C'était souvent moi qui allait le voir pour les réévaluations d'isolement qu'il fallait faire tous les jours et on avait fini par nouer quelque chose »*

Un soignant souligne l'importance de donner du sens à ce qu'ils font et du travail émotionnel nécessaire à la prise de recul dans leur vécu professionnel et personnel.

*S7 : « et c'est pour ça quand je parle de travail sur soi, je trouve que c'est vachement important de savoir pourquoi on fait les choses, on ne les fait pas car on nous a fait une prescription de faire quelque chose, non. »*

*S7 : « Savoir travailler sur ses émotions par exemple, ça serait quand même beaucoup plus simple je pense. »*

### **c. Le travail d'équipe à l'épreuve de la pluridisciplinarité**

La prise en charge des VS nécessite un travail avec une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe va devoir collaborer, communiquer et s'entraider pour le bon déroulement des soins. En général, le partage des informations entre les soignants se décline sous la forme de synthèses et de transmissions où l'on décide des conduites à tenir pour les patients. Quand les liens sont forts entre les différents soignants, on observe un

sentiment d'appartenance communautaire qui fait écho au terme de « l'équipe soignante ». Il y a de la cohésion et de l'entraide. Parfois cette cohésion peut être vue comme un frein à la performance des soins. Des équipes trop soudées sont parfois moins enclines à l'apport de nouvelles connaissances selon certains répondants.

*S12 : « ça peut être des équipes très difficiles en psychiatrie, je l'ai vécu parce que mon équipe était très soudée mais qui pouvait être très difficile dans l'apport de nouvelles choses »*

Un soignant parle d'une relation de confiance entre le médecin et son équipe paramédicale. Le lien de confiance peut se voir fragiliser face à l'incertitude médicale puisque celle-ci se reflète sur les soignants en quête d'une réponse.

*S9 : « du coup moi-même je sentais que je ne mettais pas forcément en confiance l'équipe parce qu'ils avaient l'impression que je changeais d'avis toutes les 2 minutes quoi »*

Les VS nécessitent une approche pluridisciplinaire avec la médecine légale, la médecine des urgences et la police judiciaire. Parfois, il arrive que le travail en réseau soit compliqué. Un soignant évoque des difficultés de compréhension de la patiente par la police et le médecin légiste. Un autre soignant évoque la complexité de l'organisation des soins dans le milieu carcéral : l'extraction aux urgences d'un patient nécessite de mobiliser des escortes et des membres de l'équipe soignante.

*S2 : « il n'y a pas très longtemps ça avait été assez compliqué avec l'articulation avec la médecine légale, avec l'évaluation médicale, fin je sais que ça avait été très très compliqué, donc je pense que ça peut vite devenir un casse-tête clinique, administratif »*

*S13 : « l'équipe a été quand même confrontée à de grosses difficultés lors du passage au médecin légiste parce que la patiente ne comprenait pas ce que le médecin légiste voulait, le médecin légiste ne comprenait pas forcément ce que la patiente voulait, et idem au commissariat quand même quoi. »*

## **2. Les enjeux de la définition de l'agression sexuelle**

### **a. La violence sexuelle, une forme de violence comme les autres**

Les soignants identifient bien les différents types de violences : les VS, les violences physiques et les violences psychologiques. Les VS sont pour eux un problème de santé publique. En termes de fréquence et de gravité, les VS hospitalières sont, à leur échelle, des événements très spécifiques qui sont rares et graves mais qui sont probablement sous-estimés.

*S3 : « Mais je pense que c'est bien effectivement, ça doit être plus fréquent que ce que l'on pense. »*

*S13 : « J'ai eu l'occasion de faire des groupes auteurs de violences familiales, mais bon, ça reste de la violence, qu'elle soit sexuelle ou physique ou psychologique, ça reste de la violence quoi. »*

Paradoxalement, même si les soignants ont conscience du risque de VS en institution, le sujet reste pour eux très tabou tout comme le sujet de la sexualité.

*S13 : « on avance petit à petit mais la violence sexuelle en institution ça reste assez tabou »*

### **b. Des difficultés de reconnaissance de l'agression sexuelle sur le terrain**

Les soignants présentent des difficultés à reconnaître sur le terrain ce qu'est une agression sexuelle et d'autant plus si le patient est décompensé au niveau de sa pathologie psychiatrique.

*S3 : « Mais quand ils sont dissociés, notamment la dame, parfois elle, alors je ne sais pas si c'est des hallucinations cénesthésiques ou si c'est des rapports qu'elle a avec son conjoint et que finalement elle est d'accord mais plus tellement parce que complètement éclatée délirante mais parfois elle allègue des viols ou le fait qu'elle n'avait pas envie et c'est très très compliqué de déterminer si il y a vraiment eu viol, si elle a vraiment pas envie, si c'est vraiment arrivé ou si ce n'est qu'une hallu »*

Pour parler des VS, ils utilisent un vocabulaire médico-légal spécifique. On retrouve parmi les termes employés : une « agression sexuelle », un « viol », une « fellation », une « sodomie », un « abus sexuel », un « acte sexuel », un « attouchement sexuel » et une « masturbation ».

*S9 : « il m'a dit que ça serait bien quand même que l'on fasse un signalement au procureur étant donné que c'est une personne dans un état de vulnérabilité qui avait subi potentiellement une agression sexuelle »*

*S3 : « elle a suivi un gars qu'elle connaissait pas, qui était pas un patient de \*\*\* ni un soignant a priori et elle est montée en voiture avec lui, il l'a amené dans un hôtel a priori dans une ville qui était pas du tout limitrophe des urgences et il l'aurait violé, c'est ce qu'elle a allégué. »*

Mais certains utilisent des dénominations non spécifiques issues du langage courant pour parler d'agression sexuelle. On peut citer : « ça », « cette histoire », « quelque chose » ou « ce genre de chose », « un comportement inadapté », « des faits », « un épisode », « un évènement », « un truc », « la scène », « une situation », « un cas », « la main aux fesses » et « dénudé ».

*S7 : « dans l'endroit où il a potentiellement subi des choses »*

*S5 : « en salle de soin, un truc qui s'était passé dans les toilettes entre l'un et l'autre. »*

*S12 : « Non après ben ça a été « qu'est-ce qu'on fait de ça ? » en fait « qu'est-ce qu'on fait de ça ? », parce que comme ça a été de quelque chose de vue à travers une fenêtre... »*

### **3. La réaction des soignants face à la violence sexuelle**

#### **a. Le mode de révélation des violence sexuelles**

Pour la plupart des situations évoquées, c'est le patient qui va dénoncer avoir été victime d'une agression sexuelle. Dans une seule situation, c'est un soignant.

*S12 : « une patiente hospitalisée pour mélancolie dans mes souvenirs et sur une visite de son mari on les a surpris, elle en train de faire une fellation à*

*monsieur, une patiente où on savait en gros que c'était pas elle qui allait être à l'initiative un peu de tout ça »*

*S2 : « Par les infirmiers qui avaient été interpellés par madame. Madame elle avait été voir l'équipe en disant qu'il s'était présenté dénudé et qu'il avait un comportement inadapté devant elle. »*

La dénonciation par le patient se fait souvent avec un certain retard traduisant la réticence de la victime à parler du sujet des VS.

*S1 : « Je me rappelle d'un patient schizophrène il m'en a parlé 15 ou 20 ans après. Je le voyais souvent. Il y a cette difficulté pour les patients à parler de ça. »*

### **b. La réponse émotionnelle des soignants face à la révélation**

Les soignants sont très prudents lorsqu'ils parlent d'un sujet aussi sensible que celui des VS. En l'absence de preuve objective de la VS, ils ne font que des suppositions et utilisent toujours des termes très précautionneux pour ne pas incriminer l'auteur tels que « suspicion », « présomption », « potentielle », « a priori », « les dires d'un patient ». Ce vocabulaire traduit leur doute et leur incertitude. Ses sentiments sont accentués par les différences de discours entre l'auteur et la victime.

*S8 : « Lui du coup il a eu, fin il l'a joué en mode surpris, il a pas compris fin, lui il s'était rien passé, elle était bien nue dans la chambre, il l'avait embrassé je crois, elle était d'accord et ça s'était arrêté là d'après lui. »*

*S12 : « C'était vraiment des suppositions donc je sais pas en fait, on a... Le questionnement est resté autour de « est-ce qu'il s'est passé quelque chose, qu'est-ce qu'il s'est passé ? », il n'y a pas eu de « flagrant délit » comme avec la dame en fait, c'était vraiment pleins de suppositions »*

Les soignants évoquent s'être senti stressés voire parfois sidérés au moment de la prise en charge en aigue des patients. Ils sont pour la plupart ambivalents et envahis par le doute et l'incertitude.

*S5 : « J'étais complètement désemparée, les trois perdus, des infirmiers qui te regardent, toi ça doit être ta troisième garde là »*

*S6 : « il y a besoin de debriefer avec les infirmiers aussi car qui, sur le coup ont l'air tout aussi sidérés que moi au moment où ils m'appellent. »*

Ils relatent ne pas se sentir légitimes de trancher sur des questions éthiques notamment sur celles autour du consentement. Ils ne savent donc pas quelles réponses apporter face à une situation qu'ils ne comprennent pas.

*S12 : « j'avoue qu'on n'en a pas reparlé tant que ça en fait en équipe, et je sais pas si y'a eu...Est-ce qu'on aurait dû arrêter tout de suite quand ça a été vu ? Je sais pas. C'est-à-dire rentrer dans la chambre quand le soignant a vu ce qu'il se passait, je sais pas... »*

*S3 : « Donc c'est pas un adulte responsable qui profiterait de quelqu'un d'autre en situation de vulnérabilité. Les deux sont vulnérables de la même manière quoi. Donc c'est en ça que ça nous pose le souci, sur le plan éthique. En fait on n'arrive pas à trancher si on peut se permettre de leur interdire des contacts ou si, voilà... On ne se sent pas très légitime sur la question. »*

Ils ressentent également de la culpabilité par rapport au passage à l'acte. La VS est vécue comme un échec professionnel : le patient était sous leur responsabilité et ils n'ont pas pu le protéger.

*S3 : « Donc là pour le coup on s'est sentie bête déjà parce qu'on n'avait pas forcément fin, pas devant elle, mais on n'avait pas forcément cru initialement, on s'était dit que c'était une fugue et que pour pas se faire engueuler, elle aurait pu dire qu'elle s'était fait agresser et voilà. Et... du coup non, moi je me suis sentie très bête de me dire, en plus c'était moi qui l'avais transférée, de me dire « ben ouais c'est vrai elle est jeune elle est fragile, j'aurais peut-être dû faire un accompagnement infirmier ». Mais elle était pas sous contrainte, elle était en soins libres donc finalement, pfou, légalement je n'étais pas censée la faire accompagner. C'était une patiente majeure non protégée en soins libres donc ça c'était le grand dilemme intérieur que j'ai eu après. »*

Ils expriment beaucoup de colère, en général envers l'auteur incriminé et/ou envers l'institution hospitalière et/ou envers les agents de police ce qui reflètent leur mécontentement quant à la prise en charge des patients.

*S4 : « N'empêche que c'est quelque chose qui peut me mettre en colère parce que...Parce que c'était une jeune, qui plus est mineur, qui venait justement pour du trauma, du trauma sexuel euh... et...et parce que ben... du fait de sa pathologie elle est pas capable de se protéger, on a l'impression un peu que des personnes en profitent quoi donc ça me met en colère. »*

*S10 : « De la colère, beaucoup de colère alors je ne sais pas trop contre qui diriger ma colère. Contre le patient, contre ce qu'on nous demande de faire dans la prise en charge, contre la personne suspectée des faits, je ne sais pas trop. Mais c'est vraiment effectivement beaucoup de colère. »*

Par la suite, la peur prend place chez les soignants. Ils peuvent manifester une anxiété anticipatoire face à une éventuelle récurrence de l'auteur. La peur est d'autant plus présente quand c'est un patient qui est issu du milieu carcéral.

*S6 : « c'était des patients qui venaient du carcéral, il y avait déjà une frilosité envers ces patients-là, de base, une crainte de ce milieu-là »*

Toutes ces émotions négatives ne sont pas retravaillées par la suite chez les soignants du fait de l'absence de dispositif spécifique en intra-hospitalier et rendent impossible la prise de distance émotionnelle requise dans le cadre de l'accompagnement d'un patient. Ils en résultent une grande souffrance psychologique qui les rendent inaptes à une quelconque relation de soin. Le contre-transfert négatif est également un frein à la relation thérapeutique.

*S5 : « il avait des termes tellement choquants que c'était difficile de ne pas faire un énorme contre transfert mais négatif sur lui. »*

*S7 : « je sais qu'il y en a certains qui n'auraient pas pu être dans la thérapeutique à ce moment là parce que c'était trop compliqué, c'était trop violent pour eux et... la hiérarchie s'est positionnée en disant « vous le prenez c'est un patient comme les autres » Ben...pourquoi est-ce qu'il a été accueilli par la hiérarchie alors du coup si c'est un patient comme les autres ? Ben oui, parce qu'ils se rendaient bien compte que c'était pas adapté, que les collègues étaient trop en difficulté... »*

Le vocabulaire utilisé est plus chargé émotionnellement quand ils parlent de VS entre soignants et soignés contrairement à celui utilisé pour les VS entre soignés. Cela souligne l'impact émotionnel d'un tel événement sur les soignants.

*S13 : « le fait qu'il s'est passé un tel drame dans le service »*

*S7 : « donc ça a été je pense une espèce de bombe qui a explosé en pleine foire »*

Il existe, pour la plupart des soignants, un déni autour de l'idée qu'un soignant puisse être auteur de VS. Malgré le fait qu'ils aient déjà été confrontés à cette situation, le déni autour de cette idée persiste.

*S13 : « c'était « il a pas pu faire ça, c'est un médecin, c'est une profession respectable, c'est le patient »*

*S4 : « Autant un protocole pour la conduite à tenir quand un patient se suicide dans mon service ça me semble logique, autant ça... Et pourtant ça vient de m'arriver c'était pas dans mon service mais ça vient de m'arriver avec la patiente que je suis et pourtant ça me paraît...ça me paraît fou de faire ce genre protocole. »*

Le statut de soignant chez l'auteur de VS augmente considérablement le sentiment de culpabilité chez les soignants.

*S13 : « par contre effectivement la difficulté c'est que quand l'agresseur est un professionnel de l'institution, c'est toute l'institution qui est, qui se sent coupable. Alors soit elle se sent coupable soit elle est très colère soit, mais ça génère de ce fait des sentiments négatifs beaucoup plus puissants que si c'est une agression de patient à patient. »*

*S13 : « je me suis des fois sentie coupable en me disant « je suis cadre de l'unité j'ai rien vu ». »*

Cette charge émotionnelle faciliterait le processus de mémorisation chez les soignants puisqu'il semblerait que les événements liés à des VS les plus marquants sont ceux où l'auteur était un membre du personnel soignant et ceux où la victime était décompensée sur le plan psychiatrique.

*S13 : « Alors la deuxième situation, alors là ça a été beaucoup plus compliqué. Donc le patient interpelle une infirmière le vendredi soir, alors je m'en souviens comme si c'était hier parce que c'était hyper compliqué, pour lui déclarer qu'il aurait subi une agression sexuelle de la part d'un professionnel médical, voilà, en chambre »*

### **c. Mythes et fausses représentations autour des violences sexuelles**

#### **Toute parole n'est pas vérité en psychiatrie**

La question de la vérité en clinique est complexe pour les soignants. Ils vont tenter tant bien que mal de mettre en lien la réalité sur le terrain et le discours de leur patient. En effet, la décompensation d'une pathologie psychiatrique semble rendre difficile l'appréciation de la véracité de leur propos. Ils citent comme exemples certains patients qui présentent des hallucinations cénesthésiques qui peuvent se confondre avec une agression sexuelle et d'autres qui allèguent des VS dans des moments de frustration.

*S3 : « une autre patiente état-limite du même âge qui alléguait régulièrement avoir été agressée sexuellement, sachant que c'était pas le cas. Elle, pour le coup, c'est dès qu'elle était frustrée par quelqu'un »*

*S3 : « alors je ne sais pas si c'est des hallucinations cénesthésiques »*

#### **Un besoin de preuves pour confirmer une agression sexuelle**

Le soignant se transforme en quelque sorte en enquêteur et mène son investigation à la recherche de preuves plus objectives (des lésions sur le patient, la confirmation par l'auteur ou par un témoin des accusations de la victime) pour confirmer la réalité de l'agression sexuelle.

*S11 : « vous faites une recherche d'investigation au niveau du service et ensuite vous voyez un peu ce qu'il en est »*

*S3 : « Et quand on a vu le compte-rendu de \*\*\* sur lequel il était clairement détaillé qu'il y avait plusieurs lésions périnéales, vaginales et anales on s'est dit que oui effectivement voilà... »*

En l'absence de l'ensemble de ses preuves, les soignants vont avoir tendance à banaliser le discours du patient voire parfois à rester indifférent face à ses plaintes.

*S9 : « Ben à moins d'avoir vraiment de très fortes raisons de penser que cette fois-ci c'était vrai on pouvait faire comme si on n'avait rien entendu quoi »*

*S8 : « Apparemment elle était restée très peu de temps dans la chambre donc c'était peut-être un peu étrange qu'il ait pu se passer autant de trucs en si peu de temps. »*

Les soignants ont tendance à avoir une vision manichéenne. Cette pensée dichotomique les rassure et apaise leur doute et leur incertitude. Un soignant évoque la praticité de la pensée magique.

*S10 : « Beaucoup sont comme moi dans l'évitement en ce moment, voilà on ferme les yeux et puis...une espèce de pensée magique, si on n'en parle pas, c'est que ce n'est pas vrai du coup c'est bien, ça a un côté pratique. »*

*S7 : « il y avait les bons et les mauvais »*

### **Les croyances et les attitudes des soignants**

Ils ont souvent tendance à remettre en question le statut de la victime. Dans leurs croyances, il semblerait qu'un patient souffrant de troubles psychiatriques serait plus à risque de fabuler par rapport à la population générale. Il faut donc rechercher à tout prix les fausses allégations qui pourraient mener à l'erreur judiciaire. Paradoxalement, la victime pourrait avoir des bénéfices secondaires à dénoncer une agression sexuelle.

*S11 : « la difficulté que l'on peut avoir, vous avez quand même des personnalités qui fabulent, qu'il faut prendre en considération »*

*S13 : « parce qu'il était vécu comme celui qui voulait se faire du médecin, quelque part »*

Même si les soignants savent qu'on ne peut justifier une agression sexuelle, ils la recherchent quand même : est-ce que la victime n'aurait pas eu une attitude de séduction auprès de son agresseur ? Est-ce qu'elle n'était pas en quête affective au moment des faits ? Est-ce qu'elle n'aurait pas menti pour ne pas se faire réprimander ?

*S3 : « Et en re-débriefant et entre nous et avec l'équipe infirmière et avec la patiente après coup, finalement si ça avait pas été ça, ça aurait été autre chose elle aurait de toute façon. Elle, elle avait clairement exprimé... que... elle se sentait seule et qu'elle voulait de la compagnie, qu'elle voulait être, un réconfort physique, qu'elle voulait que quelqu'un la prenne dans ses bras et, qu'elle voulait... »*

*S4 : « j'ai eu aussi des questions, comme « est-ce que cette patiente est dans*

*la séduction ou est-ce que dans son comportement, voilà, qu'est-ce qu'elle a comme pathologie ? »*

#### **4. Le regard des soignants sur l'hôpital**

##### **a. L'hôpital comme un lieu de vie clos**

L'hôpital est représenté comme un système qui fonctionne en autonomie et à l'écart de la société avec un rapport aux règles qui restent flous et malléables. Les soignants parlent de l'hôpital comme d'une « micro-société ».

*S11 : « les services de soin c'est un peu, c'est une micro-société. »*

C'est un lieu de soin qualifié de « sanctuaire » où la violence quelle qu'elle soit n'a pas sa place.

*S11 : « c'est d'abord avant tout un lieu de soin. Donc ici c'est un sanctuaire. Vous avez des personnes qui viennent pour se soigner, donc vous êtes pas là non plus, c'est pas une cours d'école quoi, voilà. »*

*S3 : « Donc ces personnes là sont plus ou moins en couple, plus ou moins régulièrement parce que c'est leur lieu de vie. Donc ils ont une sexualité sur leur lieu de vie donc voilà. »*

La chambre d'hôpital est présentée comme un lieu privé essentiel dans l'intimité du patient. Il peut s'il le souhaite y recevoir la visite d'un proche.

*S7 : « On considère maintenant que leur chambre est leur chambre, c'est pas la chambre de l'hôpital, c'est leur chambre. »*

Cet espace doit être respecté par les autres patients et par les soignants. Toute dérogation à cette règle pourrait être vécue comme une intrusion par le patient.

*S4 : « ça arrive que parfois alors qu'ils ont pas le droit que des patients aillent dans la chambre des autres patients. »*

*S2 : « Mais je pense que quelqu'un rentre dans sa chambre était plus traumatisant que le fait qu'il se soit dénudé etc. »*

En dehors de la chambre d'hôpital, le reste de l'espace est public. Toute violence sexuelle est donc encore plus surprenante.

*S5 : « j'ai compris que du coup il y avait eu pénétration vaginale au sein même pas de sa chambre mais d'un espace public du service, c'est hyper glauque, ça s'est fait dans les toilettes communes. »*

## **b. L'hôpital comme un lieu de droit**

Pour les soignants, les droits du patient sont de toute évidence une priorité. Leur objectif est de créer les meilleures conditions d'hospitalisation pour que le patient ait un minimum de restriction de liberté. Parmi les droits du patient, ils évoquent le droit à la dignité du patient, le droit à une sexualité, le droit de choisir son établissement de soin, le droit de choisir les professionnels de santé qui l'accompagnent et le droit à la liberté de parole. Sur le terrain, les soignants évoquent néanmoins des difficultés pour pouvoir respecter ses droits. On peut citer par exemple le principe de sectorisation qui vient s'opposer à la liberté du patient de choisir son établissement de soin.

*S7 : « je pense que chacun a le droit de choisir les professionnels qui l'accompagnent et où il est soigné sauf que dans la vraie vie ça ne se passe pas comme ça, « T'habites dans quelle ville ? Bon ben ton secteur c'est là bas. ».*

Selon certains soignants, en réponse à l'ouverture des droits des patients, les demandes des patients seraient de plus en plus exigeantes.

*S13 : « on est quand même dans plus en plus de patients, et c'est normal, les droits des patients ont évolué, et on est quand même de plus en plus dans des demandes de patients de plus en plus exigeantes, on parle de patientèle »*

Concernant le droit à la sexualité, on retrouve des points de divergence entre les soignants. Certains rejettent toute sexualité sur le lieu de l'hôpital opposant le soin et la sexualité. Pour eux, la sexualité reste un véritable tabou. Elle provoque chez les soignants la surprise ou à l'extrême, elle suscite l'indignation.

*S5 : « Ben j'ai déjà eu un truc un peu spécifique, c'était une relation sexuelle mais consentie entre deux patients, fin moi je voyais pas où était le problème. L'équipe était scandalisée « Oui, on est à l'hôpital, ils sont en soins »*

D'autres considèrent l'hôpital comme un lieu de vie où il semble tout à fait normal d'y avoir une sexualité puisqu'elle fait partie des droits du patient. Cette vision est illustrée par la notion d'« empowerment ».

*S5 : « Et moi j'étais beaucoup plus sur l'aspect empowerment, enfin c'est deux personnes, l'hôpital en ce moment c'est leur lieu de vie depuis des semaines voir des mois, ils veulent coucher...»*

Un soignant souligne l'importance de continuer à travailler sur ce droit qui était autrefois bafoué.

*S13 : « Il y a encore du chemin à faire. Je pense que s'il y a un droit sur lequel il faut encore travailler, c'est le droit à la sexualité. »*

### **c. L'hôpital comme une machine institutionnelle**

Le système institutionnel dans la gestion des VS est qualifié de « casse-tête clinique et administratif » et de « machine institutionnelle » soulignant d'un côté le caractère robotique et déshumanisant de l'hôpital et d'un autre côté l'institution hospitalière dont l'objectif est la rentabilité et la production de soin.

*S11 : « Et ensuite quoi qu'il en soit, après c'est tout une machine institutionnelle puisque vous êtes dans l'obligation et ça c'est normal, d'avertir le cadre supérieur et ensuite de faire en sorte que la patiente soit prise, que les dires de la patiente soient pris en considération et ensuite c'est tout ce côté médico-légal quoi donc là il y a tout ce qui est côté accompagnement de la patiente vers les professionnels qui sont concernés donc il y a tout un travail de coordination et d'organisation à faire. »*

La loi de la sectorisation participe également à la déshumanisation du soin. Elle est, selon les soignants, obsolète. En effet, il faut « négocier » pour transférer un patient sur un autre secteur même pour des motifs aussi graves que celles de VS.

*S7 : « Je pense que l'on est encore trop tributaire de la sectorisation en*

*psychiatrie. Il y a la loi de la sectorisation en psychiatrie qui n'est plus d'actualité mais qui est toujours utilisée. »*

L'institution hospitalière est en souffrance face au manque de personnels soignants. Cela retentit sur la qualité des soins donnés au patient et notamment sur la surveillance dans la prévention des VS.

*S13 : « donc c'était à \*\*\* c'est des gros services, 29 patients, 3 infirmiers en poste, en fin d'après-midi, euh... Donc effectivement c'est compliqué de... de canaliser et de protéger les patients des uns des autres quand même quoi. »*

Au sein de l'institution, plusieurs instances sont citées :

- Le conseil de discipline qui jouit du pouvoir de la sanction disciplinaire

*S10 : « les collègues ont été très vite suspendus, donc j'imagine conseil de discipline etc ensuite. »*

- Le comité éthique de l'établissement que l'on peut solliciter pour un avis afin de bénéficier d'une aide à la prise de décision

*S10 : « alors on a eu des discussions en comité éthique, où... « Oui alors il y a tout ça, c'est un collègue, effectivement, il y a tout ça mais il y a aussi le patient qui est là, qui a subi ou pas, finalement on ne sait toujours pas, qu'est-ce qu'on fait, comment est-ce que l'on peut mieux l'accompagner, alors l'avis du comité éthique qui a été rendu, ça a quand même été qu'il aurait dû être pris en charge dans un autre établissement pour avoir une neutralité »*

#### **d. L'hôpital comme un espace secret**

L'hôpital est un endroit où des secrets doivent être gardés pour préserver la réputation de l'hôpital. Les situations jugées comme les plus compliquées sont celles où l'auteur suspecté de VS est un soignant de l'établissement. La prise en charge du patient victime peut se voir entravée pour éviter une médiatisation de l'affaire.

*S10 : « quand effectivement l'argument « il faut pas qu'il aille dans un autre établissement parce qu'il faut que le secret soit gardé au sein du pôle ici »,  
S7 : « Ah mais complètement j'ai trouvé ça complètement aberrant, après je me demande s'il n'y a pas la notion de secret de polichinelle, faut pas que ça sorte des murs, faut pas que ça se sache. »*

Le dénonciateur du soignant suspecté de VS semble devenir quelqu'un de méprisable pour les autres soignants et se voit exclure de son équipe.

*S13 : « Le médecin psychiatre qui a dénoncé, enfin qui a dénoncé...s'est vu prendre quelques réflexions de la part de ses collègues, voilà »*

*S13 : « L'infirmière qui a dénoncé les faits, euh... s'est vue exclure de l'équipe. »*

En fonction de son statut professionnel, on ne reçoit pas les mêmes informations. Les infirmiers semblent être moins informés que les médecins et l'encadrement sur l'avancée des situations : ils sont informés de manière officieuse par la propagation de rumeurs et de bruits de couloir.

*S10 : « Et ben il y avait aussi des secrets finalement entre médecins, on avait l'impression qu'il se passait des choses, qu'il y avait des choses qui se disaient entre les médecins et l'encadrement, et que nous on n'était pas au courant »*

*S7 : « Alors l'information nous est venue, ben par les bruits de couloir dans un premier temps, forcément dans les hôpitaux dès qu'il y a une rumeur ça file comme une trainée de poudre. »*

Lorsque l'auteur suspecté est un soignant, les décisions prises par la direction peuvent être très différentes, jugées comme trop légères ou trop strictes par les soignants, pouvant encore une fois entraver sur la prise en charge des patients victimes.

*S4 : L'histoire que j'ai en tête, c'est un soignant à priori récidivant et tout le monde le sait et il travaille encore quoi. Ça faisait dix ans quoi, c'est à dire que ce qui était dit c'est qu'il ne devait plus aller dans les services où y'avait des enfants, qu'il devait plus aller dans les unités où il y avait des mineurs, qu'il ne devait pas être tout seul, qu'il ne devait pas être seul avec les étudiants en santé, qu'il ne devait pas être seul avec les internes, parce qu'en fait ce n'était pas que les patients quoi. »*

*S13 : « et le médecin a été mis à pied sur le champ, sur le champ. »*

Au contraire, dans les situations de VS entre patients, la transparence des informations est la règle notamment avec les familles des victimes. La réputation de l'hôpital semble être moins en jeu.

*S11 : « Ce qui est intéressant c'est déjà d'une part travailler avec les familles, il faut savoir aussi être honnête quoi. Quand ça arrive à l'un de vos proches, moi je me mets toujours dans la peau, si ça arrivait à moi en tant que proche, si par exemple j'avais un membre de ma famille qui se faisait agresser sexuellement dans le service, je voudrais bien le savoir et qu'est-ce qui a été mis en place si vous voulez. »*

Plusieurs soignants se questionnent autour de l'information à délivrer à la famille en cas de VS. En effet, est-ce que le fait de prévenir les proches et/ou la personne de confiance dans ce cadre-là ne serait pas une rupture du secret professionnel ? Comme le relève une soignante, la réponse apportée à cette question est beaucoup plus simple dans le cadre de patients mineurs : les parents seront systématiquement prévenus. Selon les cadres de santé, la question du secret professionnel n'est pas relevée. Le travail avec les familles est indispensable notamment pour les démarches judiciaires.

*S9 : « Là-dessus, les soignants me demandaient aussi d'avertir la famille de ce qui s'était passé cependant j'avais pas du tout de personne de confiance tracée dans le dossier même si on me disait que la personne référente c'était son fils. J'étais un peu embêté au niveau du secret médical aussi parce que du coup je ne sais pas si c'était une information que madame aurait souhaité que l'on révèle à son fils donc au début je ne l'ai pas fait. »*

Tous ces questionnements participent malheureusement à créer des conditions de conflit entre les familles et les soignants. En réponse à la violence subie sur l'un de leur proche, les familles expriment de la colère, une colère qui se dirige contre les membres de l'équipe soignante et/ou contre le patient agresseur. Les soignants vont devoir apaiser les tensions pour éviter les retentissements sur les soins.

*S1 : « Et quelques mois après, la...la famille a porté plainte nous reprochant, nous reprochant et notamment à l'assistante sociale, il y avait des conflits entre la famille et l'assistante sociale. Donc la famille a porté plainte contre l'assistante sociale parce qu'elle n'avait pas fait un signalement. »*

*S2 : « je pense que, je me souviens que le mari était fou furieux de ce qu'il était arrivé à, de ce qu'on avait forcé à faire à son épouse et du coup il était très très en colère contre l'agresseur, et du coup il avait fin voilà. »*

L'hôpital est également un lieu où il y a des privilèges : la prise en charge judiciaire semble être différente en fonction de l'environnement familial de la victime.

*S2 : « après ça avait été facilité par le fait que la victime était mariée je pense à un policier enfin je pense que, je me souviens que le mari était fou furieux de ce qu'il était arrivé à, de ce qu'on avait forcé à faire à son épouse et du coup il était très très en colère contre l'agresseur, et du coup il avait fin voilà. Je pense qu'il y avait eu quelque part une sorte de passe-droit pour intervenir très rapidement. Donc moi je trouve que cette situation, voilà, de par cette situation-là, ben voilà, elle a été très vite prise en charge judiciairement et il y a eu des conséquences. »*

## **5. Les conséquences des violences sexuelles sur les soins psychiatriques**

### **a. Sur la prise en charge des patients**

Après la survenue d'un tel évènement, le parcours de soin des patients psychiatriques va être fortement impacté. Les besoins en santé mentale vont être majorés autant pour les victimes que pour les auteurs. De plus, il sera difficile pour la victime d'être pris en charge sur le lieu de son agression. Le transfert de patient d'un établissement à l'autre ne peut souvent pas se faire du fait de la sectorisation de la psychiatrie même dans ces circonstances particulières. Un soignant considère que le transfert d'un patient pour ce motif pourrait être vécu comme une punition pour la victime d'agression sexuelle.

*S4 : « parce qu'elle a refusé toute hospit quelle qu'elle soit que ça soit dans l'unité où elle est déjà passée ou même dans une autre elle a refusé. Elle ne voulait pas rester ici. Donc je me dis dans quelle mesure ça a pu jouer là sur sa prise en charge là et sur cette hospitalisation. »*

*S13 : « Je ne pouvais pas tolérer que l'institution le rejette, fin moi je l'ai ressenti comme un rejet, le fait de l'envoyer ailleurs, on le rejette parce ce qu'il a osé dire, c'est dans ce sens là. »*

Le début de la prise en charge de la victime passe par l'évaluation de son état psychique par les soignants après la survenue de l'agression sexuelle. Cette

évaluation peut être parfois faussement rassurante. En effet, il est très difficile du fait de l'instabilité de leur pathologie psychiatrique de ne pas confondre une symptomatologie dissociative avec une symptomatologie délirante.

*S2 : « en sachant que, elle, très très rapidement, elle parlait plutôt de sa problématique à elle et qu'elle avait été très vite mis à distance ce que elle n'avait pas considéré comme une agression sexuelle de ce que moi j'avais perçu. Elle, elle avait...,voilà... vécu comme quelque chose d'intrusif dans sa chambre, un monsieur qui était inadapté, mais elle ne s'était pas sentie en danger ou inquiétée par le comportement du monsieur plutôt un peu choquée qu'il soit tout nu et qu'il fasse n'importe quoi mais elle n'avait pas été, elle ne s'était pas sentie tellement agressée dans ce qu'elle avait dit. Et très très rapidement elle était repartie sur son délire à elle autour de sa thyroïde et voilà. Et pour la suivre toujours cette dame, elle en parle plus du tout de ce truc-là. Elle n'a pas du tout été... »*

Un soignant aborde la question du vécu de l'examen gynécologique chez les femmes victimes d'agression sexuelle. Selon ce répondant, cet examen présente un risque important de réactivation du traumatisme.

*S9 : « en même temps ben madame elle risquait de vivre une situation pas forcément, enfin qui peut potentiellement être violente où elle se retrouve avec un examen gynéco alors qu'elle est dans un état délirant »*

La victime va chercher à se recréer un environnement plus sécuritaire. Il n'est donc pas rare qu'il y ait des demandes d'isolement à leur initiative. Les soignants essaient au mieux d'y répondre en tenant compte des possibilités du service.

*S2 : « elle ne voulait pas d'autres patients dans sa chambre donc elle était en demande d'isolement donc c'est vrai que vu ce qu'il s'était passé on avait répondu à sa demande »*

Il existe souvent un déséquilibre entre la prise en charge de la victime et celle de l'auteur au moment de l'agression sexuelle. Les soignants ont tendance à se concentrer plus sur l'un des patients aux dépens de l'autre.

*S2 : « Après, comme madame elle a très vite banalisé et qu'elle n'a pas été choquée plus que ça. Je pense qu'ils ont pas... Ils se sont surtout centrés sur le monsieur je pense. »*

En ce qui concerne la prise en charge de l'auteur présumé, les actions mises en place le concernant (comme la contention physique ou la mise à pied d'un soignant) pour une suspicion d'agression sexuelle sont perçues comme extrêmement violentes et disproportionnées pour les soignants.

*S9 : « ben pour le patient qui était contenu, ça peut aussi être violent que juste sur une suspicion comme ça de voir l'équipe débarquée parce que quelqu'un a dit que t'as fait un truc alors qu'il était calme, il était pas délirant donc... »*

*S7 : « Je pense qu'on a dû tous être confrontés à des accusations d'un genre ou d'un autre et sur le coup je me suis dit que c'était quand même une décision rapidement prise et qui peut être dévastatrice pour une carrière aussi et en même temps je comprends qu'il y ait besoin de mettre en sécurité les patients. Voilà. »*

#### **b. Sur la prise en charge des témoins**

Les témoins de l'agression sexuelle (les patients et/ou les soignants) semblent être les grands oubliés de la prise en charge. En effet, il n'y a pas de prise en charge spécifique pour eux alors que les conséquences psychologiques de l'exposition à de la violence sont bien réelles.

*S6 : « Les autres patients ils peuvent très bien aussi avoir assisté à des choses ou même avoir été confrontés sans que ça soit... sans que ça ait été vu par l'équipe ou verbaliser aux soignants et je pense que c'est important aussi de débriefer ça »*

*S7 : « Quand on apprend qu'il y a potentiellement un prédateur sexuel qui a travaillé avec nous pendant x années ou potentiellement un collègue qui n'est pas prédateur sexuel qui est accusé de ça et qui se retrouve mis à pied, ben il y a un impact sur toute l'équipe »*

#### **c. Sur l'organisation du service**

Les conséquences sur l'organisation du service sont plus importantes lorsque c'est un soignant qui est accusé d'être auteur de VS. La suspension d'un soignant sur un pôle va désorganiser l'intégralité des soins en l'absence de remplaçant. Au contraire, le maintien en activité d'un soignant suspecté de VS peut amener à des restrictions pour

ce dernier, dans un but de prévention de la récurrence, qui nécessitent également une réorganisation sur la répartition des soignants au sein du pôle.

*S13 : « Comme le poste était pas libéré ça nous a désorganisé aussi un peu la prise en charge somatique sur le pôle quoi. »*

*S4 : « c'est à dire que ce qui était dit c'est qu'il ne devait plus aller dans les services où y'avait des enfants, qu'il devait plus aller dans les unités où il y avait des mineurs, qu'il ne devait pas être tout seul, qu'il ne devait pas être seul avec les étudiants en santé, qu'il ne devait pas être seul avec les internes, parce qu'en fait ce n'était pas que les patients quoi. »*

L'accompagnement des patients par le personnel paramédical pour des transferts (aux urgences pour des examens médicaux ou au commissariat de police pour un dépôt de plainte et des auditions) nécessite de mobiliser des soignants supplémentaires alors que le système fonctionne déjà à flux tendu.

*S11 : « C'est plus dans le cadre de l'organisation que c'est chiant parce que des fois on est à flux tendu, après il faut prendre en considération les patients »*

On observe une perturbation de la dynamique au sein de l'équipe soignante après la survenue d'une agression sexuelle. Certains soignants ne vont pas garder la neutralité qu'ils leur aient demandée et vont avoir des positionnements soit pour l'auteur soit pour la victime. Il est également possible que les avis soient divergents au sein d'une même équipe paramédicale ce qui complique la prise de décision médicale, le médecin jouant alors un rôle d'arbitre entre les deux parties. Tout cela est générateur de conflits et de clivage au sein de l'équipe soignante et rend difficile l'accompagnement des patients puisqu'il fragilise l'alliance thérapeutique entre le soignant et le patient. Il est parfois nécessaire de recomposer l'intégralité de l'équipe soignante pour retrouver de la neutralité dans le soin.

*S7 : « J'ai l'impression que dans le fonctionnement du patient il y a les bons et les méchants en fait, même au niveau des équipes soignantes c'est à dire il y a ceux qui sont d'accord avec lui et ceux qui sont d'accord avec le médecin du coup ce n'est pas génial pour un accompagnement. »*

*S9 : « Franchement je ne sais pas, je pense que c'est parce que l'équipe était divisée sur la perception de la situation, où y'en a certains qui disaient « ben c'est tout l'autre on va le garder à l'œil et finalement il ne s'est rien passé de si grave donc il n'y a pas trop de raisons de s'alerter quoi » et il y a une autre partie de l'équipe qui voulait qu'elle porte plainte immédiatement, que la police soit au courant, que la famille soit au courant, qu'elle ait un examen d'urgence en médecine légale »*

Dans une situation, les soignants étaient tellement en souffrance que la direction de l'hôpital avait été chargée d'accueillir le patient lors de son hospitalisation.

*S7 : « Ben...pourquoi est-ce qu'il a été accueilli par la hiérarchie alors du coup si c'est un patient comme les autres ? Ben oui, parce qu'ils se rendaient bien compte que c'était pas adapté, que les collègues étaient trop en difficulté... »*

## **6. La relation entre l'auteur et la victime et le lien avec la pathologie mentale**

### **a. Qui sont les auteurs de violences sexuelles ?**

Les VS sont un phénomène qui concerne tout le monde. D'après les différents entretiens réalisés, la VS est commise soit par un soignant (un éducateur spécialisé, un infirmier ou un médecin), soit par un patient, soit par un inconnu, soit par un membre de la famille du patient.

*S10 : « il s'était passé quelque chose entre des infirmiers et une patiente hospitalisée, et les infirmiers ont très rapidement été, fin ont très rapidement disparu du bâtiment, je ne sais pas vraiment ce qu'il s'est passé et comment ça s'est passé à l'époque, et la patiente a été transférée dans un autre établissement. »*

Selon les soignants, il existe cependant un profil type du patient « prédateur sexuel », terme très souvent utilisé pour désigner l'auteur de VS.

*S7 : « et surtout des prédateurs sexuels j'en croise dans mon travail et euh... et je sais qu'il y en a un peu partout finalement. »*

Le trouble psychiatrique apparaît comme un facteur de vulnérabilité de passage à l'acte d'ordre sexuel. Parmi les situations évoquées, on retrouve chez l'auteur de VS

les pathologies psychiatriques suivantes : la schizophrénie (décompensée au moment du passage à l'acte), la catatonie associée à un trouble dépressif caractérisé, le Trouble de la Personnalité Antisociale (TPA) et le handicap intellectuel. Parfois, on retrouve des patients avec un profil plus complexe : TPA, hospitalisé en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (SPDRE), connu pour un risque hétéro-agressif, avec un passé carcéral (notamment condamnations pour meurtres ou actes de barbaries) et des antécédents hospitalisations en Unité pour Malades Difficiles (UMD).

*S5 : « le patient, présumé auteur des faits, c'était quelqu'un qui était en SDRE depuis assez longtemps, qui avait déjà fait de l'UMD, qui avait déjà été condamné à de multiples reprises dont une fois pour actes de barbarie »*

#### **b. Les violences sexuelles : une fatalité en psychiatrie ?**

Plusieurs soignants se représentent les VS selon comme une fatalité.

*S3 : « si ça avait pas été ce soir-là elle aurait trouvé un autre moyen, ça aurait peut-être été avec un autre patient dans le service, ça aurait peut-être été un soignant à l'extérieur lors d'un accompagnement pour une activité ça aurait pu... »*

Selon eux, les auteurs de VS ont souvent déjà été victimes de violences notamment pendant l'enfance. Ils n'auraient pas pu bénéficier de connaissances et d'éducation sur la sexualité et la violence dans un environnement familial dysfonctionnel et reproduiraient ce qu'ils ont eux-mêmes vécu. Être victime de VS devient donc un facteur de risque de devenir auteur de VS. La récurrence chez les auteurs de VS est souvent la règle.

*S13 : « on ne devient pas auteur de violences sexuelles ou auteur de violences pour rien quoi. »*

#### **c. Qui sont les victimes de violences sexuelles ?**

Le profil de la victime est marqué par son extrême vulnérabilité à la violence du fait :

- De sa pathologie psychiatrique. Elle est sévère et instable (trouble dépressif caractérisé avec caractéristiques mélancoliques, handicap intellectuel, trouble bipolaire en accès maniaque, trouble psychotique bref, trouble délirant type somatique et trouble de la personnalité borderline) et justifie des soins sous contraintes.
- De l'altération de son état cognitif
- De son extrême précarité
- De son âge (inférieur à 18 ans)
- De ses antécédents de VS notamment dans l'enfance
- De la prise de traitements hypnotiques : le moment du coucher étant particulièrement à risque pour un passage à l'acte.

*S4 : « Parce que c'était une jeune, qui plus est mineure, qui venait justement pour du trauma, du trauma sexuel euh... et...et parce que ben... du fait de sa pathologie elle est pas capable de se protéger »*

*S13 : « Je sais maintenant, donc c'est parce que ça se passait la nuit, ça se passait à des moments où voilà, les patients étaient sous hypnotiques donc voilà. »*

Les conséquences des VS pour la victime sont lourdes. Il est évident pour les soignants qu'être victime de VS est un facteur de risque de développer un ESPT. Le pronostic vital peut également être engagé : un soignant cite un cas de tentative de suicide chez une patiente survenue après une agression sexuelle.

*S9 : « Voilà. Et après donc je suis allé dormir, j'ai passé la nuit. Pendant la nuit, la patiente a fait une tentative de suicide alors qu'elle n'avait pas verbalisé d'idées suicidaires. Qui a interrompu mais elle avait commencé à accrocher une corde à l'arbre du jardin du service. »*

La victime subit souvent des réexpositions à l'évènement traumatique. En effet, il arrive dans certaines situations que l'auteur et la victime ne soient pas mis à distance. La victime se retrouve alors parfois toujours confrontée à son agresseur pendant ses séjours hospitaliers. Un soignant souligne également que le lieu de l'exposition

traumatique n'est pas pris en considération dans le parcours de la prise en charge de la victime puisque le patient poursuit le plus souvent ses soins psychiatriques sur le même lieu de l'agression sexuelle.

*S4 : « il y a eu trois semaines où elle reconnaît l'agresseur lors d'une nouvelle hospitalisation »*

*S7 : « ça leur avait renvoyé et sans parler aussi du trauma du patient j'ai envie de dire c'est à dire que s'il a subi une agression sexuelle, qu'il a fait des révélations et... le remettre là où il a été traumatisé je ne suis pas sûr que ça soit une bonne idée. »*

#### **d. Relation entre l'auteur et la victime**

La relation entre l'auteur et la victime est le plus souvent déséquilibrée soit par un rapport de domination de l'un sur l'autre soit par une différence de sévérité de leur pathologie psychiatrique. Par exemple, la relation du soignant avec son patient illustre parfaitement ce rapport de dominant et de dominé. Pour certains soignants interrogés, l'auteur de VS ne choisit pas ses victimes au hasard, il sélectionne les victimes les plus vulnérables qui n'auront pas la capacité de s'exprimer pour éviter de se faire prendre. Il peut donc manipuler sa victime et parfois même l'équipe soignante.

*S13 : « parce qu'à l'œil nu ça se voit que la patiente c'est quelqu'un de vulnérable, la victime n'a pas été choisie au hasard. »*

*S12 : « Je pense que c'était un patient qui arrivait à obtenir beaucoup de choses par la menace des équipes et du coup ouais, je sais pas, je sais pas si, même en ayant confirmation que cette dame c'était une prostituée, on l'aurait empêcher de rentrer dans le service. »*

## 7. La relation entre la justice et la psychiatrie

### a. Le problème de l'accueil de la victime par la police

Le dépôt de plainte est essentiel dans le parcours de soin de la victime. Les soignants doivent informer la victime sur les modalités du dépôt de plainte. Si elle accepte, la victime doit être accompagnée par un soignant et/ou par une personne de confiance.

*S13 : « Et on a accompagné cette patiente dans les démarches judiciaires, j'oserai dire, de l'agression sexuelle, c'est à dire au médecin légiste et au commissariat pour le dépôt de plainte. »*

Un soignant rapporte l'expérience stigmatisante lors de l'accompagnement d'une patiente lors d'un dépôt de plainte avec les policiers. Ses derniers auraient eu des attitudes de moquerie à son égard du fait de sa pathologie mentale.

*S13 : « Avec de vous à moi, l'équipe est très très en colère parce qu'au commissariat, ils se sont un peu foutu, ils se sont moqués de la patiente, de sa façon de s'exprimer, de sa façon d'être quoi... »*

*S11 : « Moi je ne suis pas pour « parquer les personnes » en fonction de leur pathologie quoi, ça non. C'est toujours stigmatiser une personne par rapport à une patho, quel que soit la personne, quel que soit la pathologie. Ça non. Moi je suis un peu contre quoi. »*

Lors d'une enquête judiciaire, des courriers ont été envoyés par la police à des patients pour des auditions dans le but de trouver d'autres victimes potentielles. Du fait du secret judiciaire pour les officiers de police et du secret médical pour les soignants, il n'y a pas de transparence au niveau des informations transmises auprès des autres patients du service ce qui participe à alimenter leur sentiment d'incompréhension.

*S7 : « Et puis surtout il y a eu des courriers qui ont été envoyés aussi par la police à des patients, à plein de patients pour l'enquête pour savoir si eux aussi avaient subi des attouchements de la part de ce médecin et du coup on a tous été impactés à différents niveaux parce que c'est nos patients qui recevaient les courriers et qui du coup nous demander pourquoi ils recevaient de tels courriers. »*

Un soignant évoque également le problème de l'accueil des soignants par la police. Il rapporte que les informations sur l'enquête judiciaire leur ont été rapportées avec une telle brutalité par les policiers sans aucune considération du secret judiciaire. D'après certains soignants, les policiers manqueraient d'empathie envers les soignants et ne sembleraient pas prendre conscience de l'impact d'une affaire judiciaire sur leur santé mentale.

*S13 : « et là j'arrive au commissariat et...et aucun filtre. Aucun filtre. Je rentre dans le bureau avec mon patient, euh...Et là l'infirmier, euh l'agent de police me déballe toute l'affaire, euh...me déballe ce qui a été dit à l'audition du médecin, fin voilà donc je me prends de face, je me prends de face l'audition du docteur qui est mon collègue somme toute »*

*S13 : « ben comme vous accompagnez ce patient qui était hospitalisé sous contrainte, vous allez rester à l'audition. Et là je ne me voyais pas rester à l'audition parce que, ben c'est mon collègue quoi, et puis il y a des choses que je ne voulais pas entendre de sa part en l'occurrence, et là donc j'ai essayé de faire une pirouette en essayant de dire, il va peut-être y avoir vice de procédure »*

Un autre soignant rapporte son vécu négatif lors d'une audition par un policier pour une enquête judiciaire sur des VS entre deux patients.

*S1 : « Moi j'ai été auditionné. J'ai été au commissariat. Il y avait une suspicion de l'inspecteur mais je pense que c'était peut-être aussi sa technique d'entretien, il suspectait aussi qu'on, qu'à \*\*\*\* on dissimulait quelque chose. Il avait eu Mme \*\*\*\*\* au téléphone qui pensait... Alors je ne sais pas s'il nous, s'il ne demandait pas ça sur le..... de façon à pouvoir....., prêcher le faux pour avoir le vrai ou si vraiment il était persuadé que l'on cachait quelque chose. »*

## **b. Le rôle de la justice de rétablir la vérité**

La justice va permettre de passer d'un doute à une vérité judiciaire. En effet, le jugement va rendre réelle une agression sexuelle et va pouvoir statuer sur la question du consentement. Il permet donc d'apaiser les doutes et les incertitudes des soignants.

*S10 : « Alors je ne sais pas quelles seront les répercussions une fois que le jugement aura été rendu, les choses auront peut-être été actées vraiment. En*

*tout cas aujourd'hui, plus on se rapproche de ce fameux procès, moins les gens en parlent »*

Plusieurs soignants relèvent la problématique de la longueur de la durée des procédures judiciaires qui peut devenir un facteur de stress pour les patients tout comme les soignants.

*S7 : « cette procédure elle dure, elle dure, elle dure, ils sont entendus, il y a un laps de temps, ils sont entendus, il y a un laps de temps. C'est-à-dire que là il y a quelques semaines le patient est revenu parce que l'enquête est en cours et du coup il a été entendu à nouveau et du coup il a encore du parler de ces choses-là tout comme d'autres patients d'ailleurs parce que forcément ils ont trouvé d'autres patients qui révèlent aussi des faits. Et ben...les patients re-décompensent du coup car on va re-trainer un petit peu dans tout ça »*

Pour certains soignants, le rôle de la justice est également punitif mais une des personnes interrogées souligne que la psychiatrie doit, dans certaines situations, assurer ce rôle punitif via l'isolement pour les auteurs de VS compte tenu du refus de la justice de tenir son rôle.

*S5 : « L'isolement, humain, pas humain, est-ce que l'on n'est pas en train de se substituer à la justice qui refuse de tenir son rôle ? »*

### **c. Un conflit perpétuel entre la justice et la psychiatrie**

Il existe des points de vue divergents sur la question de la collaboration entre la justice et la psychiatrie. Certains soignants pensent qu'il est préférable de bien différencier les deux domaines afin que la prise en charge judiciaire n'influe pas sur la prise en charge psychiatrique et inversement. Cela permettrait de limiter également la stigmatisation des victimes et des auteurs de VS. D'autres soignants pensent, au contraire, qu'il serait plus confortable de travailler en collaboration pour limiter l'impact des procédures judiciaires sur la santé mentale des patients.

*S7 : « Ouais mais après je veux dire du judiciaire à l'hôpital psychiatrique, on est quand même assez...On ne travaille pas en collaboration du tout, ça ne se fait pas à la collaboration mais je me demande s'il n'y aurait pas un intérêt*

*quelques fois à avoir des arrangements ensemble parce que ça serait quand même plus confortable aussi en ça, pour pleins de choses. »*

## **8. Une réflexion autour des pratiques des soignants**

De manière générale, la prise en charge des VS est considérée par les soignants comme compliquée, désorganisée et chronophage.

Parmi les points positifs, les soignants rapportent qu'une situation de VS en intra-hospitalier engendre la plupart du temps une mobilisation collective. Ils rapportent être satisfaits des entretiens réalisés avec l'auteur et avec la victime. Ils sont également satisfaits de la rapidité de la prise en charge somatique réalisée aux urgences.

*S3 : « Euh...positif, c'est de voir qu'en étant très court finalement la patiente a pu bénéficier d'un examen spécialisé gynécologique, elle est allée à l'unité médico-légale du \*\*\*, elle a eu ses prélèvements, son bilan sanguin etc., sa trithérapie prophylactique contre les MST potentielles, qu'elle a pu revenir, qu'on a pu débriefer très rapidement avec la psychiatre, le psychologue etc. »*

*S2 : « Ben ils ont rapidement interpellé le médecin pour mettre le monsieur en sécurité, ils ont quand même été assez réactifs. Ils ont été à l'écoute de madame. Je pense qu'ils ont plutôt bien..., plutôt bien réagi. »*

La réponse en aigüe apportée en termes de prévention de la récurrence est centrée sur la séparation des deux patients. Cela est fondamental pour les soignants. Dans le meilleur des cas, on transfère le patient dans un autre établissement. Quand cela n'est pas possible, on préfère changer un des patients de service.

Malheureusement, il arrive que cette seconde solution ne soit pas possible. Les soignants se voient contraints de mettre en place des mesures qui questionnent leur éthique pour séparer les patients.

Parmi les points négatifs sur la prise en charge des VS, on retrouve donc plusieurs sujets d'insatisfactions :

- L'absence de décision de transfert de la victime vers un autre établissement

*S7 : « un patient qui fait des révélations comme ça on l'envoie ailleurs, on ne le laisse pas dans le service dans lequel il est, on met à distance l'agresseur présumé de la victime présumée, on ne peut pas les laisser au même endroit. Alors là oui effectivement ils ont enlevé l'agresseur présumé ok, mais la victime elle est restée là fin...dans l'endroit où il a potentiellement subi des choses, je ne suis pas sûr que ça soit très bon »*

- La mise en place de la contention physique chez l'auteur suspecté en prévention de la récidive

*S9 : « ça ne m'a pas du tout satisfait de contenir un patient, de contenir un patient calme et non délirant pendant toute une nuit sur la base de « peut être une suspicion de quelque chose ». »*

- La mise en place de l'isolement chez la victime

*S2 : « Et voilà c'était compliqué parce qu'à \*\*\*\* on n'avait pas, on n'a toujours pas d'ailleurs, les systèmes où c'est les patients qui peuvent s'enfermer donc on avait dû la mettre en isolement pour un motif... voilà extérieur et pas... donc ça je trouve que c'était pas très très satisfaisant »*

- L'absence de formation sur les VS

*S12 : « on n'est pas formé à savoir ce qu'il faut faire »*

- La prise en charge de patients qui ne sont pas de nos services (en garde)

*S6 : « Parce qu'en plus ce qui est compliqué à ce moment-là c'est qu'en tant qu'interne qui intervient ponctuellement on connaît pas la situation, on ne connaît pas les patients sur le service, on connaît pas la problématique non plus »*

- L'absence de prise en charge spécifique pour les soignants

*S7 : « Mes collègues ont pu échanger un petit peu, verbaliser, c'est-à-dire qu'on a de la chance d'avoir un encadrement supérieur qui est à l'écoute des équipes malgré tout, qui est aussi très cadrant mais qui peut être à l'écoute et qui a pris cette place d'écoute attentive sauf que je ne suis pas sûr qu'étant supérieur hiérarchique, ça soit non plus très indiqué, si, c'est une bonne idée mais je ne pense pas que ça soit suffisant, il faudrait que ça soit quelqu'un de neutre dans cette histoire qui puisse entendre les équipes et les écouter. Il y a un rapport hiérarchique qui ne doit pas être présent dans une écoute je trouve. »*

La pression institutionnelle semble pousser les soignants à des actions qui ne sont pas en accord avec leur éthique et leur déontologie. Ils doivent également obéir à l'ordre hiérarchique qui les tient à l'écart des informations ce qui provoque un réel sentiment d'infantilisation chez les soignants. Dans ce contexte, la prise de position chez les jeunes générations de soignants est devenue de plus en plus difficile.

*S7 : « J'ai dit aux collègues, pourquoi vous avez autorisé ça, c'est le médecin qui décide, ben non c'est pas le médecin qui décide, toi t'es infirmier, t'es infirmière tu peux te positionner si tu n'étais pas d'accord avec quelque chose. Oui mais c'est le médecin qui décide. Oui le médecin fait une prescription sauf que si tu trouves que c'est maltraitant pour le patient tu ne le fais pas. Ben je pense que c'est devenu compliqué à entendre pour les jeunes générations »*

*S10 : « on nous ordonne de le prendre en charge comme les autres sauf qu'il a toujours des consignes totalement différentes des autres patients, très personnalisées, très à la carte comme s'il fallait surtout, surtout mieux le prendre en charge que les autres. »*

Sur le terrain, les soignants relatent également un certain nombre de méconnaissances sur les thèmes suivants :

- L'existence d'une mesure de protection chez le patient

*S13 : « on s'est rendu compte que l'on ne savait pas si la maman était tutelle, curatelle, donc en termes de législation ça a permis aussi de repositionner les choses et de faire ses vérifications à l'entrée »*

- L'évaluation de l'urgence et de la gravité d'une VS

*S9 : « c'était que je ne savais pas trop comment évaluer la gravité de ce qu'il s'était passé »*

- Les actions à mettre en place notamment sur le plan médico-légal

*S12 : « Ben ouais. On ne sait pas comment réagir en fait face à ça, on sait que c'est quelque chose de pas bien mais qu'est-ce qu'il faut faire là maintenant tout de suite sur les faits on ne sait pas en fait on a dû prendre un temps pour réfléchir. »*

*S6 : « s'il faut une réquisition de médecine légale, on est aussi dans des délais qui sont quand même courts, est-ce qu'il faut mettre des scellés sur la chambre »*

*S9 : « le signalement est-ce que c'est systématique »*

- Les formations existantes sur les VS

*S5 : « Franchement non. Moi ce que je connais c'est les formations de gestion de l'agressivité, de comment éviter l'escalade symétrique, comment gérer une situation de tension, ça je sais faire à peu près mais spécifiquement les violences sexuelles, non. »*

- L'existence d'un protocole spécifique aux VS dans le service

*S9 : « Le chef a dit que c'était peut-être un autre chef qui sait. Ils ont appelé la cadre qui a dit « non je ne crois pas qu'il y ait un protocole, ah si, peut être » mais bref. Tout le monde de la prise en charge, j'avais cette idée qu'il fallait que je me réfère au protocole sauf que personne n'avait de protocole à me donner. »*

Plus spécifiquement, les internes font part d'une plus grande difficulté que les médecins à réagir devant ses situations du fait d'un manque d'expérience, de formation et parfois d'un manque de supervision par le médecin encadrant.

*S5 : « Mon erreur fondamentale c'est que je sais que j'ai pas appelé le PH, et ben je me souviens un peu. En fait je savais que y'avait certains des..., ça m'était déjà arrivé de devoir appeler des PH et de ne pas avoir de réponse du tout ou d'avoir un PH qui m'avait dit « ok, nana, je te rappelle ou j'arrive » et il ne s'était jamais rien passé, personne n'était jamais venu, certain PH, je ne sais pas où ça en est d'ailleurs. Mais à l'époque j'avais quand même un peu intégré l'information que « tu es de garde, tu es seul »*

*S5 : « j'avais aucun réflexe en fait »*

## **9. Les stratégies de prévention : une prévention tertiaire plutôt que primaire**

### **a. Comment prévient-on les violences sexuelles à l'hôpital ?**

Le risque de VS à l'hôpital est maintenant bien connu par les soignants. Il semble exister une meilleure sensibilisation à ce sujet au fil des années.

*S1 : « On a commencé je vous dis, bon j'ai eu une longue carrière, c'est vrai que ces histoires là au départ j'y faisais peut-être moins attention. On a*

*commencé à prendre conscience que derrière les tentatives d'autolyse il y a eu certainement beaucoup d'agressions sexuelles. »*

Cependant, les stratégies de prévention primaire de la VS ne sont toujours pas suffisantes selon les répondants. Empêcher les VS à l'heure actuelle leur paraît être une mission impossible. Les facteurs limitants à la mise en place d'un bon système de prévention qui ont été repérés sont le manque de moyens et de personnels médicaux.

*S9 : « parce que pour moi on devrait avoir soit les moyens de le surveiller vraiment avec une surveillance à vue permanente »*

*S13 : « on ne peut pas les protéger de tout, on ne peut pas les protéger de tout. »*

La posture des soignants reste très ambivalente concernant la détection du risque. Un soignant souligne que la VS n'est pas prévisible et donc non accessible à la prévention.

*S11 : « ce type de situation ça prévient pas, c'est délicat quoi. Vous prévenez pas ça. »*

Et en même temps, ils se sentent coupables lorsqu'il y a un passage à l'acte. Ils échouent en tant qu'enquêteur.

*S7 : « Il y a des gens très très bien sous tous rapports, qui présentent bien qui peuvent être potentiellement finalement des agresseurs sexuels, on ne peut pas le deviner en fait je pense. »*

*S13 : « je me suis des fois sentie coupable en me disant, je suis cadre de l'unité, j'ai rien vu ».*

La prévention primaire des VS est basée sur la surveillance des patients par les équipes soignantes mais ce système n'est pas fiable puisque la surveillance n'est pas permanente. Les soignants doivent donc avoir recours à des méthodes plus restrictives comme la contention physique et l'isolement. Compte tenu de la violence de ses méthodes, elles ne sont utilisées qu'en prévention secondaire c'est-à-dire après un passage à l'acte.

*S8 : « c'était comme ça qu'ils s'étaient retrouvés dans sa chambre, ça avait échappé à la vigilance de l'équipe infirmière tout ça »*

*S3 : « Mais c'est vrai que ça nous oblige à avoir une vigilance plus accrue et surveiller, fin différentes choses que juste la surveillance suicidaire ou juste la surveillance clastique. »*

L'analyse du risque à l'hôpital se fait plutôt sur des méthodes a posteriori.

*S5 : « Y'a un peu ce fonctionnement du a posteriori, ah maintenant que je sais à quel point ça a pu déconner, je me dis que si y'en a un deuxième, ce que je ne souhaite pas, c'est que ça se passe différemment »*

Aujourd'hui, il ne semble pas y avoir d'autres alternatives à la contention et à l'isolement pour prévenir le risque de récurrence des VS et permettre d'assurer la protection des patients. On retrouve en général deux cas de figures :

- Mesures de contention physique ou d'isolement pour l'auteur présumé
- Mesures d'isolement pour la victime présumée

*S9 : « ça ne m'a pas du tout satisfait de contenir un patient, de contenir un patient calme et non délirant pendant toute une nuit sur la base de « peut être une suspicion de quelque chose ».*

*S2 : « cette dame elle avait demandé à ce que l'on ferme sa chambre à clé pour ne plus être importunée par ce monsieur-là. Et voilà c'était compliqué parce qu'à \*\*\*\* on n'avait pas, on n'a toujours pas d'ailleurs, les systèmes où c'est les patients qui peuvent s'enfermer donc on avait dû la mettre en isolement pour un motif... »*

Lorsqu'il s'avère que l'auteur de VS est un soignant, des mesures exceptionnelles de prévention peuvent être prises pour la suite comme l'accompagnement systématique du soignant par un autre soignant et/ou des interdictions de passage dans des services de patients mineurs.

*S13 : « Euh... Les médecins \*\*\*, les médecins \*\*\* qui sont venus après, l'équipe les a systématiquement accompagné pour tout ce qui est bilan somatique, ils ont été plus dans le contrôle. »*

*S4 : « c'est à dire que ce qui était dit c'est qu'il ne devait plus aller dans les services où y'avait des enfants, qu'il devait plus aller dans les unités où il y avait des mineurs, qu'il ne devait pas être tout seul, qu'il ne devait pas être seul avec les étudiants en santé, qu'il ne devait pas être seul avec les internes, parce qu'en fait ce n'était pas que les patients quoi. »*

La prévention des conséquences des VS sur la santé mentale des patients passe par l'accompagnement des patients dans leur parcours de soin post-agression sexuelle (médecine légale, urgences, commissariat de police...). La gestion en aigüe des VS passe par les entretiens qui peuvent être sous la forme de débriefing afin de créer un espace de verbalisation des émotions du patient. Certains soignants recommandent le transfert d'un patient victime de VS pour éviter les reviviscences traumatiques et prévenir le risque d'ESPT.

*S7 : « Le patient, on va le remettre là où il a potentiellement subi des violences sexuelles...euh... la reviviscence du trauma... fin il y a un risque majoré là quand même et en plus s'il y a un risque aussi de le mettre j'ai envie de dire dans un climat pas très bon »*

*S13 : « moi le fait de l'avoir accompagné, le fait d'avoir porté la dénonciation des faits, le fait de l'avoir accompagné sur certains éléments avec une collègue, lui avoir cherché, parce qu'on l'a vraiment accompagné jusqu'au bout, chercher un avocat, enfin le fait, fin voilà vraiment l'accompagner dans la totalité de ses droits, je pense que ça a renforcé les liens thérapeutiques, je pense que aujourd'hui, dans la prise en charge de ce patient, cette affaire a eu un énorme impact.»*

Un soignant amène à la réflexion de la place des mineurs (entre 15 et 18 ans) dans les services de psychiatrie adulte.

*S7 : « on est pas à l'abri qu'un jour il y ait des parents qui déposent plaintes parce que leur enfant qui est mineur, qui était hospitalisé en psychiatrie adulte a eu des rapports sexuels avec un adulte, on est pas à l'abri de ça... »*

## **b. Comment prévient-on la souffrance des soignants ?**

La prise en charge des soignants après une exposition à de la VS repose sur des debriefings, formels ou informels, qui se réalisent en général entre les membres d'une même équipe. Le but de ces réunions est de créer un espace de parole pour la verbalisation des émotions des soignants.

*S11 : « il y a la possibilité qu'ils expriment par le biais soit de débriefings formels ou informels, ça peut être fait en rendez-vous avec le cadre ou en rendez-vous*

*de groupe donc ce qui permet aussi aux soignants de pouvoir s'exprimer sur les situations et de pouvoir décharger en fonction bien sûr de la situation »*

Plusieurs soignants dénoncent que la liberté de parole des soignants est limitée par l'absence de neutralité dans l'écoute qui leur est proposée puisqu'elle n'est pas réalisée par un intervenant extérieur.

*S10 : « Voilà, quelqu'un qui ne connaît pas, qui ne nous connaît pas, qui ne connaît pas la situation et qui ne connaît pas le patient, qui ne connaît pas l'établissement, vraiment vraiment extérieur. Je pense que ça c'est important parce que sinon la parole elle n'est pas libre. »*

L'accompagnement qu'on leur propose est jugé comme insuffisant. Par conséquent, il n'est pas rare que les soignants se soutiennent les uns et les autres.

*S7 : « Ben de positif, c'est là que l'on se rend compte que...comment je peux dire... qu'entre infirmiers, entre collègues, on peut s'occuper un peu des uns des autres aussi finalement car c'est notre métier et du coup d'accompagner ses collègues est d'être là pour eux, c'est humain ça fait parti de notre boulot »*  
*S7 : « mais je trouve ça dommage que ça soit du système D alors qu'il existe de nos jours des moyens pour accompagner les gens de manière plus...surtout que l'on aime bien les protocoles maintenant à l'hôpital, pourquoi pas quelque chose de carré, de « secure », plutôt qu'un système D un peu boiteux, surtout pour les agents. »*

## **10. La question de la formation et du protocole**

### **a. La vision des soignants du protocole**

Il n'y a pas de protocole spécifique aux VS dans les services de la plupart des soignants qui ont été interrogés. Un soignant évoque l'existence d'un algorithme de prise en charge de situations types destinées aux internes de garde et un autre soignant parle d'un protocole en cours de rédaction.

*S5 : « il y a une espèce d'algorithme dans le cahier des..., ça peut sembler absurde juste faire un polycopié où tu dis, alors faire si faire ça et prévenir telle*

*personne qui va te dire d'en prévenir telle autre et les choses à pas oublier c'est un deux trois etc etc ... Mais je pense que c'est bien. »*

*S9 : « il y avait un protocole qui était en cours de réalisation et qui n'était pas encore publié. »*

Plusieurs soignants ressentent le besoin d'avoir un protocole car le stress que génère ce genre de situation limite leur capacité de réflexion. Un protocole avec les grandes lignes de conduite à tenir permettrait de rassurer les équipes soignantes d'autant plus que l'urgence de la situation nécessite une réponse rapide. Par exemple, un soignant mentionne que le délai pour constater des faits au niveau médico-légal est court (entre 24 et 48 heures). Le protocole permettrait également d'éviter les oublis.

*S2 : « Moi je pense que c'est un guide surtout quand on est dans l'aigu quand il y a de l'angoisse, du stress, je pense que c'est un guide, je pense que c'est bien, après je sais que des fois à l'occasion de situation clinique, les protocoles peuvent être revus et réadaptés, je pense que ça ne doit pas être figé, enfin en tout cas pour moi c'est un bon point de départ et un bon guide »*

*S6 : « il y a aussi beaucoup de choses qui peuvent passer à l'as »*

Un soignant pense que le protocole pourrait être une base pour les soignants ne connaissant pas la structure.

*S11 : « Alors c'est toujours intéressant pour les nouveaux arrivants mais...parce que ça leur donne une base »*

Le risque du protocole serait de dépersonnaliser le soin alors que selon eux, la gestion de VS se fait au cas par cas. La rigidité du protocole ne permettrait pas de s'adapter aux différents types de situation.

*S12 : « Une gestion cas par cas en fonction de la pathologie des patients, en fonction des patients. »*

*S11 : « les situations ne sont jamais les mêmes et dépendent d'énormément de choses »*

D'autres au contraire ne sont pas pour protocoliser le soin mais plutôt pour protocoliser l'administratif.

*S11 : « Tout protocoliser en psychiatrie je trouve ça un peu dommageable. Et puis ça coule de source. Vous avez pas besoin de protocoliser ce type de prise*

*en charge. Surtout dans notre spécialité. On est dans le cadre des relations humaines. Un protocole en termes d'organisation qui appeler qui et qui fait quoi, ouais y'a pas de soucis mais protocoliser le soin en lui-même, c'est quand même notre cœur de métier, je trouve ça un peu dommage de protocoliser quoi »*

*S7 : « Alors je suis pas fan des protocoles, vraiment pas du tout, même en psychiatrie je trouve que c'est pas toujours une bonne idée sauf que quand il y a une situation gravissime comme ça il faudrait quand même quelque chose quoi, là pour le coup un protocole qui serait plus administratif, une procédure administrative »*

On constate donc que les soignants attendent d'un protocole qu'il les aide en termes d'organisation des soins. Les éléments essentiels qui devraient apparaître dans ce protocole seraient selon eux :

- L'ensemble des intervenants à appeler
- Les actions à mettre en place pour chaque intervenant (signalement, examens médico-légaux...)
- La chronologie des actes à faire
- Un examen clinique standardisé

Le protocole ne doit pas être trop rigide afin de pouvoir s'adapter aux différents types de situations.

*S4 : « C'est un peu un sac de nœud de savoir ce que l'on fait, dans quel ordre on le fait »*

*S6 : « Peut-être faire figurer quand même les grandes lignes de conduite à tenir parce qu'en fait on se rend vite compte que sur le coup il y a beaucoup d'émotions, il y a beaucoup de pressions, que tout repose un peu sur la même personne qui doit prendre des décisions et du coup ne pas du tout rater la chronologie des actes à faire »*

Un soignant aurait imaginé un protocole dichotomisé en fonction du type d'agresseur.

*S4 : « Je pensais que c'était dichotomisé en fonction du type d'agresseur finalement. Pour moi c'est pas la même conséquence. »*

La création d'un protocole unique leur paraît difficile mais en même temps créer un arbre décisionnel pourrait devenir source de confusion pour le soignant.

S8 : « Ouais, je pense, peut-être un peu séparer le truc en situation, essayer de, après ça reste des cases quoi mais tu vois d'essayer de faire un peu des cases différentes, mais fin je t'avoue que je ne sais pas trop comment est-ce que j'imaginerais le truc mais, un protocole unique pour une situation d'agression sexuelle, ça me paraît un peu chaud mais... »

S9 : « c'est pas forcément facile de prévoir toutes les configurations dans le protocole parce que là il aurait fallu un arbre et avec du coup, suspicion ou fait observé par un soignant ou fait rapporté par un patient ou fait observé par les soignants avec est-ce que c'est un patient qui a un état cognitif et qui permet un interrogatoire au sens psychiatrique du terme ou pas, ensuite envisager est-ce qu'il faut prévenir les proches selon s'il y a un papier de personne de confiance ou s'il n'y en a pas »

Un soignant se pose la question des paramètres de surveillance à faire apparaître dans ce protocole.

S3 : « Du coup je ne sais pas trop quels seraient les paramètres de surveillance, comment on pourrait agir. J'imagine que c'est plus de la prévention et puis après... »

## **b. La vision des soignants des formations sur les violences sexuelles**

La plupart des soignants interrogés n'ont pas eu de formation spécifique aux VS.

S5 : « Franchement non. Moi ce que je connais c'est les formations de gestion de l'agressivité, de comment éviter l'escalade symétrique, comment gérer une situation de tension, ça je sais faire à peu près mais spécifiquement les violences sexuelles, non. »

S8 : « Après le truc un peu négatif je trouve c'est que ouais, on est vraiment pas du tout formé pour ce genre de situation je trouve »

Plusieurs soignants nous font part d'expériences professionnelles en lien avec cette thématique. On peut citer la participation à des groupes de responsabilité sur les auteurs de VS intrafamiliales, la pratique d'expertise psychiatrique chez des auteurs de VS, la participation à une journée d'information organisée par l'Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violence Sexuelle et une formation sur l'ESPT.

S13 : « Je travaillais au \*\*\*\* où j'ai travaillé avec le docteur \*\*\* et le procureur de \*\*\* sur la mise en place des groupes de responsabilité sur les auteurs

*intrafamiliales et sur la prise en charge aussi des auteurs de violences sexuelles intrafamiliales »*

*S1 : « Après bon, moi je fais pas mal d'expertises, j'ai fait le DU sur les agressions sexuelles, et donc on me confie facilement. Je vois beaucoup de gens qui ont des problèmes de... »*

Seul un soignant a eu accès à une formation spécifique aux VS dans le cadre d'un exercice psychiatrique en milieu pénitentiaire. Ces formations semblent plus accessibles dans ce type de milieu que dans un milieu classique en psychiatrie générale.

*S12 : « Alors par rapport à mon service d'avant, après j'ai fait les formations à \*\*\* j'en ai faite une, puisque maintenant que je suis en milieu pénit on y a plus facilement accès je trouve que quand. C'est la différence que je vois par rapport à mes deux services d'avant. »*

Un soignant souligne le problème plus général concernant la formation des infirmiers à la santé mentale depuis la réforme de mars 1992 qui signe la fin de la formation spécifique des infirmiers du secteur psychiatrique. Il dresse le constat alarmant du manque de connaissance et d'expériences en psychiatrie des nouveaux infirmiers titulaires du Diplôme d'Etat.

*S7 : « les gens sont plus spécialisés à la psychiatrie uniquement, je parle au niveau infirmier, au niveau aide-soignant, les gens sont formés à pleins de choses et pas que de la psychiatrie, peut être que s'ils étaient formés à la psychiatrie et à la santé mentale, l'accompagnement, effectivement il pourrait y avoir des apports plus ciblés sur les violences sexuelles, sur la sexualité d'une manière générale, sur les violences d'une manière générale, oui, sauf que là les cursus de formation sont tellement généralistes, c'est-à-dire que les infirmiers qui interviennent en psychiatrie sont formés à de la pneumo, de la cardio, de la neuro enfin tout et tellement peu de psychiatrie et de santé mentale pendant leur cursus qu'ils apprennent sur le tas. »*

Un cadre de santé nous fait part d'une forte demande de soignants pour des formations sur les VS. Dans son service, ces formations ne sont pas systématiquement proposées. La formation ne peut être réalisée que si le soignant en fait la demande. Cela doit provenir d'une démarche individuelle à l'initiative du soignant.

*S11 : « Non en tant que cadre de santé non, par contre après on a des professionnels qui sont en demande de formation là-dessus. »*

Il semble essentiel pour les soignants qu'il y ait une formation aux VS avant la mise en place d'un protocole dans un service. Elle permettrait au préalable de sensibiliser les équipes soignantes sur la thématique des VS ainsi que de déconstruire les croyances et les idées reçues des soignants autour du viol et des agressions sexuelles.

*S12 : « il faut que les professionnels soient sensibilisés avant parce que je ne suis pas sûre que l'arrivée des protocoles dans mon précédent service sans sensibilisation aurait été, ça peut être des équipes très difficiles en psychiatrie, je l'ai vécu parce que mon équipe était très soudée mais qui pouvait être très difficile dans l'apport de nouvelles choses et du coup je pense qu'il faut une grosse sensibilisation avant. »*

*S9 : « ça m'évoque pas mal la déconstruction des idées reçues autour du viol ou des choses comme ça »*

Elle permettrait une meilleure utilisation du protocole par les soignants.

*S9 : « même si par exemple si j'avais eu un arbre décisionnel avec d'un côté suspicion d'agression sexuelle et de l'autre côté suspicion de viol, honnêtement j'aurai pas su quelle branche prendre »*

Les soignants attendent que le contenu de cette formation soit essentiellement centré sur un savoir pratique plutôt qu'un savoir théorique, par exemple sous forme de cas clinique concrets qu'ils pourraient rencontrer sur le terrain.

*S12 : « Des cas concrets, clairement, c'est avec ça que l'on apprend le mieux. »*

*S2 : « je pense que ça ne peut être que bénéfique mais avec des supports je pense qui doivent être pragmatiques et pratiques »*

Un soignant se questionne sur l'apport de connaissances sur le droit dans cette formation.

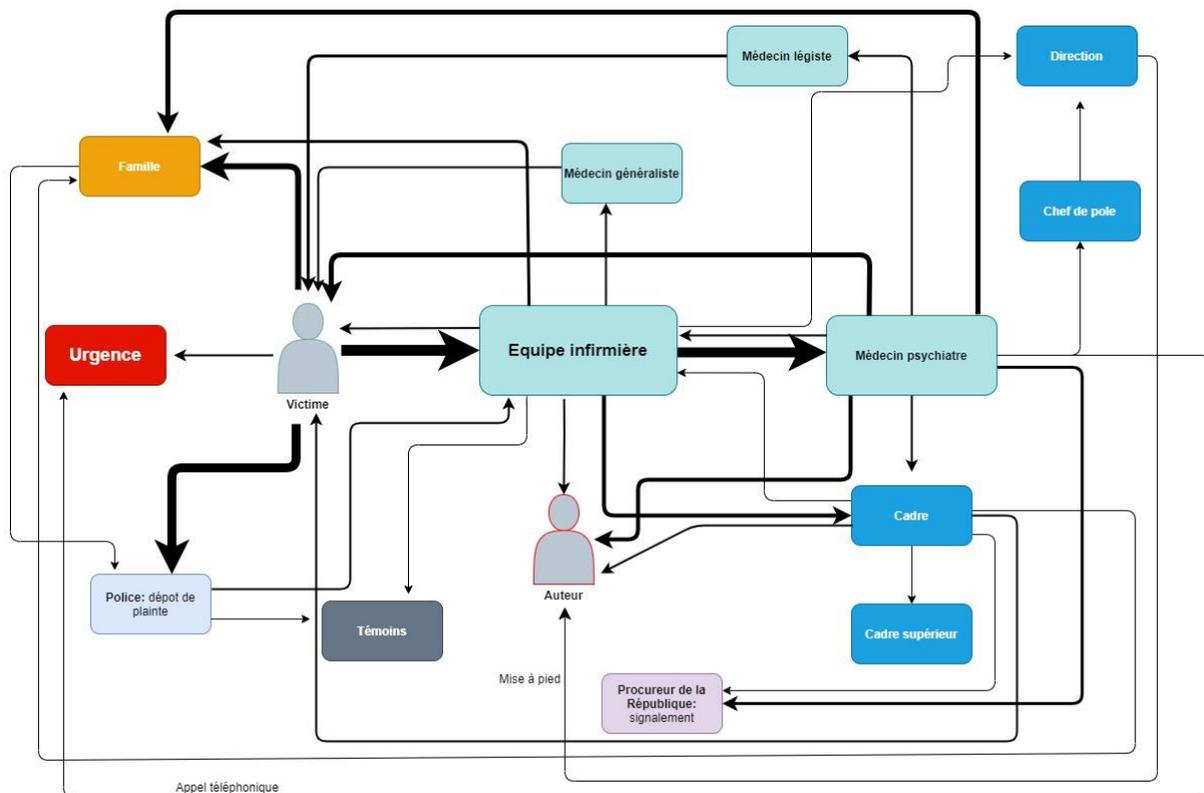
*S9 : « éventuellement peut être une meilleure connaissance du droit mais j'suis pas sûr que ça m'aurait tellement aidé car ça reste à interpréter. Parce que par exemple, en terme strictement légal est-ce que j'avais le droit de communiquer cette information à son fils alors que je n'avais pas de papier de personne de confiance, ben peut être pas mais bon faut s'adapter aussi. »*

### III. ANALYSE DE PRATIQUE

Le diagramme de flux de données (**Figure 4**) permet de décrire l'ensemble des interactions entre les différents acteurs qui participent à la prise en charge des VS à l'encontre des patients hospitalisés en psychiatrie.

**Figure 4** : Diagramme de flux de données

Le flux est représenté par une flèche. Il symbolise un échange entre deux acteurs. Le diamètre de la flèche est proportionnel au nombre de citations retrouvé dans les entretiens.



Cette modélisation par le diagramme de flux de données permet de mettre en évidence le rôle central de l'équipe infirmière dans l'organisation des soins. Il fait ressortir deux liens bidirectionnels qui sont :

- Celui entre la victime et l'équipe infirmière avec une prédominance du flux de la victime vers l'équipe infirmière
- Celui entre l'équipe infirmière et le médecin psychiatre avec une prédominance du flux de l'équipe infirmière vers le médecin psychiatre

C'est l'équipe infirmière qui, dans la plupart des cas, est interpellée en premier par la victime pour dénoncer les VS. L'équipe infirmière prévient le plus souvent le médecin psychiatre qui va réaliser un entretien avec la victime et avec l'auteur. En ce qui concerne ces entretiens, les soignants parlent plus des entretiens réalisés par le médecin psychiatre que par les infirmiers et le cadre. De plus, l'entretien psychiatrique de la victime est plus mentionné que celui réalisé avec l'auteur. Les soignants ne parlent à aucune reprise d'un entretien réalisé par le médecin psychiatre avec les patients témoins des VS intra-hospitalières. L'équipe infirmière a, à une reprise, fait un entretien avec les patients témoins. C'est également le médecin psychiatre qui se charge le plus souvent de prévenir les familles des patients.

Le médecin psychiatre se charge le plus souvent du signalement auprès du Procureur de la République. A une seule reprise, c'est le cadre de santé qui le réalise.

Seul le médecin psychiatre se charge de prévenir le médecin légiste pour la réalisation des examens médicaux-légaux (à deux reprises) et le chef de pôle (à une reprise). La direction est peu souvent prévenue. Lorsqu'elle est prévenue, c'est l'équipe infirmière et le chef de pôle qui l'alertent. Une décision de mise à pied immédiate du soignant incriminé a été décidée par la direction dans une situation où l'auteur était un soignant. Le cadre est le plus souvent informé de la situation par l'équipe infirmière que par le médecin psychiatre. Il est le seul à prévenir le cadre supérieur.

Le médecin généraliste est le plus souvent alerté par l'équipe infirmière. Il va se charger d'examiner la victime sur le plan somatique. Le transfert aux urgences de la

victime est peu souvent évoqué. A une reprise, le médecin psychiatre demande un avis téléphonique auprès des urgences. Les soignants ne parlent à aucun moment d'une prise en charge somatique pour l'auteur : ils ne parlent ni d'un examen somatique ni d'un transfert aux urgences.

Le dépôt de plainte est, dans la plupart des cas, bien réalisé par la victime auprès du commissariat de police. Plus rarement, c'est la famille qui dépose plainte pour la victime contre l'auteur. Dans le cadre d'une enquête judiciaire, la police peut entrer en contact avec l'équipe infirmière et/ou avec les patients du service.

## DISCUSSION

### I. Résumé des résultats principaux

L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu des professionnels de santé lors de la prise en charge des VS à l'encontre des usagers hospitalisés en psychiatrie. Nos résultats s'organisent autour de dix thèmes :

- Les rôles des soignants, la pluridisciplinarité et l'alliance thérapeutique
- Les enjeux de la définition de l'agression sexuelle
- La réaction des soignants face à la violence sexuelle
- Le regard des soignants sur l'hôpital
- Les conséquences des VS sur les soins psychiatriques
- La relation entre l'auteur et la victime et le lien avec la pathologie mentale
- La relation entre la justice et la psychiatrie
- Une réflexion autour des pratiques des soignants
- Les stratégies de prévention : une prévention tertiaire plutôt que primaire
- La question de la formation et du protocole

#### ***Difficultés de reconnaissance de la violence sexuelle sur le terrain***

Notre étude a montré que les soignants savaient bien identifier les différentes formes de violences. De même, selon eux, les VS sont des événements graves et rares mais qui sont probablement sous-estimés. L'étude de L. Ghestem nous a prouvé en effet que les taux d'agressions sexuelles au sein des établissements de santé mentale étaient bel et bien sous-estimés puisqu'elle a révélé que 45% des soignants

et 44% des internes avaient rapporté des faits de VS survenues dans leur service au cours des 12 derniers mois (33).

Cependant, nos résultats ont aussi suggéré que les soignants présentaient des difficultés à reconnaître les VS sur le terrain. Nous avons retrouvé dans les différents entretiens plusieurs freins à la bonne réception du discours du patient par le soignant qui ont pu participer à une minimisation voire à une banalisation de ses propos. En premier, la présence de la pathologie psychiatrique a fortiori décompensée, rendait, selon eux, difficile l'appréciation de la véracité des propos du patient. De même, notre étude a révélé que la prise en charge faite par les soignants sur la victime différait en fonction de son vécu. L'absence de détresse psychique chez la victime présumerait d'un caractère non traumatogène et viendrait remettre en question la définition propre de l'agression sexuelle. On peut retenir le cas d'une agression sexuelle chez une patiente délirante qui ne présentait pas de signes de détresse particuliers lors de son évaluation avec le psychiatre et qui n'a pas conduit à une prise en charge spécifique. Pourtant, ces constats s'opposent aux données de la littérature car il a été démontré qu'il n'existait aucune corrélation entre la cohérence et la véracité du discours du patient, en raison de la dissociation lors de l'évènement et de la fragmentation ultérieure de ses souvenirs (72). En deuxième, la quête inlassable de vérité du soignant par la recherche de preuves (des lésions sur le patient, la confirmation par l'auteur ou par des témoins des accusations portées par la victime, des attitudes de séduction de la victime auprès de l'agresseur etc) a participé à inverser le statut de la victime avec celui de l'auteur. Ce processus a donc engendré une culpabilisation de la victime mais aussi du soignant qui échoue en tant qu'enquêteur et une déresponsabilisation envers l'agresseur.

S13 : « Qu'est ce qui a fait que j'ai pas vu quoi ? »

L'absence de contusions et de lésions physiques ne signifiant pas pour autant l'absence d'agression sexuelle puisque « la surprise, la terreur ont pu mettre la victime hors d'état de se défendre » (73). Le rapport d'enquête « Les français(e)s et les représentations sur le viol et les violences sexuelles » réalisé par l'institut IPSOS et l'association Mémoire Traumatique et Victimologie en 2016 trouve les mêmes constats chez une grande partie de la population française. En effet, les français(e)s semblent également prompt(e)s à déresponsabiliser l'agresseur dès lors que la victime a adopté certains types de comportements (attitude provocante en public, attitude séductrice avec l'agresseur, tenues très sexy etc) (19). Les représentations sociales des soignants autour des VS ont influencé leur façon d'accueillir la révélation des faits. Chez certains répondants, on a retrouvé plusieurs fausses croyances comme le fait qu'un patient atteint d'un trouble psychiatrique serait plus à risque de fausses allégations ou que la victime pourrait avoir des bénéfices secondaires à dénoncer une agression sexuelle. Effectivement, l'hypothèse des fausses allégations semble toujours la plus probable chez les soignants même lorsqu'on sait que seuls 3 % des signalements de victimes auprès de la police sont faux (74). De plus, l'analyse manichéenne des soignants tendait à réduire la complexité d'une situation de VS alors qu'elle nécessitait une approche beaucoup plus nuancée.

### ***Le lien étroit entre violence sexuelle et troubles psychiatriques***

Notre étude a mis en évidence une forte association entre VS et troubles psychiatriques. Le trouble psychiatrique était un facteur de risque de VS et l'exposition à la VS augmentait le risque de développer des troubles psychiatriques (notamment ESPT) pouvant parfois même engager le pronostic vital (augmentation du risque

suicidaire). L'étude de Hugues et al. le prouve aussi en montrant que le fait d'avoir été victime de VS serait un facteur de risque de développer des troubles psychiatriques et que le fait d'avoir un trouble psychiatrique serait un facteur de risque de VS et de re-victimisation par rapport à la population générale (75). De même, la revue de littérature de Khalifeh et al. a confirmé que la maladie mentale grave exposerait à un risque de victimisation 6 fois plus élevé par rapport à la population générale avec, dans cette population, des prévalences de VS autour de 10 % chez les femmes et de 3% chez les hommes (27).

Les facteurs de risque de vulnérabilité chez la victime que nous avons pu repérer dans notre étude étaient les suivants : un trouble psychiatrique sévère et instable, un état cognitif altéré, une grande précarité, un jeune âge (inférieur à 18 ans), les antécédents personnels de VS et la prise de traitements médicamenteux. Plusieurs études ont permis également de dégager des facteurs de risque pour la victimation violente dont certains sont communs avec notre étude. On retrouve, parmi ces facteurs de risque, le genre (les femmes), les conditions de vie (la pauvreté, le fait d'avoir été récemment sans domicile), les caractéristiques cliniques (l'abus de médicaments, le degré de symptomatologie et le fonctionnement social) (78–82).

Chez l'auteur de VS, des antécédents personnels de VS étaient souvent également retrouvés selon les répondants. Derrière chaque auteur de VS semblait se cacher le plus souvent une victime. Le fait d'être victime de VS est donc apparu dans notre étude comme un facteur de risque de devenir auteur de VS. Ces éléments ont également été retrouvés dans la littérature puisqu'il a été montré que les auteurs de VS avaient davantage été victimes de VS, notamment intrafamiliales, de maltraitances physiques et affectives ou de négligences durant l'enfance (76,77).

### ***Vécu émotionnel des soignants***

La réponse émotionnelle des soignants lors de la prise en charge de VS à l'encontre de patients hospitalisés en psychiatrie était principalement à valence négative. Les émotions qui ont pu être retrouvées chez les répondants étaient les suivantes : du stress et de la sidération, du doute et de l'incertitude, de l'ambivalence, de la colère, de la peur et de la culpabilité. Ces émotions étaient majorées lorsque l'auteur des VS était un soignant. Ce constat pourrait en partie s'expliquer par les fausses croyances des soignants concernant les auteurs de VS qui, selon eux, ne peuvent pas être des soignants.

*S4 : « Ben c'est difficile de se dire que des gens avec qui on travaille peuvent potentiellement, des gens avec qui on travaille en équipe, à qui on donne une certaine confiance »*

Cette charge émotionnelle faciliterait le processus de mémorisation. Cette idée est également retrouvée dans la littérature. Comme l'ont montré Cahill et McGaugh en 1998, ce mécanisme de consolidation serait sous-tendu par un système neurobiologique spécifique à la mémoire émotionnelle. Un événement à teneur émotionnelle activerait à la fois l'amygdale et le système hormonal qui conduirait à un meilleur stockage des informations (80, 81). Cependant, lorsque l'intensité de l'émotion est extrême, comme dans les VS, l'activation maximale de l'amygdale inhiberait totalement le fonctionnement de l'hippocampe. Cela se traduit cliniquement par un ESPT (79–81). Dans notre étude, seul un répondant a évoqué un état de sidération, chez les soignants, au moment de la découverte de l'évènement. Cette symptomatologie dissociative rentrait dans le cadre d'un état de stress aigu. Aucun des répondants n'a évoqué avoir développé par la suite un traumatisme secondaire ou un traumatisme vicariant. Néanmoins, le constat du retentissement émotionnel

d'une exposition traumatique indirecte chez les soignants est bien connu dans la littérature (82). Une étude réalisée en 2015 sur des infirmières réalisant des soins sur des patients ayant été victimes d'agression sexuelle révélait que ces infirmières avaient des scores sur l'échelle Trauma and Attachment Belief Scale significativement plus élevés que les infirmières générales (83). La revue de littérature de Craig et al (113) nous informe également que ce serait les thérapeutes les moins expérimentés qui présenteraient le plus de risque de développer un ESPT ou un traumatisme vicarien (84).

Les soignants ont souligné l'importance de donner du sens à ce qu'ils font, de travailler sur ces valeurs et de développer des compétences émotionnelles pour prévenir de la charge émotionnelle. Ces éléments sont nécessaires pour créer l'alliance thérapeutique nécessaire entre le patient et le soignant et d'autant plus pour favoriser la bonne réception de son discours. Le travail émotionnel n'était souvent pas réalisé du fait de l'absence de dispositif spécifique dédié à l'accompagnement du soignant à l'hôpital. Il en a découlé une fragilisation de l'alliance thérapeutique entre le patient et le soignant ne permettant pas, par la suite, un accompagnement bienveillant du patient. Néanmoins, l'entraide et la cohésion au sein des équipes soignantes ont permis de palier partiellement à cette absence. Ces idées ont rejoint celles de la littérature. En effet, les chercheurs ont identifié le travail d'équipe et l'accompagnement organisé comme des facteurs protecteurs de la charge et de l'épuisement émotionnel chez les soignants (85). Les concepts de régulation émotionnelle, d'intelligence émotionnelle et de résilience devant être au cœur de cet accompagnement organisé (86).

## ***Relation complexe entre santé mentale et justice***

Les différents entretiens ont pu faire ressortir le problème de la stigmatisation des patients psychiatriques au sein de la police. En effet, la stigmatisation dans le domaine de la santé mentale est un problème au point que l’OMS le qualifie « d’obstacle le plus important à surmonter dans la communauté ». L’enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités » effectuée en 2006 auprès de quatre sites en région Provence-Alpes-Côte d’Azur note toujours l’association « folie - maladie mentale = violence - dangerosité » dans l’imaginaire collectif malgré les multiples campagnes de prévention et de lutte contre la stigmatisation (87). Dans notre étude, cette stigmatisation a pu être expérimentée par un soignant accompagnant une victime lors de son dépôt de plainte. Ces attitudes discriminatoires n’étaient pas sans conséquences sur le parcours de soin de la victime de VS. En 2009, l’étude de Thornicroft et al. a pu constater que les conséquences de la multiplication de situations de discriminations vécues par les patients engendraient des conduites d’évitement chez les malades afin de se préserver du rejet dont ils pensent être victimes (88). Ces attitudes dysfonctionnelles en lien avec l’autostigmatisation, identifiées par Park en 2013, pourraient entraîner l’isolement social de la victime et l’empêcher d’aller porter plainte (89).

Ce problème de stigmatisation s’étendait également aux professionnels de la santé mentale. En effet, l’attitude des officiers de police avec les soignants à l’occasion d’une enquête judiciaire a été considérée comme inappropriée par ce même répondant qui a relevé un manque d’empathie à son égard et une brutalité dans la manière dont les informations judiciaires lui ont été transmises.

## ***Ethique et déontologie***

Dans nos résultats, le sujet de la VS a amené à des réflexions autour des obligations légales et des devoirs déontologiques des soignants. Même si l'accompagnement de la victime vers le dépôt de plainte auprès du commissariat de police semblait être la priorité des soignants, nous avons repéré au premier plan des lacunes en termes de connaissances juridiques. Il persistait chez certains soignants une peur centrée sur la violation du secret professionnel. Dans ce contexte, les soignants se sont sentis limités dans leur droit de transmission des informations auprès des proches et notamment de la personne de confiance. Ce constat d'incertitude juridique chez les soignants s'explique par les limites parfois floues du code de procédure pénale concernant les dérogations au secret professionnel chez les majeurs protégés que l'on retrouve dans la revue de la littérature de J. Da Costa de 2019 (90). En effet, l'article 40 du code de procédure pénale affirmant que « toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs » ne précise pas l'application de cet article aux professionnels de santé (91). De plus, étant donné que le signalement aux autorités compétentes ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire, le code pénal ne donne pas de caractère obligatoire au signalement (92).

Ils ont été également pris dans un dilemme éthique entre les droits et les libertés individuelles des patients et leur devoir de protection envers eux, en tant que majeurs vulnérables. Le droit à la sexualité restait un des droits encore très débattu par les

soignants. En effet, la question de la sexualité est actuellement encore un tabou auprès de nombreux soignants tout comme la question des VS. Ce tabou s'est retrouvé dans le vocabulaire des soignants puisqu'un certain nombre d'entre eux utilisait le « ça » pour éviter de nommer la VS. Pour certains, le respect du droit à la sexualité pourrait entraver le soin et devenir un facteur de risque de VS. Ces différents éléments sont retrouvés dans la revue francophone internationale de I. Saidi de 2021 (93). En effet, plusieurs études ont montré que les soignants considéraient que les relations sexuelles étaient inappropriées en milieu hospitalier. Ils privilégient leur interdiction alors que les réglementations nationales et internationales reconnaissent le droit à la santé sexuelle (94–96). D'autres études ont montré que le modèle paternaliste des soins restait assez présent dans le domaine de la santé mentale, la protection du patient vulnérable étant privilégiée au détriment de sa qualité de vie, de son autonomie et de ses droits (96,97). L'Inspection Générale des Affaires Sociales souligne l'importance d'une réflexion dans l'abord de la sexualité en établissement de santé mental. Il propose comme recommandation l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques au niveau national et que ce sujet soit systématiquement abordé dans les règlements intérieurs (30).

Dans notre étude, les soignants ont également insisté sur les limites de la loi de la sectorisation de la psychiatrie qui vient s'opposer à la liberté de choix du patient sur son établissement de santé. Plusieurs soignants ont évoqué des conduites d'évitement chez les victimes de VS traduisant leur réticence à revenir sur le lieu du viol ou de l'agression sexuelle. Dans le contexte d'une situation de VS, cette loi venait déshumaniser le soin puisque le patient était parfois contraint de rester sur le même lieu de son agression sexuelle majorant ainsi le risque d'ESPT. Elle participait

également à une certaine commercialisation du soin puisque les soignants utilisaient le terme de la « négociation » pour transférer un patient sur une autre structure hospitalière. Le patient étant représenté comme une marchandise et les soignants comme des négociateurs.

### ***Prévention des violences sexuelles***

Nos résultats ont apporté un éclairage sur le système de prévention des VS à l'hôpital qui fonctionnerait plutôt sur un niveau tertiaire que primaire. A priori, la prévention primaire serait principalement axée sur une surveillance humaine réalisée par les soignants. Cependant, du fait d'un manque de moyens et de personnels, la surveillance ne pouvait être permanente et de ce fait, n'était efficace que partiellement. En ce qui concerne la prévention secondaire qui consiste à éviter la récurrence d'un passage à l'acte chez un patient, elle reposait dans la plupart des cas sur l'usage de l'isolement (pour l'auteur et pour la victime) et de la contention physique (uniquement pour l'auteur) pour assurer la mise à distance et la sécurité de chacun. Ces stratégies employées dans la prise en charge de VS à l'encontre des patients déplaisaient à un certain nombre de répondants pour des raisons éthiques (atteinte aux libertés individuelles du patient) et de législation (les motifs d'isolement et de contention ne répondant pas toujours aux indications relevées dans la loi isolement-contention). Les études étaient concordantes avec nos résultats puisqu'elles montraient également que les soignants n'étaient pas indifférents à l'aspect liberticide et dangereux de ces pratiques (98). Elles proposaient des stratégies alternatives efficaces pour éviter le recours à la contention mécanique en axant la priorité sur la qualité de l'environnement institutionnel, sur la formation et sur le nombre suffisant de personnels soignants en

rapport au nombre de patients (99–102). Le recours à la famille et aux proches des patients pourrait être également une piste dans la liste des stratégies alternatives dans la prise en charge des situations difficiles. L'idée étant d'inclure l'usager et sa famille au sein de l'équipe soignante afin qu'ils participent à l'élaboration de stratégies de la gestion de crise (101).

En ce qui concerne la prévention tertiaire, elle consistait à prévenir les conséquences psychiatriques et non psychiatriques des VS sur la santé des patients. Les soignants semblaient globalement satisfaits de la prise en charge médico-psychologique immédiate habituellement proposée aux patients sur le terrain (examen somatique, dépistage des infections sexuellement transmissibles, médecine légale et psychiatrie). Cependant, ils ont évoqué des difficultés dans l'articulation du travail en réseau entre les différents intervenants et particulièrement en milieu pénitentiaire (mobilisation d'escortes pour une extraction aux urgences). La revue de la littérature de S. Djahanbani proposait de s'inspirer des modèles anglo-saxons (notamment aux Etats-Unis : programme « Sexual Assault Response Team » et « Sexual Assault Nurse Examiner ») afin de potentialiser la centralisation de la prise en charge, la coordination entre les intervenants et la spécialisation des professionnels (103,104). Ils semblaient, pour la plupart, bien sensibilisés à la question du traumatisme, leur objectif étant d'éviter le développement d'un TSPT chez la victime. Selon les études, ce sont 50% voire 60% des victimes de VS qui souffriront d'un TSPT (35,44).

### ***Formation et protocole***

L'accessibilité à une formation sur les VS et à un protocole dédié à la gestion des VS au sein d'un établissement de santé mentale, semblerait être, selon les

soignants, des pistes d'amélioration du système de prévention actuel. En effet, les rapports publiés ces dernières années par le Ministère de la Santé (30,32) dénoncent l'absence de formation et de protocole spécifique pour les soignants destinés à la prise en charge des VS.

Dans notre étude, la plupart des soignants n'ont pas eu de formation spécifique à la prise en charge des VS tout comme le révèlent les résultats de l'étude quantitative de L. Ghestem. En effet, elle retrouvait que 77 % des soignants et 81 % des internes n'avaient reçu aucune formation (33). La plupart des soignants confrontés à ce type d'évènement se basait sur des expériences antérieures de violence ou s'appuyait sur l'avis de collègues plus expérimentés ce qui expliquait les prises en charges hétérogènes d'une situation à une autre. La formation aux VS permettrait donc d'homogénéiser les prises en charges. Dans la région du Nord et du Pas-de-Calais, l'accessibilité de ces formations serait plus facile en milieu pénitentiaire comme a pu le relever un des répondants. En effet, l'Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violence Sexuelle du Centre Hospitalier Universitaire de Lille (pôle de Psychiatrie, Médecine Légale et Médecine en Milieu Pénitentiaire) a pu développer un programme de formation s'adressant à tous les professionnels ou futurs professionnels de la Santé, de la Justice et du Médico-social afin d'améliorer la prise en charge des auteurs de VS (105). Les soignants souhaiteraient que cette formation permette une sensibilisation à cette thématique. Dans cette partie sur la sensibilisation aux VS, un des répondants de notre étude a pu soulever l'importance de déconstruire les représentations sociales des soignants autour des mythes et des croyances autour du viol et des agressions sexuelles. Par exemple, dans le programme de formation proposé par l'Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violence Sexuelle, la partie sur la sensibilisation à la prise en charge d'adultes auteurs de VS comprend une

« introduction à la problématique des VS par les représentations sociales concernant les auteurs de VS » (105). De plus, un abord sur les connaissances médico-légales pourrait être intéressant compte tenu des nombreux questionnements sur le cadre légal de leur pratique professionnelle. Les soignants souhaiteraient que cette formation soit principalement pratique avec par exemple des études de cas plutôt que théorique afin de leur apporter des connaissances « pratico-pratiques » pour pouvoir manipuler au mieux un protocole spécifique à ce type de prise en charge au sein d'un établissement de santé.

La plupart des répondants qui ont été interrogés dans notre étude n'ont pas eu accès à un protocole spécifique à la prise en charge des VS au sein de l'établissement de santé dans lequel ils exerçaient. Ces résultats étaient concordants avec ceux de l'étude de L. Ghestem qui déclarait que 71 % des soignants et 92 % des internes n'avaient pas eu accès ou connaissance à l'existence de ce type de protocole. Notre étude a permis d'éclaircir les attentes des soignants vis-à-vis de ce protocole. En effet, leurs attentes sont centrées sur une aide en termes d'organisation. Les différents éléments, selon eux, à apparaître dans ce protocole seraient : la liste de l'ensemble des intervenants à contacter, les actions à mettre en place par chaque intervenant et un listing de l'examen clinique standardisé pour le psychiatre. Ils leur paraissent également indispensable de préciser la chronologie des actes à réaliser puisque la temporalité est importante dans le cadre des VS. Ce protocole devrait être souple afin de préserver une certaine flexibilité dans la prise en charge des patients. Aujourd'hui, plusieurs études soulignent l'urgence de réfléchir à l'élaboration d'un protocole (75,106). Par exemple, en 2015, dans un article d'Ashmore et al., ils décrivent le développement d'un guide à utiliser dans les services de santé mentale qui viserait à

fournir des conseils plus clairs au personnel soignant sur les étapes à suivre suite à la divulgation d'une agression sexuelle par un patient (107) .

L'équipe infirmière était au cœur de la prise en charge des VS puisqu'elle était interpellée, dans la plupart des cas, par la victime pour dénoncer les VS. Il serait donc évident qu'une formation et un protocole leur soient proposés en priorité. Le service d'urgence, le médecin généraliste et le médecin légiste semblaient peu sollicités contrairement aux autres intervenants. Il est probable que les problèmes d'articulation entre les différents intervenants que nous avons pu mettre en évidence dans notre étude en soient une explication. Il serait donc intéressant de proposer des outils aux professionnels de santé pour améliorer ces interactions. Les témoins des VS n'ont pas bénéficié d'une prise en charge spécifique. De plus, la prise en charge psychiatrique et somatique de l'auteur de VS semblait négligée par rapport à celle de la victime. Ces derniers points seront donc nécessaires à développer dans la future rédaction d'un protocole.

## **II. Forces et limites de l'étude**

Il s'agit d'une étude ancillaire qui a permis de mixer deux approches, qualitative et quantitative avec l'étude « Violences sexuelles à l'encontre des usagers hospitalisés en psychiatrie adulte : état des lieux dans le Nord et le Pas-de-Calais » (33). Ainsi, nous avons pu étudier de manière complémentaire notre sujet de recherche.

Les caractéristiques de nos répondants sur le sexe, l'âge, la spécialité, le statut professionnel et la catégorie d'établissement du lieu d'exercice (Etablissements Publics de Santé Mentale, Centres hospitaliers et Centres Hospitaliers Universitaire)

étaient variées ce qui permettait d'avoir un échantillon représentatif des professionnels de santé. Cependant, nos répondants étaient certainement plus sensibilisés à la thématique de la VS par rapport aux autres soignants qui ne nous ont pas contactés.

Nous avons réalisé un effort constant tout au long de l'étude pour garder une démarche réflexive avec des échanges réguliers avec le groupe de recherche, la tenue d'un journal de bord et la triangulation des données avec le groupe de recherche permettant de limiter au maximum les biais d'interprétations.

Du fait de la crise sanitaire liée à la Covid-19, tous les entretiens n'ont pas pu être réalisés selon la même méthodologie. En effet, les trois premiers entretiens ont dû être réalisés en distanciel via la plateforme Zoom contrairement aux autres entretiens qui ont pu être réalisés en face à face.

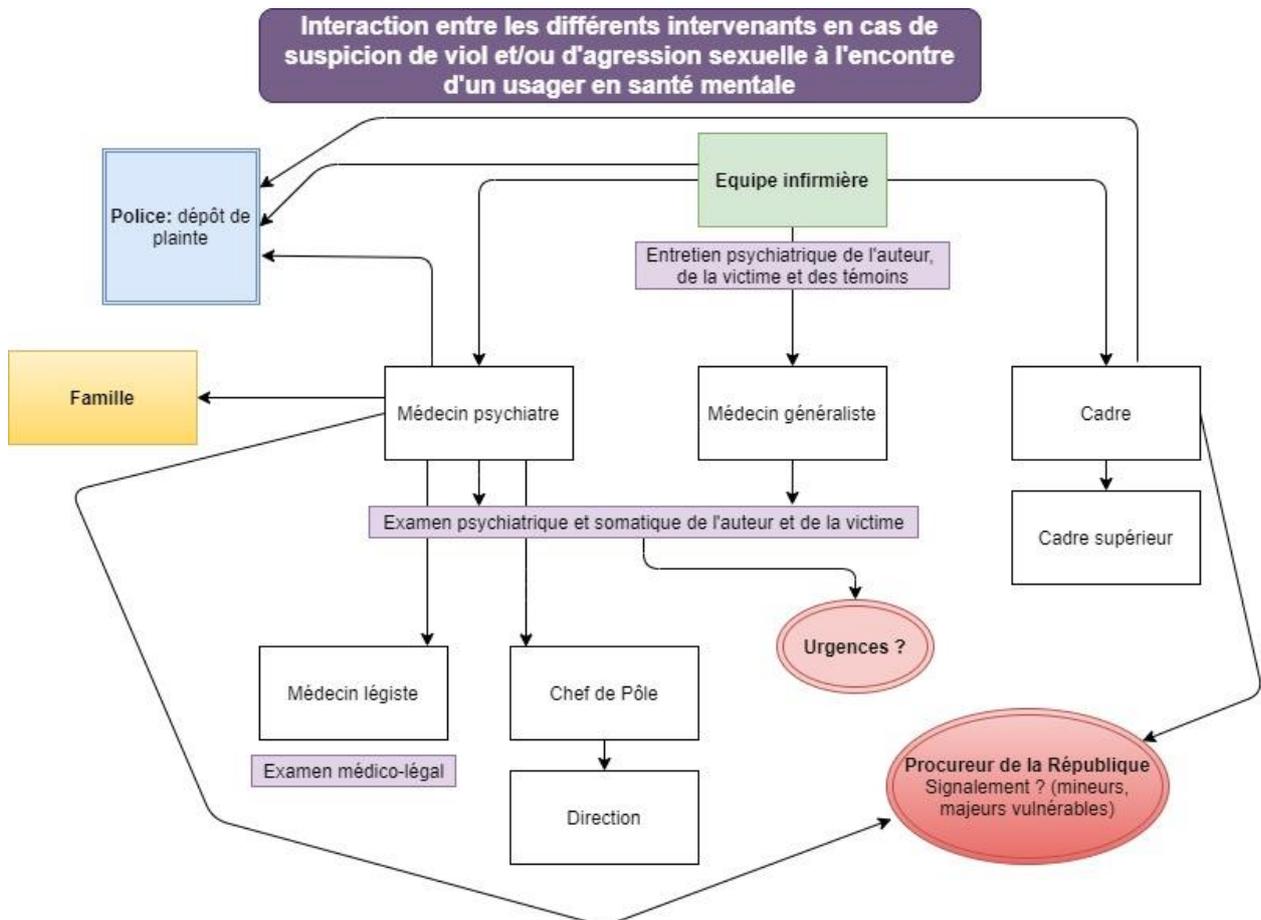
Trois des répondants étaient connus de F. Dupont, l'investigateur principal, dont deux relations amicales et une relation professionnelle. Trois autres des répondants étaient connus de E. Demeulemeester qui faisait partie du groupe de recherche (relations professionnelles).

F. Dupont et E. Demeulemeester avaient connaissance chacune d'une situation de VS puisque toutes les deux ont déjà été témoins de ces situations lors de leur stage d'interne.

### III. Perspectives

A partir de notre étude, nous avons pu proposer un modèle d'interactions entre les différents intervenants (**Figure 5**) en cas de suspicion de viol et/ou d'agression sexuelle à l'encontre d'un usager en santé mentale au cours d'une hospitalisation en psychiatrie. Il permettra d'apporter une aide dans la rédaction d'un protocole qui pourrait être intégré au sein d'un livret à destination de l'ensemble des professionnels de santé et en priorité aux équipes infirmières qui sont les premières à intervenir sur le terrain.

**Figure 5** : Proposition d'un modèle d'interactions entre les différents intervenants en cas de suspicion de viol et/ou d'agression sexuelle à l'encontre d'un usager en santé mentale



## CONCLUSION

Cette étude qualitative a permis d'explorer le vécu des professionnels de santé lors de la prise en charge de VS à l'encontre des usagers hospitalisés en psychiatrie adulte dans la région du Nord et du Pas-de-Calais.

Malgré une bonne connaissance des définitions du viol et des agressions sexuelles, la plupart des soignants étaient confrontés à des difficultés de reconnaissance de la VS sur le terrain. Ces difficultés étaient principalement liées à la symptomatologie clinique de la pathologie psychiatrique, à la quête inlassable de vérité, à l'analyse manichéenne et aux représentations sociales des soignants autour des VS.

Les répercussions de ces difficultés sur les soignants étaient d'ordre psychologiques avec une réponse émotionnelle principalement à valence négative (stress, doute et incertitude, ambivalence, colère, peur et culpabilité). Selon les répondants, il n'y aurait pas de dispositif spécifique dédié à l'accompagnement des soignants sur l'hôpital. Seul le travail d'équipe permettrait de les protéger contre l'épuisement émotionnel. Il paraît donc pertinent d'axer la priorité sur un accompagnement organisé des soignants tout au long de la prise en charge des VS.

Cette étude a permis également de démontrer la forte association entre VS et troubles psychiatriques qui a déjà été prouvée dans la littérature (27,75). Plusieurs facteurs de risque de vulnérabilité chez la victime ont pu être identifiés tels que le trouble psychiatrique sévère et instable, l'état cognitif altéré, la grande précarité, l'âge, les antécédents personnels de VS et la prise de traitements médicamenteux. De plus,

les antécédents personnels de VS apparaissaient dans notre étude comme un facteur de risque de passage à l'acte sexuel. Ces éléments pourront permettre aux soignants de cibler les patients particulièrement à risque face à la VS.

Notre étude a permis de montrer que le système de prévention de la VS était insatisfaisant sur le plan primaire et secondaire et plutôt satisfaisant sur le plan tertiaire. Le manque de personnels soignants rendait impossible une surveillance à vue permanente des patients. Les stratégies employées (notamment usage de l'isolement et de la contention physique) pour séparer les patients amenaient les soignants à se questionner sur leur devoir déontologique face aux droits et libertés individuelles des patients. La prise en charge médico-psychologique immédiate selon eux était bien réalisée avec une bonne sensibilisation des soignants sur la prévention de l'ESPT chez les victimes. Néanmoins, l'articulation du travail entre les différents intervenants (urgences, médecine légale et psychiatrie) pourrait être améliorée afin de faciliter l'accès aux soins des patients. De plus, il apparaît toujours important de travailler sur la prévention contre la stigmatisation des patients en psychiatrie afin de lutter contre l'isolement des victimes.

L'accessibilité à une formation et à un protocole permettrait selon la plupart des soignants d'améliorer le système actuel de prévention des VS et indirectement leur réponse émotionnelle. Il paraît donc primordial, au sein de chaque unité de santé mentale, de créer un protocole en cas de suspicion de viol et/ou d'agression sexuelle à l'encontre d'un patient et de former les professionnels de santé à la gestion de ces violences. Ces outils devant être en priorité proposés aux infirmiers qui sont au cœur de la prise en charge des patients.

## BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Violence against women - Intimate partner and sexual violence against women. Genève. 2010.
2. Garcia-Moreno C et al. Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et la réaction des femmes. Genève, Organisation mondiale de la Santé. 2005.
3. Section 3 : Du viol, de l'inceste et des autres agressions sexuelles (Articles 222-22 à 222-33-1) - Légifrance.
4. Avis sur le consentement des personnes vulnérables. JORF n°0158 du 10 juillet 2015. Texte n°126.
5. M-A. Frison-Roche. Distinction volonté et consentement en droit des contrats. RTD civ. sept 1995;
6. Titre XI du Code Civil.
7. Audition de Camille Bourdaire, le 9 janvier 2015.
8. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme: avis sur le consentement des personnes vulnérables, . 16 avril 2015.
9. Article 64 - Code pénal (ancien) - Légifrance.
10. Titre II : De la responsabilité pénale (Articles 121-1 à 122-9) - Légifrance.
11. Senon JL, Manzanera C. Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2006;164(10):818-27.
12. Bouchard JP. Irresponsabilité et responsabilité pénales : faut-il réformer l'article 122-1 du Code pénal français ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 avr 2018;176(4):421-4.

13. Guivarch J, Piercecchi-Marti MD, Glezer D, Chabannes JM. Divergences dans l'expertise psychiatrique de responsabilité : bilan et premières hypothèses à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale*. 1 juin 2015;41(3):244-50.
14. Truman JL. National crime victimization survey: criminal victimization, 2010. Washington DC: US Department of Justice, 2011.
15. Claudia Garcia-Moreno, Alessandra Guedes, Wendy Knerr. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. Organisation mondiale de la Santé. 2012.
16. Jewkes R, Abrahams N. The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Soc Sci Med* 1982. oct 2002;55(7):1231-44.
17. Contreras J et al. Sexual violence in Latin America and the Caribbean: a desk review Pretoria, Sexual Violence Research Initiative. 2010.
18. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019: Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité. 2019.
19. Rapport d'enquête: Les français(e)s et les représentations sur le viol et les violences sexuelles. Par l'institut IPSOS et l'association Mémoire Traumatique et Victimologie. 2015.
20. Kishor S, Johnson K. Profiling domestic violence - a multi-country study. Calverton, MD, ORC Macro. 2004.
21. CDC. International Reproductive Health Surveys. Atlanta, GA, US Centers for Disease Control and Prevention. 2011.
22. Maryse Jaspard, Anne-Françoise Demur, L'équipe Enveff. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF): Les violences envers les femmes en Ile-de-France. 2000.
23. Alice Debauche, Amandine Lebugle, Elizabeth Brown, Tania Lejbowicz, Magali Mazuy, Amélie Charruault, et al. Enquête Violences et Rapports de genre (Virage):

Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles.  
Institut National d'Etudes Démographiques. Janvier 2017.

24. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, Equipe de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF). Sexuality, prevention and gender relations during life. Med Sci MS. mars 2008;24 Spec No 2:24-32.
25. Dr Muriel Salmona, Adeline Merceron. Violences sexuelles dans l'enfance, enquête auprès des victimes. Ipsos pour l'association Mémoire Traumatique et victimologie.
26. Lovell A, Cook J, Velpry L. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. Rev Epidemiol Sante Publique - REV EPIDEMIOLOGIE SANTE PUBL. 1 juin 2008;56:197-207.
27. 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. Int Rev Psychiatry Abingdon Engl. oct 2016;28(5):433-51.
28. Deucher R, Maxmen J, Karasu TB. Rape accusations in psychiatric hospitals: Institutional dynamics in crisis. J Ment Health Adm. 1 juin 1976;5(1):5-14.
29. Charmasson Christiane. La psychiatrie face à la sexualité des patients et au VIH. 2001.
30. Dr Françoise Lalande, Carole Lepine. Rapport d'analyse d'accidents et psychiatrie et propositions pour les éviter. Inspection Générale des Affaires Sociales. 2011.
31. Ladois-Do Pilar Rei A, Chraïbi S. Patients agressés en milieu psychiatrique : revue de la littérature et implications cliniques. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 févr 2018;66(1):53-62.

32. Vincent Terrenoir, Claude Barat, Christine Massabuau. Rapport de l'Observatoire Nationale des Violences en milieu de Santé 2020 sur les données de 2019. Ministère des solidarités et de la santé.
33. Louise Ghestem. Violences sexuelles à l'encontre des usagers hospitalisés en psychiatrie: Etat des lieux dans le Nord et le Pas-de-Calais. Université de Lille. 2021.
34. Christiane Charmasson. 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'Ile-de-France, 2006.
35. Salmona L. Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'Age Adulte. Déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge: Enquête nationale auprès des victimes. Par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie. Mars 2015.
36. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*. févr 2017;4(2):159-70.
37. Hauw ME, Revranche M, Kovess-Masfety V, Husky MM. Sexual and Nonsexual Interpersonal Violence, Psychiatric Disorders, and Mental Health Service Use. *J Trauma Stress*. avr 2021;34(2):416-26.
38. Glover K, Olfson M, Gameroff MJ, Neria Y. Assault and mental disorders: a cross-sectional study of urban adult primary care patients. *Psychiatr Serv Wash DC*. oct 2010;61(10):1018-23.
39. Grant DM, Beck JG, Marques L, Palyo SA, Clapp JD. The structure of distress following trauma: posttraumatic stress disorder, major depressive disorder, and generalized anxiety disorder. *J Abnorm Psychol*. août 2008;117(3):662-72.

40. Jordan CE, Campbell R, Follingstad D. Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6:607-28.
41. Campbell R. Science, social change, and ending violence against women: which one of these is not like the others? *Violence Women.* avr 2009;15(4):434-9.
42. Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* févr 2013;27(1):15-26.
43. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry.* mars 1991;48(3):216-22.
44. 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.
45. Dre Muriel Salmona. Travaux du Dre Muriel Salmona sur les mécanismes psychologiques et neurobiologiques traumatiques.
46. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1).
47. Beydon N. Les soins sous contrainte. *Empan.* 22 avr 2013;89(1):85-9.
48. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1). 2011-803 juill 5, 2011.
49. Fiche 6 : les soins psychiatriques - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos->

droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-6-les-soins-psychiatriques

50. Santé mentale : Les associations d'entraide [Internet]. Santé.fr. 2021 [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.sante.fr/sante-mentale-les-associations-dentraide>
51. Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) - Psycom - Santé Mentale Info [Internet]. <https://www.psycom.org/>. [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/sorienter/les-groupes-dentraide-mutuelle/>
52. HAS - Programme pluriannuel - Psychiatrie et santé mentale 2018-2023. 2020.
53. Direction générale de la santé. Usagers, vos droits: Charte de la personne hospitalisée. Ministère des solidarités et de la santé. 2006.
54. Aude Caria, Olivier Dupuy, Céline Loubières. Droits en psychiatrie: Droits des usagers des services de psychiatrie. Par Psycom. 2022.
55. Thierry CASAGRANDE. Sexualité à l'hôpital: Droits, obligations et responsabilités.
56. Avis relatif aux violences sexuelles : une urgence sociale et de sante publique, un enjeu de droits fondamentaux.
57. Bernard Chenot. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Par le Ministère de la Santé Publique et de la population.
58. Nationale A. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'organisation de la santé mentale (Mme Caroline Fiat et Mme Martine Wonner) [Internet]. Assemblée nationale. [cité 26 mai 2022]. Disponible sur: [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2249\\_rapport-information](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2249_rapport-information)

59. Les établissements de santé, édition 2020. L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé. DREES.
60. Marion Bachelet, Fanny Mikol, Josselyn Mothe, Elodie Pereira, Anne Pla, Noémie Vergier. Portrait des professionnels de santé: Edition 2016. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).
61. Edouard COUTY. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports. 2009.
62. Article L1110-8 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 26 mai 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031931654](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031931654)
63. Benjamin Combacal. Rôle du psychiatre dans l'intégration de l'Infirmier en Pratique Avancée en psychiatrie et santé mentale dans l'équipe pluridisciplinaire de soins. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 2021.
64. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
65. Mathilde Brasme. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : Abord de la sexualité en consultation de pédopsychiatrie: intérêt préventif et/ou de repérage des violences sexuelles ? Etude qualitative auprès de 12 pédopsychiatres du Nord et du Pas de Calais. Université de Lille. 2019.
66. Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024. Ministère des Solidarités et de la Santé.
67. Margot Trimbur, Jordan Sibeoni, Laurent Plancke, Camille Lancelevée. Réaliser une étude qualitative en santé: Guide méthodologique. F2RSM psy.

68. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 1 janv 2000;320(7226):50-2.
69. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 1 janv 2006;3(2):77-101.
70. Dey I. *Grounding Grounded Theory: Guidelines for Qualitative Inquiry*. Emerald Group Publishing Limited; 1999. 300 p.
71. Jordan Sibeoni. L'apport des méthodes qualitatives dans la recherche sur les soins en psychiatrie de l'adolescent. *Santé publique et épidémiologie*. Université Paris-Saclay. 2017.
72. Hardy A, Young K, Holmes EA. Does trauma memory play a role in the experience of reporting sexual assault during police interviews? An exploratory study. *Mem Hove Engl*. nov 2009;17(8):783-8.
73. Masson E. Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol [Internet]. *EM-Consulte*. [cité 26 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/39343/le-medecin-face-auxagressions-sexuelles-etauviol>
74. Rumney PNS. FALSE ALLEGATIONS OF RAPE. *Camb Law J*. mars 2006;65(1):128-58.
75. Hughes E, Lucock M, Brooker C. Sexual violence and mental health services: a call to action. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 11 mars 2019;28(6):594-7.
76. Audouin L, Da Costa J, Frère M, Raynaud JP, Moncany AH. Prise en charge pédopsychiatrique proposée aux adolescents auteurs de violences sexuelles en France: une revue de la littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 déc 2021;69(8):435-40.

77. Seto MC, Lalumière ML. What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychol Bull.* juill 2010;136(4):526-75.
78. Cahill L, McGaugh JL. Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory. *Trends Neurosci.* juill 1998;21(7):294-9.
79. Eustache F, Guillery-Girard B, Dayan J. Les liens ténus et complexes entre mémoire et émotions. *Anal.* 1 févr 2017;1(1):32-8.
80. van der Kolk BA, Fisler R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *J Trauma Stress.* 1995;8(4):505-25.
81. Layton B, Krikorian R. Memory mechanisms in posttraumatic stress disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2002;14(3):254-61.
82. AUXENFANTS Eugénie. *Traumatisme Vicariant, Stress Traumatique Secondaire et Fatigue de Compassion: une revue systématique de la littérature autour de ces concepts chez les professionnels de santé mentale.* Université de Lille. 2017.
83. Raunick CB, Lindell DF, Morris DL, Backman T. Vicarious Trauma Among Sexual Assault Nurse Examiners. *J Forensic Nurs.* sept 2015;11(3):123-8; quiz E1.
84. Craig CD, Sprang G. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety Stress Coping.* mai 2010;23(3):319-39.
85. Gray B, Smith P. Emotional labour and the clinical settings of nursing care: the perspectives of nurses in East London. *Nurse Educ Pract.* juill 2009;9(4):253-61.
86. Edward KL, Hercelinskyj G, Giandinoto JA. Emotional labour in mental health nursing: An integrative systematic review. *Int J Ment Health Nurs.* juin 2017;26(3):215-25.

87. Ruiz C, Kurkdjian L. La santé mentale en population générale : images et réalités. Premiers résultats en région PACA. *Inf Psychiatr.* 2007;83(10):821-6.
88. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet Lond Engl.* 31 janv 2009;373(9661):408-15.
89. Park SG, Bennett ME, Couture SM, Blanchard JJ. Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Res.* 30 janv 2013;205(1-2):43-7.
90. Da Costa J, Mouchet-Mages S, Miele C, Arbus C, Lacambre M, Moncany AH. [Definition, derogation and application of the professional secrecy within the frame of court ordered cares: A systematic review of the French legal and health literature since 1998]. *L'Encephale.* déc 2021;47(6):589-95.
91. Article 40 - Code de procédure pénale - Légifrance [Internet]. [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006574933/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006574933/)
92. Masson E. Secret professionnel et communication d'informations médicales [Internet]. EM-Consulte. [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/227961/secret-professionnel-et-communication-dinformation>
93. Saidi I, Schils G, Smith P. La sexualité des personnes hospitalisées en services psychiatriques hospitaliers et le rôle des professionnels de la santé : une scoping review internationale. *Rev Francoph Int Rech Infirm.* 1 déc 2021;7(4):100250.
94. Trudel G, Desjardins G. Staff reactions toward the sexual behaviors of people living in institutional settings. *Sex Disabil.* 1 sept 1992;10(3):173-88.

95. Mercuel A. Aspects cliniques sur le consentement à la sexualité à l'hôpital psychiatrique. *Rhizome*. 2016;60(2):4-4.
96. Ruane J, Hayter M. Nurses' attitudes towards sexual relationships between patients in high security psychiatric hospitals in England: An exploratory qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 1 oct 2008;45:1731-41.
97. Maylea C. The capacity to consent to sex in mental health inpatient units. *Aust N Z J Psychiatry*. nov 2019;53(11):1070-9.
98. Mauras T, Perony A, Yadak J, Velasco A, Goudal P, Marcel JL. [Seclusion and restraint: From prescription to decision]. *L'Encephale*. févr 2019;45(1):95-7.
99. Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Siersma VD, Brandt-Christensen M. Comparing the effect of non-medical mechanical restraint preventive factors between psychiatric units in Denmark and Norway. *Nord J Psychiatry*. août 2015;69(6):433-43.
100. Ashcraft L, Anthony W. Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crisis services. *Psychiatr Serv Wash DC*. oct 2008;59(10):1198-202.
101. Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiatry*. juill 2010;56(4):412-23.
102. Fernández VI, Karavokyros S, Lagier F, Bauer L, Védie C. Soigner sans contention physique, quels enjeux psychiques ? De la contention à la contenance. *L'Évolution Psychiatr*. 1 sept 2019;84(3):435-50.
103. Djahanbani S, Spodenkiewicz M, Bruneau L, Mascarel P, Rene E, Gillet C, et al. Prise en charge médico-psychologique immédiate aux urgences des personnes adultes victimes d'agression sexuelle : revue systématique de la littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 juin 2022;180(6):533-42.

104. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Development & Operation Guide | Office of Justice Programs [Internet]. [cité 28 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/sexual-assault-nurse-examiner-sane-development-operation-guide>
105. Programmation de formation 2021 - 2022 par l'Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violence Sexuelle du Centre Hospitalier Universitaire de Lille (Pôle de Psychiatrie, Médecine Légale et Médecine en Milieu Pénitentiaire).
106. Lawn T, McDonald E. Developing a policy to deal with sexual assault on psychiatric in-patient wards. 2009;
107. Ashmore T, Spangaro J, McNamara L. « I was raped by Santa Claus »: responding to disclosures of sexual assault in mental health inpatient facilities. *Int J Ment Health Nurs.* avr 2015;24(2):139-48.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Critères COREQ

<b>Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ</b>		
<b>N°</b>	<b>Item</b>	<b>Guide questions/description</b>
<b>Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion</b>		
<b>Caractéristiques personnelles</b>		
1. Fidji Dupont	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2. Interne en psychiatrie	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3. Stage dans des unités sommeil dans le cadre d'une FST sommeil puis dans un service de psychiatrie adulte	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Aucune	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
<b>Relations avec les participants</b>		
6. Trois des participants (deux relations d'amitié et une relation professionnelle)	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Statut d'interne doctorant	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8. Interne en psychiatrie, intérêt pour le sujet des violences sexuelles	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et</i>

**Domaine 2 :  
Conception de l'étude**

Cadre théorique

9. Analyse thématique inductive	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu
---------------------------------	---------------------------------------	---

Sélection des participants

10. Raisoné et effet boule de neige	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige
11. Face-à-face, téléphone, courriel	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. 13	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. 0	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

Contexte

14. Lieu de travail	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies N <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Cf tableau des caractéristiques des participants	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?

			<i>Par exemple : données démographiques, date</i>
<b>Recueil des données</b>			
17. Guide non fourni en amont au participant, développé en groupe de recherche et testé au préalable sur une personne	Guide d'entretien		Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés		Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel		Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui : avant, pendant et après.	Cahier de terrain		Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. Moyenne : 25 minutes	Durée		Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui	Seuil de saturation		Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Oui	Retour des retranscriptions		Les transcriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : analyse et résultats</b>			
<b>Analyse des données</b>			
24. 3	Nombre de personnes codant les données		Combien de personnes ont codé les données ?
25. Oui	Description de l'arbre de codage		Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes		Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. N Vivo : Version Release 1.6	Logiciel		Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?

28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

## **Annexe 2 : Lettre d'information**

Bonjour Monsieur / Madame,

Je vous rappelle comme convenu que notre entretien individuel aura lieu le ... (date) à ... (heure et lieu). Cet entretien sera enregistré et durera entre 30 et 45 minutes. A la fin de l'entretien, vous pourrez si vous le souhaitez poser des questions.

Pour rappel, le sujet de ma thèse concerne le vécu des professionnels de santé lors de la prise en charge de patients ayant été exposé à des violences sexuelles lors d'une hospitalisation en psychiatrie. Ce projet est sous la direction du Dr Estelle DEMEULEMEESTER, psychiatre au CHU de Lille et avec la collaboration de la F2RSMpsy et du CN2R.

Vous allez être interrogé car vous êtes professionnel de santé dans un hôpital psychiatrique adulte et que vous avez participé à la prise en charge de patients ayant été exposés à des violences sexuelles lors d'une hospitalisation en psychiatrie.

L'objectif principal de l'étude dans laquelle vous avez accepté d'être inclus est d'évaluer le vécu des professionnels de santé lors de la prise en charge de ces patients afin d'identifier des facteurs favorisant ou limitant la qualité de cette prise en charge. L'objectif secondaire sera de dégager des pistes de travail en vue de l'élaboration de recommandations aux professionnels de santé pour le repérage et la prise en charge des violences sexuelles à l'encontre des patients hospitalisés en psychiatrie.

Vos réponses sont bien entendu anonymes. Les informations qui pourraient permettre de vous identifier ou d'identifier une situation clinique spécifique n'apparaîtront pas dans la retranscription de l'échange afin de garantir la liberté d'expression.

Vous pouvez bien entendu poser des questions au sujet de la recherche en tout temps (avant, pendant et après votre participation) en communiquant avec moi-même par courrier électronique à [fidji.dupont.etu@univ-lille.fr](mailto:fidji.dupont.etu@univ-lille.fr)

Je vous remercie une fois de plus pour votre participation.

Fidji DUPONT,

Interne en psychiatrie

### **Annexe 3 : Guide d'entretien**

- 1) Pouvez-vous me parler de votre expérience la plus récente de violences sexuelles qui sont survenues au sein de votre service ?

Dans quelles circonstances se sont-elles déroulées ?

Comment avez-vous réagi ?

Quel a été votre ressenti ?

Qu'est-ce que vous avez pensé au moment des évènements ?

- 2) Avec du recul, selon vous qu'est-ce qui vous a semblé positif et/ou négatif dans cette prise en charge ?

Si vous avez déjà été confronté à d'autres expériences de ce type par le passé, pouvez-vous m'en parler ?

- 3) Que pensez-vous des formations et des protocoles existants sur le sujet ?

## **Annexe 4 : Consentement écrit et accès verbatim**

Je soussigné(e).....donne mon accord pour le traitement et l'exploitation des données de l'entretien réalisé en date du .../.../..... dans le cadre de la thèse de DES de Psychiatrie de Mme Fidji Dupont.

L'entretien sera enregistré puis retranscrit intégralement ce qui constituera le verbatim. Vous disposez d'un droit de regard sur le verbatim. Si vous le souhaitez, vous pouvez avoir accès à celui-ci quand il sera rédigé pour le modifier avant analyse.

Veillez cocher la case correspondante :

- Je souhaite avoir accès au verbatim
- Je ne souhaite pas avoir accès au verbatim

Fait le .../.../..... ; à .....

Signature :

## **Annexe 5 : Fiche de recueil d'informations**

*Cette fiche est à remplir après l'entretien.*

### **ENTRETIEN n°**

**Date :**

### **Coordonnées :**

- Nom :
- Adresse :
- Téléphone :
- Email :

### **Caractéristiques :**

- Sexe :
- Age :
- Statut professionnel (préciser pour les médecins s'ils sont PH, chef de clinique, chef de service, chef de pole etc.) :
- Catégorie d'établissement (CHU, CH, EPSM) :
- Formation sur les violences sexuelles : oui / non / si oui : Laquelle ?
- Nombre d'exposition à des situations de violences sexuelles à l'encontre de patients sur son lieu de travail dans les 12 derniers mois :

**AUTEUR : Nom :** DUPONT

**Prénom :** Fidji

**Date de soutenance :** 21/09/2022

**Titre de la thèse :** Vécu des professionnels de santé lors de la prise en charge des violences sexuelles à l'encontre des usagers hospitalisés en psychiatrie : Etude qualitative dans le Nord et le Pas-de-Calais

**Thèse - Médecine - Lille 2022**

**Cadre de classement :** *Psychiatrie*

**DES + FST/option :** *Psychiatrie + Sommeil*

**Mots-clés :** Violences sexuelles, psychiatrie, vécu des soignants, prise en charge, étude qualitative

**Résumé :**

**Introduction :** Les violences sexuelles représentent un problème majeur de santé publique avec des conséquences extrêmement lourdes sur la santé mentale. La population psychiatrique serait, selon les études, beaucoup plus à risque de violences et d'agressions sexuelles par rapport à la population générale. Une étude quantitative réalisée en 2021 a pu mettre en lumière les difficultés des professionnels de santé concernant la prise en charge de la victime, celle de l'agresseur présumé et les démarches administratives. Notre objectif sera d'évaluer le vécu des professionnels de santé lors de la prise en charge de violences sexuelles à l'encontre des usagers lors d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie adulte dans la région du Nord et du Pas-de-Calais.

**Méthode :** Une étude qualitative auprès d'un échantillon de professionnels de santé a été réalisée entre janvier 2021 et février 2022. Ils ont été recrutés par une technique d'échantillonnage raisonné à variation maximale et par effet boule de neige. Le recueil des données s'est fait via des entretiens individuels semi-dirigés. L'analyse de ces entretiens a été réalisée par le logiciel d'analyse QSR N Vivo en utilisant l'analyse thématique inductive.

**Résultats :** Le vécu émotionnel des soignants était principalement à valence négative (stress, doute et incertitude, ambivalence, colère, peur et culpabilité). Malgré une bonne connaissance des définitions du viol et des agressions sexuelles, il existait une réelle difficulté de reconnaissance de la violence sexuelle sur le terrain du fait de la complexité de la symptomatologie clinique de la pathologie psychiatrique, de la quête inlassable de vérité, de l'analyse manichéenne et des représentations sociales des soignants autour des violences sexuelles. Leurs difficultés étaient également d'ordre organisationnel avec un système de prévention satisfaisant sur le plan tertiaire mais insatisfaisant sur le plan primaire et secondaire amenant à débattre sur leurs devoirs déontologiques et sur les libertés individuelles des patients.

**Conclusion :** Ce travail a permis de dégager plusieurs pistes pour améliorer le vécu des professionnels de santé dans la prise en charge des violences sexuelles à l'encontre des patients hospitalisés en psychiatrie : un accompagnement organisé des soignants tout au long de leur prise en charge, des outils permettant d'améliorer les interactions entre les différents intervenants (médecine légale, urgences et psychiatrie), un meilleur ciblage des patients particulièrement à risque de violences sexuelles, une poursuite du travail de prévention contre la stigmatisation des patients en psychiatrie et le développement de formations et de protocoles qui seraient en priorité proposés aux infirmiers.

**Composition du Jury :**

**Président :** Professeur Pierre THOMAS

**Assesseurs :** Docteure Estelle DEMEULEMEESTER et Bettina BELET

**Directeur de thèse :** Docteure Estelle DEMEULEMEESTER