



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Mythes autour du viol : Quelles sont nos représentations ?

Présentée et soutenue publiquement le 19/06/2018 à 18h
Au Pôle Recherche
Par Abdalla MOSSAD

JURY

Président :

Monsieur le Professeur THOMAS Pierre

Assesseurs :

Monsieur le Professeur VAIVA Guillaume

Monsieur le Professeur COTTENCIN Olivier

Madame le Docteur WAREMBOURG Frédérique

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur WAREMBOURG Frédérique

Avertissement

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

Remerciements

A mon Maître et Président de Jury,

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Psychiatrie de l'adulte

Chef de Pôle de psychiatrie, Médecine légale et pénitentiaire

Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille

Vous qui me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, je vous remercie pour vos enseignements lors de mon parcours d'interne. Veuillez ici trouver le témoignage de toute ma gratitude et de mon respect le plus profond.

A mon Maître et Assesseur,

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Responsable du service de psychiatrie adulte du CHRU de Lille

Pôle de Psychiatrie, Médecine légale et pénitentiaire

Hôpital Fontan 1, CHRU de Lille

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Vos enseignements, vos conseils, ainsi que les stages que j'ai pu effectuer dans les différents services de psychiatrie adulte sur l'hôpital Fontan durant mon internat - ainsi que les réunions Vigilans - ont confirmé ma vocation pour la psychiatrie, et m'ont permis d'acquérir des meilleures compétences vis-à-vis de la problématique du suicide. Je vous remercie et vous témoigne ici de mon profond respect et de toute ma gratitude.

A mon maître et Assesseur,

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN,

Professeur de Universités - Praticien Hospitalier

Responsable du service d'addictologie du CHRU de Lille

Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur

Pôle de Psychiatrie, Médecine légale et pénitentiaire

Hôpital Fontan 2, CHRU de Lille

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je n'oublie pas votre intervention, lors d'un ED d'addictologie où j'étais externe, ni votre pédagogie exceptionnelle alliant humour et bienveillance ; riche en enseignements concernant cette discipline. Vos conseils méthodologiques dont je me suis servi pour l'ECN. Plus tard, interne en 2ème semestre, vous me receviez avec toujours autant de bienveillance, pour débriefer une situation difficile sur une garde. Puis le 6ème semestre d'internat, marque un tournant dans ma vie professionnelle où je découvre ma passion pour l'addictologie au sein de votre service. Vous m'avez permis d'acquérir de nombreuses compétences, non seulement sur le plan addictologique, que psychiatrique et sans oublier l'humanité qui vous caractérise. Pour tout cela vous serez toujours l'une de mes plus grandes inspirations dans ma future carrière. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde estime, de toute ma reconnaissance et de ma gratitude.

A ma directrice de thèse et Assesseur,

Madame le docteur Frédérique WAREMBOURG,

Praticien hospitalier

Service d'urgences de psychiatrie sur le CHRU de Lille

Hôpital Fontan 1, CHRU de Lille

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail. Tu n'as pas hésité à me proposer ce sujet et à me faire grandement confiance. Ton implication, ton investissement et ta bienveillance ont rendu ce travail possible. Tes conseils et ton soutien ont fortement marqué mon stage au CAC. Ton enseignement, ta passion pour la psychiatrie et ta gestion du service des urgences m'ont inspirés dans ma pratique. Ton humanisme allié à ton perfectionnisme seront toujours des exemples que j'essaierai amplement d'imiter dans ma carrière. Que cette thèse soit le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

To my family,

To my mother, to my father, my number one idols. My best friends and my everything in this life. All that i am or ever hope to be, i owe to you. I have outgrown your lap but never your heart. Thank you for holding me at my weakest, and supporting me at my strongest. Although miles keep us apart, thoughts of you warm my heart.

To my sisters and brothers, to my nieces and nephews, although we're miles apart, the thought and touch of you live within my heart. It is for that reason you will always feel near.

To my friends in Canada, Egypt and all over the world. The journey has been incredible so far and you've been part of it. And if the ship sails from sight, it's because the river bends. Thank you.

A mes proches en France,

A Mélodie et Joséphine. Merci pour cette amitié exceptionnelle qui a commencé très tôt lors le début de mon aventure française. Nous avons vécu des choses mémorable lors de la PACES et bien au delà. Vous représentez un des grands repères de ma vie.

A Marjorie. Tu n'as pas hésité à m'aider alors que j'étais perdu en PACES. Ma réussite cette année là, malgré les difficultés éprouvées par la barrière de la langue, est en grande partie due à ton aide, à ton amitié et notre travail ensemble.

A Helene et Arnaud, à Catherine et Jérôme. Votre présence dans ma vie est une source de bonheur pour moi. Merci pour votre amitié.

A Nicolas, merci pour tout, pour ta présence, ton soutien et ce que j'ai pu apprendre de ta personne ainsi que ton sens moral exceptionnel.

A mes amis en France,

A Emeline, Antoine, Florelle, Sébastien, Jeremy, Océane, Damien, Cindy, Alexia, Guillaume, Eugénie, Caroline, Jeremy, Alice, Camille, Inès, Quentin, Romain, Marie, Riyad, Benjamin, Julie, Emma, Marion, Estelle, Maxime, Sophie et pleins d'autre qui vont se reconnaître...Merci.

A Geoffroy, Pauline, Matiaz, Charlotte et Dany, pour nos moments de convivialités que nous avons partagés pendant des années.

A mes chefs,

A Marie, pour m'avoir tellement bien accueilli lors de mon premier stage en psychiatrie et m'avoir fait découvrir cette spécialité.

A Emma et Christophe, merci pour vos conseils avisés et remarques pertinentes.

Vous m'avez accompagné lors de mon premier stage au CHU et je m'estime chanceux d'être l'un des 2 internes qui ont pu travailler avec vous à Deniker.

A Clément, Véronique, Camille et Thierry, pour mon stage à Tourcoing, pour vos enseignements, votre amitié, votre bienveillance et votre encadrement impeccable.

A Ali, pour tes conseils, ton enthousiasme et ton implication dans l'enseignement aux internes et la direction de leur travail et particulièrement tes aides pour mon mémoire.

A Vincent, Pierre et Anne pour mon stage au CAC, pour votre encadrement et vos enseignements concernant l'approche des crises.

A Nicolas pour ton aide lors de certaine prise en charge quand bien même lorsque je travaillais loin du CHU et ta participation dans la correction de ce travail.

A Dr Lauwerier pour la découverte de la pédopsychiatrie & de la psychanalyse clinique. Merci pour votre encadrement, votre bienveillance et merci de m'avoir montré l'exemple d'exigence envers soi et le dévouement au travail.

A mes chefs et amis extraordinaires les addictologues, A Philippe, Hugo, Camille, Olivier et Caroline. Travailler à vos cotés est un vrai plaisir. Merci pour votre amitié en or, vos enseignements et votre soutien.

A l'équipe de la F2RSM,

A Nathalie, Dr Charrel, Stéphane et Margot. Merci pour votre aide précieuse et indispensable pour la réalisation de cette étude et surtout pour votre bon humour et gentillesse.

A Bill Griffin pour ton aide à la traduction de l'échelle IRMA utilisée dans cette étude.

A mes amis et collègues les blouses blanches, les infirmiers, les aides-soignants, les psychologues, les assistants sociaux, les psychomotriciens et les hôtesse d'accueil. A Bertrand, Jérôme, mes 2 Laurence, Christelle, Marielle, Dorothee, Virginie, Isabelle, Pascale, Karima, Fatima, Dalila, Sébastien, Florence, Hélyette, Dominique, Eric, Maxence, Marie, Lysiane, Thomas, Ludovic, Sabrina, Michelle, Mélanie, et tant d'autres. On oublie parfois que c'est avec vous, que nous les internes, nous formons. C'est à vous que l'on demande la plupart des conseils thérapeutiques lorsque l'on est jeunes internes (et même vieux !). Vous êtes souvent les premiers à venir à notre aide.

Aux chères secrétaires, sans lesquelles j'aurais été perdu très facilement dans toutes les démarches administratives complexes et les démarches de soins. Celles qui ont souffert à rédiger des courriers dictés avec mon terrible accent. A Maité, Martine, Muriel, Sévérine, Sabrina, Sabine et Céline. Merci pour votre travail, votre humour, votre enthousiasme, votre implication et votre soutien.

Après avoir obtenu mon permis de conduire, mon père, Eid MOSSAD, me permis de conduire une belle voiture neuve que l'on ne confierait pas habituellement à un jeune conducteur débutant. Quand il a vu la grande surprise et la confusion sur mon visage, il m'a dit « mon fils, tu verras, le jour où tu auras un accident, ça ne sera pas dans les jours ni dans les mois qui viennent, mais seulement quand tu auras bien maîtrisé la conduite et quand tu auras une grande confiance en toi, car c'est souvent là que l'on commet des erreurs »

J'ai obtenu mon permis de conduire il y a plus que 14 ans, et j'ai eu mon premier accident de voiture en février 2018.

J'espère ne jamais avoir l'illusion de connaître suffisamment, ni ne jamais prendre les bénédictions de ma vie pour acquises, ni arrêter de me remettre en question quotidiennement jusqu'au dernier jour de ma vie. Cela me permettra de ne jamais cesser d'essayer de m'améliorer jour après jour.

Abdalla

Le 23/05/2018

Liste des abréviations

TSPT	Trouble de stress post-traumatique
CVS	Cadre de vie et sécurité
CSF	Contexte de la sexualité en France
ENVEFF	Enquête nationale sur les violences faites aux femmes en France
ATR	Attitudes Towards Rape
RMA	Rape Myth Acceptance
IRMA	Illinois Rape Myth Acceptance
HDJ	Hôpital de jour
TCA	Troubles des conduites alimentaires
IMC	Indice de masse corporelle
CMP	Centre médico-psychologique
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CAC	Centre d'accueil et de crise
SRQ	Social reactions questionnaire
MST	Maladies sexuellement transmises

Table des matières

Introduction	1
GENERALITES	3
I. Epidémiologie et contexte actuel	3
II. Les mythes sur le viol	7
III. Les mythes en France et leurs évolutions	11
IV. Les principaux mythes sur le viol	12
A. Les femmes aiment être violées.....	12
B. Les femmes demandent à être violées.....	14
C. Les femmes mentent et accusent les hommes de viol à tort.....	15
D. La culpabilisation de la victime, la rendre responsable de son agression .	16
E. « Ça n'était pas vraiment un viol »	18
1) Le viol conjugal.....	18
2) Doute sur le consentement	20
3) Le type de pénétration.....	21
F. Déresponsabiliser l'agresseur	21
G. Le mythe et le stéréotype de « vrai viol »	22
V. Conséquence des mythes sur les victimes de viol, la société et ses cognitions.....	24
H. Les mythes restreignent la liberté des femmes et perpétuent la discrimination sexuelle.....	25
I. Les mythes perpétuent la violence contre les femmes.....	27
J. Conséquences des mythes sur la société	27
K. Le retentissement des mythes sur le plan comportemental et mental	28
VI. Les mesures historiques et actuelles utilisées pour mesurer et repérer les mythes autour du viol	29
A. Le questionnaire « Attitudes towards rape » (ATR)	29
B. L'échelle Rape Myth Acceptance (RMA)	30
C. L'échelle « Illinois Rape Myth Acceptance » (IRMA)	31
D. L'échelle « Updated Illinois Rape Myth Acceptance » (IRMA).....	32
CAS CLINIQUE 1	34
CAS CLINIQUE 2	39
METHODOLOGIE ET MATERIEL	42
➤ Analyse bivariée	44
➤ Analyse multivariée.....	45
RESULTATS	46
I. Analyse de la population.....	46
II. Analyse des résultats.....	48
A. Les questions sociodémographiques et générales (hors échelles)	48
1) Le rencontre avec les victimes de viol au travail	48
2) Formation au psychotrauma.....	48
3) Le viol est il un événement potentiellement traumatique ?	48
4) Est-il fréquent de développer un TSPT après un viol ?	48
5) La recherche systématique des antécédents d'agression sexuelle	49
B. Les énoncés de l'échelle IRMA	49

1) Les énoncés auxquels il y a eu la plus forte adhésion par ordre décroissant	50
2) Les énoncés auxquels il y a eu la moins forte adhésion par ordre décroissant	51
C. Score moyen aux énoncés 1 à 22	52
D. Analyses bivariées	54
1) Sexe	54
2) Age	56
3) Fréquence des rencontres avec les victimes de viol au travail.....	58
4) Le secteur	59
5) Fonction	59
6) La formation au psychotrauma	59
E. Régression linéaire.....	61
DISCUSSION	63
I. Commentaires sur les résultats et le questionnaire	63
A. Les 4 sous échelles de questionnaire	63
1) Déresponsabiliser l'agresseur	63
2) Responsabiliser la victime « elle l'a voulu »	65
3) Elle a menti	68
4) Ça n'était pas vraiment un viol	69
B. Comparaison entre les répondants	70
1) Les femmes Vs Les hommes	70
2) Les tranches d'âge	71
3) La fréquence de la prise en charge des victimes de viol	71
4) Les psychiatres vs Les pédopsychiatres	71
5) La formation au psychotrauma	72
C. La recherche systématique des antécédents d'agression sexuelle	72
II. Commentaires sur les réactions à la distribution du questionnaire	73
III. Pourquoi ce travail ?	75
IV. Le viol conjugal : exemple clinique	77
V. Le déni en lien avec les viols commis par une personne connue de la victime. Exemple clinique :	79
VI. Rôle du soutien social dans la constitution du trouble de stress post-traumatique en général et plus spécifiquement pour les victimes de viol	80
A. Définition du soutien social.....	80
B. Soutien social, relations sociales et santé	80
C. Physiopathologie	81
D. L'agression sexuelle et le soutien social.....	83
E. Les réactions sociales face à l'agression sexuelle	85
F. Les réactions sociales et le psychotrauma	88
G. Les réactions sociales et leur implication clinique sur les victimes de viol (autre que le psychotrauma)	93
H. Les réactions sociales et la révélation d'un viol commis par une connaissance.....	96
I. Les réactions sociales et la révélation de l'agression sexuelle.....	97
J. Les réactions négatives liées aux mythes peuvent engendrer « une victimisation secondaire»	98
K. Réactions des professionnels	99
L. Plus les symptômes du TSPT sont graves, plus ça suscite des réactions négatives	103
M. Les réactions sociales négatives et le risque de d'être à nouveau victime d'agression.....	103

VII.	La révélation des agressions sexuelles.....	105
A.	Généralités.....	105
B.	L'impact de la révélation des agressions sexuelles sur la santé psychique.....	106
C.	Facteurs affectant les caractéristiques de la révélation de l'agression sexuelle.....	109
VIII.	L'adhésion aux mythes et leurs conséquences sur les questions posées par le médecin lors de l'interrogatoire, sur les signes préverbaux et sur les compétences analytiques de la situation clinique de la victime.....	111
IX.	Les Conséquences de la remise en question de la véracité de l'évènement sur la prise en charge et sur la victime.....	112
X.	En quoi est-il important que les soignants, et notamment les psychiatres connaissent les principaux mythes autour du viol.....	115
XI.	Commentaire sur le cas clinique 1.....	118
XII.	Commentaire sur le cas clinique 2.....	121
XIII.	L'heuristique de disponibilité.....	123
XIV.	Termes à éviter.....	125
XV.	Limites et biais de cette étude.....	125
	Conclusion.....	128
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	132
	ANNEXES.....	137
I.	Annexe 1 : Echelle IRMA (version originale avec la traduction).....	137
II.	Annexe 2 : Réponses au questionnaire.....	139

Introduction

Le viol est un crime qui, au-delà de l'atteinte à l'intégrité physique et psychique de la victime, a également un effet dévastateur sur son fonctionnement global (que ce soit personnel, familial, social...) mais aussi sur l'entourage et le fonctionnement familial.

Le viol est un facteur de risque suicidaire majeur. Il favorise l'émergence de maladies psychiatriques telles que le TSPT et la dépression, des conduites d'addiction telles que la dépendance à l'alcool et les troubles des conduites alimentaires. C'est souvent un moment de rupture avec l'état antérieur.

Le viol est considéré par la loi comme un crime. A ce titre, l'agresseur est présumé innocent jusqu'à preuve du contraire. Cela est une cause d'une distorsion cognitive pour la victime et la fait vivre dans le « Pour eux, je suis une menteuse jusqu'à preuve du contraire » tout au long du procès judiciaire...s'il y en a un !

Les mythes sur le viol sont des croyances culturelles qui créent un climat qui normalise la violence sexuelle, en particulier la violence exercée par les hommes contre les femmes. Bien que beaucoup ne considèrent pas l'utilisation d'un tel langage comme nuisible en soi, la recherche montre que cela peut avoir un effet dévastateur sur les victimes de viol.

Mon travail a pour objectif de mettre en lumière les mythes autour du viol

auxquels les victimes de viol font face très régulièrement et leurs conséquences sur les victimes en particulier et la société en général.

Nous avons mené également une étude pour évaluer le niveau d'adhésion aux mythes et les idées reçues autour du viol chez les psychiatres et les internes de psychiatrie. L'hypothèse étant que cela pourrait modifier notre prise en charge et avoir un impact sur l'évolution clinique des victimes de viol. Ce travail est également accompagné de plusieurs situations cliniques dont 2 cas cliniques détaillés.

GENERALITES

I. Epidémiologie et contexte actuel

Selon plusieurs études, la prévalence vie entière du viol se situerait entre 11,5 et 17,6 %(1). En France métropolitaine, dans le cadre de l'étude « cadre de vie et sécurité » (CVS), réalisée entre 2010 et 2015, près de 0,2 % des personnes âgées de 18 à 75 ans, soit environ 98000 personnes déclarent avoir été victime d'une tentative de viol ou d'un viol(2).

Concernant les personnes de 18 à 69 ans interrogées par l'enquête « Contexte de la Sexualité en France en 2008 » (CSF), 20,4 % des femmes, soit une femme sur 5, et 6,8 % des hommes, soit un homme sur 14, rapportent avoir été victimes d'agressions sexuelles au cours de leur vie(3). L'Enquête nationale réalisée en 2000 sur les violences faites aux femmes en France (ENVEFF) a révélé que 1,2 % des femmes interrogées ont déclaré avoir subi, au moins une fois, des attouchements sexuels, une tentative de viol ou un viol(4).

D'après l'enquête CSF, en France 16% des femmes déclarent avoir été victimes de viol ou tentative de viol avec respectivement 6,8 % de viols et 9,1 % de tentatives de viols dont 59% avant 18 ans et 5% des hommes (avec respectivement 1,5 % de viols et 3,0 % de tentatives de viols) dont 67% avant 18 ans(5)(6)(3). Si l'on tente de croiser ces données avec celles de l'Observatoire national des violences faites aux

femmes, on obtient les chiffres suivants : plus de 120 000 filles et plus de 30 000 garçons de moins de 18 ans seraient victimes d'un viol ou d'une tentative de viol chaque année, ce qui, en extrapolant, porterait le chiffre global de victimes de moins de 75 ans à près de 260 000 chaque année(3).

Chaque année, 102 000 personnes adultes de 18 à 75 ans - 84 000 femmes et 16 000 hommes – seraient victimes d'un viol ou d'une tentative de viol en France métropolitaine(3). Ces derniers chiffres proviennent des données collectées annuellement par les enquêtes Cadre de vie et sécurité et sont rapportés par La lettre n°4, n° 6 et n°8 de 2014 et 2015 de l'Observatoire national des violences faites aux femmes (CVS, INSEE-ONDRP, 2013)(3). 124 000 mineures et 30 000 mineurs subissent un viol ou une tentative de viol (INSEE-ONDRP, 2014, CSF, 2008), 81 % des premières violences sexuelles sont subies avant 18 ans, 51 % avant 11 ans, 21 % avant 6 ans (enquête IVSEA, 2015)(3).

Par ailleurs, les services de police et gendarmerie font état, en France métropolitaine, de 31825 faits de violences sexuelles entre novembre 2014 et octobre 2015(2). 85% des victimes sont des femmes mineures ou majeures(2).

Contrairement à l'une des principales idées reçues autour du viol, la victime connaît son agresseur dans la grande majorité des cas. En effet, quatre cinquième des victimes connaissent leur agresseur(4). Près de 80% des viols sont commis par des proches qui sont des hommes en très grande majorité(6). Des enquêtes, telle l'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes (INED, 2001), commanditée par le service des Droits des femmes et le secrétariat d'État aux Droits des femmes, révèlent ainsi que « plus de 47% des viols sont perpétrés par le conjoint ou l'ex-

conjoint »(7). A l'inverse, les agressions dans un lieu public, avec passage à l'acte brutal ne concernent qu'un quart des viols(4). De même, seuls 1/4 des viols se font sous la menace d'une arme et des coups violents sont portés dans 1/3 des cas(4).

Les attouchements sexuels surviennent très majoritairement pendant l'enfance et l'adolescence : 50 % des femmes concernées les ont subis avant l'âge de 10 ans et 50 % des hommes avant l'âge de 11 ans(5). Une jeune femme sur 10 de moins de 20 ans déclare avoir subi des attouchements au cours de sa vie et près d'une sur 10 (respectivement 8,9 et 8,4 %) des conversations à caractère pornographique ou des tentatives de rapport sexuel forcé(5).

On constate en faisant la comparaison entre l'enquête ENVEFF menée en 2000 et l'enquête CSF menée en 2006 que les déclarations de violences sexuelles ont doublé mais cela ne correspond pas à une augmentation de la fréquence des agressions mais à une plus grande propension à les déclarer(5).

D'après le rapport annuel de 2009 de l'Observatoire National de la Délinquance et La criminalité en France, moins de 10% des victimes de viol portent plainte, et pour les viols conjugaux moins de 2 % des victimes de viol portent plainte (INSEE - ONDRP, 2010 - 2015), il y a 3% de poursuites judiciaires et entre 1 et 2% de condamnations (En 2014, 765 hommes et 6 femmes ont été condamnés pour viol sur des personnes de plus de 15 ans, ce qui se situe entre 1,5 et 2 % de l'ensemble des viols subis, ONDRP)(3)(6). Les rares crimes sexuels qui entraînent une condamnation aux assises sont majoritairement ceux qui ont été commis par des personnes issues d'une classe sociale défavorisée, comme l'a montré l'étude sociologique de Véronique Le Gaouziou faite en 2011(3). Pour les autres, la parole

de la victime, son comportement, ses capacités mentales risquent être mises en cause(3).

Par ailleurs, il est important de noter que, selon des études, les fausses allégations de violences sexuelles chez les personnes qui portent plainte sont rares : une étude aux USA de 2010 très documentée les estime à moins de 6 %, une autre de Rumney en 2006 les estime de 3% à 8%, de plus, une étude de Trocmé (2005) qui analyse les fausses allégations de violences sexuelles commises sur des enfants les évaluent à 6%. Ces dernières ne sont pas le fait des enfants mais surtout de proches voisins et de parents qui n'ont pas la garde de l'enfant(3).

Près de 50% des victimes de viol, ou de tentative de viol déclarent avoir subi des blessures physiques, qu'elles soient visibles ou non, et 76% des victimes affirment que cette agression a causé des dommages psychologiques très importants : 61% des femmes ayant subi un viol ou une tentative de viol ont déclaré que cette agression avait entraîné des conséquences, des perturbations dans la vie quotidienne, notamment dans leurs études ou leur travail(2).

Si, dans 50% des cas, l'examen somatique ne retrouve pas de lésions, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas eu viol(4). La surprise, la terreur ont pu mettre la victime hors d'état de se défendre(4).

Selon les statistiques nord-américaines, ou les données françaises des statistiques de police, de gendarmerie, du droit des femmes (ENVEFF) ou des permanences téléphoniques (violences conjugales femmes info service : +33 1 40 33 80 60), 10% des femmes subiraient des violences conjugales, dans tous les milieux

(10% des femmes cadres supérieures, 10% des femmes au foyer, 9% des employées et environ 9% des ouvrières)(4).

On constate donc que la violence contre les femmes, surtout sexuelle, est une vraie problématique sociale, judiciaire et médicale en France mais aussi au niveau mondial.

II. Les mythes sur le viol

Les mythes sur le viol, sont «des attitudes et des croyances généralement fausses mais largement répandues et qui servent à nier et justifier l'agression sexuelle masculine contre les femmes» (Lonsway & Fitzgerald, 1994, p. 134)(8)(3).

En 1971, le victimologue Menachem Amir développe une théorie selon laquelle, dans certains cas, le comportement des femmes favoriserait le passage à l'acte(9). Dans les années 1970, les féministes de la deuxième vague ont attaqué cette théorie qui blâme les victimes et ont dénoncé le mauvais traitement des victimes de viol par la justice pénale et les systèmes médicaux(9).

Dans les années 1970, des sociologues (comme par exemple Schwendinger 1974) et des féministes (telle que Brownmiller 1975) ont introduit le concept de mythes sur le viol afin d'expliquer un ensemble d'idées reçues ou de préjugés aboutissant à relativiser ou nier la responsabilité de l'agresseur ou à la faire partager par les victimes(10).

Burt (1980) a été le premier à étudier empiriquement les mythes sur le viol, qui se réfèrent aux croyances stéréotypées et empiriquement erronées qu'un individu détient concernant le viol, les violeurs et les victimes de viol. Voici quelques exemples de mythes sur le viol : seules les filles ayant un comportement hypersexualisé en sont victimes, une femme qui dit « non » pense « oui », la violence est sexuellement excitante pour les femmes, la victime aurait pu résister si vraiment elle n'était pas consentante et les femmes accusent souvent les hommes à tort de viol lorsqu'elles ont été abandonnées ou qu'elles ont quelque chose à cacher(11).

Historiquement, les femmes étaient tenues responsables lorsqu'elles ne parvenaient pas à résister ou à se protéger d'un viol selon la « common law anglaise », qui est la base des lois contemporaines sur le viol qui ont évolué aux États-Unis(9).

Pour beaucoup, les mythes sur le viol sont une approche de bon sens pour comprendre et expliquer le crime de viol(11). Pourtant, les mythes, comme la plupart des stéréotypes, représentent souvent un contraste frappant avec la réalité(11). Par exemple, un mythe commun du viol est qu'une victime aura des blessures physiques suite au viol parce qu'on ne peut pas être violé contre sa volonté(11). Cependant, Bonney (1985) a constaté que 44% des victimes de viol n'avaient pas de blessures physiques(11).

Un autre mythe répandu est que les femmes mentent souvent sur le fait d'être violé(11). Cependant, Ward (1995) a signalé que seulement 1 à 4% des déclarations

de viol constituent des fausses déclarations, un chiffre qui ne diffère pas significativement des fausses déclarations d'autres crimes(11).

Les mythes sur le viol, qui sont présents à la fois au niveau individuel et institutionnel/sociétal, sont un moyen par lequel la violence sexuelle a été maintenue et justifiée tout au long de l'histoire(10).

Dans plusieurs études, des auteurs ont utilisé différentes échelles pour mesurer les mythes sur le viol. Les résultats de ces études mettent en avant qu'entre 25% et 35% des répondants (hommes et femmes) sont d'accord avec la majorité de ces mythes et que les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'adhérer aux mythes sur le viol(10). En utilisant des questions ouvertes demandant aux participants d'énumérer leurs croyances personnelles sur les victimes de viol, Buddie et Miller (2001) ont constaté que 66% de leur échantillon (composé de femmes et d'hommes) approuvait une combinaison de mythes sur le viol(10).

Par exemple, McMahon (2010) a constaté que même si les individus ne sont pas susceptibles de blâmer directement une femme victime de viol, 53% des étudiants universitaires ont reconnu que ses actions avaient mené à qu'elle soit violée (par exemple : s'habiller d'une certaine façon, boire de l'alcool)(10).

Les mythes sur le viol sont également présents dans les institutions juridiques, religieuses et médiatiques(10). Par exemple, Gylys et McNamara (1996) ont constaté que 43% des procureurs d'un État du Midwest aux états unis ont démontré un niveau modéré à élevé d'acceptation de mythes autour du viol(10). Dans une étude de 2008, Krahe et al ont interrogé des étudiants en droit allemands et ont montré que, même

si la plupart n'adhéraient pas à la majorité des idées reçues, un nombre important responsabilisait les victimes(10).

Les mythes sur le viol sont également répandus dans les médias et affectent directement les attitudes des consommateurs à l'égard du viol(10). Par exemple, les résultats d'une analyse de contenu de séries télévisées diffusées aux heures de grande écoute aux états unis révèlent que 42% des scénarios décrivaient une femme «désirant» être violée, 38% une victime mentant au sujet d'un viol et 46% des femmes «demandant» d'être violées (par exemple, en étant légèrement habillées)(10).

III. Les mythes en France et leurs évolutions

Une enquête a été réalisée par l'institut IPSOS et l'association Mémoire Traumatique et Victimologie en 2015, auprès de 1001 personnes constituant un échantillon national représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus(12). Il s'agissait d'avoir une idée plus précise des représentations que les Français peuvent avoir sur le viol et les violences sexuelles, en ayant comme objectif d'évaluer l'impact des campagnes d'information et de sensibilisation sur cette thématique(12).

Ce que démontrent les résultats de cette enquête, c'est que de très nombreux Français, ont encore aujourd'hui tendance à considérer qu'il existe des motifs permettant d'atténuer la responsabilité des violeurs et de culpabiliser les victimes en les rendant en partie responsables de ce qu'elles ont subi(12). Ces conceptions ont leurs ressources. D'abord le sexisme et son lot de stéréotypes concernant les sexualités féminine et masculine(12). Ensuite la méconnaissance de la réalité statistique des viols, notamment tout ce qui concerne les chiffres des viols et des plaintes, les caractéristiques des agresseurs ou encore l'âge auquel surviennent le plus souvent les viols et agressions sexuelles(12).

L'adhésion à ces stéréotypes amène une proportion importante de la population française à exprimer des opinions inquiétantes, en affirmant par exemple qu'il est possible d'éviter un viol pour peu que l'on respecte certaines règles de sécurité et que l'on se défende (12).

Les résultats de l'enquête montrent également que les mentalités évoluent petit à petit et que les campagnes de prévention sur les violences sexuelles sont efficaces, surtout auprès de la classe d'âge des 25-45 ans(12). Cependant, de nombreux Français ont encore aujourd'hui tendance à considérer que dans certaines circonstances, il existe des raisons de déresponsabiliser ou d'excuser les violeurs et a contrario de blâmer ou d'incriminer les victimes(12). L'enquête conclut que la culture du viol, ainsi que les mythes et les fausses représentations qu'elle entretient, semblent malheureusement avoir de beaux jours devant elle, surtout auprès des jeunes et des plus âgés, et il ressort de l'enquête que les femmes sont loin d'être les mieux informées sur le sujet, alors même qu'elles sont les premières victimes de ces violences(12).

IV. Les principaux mythes sur le viol

A. Les femmes aiment être violées

Des études aux états unis menées auprès d'étudiants universitaires suggèrent que 1 à 4% des participants pensent que les femmes désirent secrètement être violées, alors que 15 à 16% des hommes adhèrent à ce mythe(10). De plus, environ 11% des étudiants universitaires masculins indiquent qu'ils croient que les femmes exagèrent la gravité du viol, c'est-à-dire que le viol ne serait pas si grave que ça. Alors même que les études montrent clairement que le viol entraîne souvent de nombreuses conséquences physiques, psychologiques et sociales délétères (Centers for Disease Control, 2004)(10).

En France, selon l'enquête IPSOS (2015), près de 1 Français sur 5 (19%) considère que « lorsque l'on essaye d'avoir une relation sexuelle avec les femmes, beaucoup disent "non" mais ça veut dire "oui" », et 1 répondant sur 5 estime que « lors d'une relation sexuelle, les femmes peuvent prendre du plaisir à être forcées » (21%), cette conception est particulièrement bien représentée chez les 18-24 ans qui sont près d'un tiers (31%) à le penser(12).

L'une des origines les plus anciennes de ce mythe remonte à Hérodote, un historien grec du 5^{ème} siècle av. J.-C., qui écrivait :

« Il y a de l'injustice à enlever des femmes, de la folie à venger leur enlèvement, et de la sagesse à n'en tirer aucune vengeance, parce qu'il n'est pas douteux qu'elles n'auraient pas été enlevées, si elles ne l'avaient voulu » (comme cité par Horos 1974, page 3)(10).

La croyance que le viol doit se produire de force et contre la volonté de la victime a été citée par Blackstone dans l'Angleterre du XVIII^e siècle(10). La loi anglaise exigeait que la victime résiste « sérieusement » ou « au maximum » à son agresseur, une loi qui, par la suite, a été également adoptée aux Etats-Unis(10).

Bien que cette loi ait été abrogée en 2003 par la « Sexual Offense Act », la « résistance symbolique » (en anglais : token resistance), la croyance selon laquelle les femmes pensent « oui » quand elles disent « non » aux avances sexuelles des hommes, est toujours présente dans la société(10).

Les croyances selon lesquelles les femmes désirent avoir des relations sexuelles forcées ont été intégrées pendant des siècles dans « le travail culturel

dominant dans l'art, la religion, le droit, la littérature, la philosophie, la psychologie, les films, etc. »(10). Les contes populaires du dix-huitième siècle écrits par Marquis de Sade célèbrent non seulement le viol des femmes, mais Sade a préconisé que les femmes peuvent et doivent accepter le viol et peuvent choisir de profiter de l'expérience(10).

L'idée que les femmes apprécient le viol a toujours été présente dans la littérature académique, y compris au XXe siècle(10). Par exemple, dans une édition de 1952 du Yale Law Journal, la théorie psychanalytique freudienne a été utilisée pour affirmer que «le besoin de satisfaction sexuelle d'une femme peut conduire au désir inconscient de pénétration puissante, la coercition servant proprement pour éviter le sentiment de culpabilité après une participation volontaire »(page 67)(10). À l'heure actuelle, l'auteur le plus visible du mythe selon lequel les femmes jouissent du viol est sans doute l'industrie de la pornographie et d'autres formes sexuellement explicites de médias(10).

Ce sont des mythes particulièrement graves qui prétendent qu'une femme qui dit « non » pense « oui » ; que la violence est sexuellement excitante pour les femmes ; que la victime aurait pu et su résister si elle n'était pas consentante, ce qui perpétue au viol et à la violence contre les femmes(3).

B. Les femmes demandent à être violées

«Les femmes demandent à être violées» est un parapluie sous lequel des idées plus spécifiques, comme «elle marchait la nuit toute seule», « elle a une attitude provocatrice », et «elle demandait à être violée dans cette tenue», peuvent être

catégorisées(10). Carmody et Washington (2001) ont rapporté qu'environ 21% des étudiants universitaires adhéraient au mythe selon lequel les femmes portant des tenues sexy ou provocatrices cherchent les ennuis(10). De plus, Johnson et al. (1997) ont constaté que 27% des étudiants universitaires et 10% des étudiantes universitaires soutenaient le mythe selon lequel «les femmes provoquent le viol»(10).

C. Les femmes mentent et accusent les hommes de viol à tort

Bien qu'il y ait un grand débat sur la prévalence des accusations infondées de viol, la plupart des études concluent que les fausses allégations de viol sont très rares(10). En effet, un rapport international a examiné les études et les estimations des organismes d'application de la loi et a indiqué qu'environ 2 à 8% des agressions sexuelles signalées étaient considérées comme fausses(10). Néanmoins, Burt (1980) a constaté que 50% des hommes et des femmes de la communauté croient que les femmes mentent au sujet du viol. Néanmoins, dans une études portant sur une population étudiante, Kahlor et Morrison (2007) ont mis en avant que 19% des accusations au viol seraient fausses(10). Parmi les étudiants masculins universitaires, des données récentes ont montré que 22% des répondants étaient d'avis que «les femmes mentent au sujet du viol pour se venger des hommes» et 13% ont convenu que «beaucoup de femmes aguichent des hommes et puis crient au viol»(10).

LaFree et al. (1985) ont constaté que toute preuve de consommation d'alcool, de consommation de drogues ou d'adultère par les victimes conduisait à ne pas croire à la culpabilité de l'agresseur(10).

Le système judiciaire appuierait, selon plusieurs auteurs, l'idée que les femmes mentent au sujet du viol(10). En fait, si les victimes ne subissent pas des blessures physiques des suites de l'agression ou si une arme n'est pas utilisée, cela est souvent considéré comme une preuve que la victime ment et que l'auteur présumé est innocent(10).

D. La culpabilisation de la victime, la rendre responsable de son agression

Il s'agit d'un mythe très répandu dans les sociétés. Il apparaît que si une femme s'engage dans un comportement jugé «imprudent» et qu'elle est par la suite victime de viol, elle peut être perçue, en particulier par des sujets plus «traditionnels», comme étant fautive, même si ces comportements seraient «légitimes» pour les hommes(13).

Selon l'enquête IPSOS (2015) une minorité non négligeable des Français estime que certains comportements antérieurs à l'agression des femmes victimes de viol les rendent en partie responsables de ce qu'elles ont subi, c'est le cas par exemple pour celles qui acceptent de se rendre seules chez un inconnu (15%, ce chiffre atteignant 22% chez les femmes de plus de 45 ans) ou qui ont eu une attitude « provocante » en public (14%, ce chiffre atteignant 22% chez les femmes de plus de 45 ans)(12). Ce sont les femmes de plus de 45 ans qui sont les plus promptes à blâmer les victimes en raison de leur comportement et à déresponsabiliser l'agresseur(12). Egalement certains considèrent que l'on peut, si on le veut, éviter de subir un viol : 4 répondants sur 10 (41%) estiment ainsi que si on se défend vraiment autant que l'on peut, on peut faire fuir son violeur(12). 1 Français sur 4 (25%) estime

par ailleurs que « lorsque l'on respecte certaines règles simples de précaution, on n'a quasiment aucun risque d'être victime de viol »(12).

Dans une étude évaluant les comportements antérieurs à l'agression, Richardson et Campbell, ont constaté que les sujets attribuaient plus de responsabilités à une victime en état d'ébriété alors qu'un violeur en état d'ébriété était considéré comme moins responsable de l'agression(13).

Par ailleurs, Howard a présenté différents scénarios aux personnes interrogées. Ces derniers mettaient en scène des femmes ou des hommes faisant du jogging ou de l'auto-stop au moment de l'agression. Les victimes féminines ont toujours été jugées plus «responsables» que les victimes masculines, indépendamment du crime(13).

Un sondage d'Amnesty International britannique mené en 2005 a révélé que 22% des personnes interrogées pensaient qu'une femme était partiellement ou totalement responsable du viol si elle avait de nombreux partenaires sexuels, et 26% la jugeaient partiellement ou totalement responsable du viol si elle portait des vêtements sexy(10).

La couverture médiatique des cas de viol peut également contribuer à la culpabilisation des victimes en insinuant que la victime est responsable d'être dans une zone dangereuse ou que les femmes ayant une attitude provocante méritent d'être violées pour avoir agi de façon inappropriée(10). Howitt (1998) soutient que les reportages médiatiques sont souvent construits d'un point de vue plus favorable à l'agresseur (comme par exemple en se concentrant sur la version des faits de

l'agresseur). De même, il semblerait que les acquittements soient plus susceptibles de faire la première page d'un journal que les condamnations pour viol. En outre, dans une étude au cours de laquelle Fountain a interrogé des étudiants, il a été montré que le fait de visionner des reportages renvoyant une image négative des victimes de viol augmenterait la responsabilisation de la victime à l'inverse des reportages jetant un regard négatif sur l'agresseur(10).

E. « Ça n'était pas vraiment un viol »

Le viol n'est pas reconnu et l'agression sexuelle n'est pas définie comme telle.

1) *Le viol conjugal*

L'une des croyances les plus ancrées dans la société est probablement celle selon laquelle il ne peut pas y avoir de viol entre époux. Il y a d'ailleurs beaucoup de pays dans lesquels cette notion de viol entre époux n'est pas encore reconnue.

Ca n'est d'ailleurs que depuis 1980 en France que la notion de viol entre époux a été reconnue(4).

Pourtant selon, l'enquête IPSOS (2015) les Français sont sensiblement moins nombreux à juger qu'il s'agisse d'un viol(12). Si 83% des répondants estiment que forcer sa conjointe à avoir un rapport sexuel alors qu'elle le refuse et ne se laisse pas faire est un viol, une part non négligeable d'entre eux considère que ce n'en est pas un (17%)(12).

Les violences sexuelles (et notamment les viols) sont très fréquentes dans les situations de violence conjugale. La particularité de ces dernières est le caractère souvent répétitif de ces agressions. En effet, les femmes victimes de violences conjugales mettent souvent en avant le fait de ne pas résister à leur mari par peur des représailles, certaines pensent qu'il est de leur devoir de se soumettre, d'autres évoquent la nécessité de protéger leurs enfants ou encore, que toute résistance serait inutile(9).

En effet, la médiatisation de viol dans les médias aux états unis se concentre essentiellement sur les cas de viol perpétrés par une personne inconnue de la victime comparé aux programmes diffusés aux heures de grande écoute, même si le viol conjugal est beaucoup plus fréquent que le viol par un inconnu(10). Bien que Cuklanz (2000) ait conclu que les représentations de viol dans les medias américains ont changé entre 1976 et 1990, de sorte qu'il y a moins de représentations de viols par un inconnu et plus d'empathie pour les victimes, ce n'est pas le cas pour les représentations de viol conjugal(10). En effet, la représentation par les médias des viols dans lesquels la victime connaît son agresseur ne concerne que les viols perpétrés par des connaissances ou des rendez-vous mais pas les viols par un conjoint(10).

En 1810 : le « devoir conjugal » était une obligation qui rendait le viol inconcevable entre époux. Depuis la loi du 23 décembre 1980, le viol est défini comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise » (article 222-23 du code pénal). Il constitue un crime et dépend de la cour d'assises, réprimé de 15

ans de réclusion criminelle. Cette peine est allongée à 20 ans en cas de viol entre époux, partenaire pacsé ou concubin.

Ca n'est qu'avec la loi du 4 avril 2006 que la notion de viol entre époux entre dans la loi : « Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existantes entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. Dans ce cas, la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel ne vaut que jusqu'à preuve du contraire. »

Enfin, la loi du 9 juillet 2010 a supprimé la référence à une présomption de consentement des époux à l'acte sexuel.

2) Doute sur le consentement

Dans certaines circonstances, la parole de la victime peut être mise en doute en raison de comportements adoptés pendant l'agression. Nous prendrons un exemple marquant nous permettant d'illustrer ce propos :

Au Texas aux états unis, une femme a été attaquée chez elle par un inconnu armé d'un couteau. Elle aurait supplié ce dernier d'utiliser un préservatif pour se protéger contre le VIH. Le jury a alors considéré que la victime était consentante et l'agresseur a été acquitté(14).

Ainsi selon l'enquête IPSOS 1 Français sur 5 (21%) estime ainsi qu'il n'y a pas viol lorsqu'une personne cède quand on la force(12). Par ailleurs, plus de 1 Français sur 4 (26%) juge que lorsque l'auteur des faits menace sa victime pour qu'elle

accepte d'avoir des relations sexuelles sans résistance, ce n'est pas un viol mais une agression sexuelle(12).

3) Le type de pénétration

La reconnaissance de viol semble être influencée par le type de pénétration. Selon l'enquête IPSOS (2015) si l'agresseur réalise un acte de pénétration digitale alors que la personne le refuse, 1 Français sur 4 considère que ce n'est pas un viol (24%)(12). De même, 24% des personnes interrogées considèrent qu'il n'y a pas de viol lorsque l'on force une personne à faire une fellation alors qu'elle le refuse et ne se laisse pas faire, elles qualifient le plus souvent ce comportement d'agression sexuelle(12).

F. Déresponsabiliser l'agresseur

Par exemple, « c'est quelque chose de mal mais il n'est pas « entièrement » responsable du comportement « masculin » du violeur »(11). En d'autres termes, la responsabilité des auteurs est atténuée sur l'idée qu'ils ont dépassé le niveau de stimulation sexuelle contrôlable et qu'ils ne peuvent plus être tenus pour responsables de leurs actes(11).

De même, il apparaît qu'une relation amoureuse antérieure avec l'agresseur atténue la gravité perçue et peut même être considérée comme justifiant une agression sexuelle(13). 27% des Français le considèrent comme un motif de déresponsabilisation du violeur si la victime a déjà eu auparavant des relations sexuelles avec l'agresseur(12). 40% des Français estiment que la responsabilité du

violence est atténuée si la victime a eu une attitude « provocante » en public, et ils sont presque autant (38%) à déresponsabiliser l'agresseur dès lors que la victime a flirté avec lui(12). Plus d'un Français sur trois (36%) tend également à trouver des circonstances atténuantes au violeur lorsqu'une adolescente a adopté une attitude séductrice avec lui ou lorsque la victime a accepté d'aller seule chez un inconnu(12). Dans une moindre mesure, se promener dans la rue dans des tenues très sexy (jupe très courte, décolleté) peut également constituer, pour plus d'un quart des Français (27%), un motif de déresponsabilisation du violeur(12). Parmi les autres motifs invoqués pour atténuer la responsabilité du violeur : le malentendu(12). Plus d'un quart des Français (29%) jugent que de très nombreux viols sont dus au fait que le violeur croit au début que la personne souhaite avoir des relations sexuelles avec lui(12).

L'existence de ces attitudes implique que le viol peut être tacitement toléré dans de nombreuses situations(13).

G. Le mythe et le stéréotype de « vrai viol »

Le viol était défini comme un crime commis par des étrangers jusqu'au milieu des années 1980(9). Des études récentes et contemporaines sur les perceptions du viol ont montré qu'il existe un concept assez stéréotypé de ce qui constitue un «vrai» viol –c'est-à-dire une agression sexuelle facilement et largement perçue comme constituant un viol(8).

Un « vrai viol » est un viol dont la victime est une femme, qui survient la nuit, par un inconnu, sous la menace d'une arme. L'agresseur soumet sa victime par la

violence, violence qui laisse des marques physiques. La victime dépose plainte au décours immédiat de l'agression(8)(3).

Alors même que l'agresseur est presque toujours connu de la victime et du fait de la stratégie de contrainte de l'agresseur, nombre de viols se font sans violence physique autre que le viol lui-même sur des personnes qui ne sont pas en mesure de s'opposer, ni de se défendre(3). Selon des études épidémiologiques à grande échelle, les deux tiers des viols sont commis par des hommes connus de leurs victimes ce qui s'oppose à la plupart des idées reçues selon lesquelles le viol est surtout commis par des inconnus(9). De plus, environ 25% à 30% des viols sont perpétrés par des partenaires intimes(9).

La plupart des recherches montrent que les femmes résistent beaucoup moins lorsqu'elles connaissent leur agresseur, de même, d'autres études montrent qu'il y aurait moins de résistance physique lorsque l'agresseur est un partenaire intime par rapport aux agressions dans lesquelles l'agresseur est une connaissance ou un inconnu(9).

De plus, les personnes victimes de viol ont-elles-même parfois du mal à reconnaître l'agression comme étant un viol, surtout lorsque l'agresseur fait partie de leurs connaissances(8). Ces expériences subjectives ne s'inscrivent pas parfaitement dans le cadre contextuel du «script de viol» culturel (le viol d'un étranger, la nuit, seul) par conséquent, les femmes ont du mal à s'identifier comme victimes de viol(8).

Seule la moitié des viols sont commis avec violence, et seulement 12 % sous la menace d'une arme (CFCV, 2003). Comme nous venons de le voir, ce sont les viols par des proches qui sont de loin les plus fréquents, dans 80 % des cas pour les adultes et 94 % des cas pour les enfants(3). Ils sont commis par des membres de la famille pour plus de 50 % des violences sexuelles commises sur les enfants, et par des partenaires pour près de 50 % des violences sexuelles commises sur les adultes (enquête IVSEA, 2015)(3). Les viols se produisent le plus souvent au domicile de la victime, à son travail (65 %), dans son école ou dans une institution et 50 % se produisent de jour(3).

Ce mythe est particulièrement répandu dans la société française. 44% des répondants à l'enquête IPSOS(2015) pensent que c'est avant tout par un individu qu'elle ne connaît pas qu'une personne court le plus de risque d'être violée(12).

V. Conséquence des mythes sur les victimes de viol, la société et ses cognitions

Les mythes sur le viol n'impliquent pas seulement une plus grande responsabilité des femmes, mais suggèrent indirectement que les femmes puissent éviter d'être violées si elles suivent certaines règles (par exemple concernant une façon «décente» de s'habiller ou de se comporter en public)(15). Comme nous l'avons vu avant, la croyance dans les mythes sur le viol comprend un stéréotype de la «victime typique du viol», ce qui implique que seules les femmes qui se conforment à ce stéréotype peuvent être considérées comme des victimes(15).

Les mythes sur le viol peuvent permettre une justification (par exemple, elle semblait l'aimer) ou une excuse (par exemple, c'était mal, mais je ne suis pas « entièrement » responsable du comportement « masculin » du violeur)(11). En d'autres termes, la responsabilité des auteurs peut être atténuée sur l'idée qu'ils aient dépassé le niveau de stimulation sexuelle contrôlable et qu'ils ne puissent plus être tenus pour responsables de leurs actes ou que les victimes féminines et les victimes potentielles sont en partie responsable(11).

H. Les mythes restreignent la liberté des femmes et perpétuent la discrimination sexuelle

Selon ces mythes, les femmes sont chargées d'être conscientes des propensions masculines et d'agir (ou rester passive) pour éviter le viol(11). On dit aux femmes de ne pas s'habiller de « façon provocatrice » pour ne pas susciter les pulsions sexuelles présumées incontrôlables chez les hommes(11). Elles ont également reçu l'ordre de ne pas sortir seules la nuit(11). Au contraire, elles devraient garder une protection (un homme) avec elles en tout temps si possible(11). Tous ces messages mettent en garde contre le risque d'être victime de viol, ce qui restreint les déplacements des femmes et, dans une certaine mesure, dicte comment, quand et où les femmes se déplacent et se rassemblent(11).

En conseillant aux femmes de ne pas marcher seules la nuit, les femmes se sentent dépendantes des hommes (ou de l'état masculin) pour leur sécurité(11). La société peut ainsi restreindre le comportement des femmes, les rendant responsables d'être violées si elles étaient seules(11).

Parce que le viol était défini comme un crime commis par des inconnus jusqu'au milieu des années 1980, la plupart des efforts de prévention du viol consistaient à dire aux femmes de restreindre leur comportement (par exemple, s'abstenir de sortir la nuit, porter des vêtements révélateurs ou boire)(9). Bien que ce conseil ait été critiqué pour restreindre la liberté des femmes et leur pleine participation à la société, il est toujours recommandé dans certains livres d'auto-assistance et par certains policiers(9).

Conseiller les femmes de restreindre leurs libertés est également soutenu par les théories de la victimisation, qui suggèrent que le risque d'être victime d'une agression résulte du fait d'être sorti la nuit dans des endroits où des opportunités situationnelles, des cibles vulnérables et des délinquants motivés se réunissent sans des gardiens compétents pour protéger les victimes potentielles (voir Meier & Miethe, 1993, pour une revue)(9). Ces théories supposent que la plupart des crimes sont commis par des étrangers ou des personnes qui ne se connaissent pas bien, dehors, la nuit, dans des lieux publics. Cependant, nous savons maintenant que la plupart des crimes violents sont commis par des personnes connues et très souvent au domicile(9).

Ainsi nous pourrions nous attendre à ce que l'acceptation des «mythes du viol» soit corrélée avec les croyances selon lesquelles les rôles sociaux et les droits des femmes seraient plus restreints que ceux des hommes. En outre, deux études (Costin, 1985, Costin et Schwarz, 1987) menées en Angleterre, en Israël, aux Etats-Unis et en Allemagne de l'Ouest ont confirmé cette hypothèse(16).

I. Les mythes perpétuent la violence contre les femmes

Différentes études ont montré qu'il y aurait un lien entre l'acceptation des mythes autour du viol et le passage à l'acte(10). les mythes sur le viol servent donc à légitimer la violence sexuelle contre les femmes(10). Plusieurs chercheurs ont également montré que le viol est favorisé par des croyances qui encouragent la domination sociale et économique des hommes et que l'acceptation de mythes sur le viol contribue à soutenir ces croyances(16).

En examinant les motivations et les causes de comportement pro-viol ou qui contribue ou justifie le viol chez le violeur, chez les détenus et les criminels on trouve une relation entre les mythes de viol et la croyance en la théorie du genre. Par exemple une femme ne devrait pas boire comme un homme ou draguer, ou encore, si une femme a de multiples partenaires sexuels c'est qu'elle souhaite être violée (17).

S'appuyant sur la conclusion de Bohner et al. (1998) ces mythes servent comme de justification, un biais cognitif pour ceux qui ont tendance à violer ou les violeurs potentiels, et majoritairement ceux qui ont été condamné pour viol, ont tendance à citer que leur victime n'a pas tenté de résister(17).

J. Conséquences des mythes sur la société

Ainsi, les mythes sur le viol influencent non seulement les attitudes de la société à l'égard des victimes de viol, mais influencent également les décisions importantes liées aux affaires juridiques et la manière dont les informations sont communiquées au public(10).

En effet, si seulement un ou deux individus puissants adhèrent à ces mythes, leur impact social pourrait être considérable(10). La théorie psychosociale suggère que même si une personne ou quelques personnes occupant des postes de pouvoir social (par exemple, juge, responsable des médias) ont une croyance, elles peuvent exercer une influence significative sur des éléments politiques, médiatiques, juridiques ou religieux qui peuvent affecter de nombreuses personnes(10).

K. Le retentissement des mythes sur le plan comportemental et mental

Une femme qui adhère aux croyances autour du viol peut supposer qu'elle est une cible improbable de viol et/ou qu'elle peut personnellement éviter le viol tant qu'elle suit certaines règles(15). Cependant, une femme qui ne cautionne pas les mythes sur le viol devrait concevoir le viol comme une menace réaliste pour toutes les femmes, y compris elle-même, et ne devrait pas surestimer son propre contrôle(15).

Des recherches empiriques ont démontré que la peur de l'agression sexuelle empêche une grande proportion de femmes de sortir seules la nuit ou d'aller dans certains endroits de leur quartier(17).

En outre, il a été montré que la simple lecture d'un article de journal sur un viol a un impact sur l'estime de soi et l'affect positif des femmes non-victimes(17). Selon une étude de Schwarz et Brand, il semblerait qu'à la suite d'un viol, les femmes adhérant aux mythes sur le viol présenteraient une plus faible estime d'elles-mêmes que celles n'y adhérant pas(15).

Parce que la société tient les femmes pour responsables du viol dont elles ont été victimes et les blâme souvent pour le comportement agressif sexuel des hommes, beaucoup de femmes nient avoir été violées et ne se qualifient pas comme des victimes de viol(9). Les conséquences peuvent être une majoration importante de la culpabilité et de l'auto accusation. Le cout de la divulgation serait bien trop élevé pour qu'elles puissent en parler(9).

Egan et Wilson (2012) ont comparé les victimes de viol qui avaient signalé une agression récente à la police avec celles qui ne l'avaient pas fait(8). Les femmes qui n'ont pas signalé leur viol à la police ont montré des taux significativement plus élevés d'acceptation du mythe du viol que celles qui l'ont signalé(8). Potentiellement, ces attitudes et croyances sur ce qui correspond à un viol et le type de femmes qui ont été violées peuvent avoir influencé la plupart des décisions de ces victimes de ne pas dénoncer leur agression(8).

VI. Les mesures historiques et actuelles utilisées pour mesurer et repérer les mythes autour du viol

A. Le questionnaire « Attitudes towards rape » (ATR)

Feild (1978) a élaboré le questionnaire « Attitudes Toward Rape » (ATR), qui a été le premier instrument permettant de mesurer les attitudes envers le viol(18). L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer les attitudes favorables et défavorables envers le viol, en mettant particulièrement l'accent sur le blâme, la crédibilité, le mérite, le dénigrement et la banalisation des victime ce qui inclut des croyances fausses concernant le viol et les victimes de viol, mais aussi des croyances correctes

comme par exemple n'importe quelle femme pourrait être victime de viol qu'elle soit « provocante » ou non. Feild a étudié la nature sous-jacente des attitudes de viol et a proposé que les attitudes face aux victimes de viol étaient multidimensionnelles(18). L'échelle ATR identifie huit facteurs, dont «la responsabilité des femmes dans la prévention du viol», «le sexe comme motif de viol», «punition sévère pour le viol», «précipitation du viol par les victimes», «normalité des violeurs», « le pouvoir comme motif de viol », «la perception favorable d'une femme après un viol» et «la résistance comme rôle de la femme pendant le viol»(18). Le questionnaire de Feild était une mesure souvent utilisée pour mesurer des attitudes envers le viol.

B. L'échelle Rape Myth Acceptance (RMA)

Burt (1980) a été le premier à utiliser le terme «mythe du viol» pour définir les attitudes favorables au viol(18). Burt a créé une mesure en 19 points, RMA, pour mesurer les différents niveaux d'approbation des mythes du viol(18). Elle a également examiné de façon empirique l'association entre l'échelle RMA et les caractéristiques démographiques d'une personne, son expérience avec la violence ou sa victimisation, et un groupe de variables attitudinales (par exemple l'acceptation de la violence interpersonnelle)(18). Les résultats de Burt ont confirmé l'hypothèse selon laquelle les variables attitudinales étaient de forts prédicteurs de l'acceptation des mythes du viol(18). Depuis 1980, l'échelle RMA de Burt a été la mesure la plus largement citée dans la recherche sur les attitudes envers le viol(18).

C. L'échelle « Illinois Rape Myth Acceptance » (IRMA)

La nature multidimensionnelle des attitudes envers le viol a ajouté à la complexité de la recherche sur l'attitude face au viol(18). Au fil du temps, de nombreux universitaires ont exprimé des critiques à propos des instruments existants pour la mesure du mythe du viol(18). Lonsway et Fitzgerald (1994) ont examiné 24 mesures de RMA et ont montré que les mesures manquaient de précisions théoriques et psychométriques adéquates, y compris les échelles RMA de Burt(18).

Dans les années 1990, Lonsway et Fitzgerald (1994, 1995) ont redéfini et reconceptualisé la conception du mythe du viol comme étant «des attitudes et des croyances généralement fausses, mais largement répandues et persistantes, qui servent à nier et justifier l'agression sexuelle masculine contre les femmes "(Lonsway & Fitzgerald, 1994, page 134)(18). En utilisant la nouvelle définition mise à jour du mythe du viol, Payne et al. (1999) ont mis au point une mesure innovatrice du RMA, l'échelle « Illinois Rape Myth Acceptance »(IRMA)(18). L'échelle a été développée avec un échantillon représentatif de 604 étudiants dans une grande université du Midwest aux Etats Unis(18). Contrairement aux instruments antérieurs de RMA, l'étude de Lonsway et Fitzgerald (1994) a assuré un examen attentif de la représentation des constructions du mythe du viol, du libellé et de la clarté des items, l'élimination des expressions familières et l'analyse des propriétés psychométriques(18). L'étude de Lonsway et Fitzgerald (1994) a montré que l'échelle IRMA possédait une cohérence interne et une fiabilité adéquates, ainsi qu'une validité de construction(18).

L'échelle IRMA comprend un total de 45 items, et cinq d'entre eux sont des éléments de remplissage pour inhiber les ensembles de réponses, tels que «Il

faudrait qu'une femme policière soit présente lorsqu'une femme signale un viol »(18). Les cinq éléments de remplissage sont mis au rebut avant de procéder à une analyse statistique(18). Pour les 40 autres items, les répondants évaluent chaque item en utilisant une échelle de type Likert à 7 points, allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord)(18). Les scores résumés des 40 items fournissent un score total d'adhésion aux mythes autour du viol(18). Plus le score est élevé, plus l'adhésion aux mythes autour du viol est élevée(18). Les auteurs rapportent également que les 40 items sont remplis sur sept facteurs, étiquetés comme "elle l'a voulu (huit items)", "ça n'était pas vraiment un viol (cinq items)", "ça n'était pas son intention (cinq items) ", " elle l'a cherché (cinq items) ", " elle a menti (cinq items)", " le viol est un événement trivial (cinq items)" et " le viol est un événement déviant (sept items) "(18).

L'échelle IRMA est actuellement l'échelle reprenant les mythes autour du viol la plus fiable et la plus validée dans la littérature (Payne, Lonsway, & Fitzgerald, 1999)(19)(20)(18).

D. L'échelle « Updated Illinois Rape Myth Acceptance » (IRMA)

En raison des défis potentiels liés à la mise en œuvre d'une longue échelle, une version abrégée de 20 items de l'IRMA a été élaborée par McMahon et Farmer 2011(19). McMahon et Farmer ont estimé qu'avec la prolifération des programmes de prévention du viol au cours des années 2000, il est possible que les mythes sur le viol continuent de se faire plus subtils(19). Ils ont estimé que ne pas reconnaître ces changements dans la mesure des mythes sur le viol constitue une menace majeure pour la validité de la mesure, et, par conséquent, l'évaluation de l'efficacité des

programmes de prévention contre le viol risque d'être biaisée car ces derniers ne prendraient pas en compte l'évolution des mythes et donc ne seraient pas vraiment exactes(19). Ils ont également estimé que le besoin d'un langage actualisé et adapté aux étudiants universitaires était particulièrement important pour pouvoir repérer les mythes de viol qui sont devenus plus subtiles(19).

Dans leur étude ils ont cherché à développer et tester une version révisée de l'échelle IRMA qui contient un langage pertinent et actualisé pour une population d'étudiants universitaires et qui capture les mythes subtils sur le viol en mettant l'accent sur la responsabilisation de la victime(19). Le but de la révision de l'instrument était d'avoir une mesure plus valide pour évaluer l'efficacité des programmes de prévention du viol sur les campus universitaires en ce qui concerne leur capacité à changer les attitudes de blâme envers les victimes(19). McMahon et Farmer ont donc mené une étude auprès des étudiants d'une grande université publique du nord-est aux Etats Unis. L'étude comportait deux étapes, la première étape, la mise à jour de l'échelle IRMA, et la deuxième étape, l'étude psychométrique de la mesure révisée(19).

L'échelle révisée de IRMA inclut des items des sept sous-échelles (Payne et al., 1999)(19). Comme pour la version longue de l'échelle, les individus répondent aux items en utilisant une échelle de type Likert à cinq points (allant de 1 = tout à fait d'accord à 5 = pas du tout d'accord)(19). L'échelle se compose de quatre sous-échelles, dont "Elle l'a voulu" (6 items), "ça n'était pas son intention" (6 items), "ça n'était pas vraiment un viol" (5 items), et "elle a menti" (5 items). Des scores plus élevés indiquent un plus grand rejet des mythes sur le viol(19). Cette échelle est validée maintenant comme « Updated Illinois Rape Myth Acceptance Scale ».

CAS CLINIQUE 1

Patiente mineure, Chloé (nom fictif) âgée de 14 ans, reçue en consultation de première demande, est amenée par sa mère pour suspicion de conduites de scarification. Il s'agit de son 1er contact avec la psychiatrie.

Elle n'a pas d'antécédents psychiatriques. Il n'y a pas d'antécédents médicaux ni chirurgicaux. Dans les antécédents familiaux on trouve une dépendance à l'alcool chez la mère qui serait sevrée depuis plusieurs mois. Chloé ne prend aucun traitement. Elle est en 3^{ème}. On ne trouve pas de chute récente des notes scolaires, il n'y a pas d'harcèlement scolaire au moment de demande des soins. Elle souhaite devenir serveuse dans un restaurant.

Chloé bénéficie d'un accueil modulé dans un foyer pour la moitié de la semaine et le reste du temps elle vit chez sa mère. Le placement aurait eu lieu suite à la problématique de dépendance à l'alcool chez la mère. Les parents sont divorcés depuis 6 ans. Chloé rapporte que ses loisirs sont : les sorties avec des amis, le cinéma, et la musique. Chloé a un frère de 18 ans et une sœur de 15 ans.

Dans l'histoire de la maladie Chloé rapporte un fléchissement thymique ayant commencé il y a un an avec une notion de rupture avec l'état antérieur. Elle décrit plusieurs facteurs déclenchant dont des antécédents de harcèlement scolaire, le divorce de ses parents et une relation conflictuelle avec le père.

L'ambiance à la maison semble être tendue : Chloé rapportera des propos inadaptés de la part de son frère comme « tu aurais du mourir à la naissance », ce dernier qui se moquera de ses idées suicidaires qu'elle développera plus tard dans l'évolution clinique. Sa mère se montre étayante mais elle présente parfois des propos et des comportements inadaptés, de type frontal. Chloé rapporte également que sa mère lui aurait tenu des propos du genre « c'est de ta faute si j'ai du avorter ».

Le tableau clinique initial montre une tristesse avec une réactivité de l'humeur, il n'y a pas d'aboulie ni anhedonie. Il n'y a pas d'idées suicidaires. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Le sommeil et l'appétit sont conservés. La patiente verbalise peu, semble être indifférente à l'entretien. Il n'y a pas de tension interne palpable. Elle est calme et ne se montre pas opposante aux soins. Elle rapporte un trouble de la concentration.

1 mois après et lors d'une consultation de suivi, on constate une détérioration clinique aigue et brutale, avec des idées suicidaires envahissantes et multi scénarisées qui ont nécessité 2 hospitalisations en pédiatrie, déclenchée par un événement dont la patiente refuse de parler. La patiente présente une tristesse sévère de l'humeur, elle rapporte une irritabilité et un trouble de sommeil très important.

Un mois après, lors d'un entretien la patiente révèle avoir été une victime de viol la veille de sa première hospitalisation en pédiatrie. Selon Chloé elle aurait subi une fellation forcée, par un mineur dans un passage peu fréquenté dans la rue, elle connaît l'agresseur depuis 2 ans mais c'est la première fois qu'il l'agresse sexuellement. Elle dit que c'est une personne « qu'elle aimait ». « Il m'a tiré les

cheveux, il m'a donné des coups de pied pour que je sois à terre, ça a duré une bonne dizaine de minutes, j'ai hurlé j'ai crié je n'arrivais pas à me défendre parce qu'il est bien plus grand que moi » « personne m'a entendu ».

Elle présente un tableau clinique d'un TSPT. Un signalement a été fait.

Seule la mère venait d'être au courant de l'événement, son père n'était pas encore au courant. Chloé exprimait sa peur de sa réaction. Je l'interroge si sa peur vient des mythes et idées reçues autour de viol en lui expliquant ce que c'est. Elle confirme qu'elle a peur que son père lui reproche « qu'elle ne s'est pas assez défendue », qu'il la blâme et qu'elle soit mise en danger.

La patiente a été hospitalisée, mise sous Atarax et minipress. Les parents ont été reçus en entretien. Nous avons travaillé avec eux autour des mythes et croyances mais aussi des réactions négatives à éviter ainsi que leurs effets nocifs sur son état psychique et son trouble de stress post traumatique.

Lors du suivi Chloé rapporte avoir le soutien de sa famille et que ça lui fait du bien, qu'on ne lui fasse pas de reproche. « Ma mère me dit que c'est pas de ma faute ».

Lors de mes entretiens avec la mère, elle s'est toujours montrée étayante, soutenante et « prête à entamer n'importe quelle démarche pour soigner et soutenir sa fille ».

Mon approche en expliquant les idées reçues semblent avoir renforcé l'alliance et avoir conforté Chloé.

Chloé a toujours refusé de donner le nom de son agresseur, en jugeant « que ça ne sert à rien ». Elle ne voulait ni aller ni parler à la brigade des mineurs.

Vers la fin de mon suivi qui a duré 5 mois, Chloé a été convoquée et a été obligée de se rendre à la brigade des mineurs. Elle me dit dans l'entretien qui a suivi quelques jours après sa convocation : « Avant que je rentre dans le bureau j'avais plus des flashes ». « J'ai tout raconté mais j'ai refusé de donner le nom de mon agresseur ». « La commissaire rigolait tout le long, elle parlait parfois des autres enquêtes avec moi » « La commissaire m'a dit je crois que tu mens ! Tu dis tout sauf ça ! » (En parlant du fait que Chloé ne veuille pas donner le nom de son agresseur). Chloé exprime sa colère et sa déception vis-à-vis des paroles de la commissaire. « Elle parlait et je voyais les scènes de mon viol ». « Elle s'est assise à côté de moi après et elle m'a dit j'ai envie de t'aider ». « Mais c'était foutu, elle m'a braquée quand elle m'a dit que je mens, je ne disais plus rien, même quand je suis rentrée avec ma mère je ne disais plus rien pendant des heures ».

J'ai validé les ressentis de Chloé. Et puis je lui ai expliqué que la commissaire semble avoir tenté une approche paradoxale, avec une intention bienveillante mais probablement maladroite car il semble qu'elle ait cru qu'en « la provoquant » elle aurait donné le nom de son agresseur.

Chloé rapporte l'aggravation de son TSPT. Elle rapporte une aggravation des réviviscences, depuis son entretien à la brigade des mineurs. Elle rapporte une rechute des conduites de scarifications et aggravation de sa tristesse de l'humeur.

Chloé a été orientée pour une prise en charge spécialisée de TSPT.

CAS CLINIQUE 2

Patiente mineure de 16 ans, Pauline (nom fictif), admise en HDJ TCA pour une prise en charge d'anorexie mentale mixte en avril 2017.

Au niveau des antécédents psychiatriques on trouve un suivi au CMP pour dépression. Un viol à l'âge de 13 ans. Au niveau des antécédents médicaux et chirurgicaux on trouve : asthme et terrain allergique, ablation des dents de sagesse, amygdalectomie, et aménorrhée secondaire 2 mois avant son admission. Au niveau des antécédents familiaux on trouve cancer du colon du côté maternel. Pauline vit chez ses parents, elle est célibataire. Elle a 2 petits frères. Il y a une bonne entente familiale mais la relation est complexe avec sa mère après le viol à la suite duquel Pauline aurait été « accusée » par la mère. Elle est en seconde. Il n'existe pas de problématique d'harcèlement scolaire. Elle souhaite entamer une formation d'éducatrice spécialisée après le bac. Elle est sous Paroxetine 20 mg.

L'histoire de la maladie : la patiente est admise en HDJ TCA pour la prise en charge d'une anorexie mixte en avril 2017. Elle présente un IMC de 17,56. La patiente dès le début de sa prise en charge montre une résistance très importante face à l'équipe médicale et paramédicale. Elle parle très peu. La patiente aurait subi un viol intrafamilial par le mari de sa cousine à l'âge de 13 ans. La patiente débute des conduites de scarifications. Suite à cela une période d'amnésie est apparue durant 3 ans. Suite à un événement extérieur en début de 2016 (la patiente en discute avec une professeure), les souvenirs traumatiques sont réactivés et la

patiente a été progressivement orientée vers une psychologue qui a entamé, sans son consentement, une démarche judiciaire. Cette situation a été très mal vécue par la patiente qui a alors fait une tentative de suicide. La patiente a été hospitalisée au CAC et puis a entamé un suivi dans un CMP de secteur par une psychologue. Un traitement par Paroxetine a été instauré par la suite à 20 mg. Le suivi dans ce CMP et avec d'autres professionnels de la santé mentale n'a pas été concluant pour elle. Elle ne s'est pas sentie comprise notamment par rapport à son traumatisme. Une certaine méfiance vis-à-vis du corps médical a toujours été constatée. La patiente souffrait d'un TSPT : flashbacks, reviviscences et cauchemars traumatiques.

En aout 2016 la patiente développe un TCA, elle arrête les scarifications et débute des vomissements. Des crises de boulimie se sont installées à un rythme de 1-3 par jour suivies systématiquement par des vomissements. Elle débute de l'hyperactivité 4 mois après.

Une partie de l'histoire de la maladie reste floue à cause de la résistance, la méfiance et le peu de coopération que la patiente présente.

Je commence le suivi 1 mois après le début de sa prise en charge en HDJ TCA et pendant 3 mois. Elle présente tout au long de son suivi une résistance très importante, elle est très peu coopérante quand j'essaie d'aborder certains sujets clés pour la prise en charge comme le psychotrauma, le viol et la tentative de suicide. Elle met en difficulté l'équipe en ne respectant pas le cadre du service.

Les entretiens familiaux mettent en évidence des perturbations relationnelles entre la mère et Pauline et une difficulté pour les parents de réagir au plus juste face aux troubles de la patiente (alternance de fusion et de rejet).

Je lui propose qu'elle démarre un autre suivi psychiatrique mais elle refuse. J'instaure du Minipress qui présente une bonne efficacité concernant le syndrome de répétition.

Lors de mon dernier entretien, elle s'ouvre et livre des informations clés par rapport à sa résistance et sa méfiance vis-à-vis du corps médical.

Elle dit qu'à la suite de sa prise en charge par une psychologue, cette dernière aurait fait un signalement au procureur de la république sans son consentement, ce qu'elle aurait très mal vécu et qui aurait engendré par la suite son passage à l'acte suicidaire.

Elle dit « Ce qui m'a traumatisée vraiment c'était les événements et la prise en charge après l'agression ». « Ma psychologue m'a dit que je portais une part de la responsabilité ». Elle exprimait le mal que cette phrase lui a fait et puis elle a dit « Je sais que je porte une part de la responsabilité ».

Elle finit l'entretien en m'expliquant que ses TCA ne sont que la surface et la manifestation d'un trouble plus profond dû au viol et le TSPT « Je sais que mes troubles de conduite alimentaire ne sont que la surface ». Elle accepte qu'on l'oriente vers une prise en charge spécialisée de TSPT.

METHODOLOGIE ET MATERIEL

Il s'agit d'une étude descriptive, quantitative, observationnelle et transversale dont l'objectif principal est d'évaluer le niveau d'adhésion aux mythes et idées reçues autour du viol, l'hypothèse étant que cela pourrait modifier notre prise en charge et avoir un impact sur l'évolution clinique des victimes de viol.

Nous avons utilisé l'échelle IRMA ainsi que des questions séparées et indépendantes de l'échelle permettant d'évaluer les données sociodémographiques telles que le tranche d'âge, le sexe, la fonction, le secteur d'activité. D'autres questions ont été également posées sur le fait d'avoir été formé ou non à la clinique psychotraumatique et sa prise en charge mais aussi sur l'interrogatoire systématique des antécédents d'agression sexuelle. Toutes les questions ont été à choix multiples.

Le questionnaire IRMA est constitué de 22 énoncés qui représentent des croyances et mythes autour du viol. Ce questionnaire s'adresse uniquement aux femmes en tant que victimes de viol et aux hommes en tant qu'auteurs. Les participants indiquent dans quelle mesure ils sont d'accord avec chaque énoncé sur une échelle de 5 points. Les items sur l'échelle de Likert vont de 1 (fortement d'accord) à 5 (pas du tout d'accord). On peut totaliser les réponses pour arriver à un score cumulatif. Plus le score est élevé, plus l'individu rejette les idées reçues sur le viol. L'échelle a été traduite de l'anglais en français à 2 reprises par 2 personnes

différentes dont l'anglais est la langue maternelle. Le questionnaire se retrouve dans l'annexe de cette thèse.

L'échelle entière a été codée en inverse de sorte que des scores plus élevés indiqueraient une adhésion plus élevée aux mythes de viol. Les réponses aux 22 énoncés ont été recodées en autant de niveaux d'accord comme suit :

- 0 (pas du tout d'accord)
- 1 (plutôt pas d'accord)
- 2 (neutre)
- 3 (plutôt d'accord)
- 4 (tout-à-fait d'accord)

La moyenne et l'écart type de ces niveaux ont été calculés. Un score global d'accord a été calculé par somme des 22 niveaux d'accord, dont l'amplitude théorique était donc de 0 à 88. Le niveau d'adhésion à chaque question a été calculé de 0 à 4, 0 représente une rejection maximale de mythe, 4 représente une adhésion maximale au mythe.

Certains mots ont été ajustés dans la traduction pour que ce soit plus adapté à la langue et la culture française. « Girl » a été traduit par « femme », « guy » par « homme », «wearing slutty clothes » comme « habillées de manières aguichantes », « acts like a slut » par « agit comme une aguicheuse », « led the guy on » par « avaient aguiché un homme », « emotional problems » par « des problèmes psychologiques ».

Le questionnaire a été anonyme, intégré informatiquement sous Google forme, distribué aux médecins psychiatres, pédopsychiatres et internes de psychiatrie dans le Nord et le Pas de calais en secteur publique et privé, par voie électronique (mails, réseaux sociaux) entre le 10 /01/2018 et le 28/02/2018.

Une variable ADHESION à 2 modalités a ensuite été construite, prenant les valeurs FAIBLE quand le score global était inférieur à la médiane et MOYENNE dans les autres cas.

Les âges ont été regroupés en 4 sous-groupes : 18-30 ans, 31-45 ans, 46-60 ans et plus 60 ans pour l'analyse bivariée, puis ont été regroupés en 3 modalités : 18-30 ans, 31-45 ans et 46 ans ou plus et ont été introduites dans un modèle de régression logistique. La variable de fréquence de prise en charge de femmes victimes de viol a été recodée comme suit : Rarement : 1 ; Plusieurs fois par an : 2 ; Plusieurs fois par mois : 3 ; Plusieurs fois par semaine : 4.

➤ **Analyse bivariée**

Les différences de moyennes entre groupes ont été testées pour chacun des 22 énoncés et pour le score global d'accord par :

- T test pour les variables explicatives à 2 modalités (sexe, fonction, secteur d'activité, formation sur le psychotrauma)
- analyse de variance pour les autres (tranche d'âge et fréquence de rencontre de victimes de viol)

Les différences entre groupes pour la variable ADHESION ont été testées par le test du chi².

➤ **Analyse multivariée**

Les variables ayant introduit des différences significatives dans les analyses bivariées (au seuil du p du Khi² inférieur à 0,20) ont été introduites dans un modèle de régression logistique. Les traitements statistiques ont été effectués par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France avec les logiciels Excel 2007 (Microsoft, Redmond, WA) et SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC ; procédures FREQ, MEANS, TTEST, ANOVA et LOGISTIC).

RESULTATS

I. Analyse de la population

Tableau 1.

		Effectif	Pourcentage
Sexe	Femmes	137	64,9%
	Hommes	74	35,1%
Age	18-30	116	55%
	31-45	56	26,5%
	46-60	30	14,2%
	61+	9	4,3%
Fonction	Médecin Psychiatre /Pédopsychiatre	124	58,8%
	Internes	87	41,2%
Département de rattachement	Nord	174	82,5%
	Pas-de-calais	37	17,5%
Secteur d'activité	Psychiatrie adulte	155	73,5%
	Pédopsychiatrie	56	26,5%
Formation sur le psychotrauma	Oui	83	39,3%
	Non	128	60,7%
Le viol est il un événement potentiellement traumatique	Tout à fait d'accord	210	99,5%
	Plutôt d'accord	1	0,5%
	plutôt pas d'accord	0	0%
	Pas du tout d'accord	0	0%
Est-il fréquent de développer un TSPT après un viol	Oui	203	96,2%
	Non	1	0,5%
	Je ne sais pas	7	3,3%
Fréquence de rencontre des victimes de viol	Rarement	16	7,6%
	Plusieurs fois par an	61	28,9%

	Plusieurs fois par mois	96	45,5%
	Plusieurs fois par semaine	38	18%
La recherche systématique des antécédents d'agression sexuelle	Oui	97	46%
	Non	114	54%

Il y a eu 211 participants.

Le tableau 1 présente une description sociodémographique de l'échantillon ainsi que les réponses aux questions autres que l'échelle IRMA.

Sur 211 participants 64,9% étaient des femmes (n=137) et 35,1% des hommes (n=74).

58,8% étaient médecins psychiatre (n=124) 41,2% étaient internes (n=87), 73,3% travaillent en psychiatrie adulte (n=155) et 26,5% travaillent en pédopsychiatrie (n=56).

55% (n=116) étaient dans la tranche d'âge « 18-30 », 26,5%(n=56) étaient dans la tranche d'âge « 31-45 », 14,2%(n=30) étaient dans la tranche d'âge « 46-60 », 4,3%(n=9) étaient dans la tranche d'âge +60.

II. Analyse des résultats

A. Les questions sociodémographiques et générales (hors échelles)

1) Le rencontre avec les victimes de viol au travail

7,6% (n=16) estiment qu'ils rencontrent rarement des victimes de viol dans le cadre de leur travail, 18% plusieurs fois par semaine (n=38), 45,5% plusieurs fois par mois (n=96), 28,9% plusieurs fois par an (n=61).

2) Formation au psychotrauma

39,3% (n=83) ont répondu être formés au psychotrauma, 60,7% (n=128) ont répondu ne pas l'être.

3) Le viol est il un événement potentiellement traumatique ?

99,5% (n=210) ont répondu tout à fait d'accord, 0,5% (n=1) a répondu plutôt d'accord.

4) Est-il fréquent de développer un TSPT après un viol ?

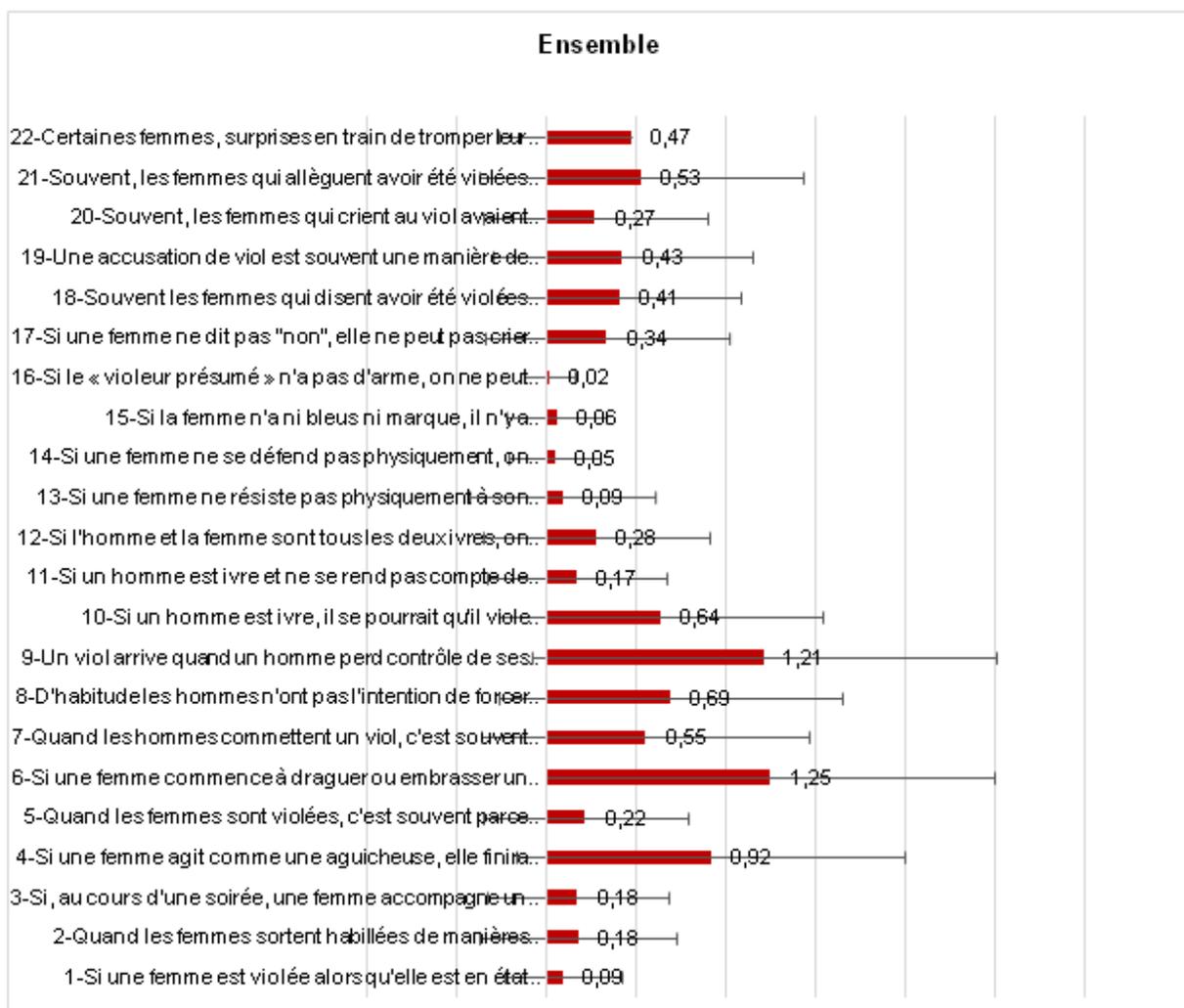
96,2% (n=203) ont répondu oui, 0,5% (n=1) a répondu non, 3,3% (n=7) ont répondu Je ne sais pas.

5) La recherche systématique des antécédents d'agression sexuelle

46% (n=97) ont répondu qu'ils recherchent systématiquement la présence d'antécédents d'agression sexuelle, 54% (n=114) ont répondu qu'ils ne les cherchent pas systématiquement.

B. Les énoncés de l'échelle IRMA

Graphique 1. Niveau d'adhésion à chaque énoncé de questionnaire IRMA



Le graphique 1 montre le niveau d'adhésion global à chaque énoncé.

1) Les énoncés auxquels il y a eu la plus forte adhésion par ordre décroissant

- L'énoncé 6 « Si une femme commence à draguer ou embrasser un homme, elle ne devrait pas être surprise que ce dernier imagine qu'elle veut avoir une relation sexuelle »

Elle montre l'adhésion la plus forte, avec un score de 1,25 avec 48 d'accord, et 32 neutres.

- l'énoncé 9 « Un viol arrive quand un homme perd contrôle de ses pulsions sexuelles. »

Le score est de 1,21 avec 49 d'accord et 27 neutres.

- L'énoncé 4 « une femme agit comme une aguicheuse, elle finira par avoir des problèmes »

Le score est de 0,92 avec 27 d'accord et 34 neutres.

- L'énoncé 8 « D'habitude les hommes n'ont pas l'intention de forcer les femmes à avoir une relation sexuelle, mais il arrive de temps en temps qu'ils se laissent emporter sexuellement »

Le score est de 0,69 avec 15 d'accord et 28 neutres.

- L'énoncé 10 « Si un homme est ivre, il se pourrait qu'il viole quelqu'un involontairement »

Le score est de 0,64 avec 11 d'accord et 22 neutres.

- L'énoncé 7 « Quand les hommes commettent un viol, c'est souvent à cause de leur désir sexuel ardent »

Le score est de 0,55 avec 13 d'accord et 19 neutres.

- L'énoncé 21 « Souvent, les femmes qui allèguent avoir été violées ont des problèmes psychologiques »

Le score est de 0,53 avec 11 d'accord et 24 neutres.

- L'énoncé 22 « Certaines femmes, surprises en train de tromper leur petit ami, se défendent en disant que c'était un viol »

Le score est de 0,47 avec 0 d'accord et 30 neutres.

2) Les énoncés auxquels il y a eu la moins forte adhésion par ordre décroissant

- L'énoncé 16 « Si le « violeur présumé » n'a pas d'arme, on ne peut pas parler de viol »

Le score est de 0,02 avec 0 d'accord, 0 neutre et 211 de désaccord.

- L'énoncé 14 « Si une femme ne se défend pas physiquement, on ne peut pas dire qu'elle a été violée »

Le score est de 0,05 avec 0 d'accord, 2 neutre et 209 de désaccord.

- L'énoncé 15 « Si la femme n'a ni bleus ni marque, il n'y a probablement pas eu de viol »

Le score est de 0,06 avec 0 d'accord, 2 neutre, et 209 de désaccord.

- L'énoncé 1 « Si une femme est violée alors qu'elle est en état d'ivresse, elle est en partie responsable d'avoir laissé les choses aller aussi loin »

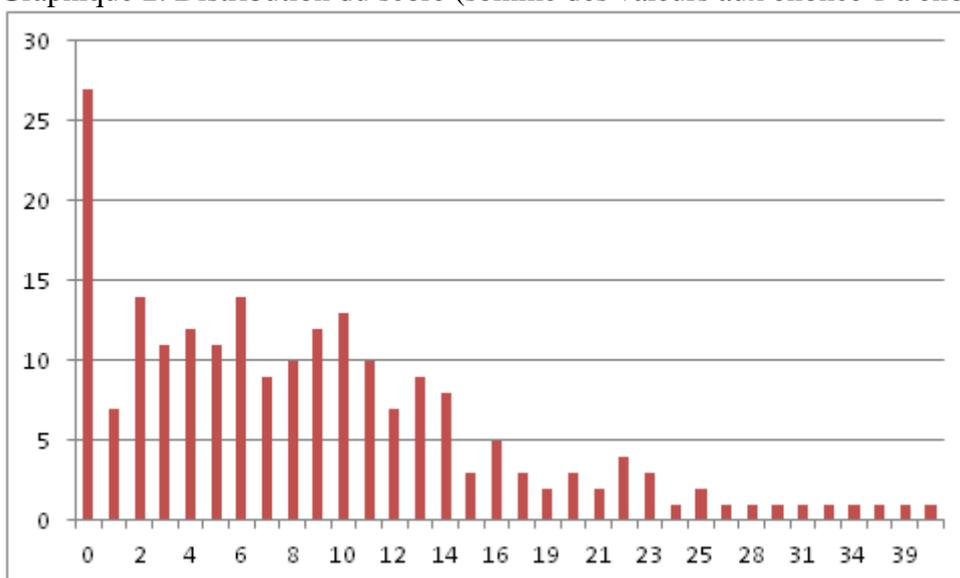
Le score est de 0,09 pour les 2 énoncés avec 0 d'accord, 2 neutre et 209 de désaccord.

- L'énoncé 13 « Si une femme ne résiste pas physiquement à son agresseur—même si elle proteste verbalement—l'acte sexuel ne peut être considéré comme un viol »

Le score est de 0,09 3 d'accord, 1 neutre et 207 de désaccord.

C. Score moyen aux énoncés 1 à 22

Graphique 2. Distribution du score (somme des valeurs aux énoncé 1 à énoncé 22)



Moyenne de score global : 9,06 ; Ecart-type : 8,16

Le graphique 2 montre le nombre des participants en fonction du score total à l'échelle. On voit que 27 participants ont un score de 0/88 (le score le plus bas parmi les participants) et 1 participant a 46/88 (le score le plus haut parmi les participants). La moyenne globale de tous les participants est 9,06/88 et l'écart type est 8,16.

D. Analyses bivariées

1) Sexe

Tableau 2. Moyenne de score global chez les femmes et les hommes

Sexe	N	Moyenne de score	Ecart-type	Pr > F
Femme	137	7,35	6,69	0,0003
Homme	74	12,21	9,62	0,0003

Le tableau 2 montre la différence entre les femmes et les hommes en fonction de la moyenne de score total. Les femmes rejettent significativement plus les mythes que les hommes avec une moyenne de 7,35 contre 12,21. La différence significative persiste après l'analyse multivariable.

Graphique 3. Comparaison de niveau d'adhésion aux énoncés 1 à 22 chez les femmes vs les hommes

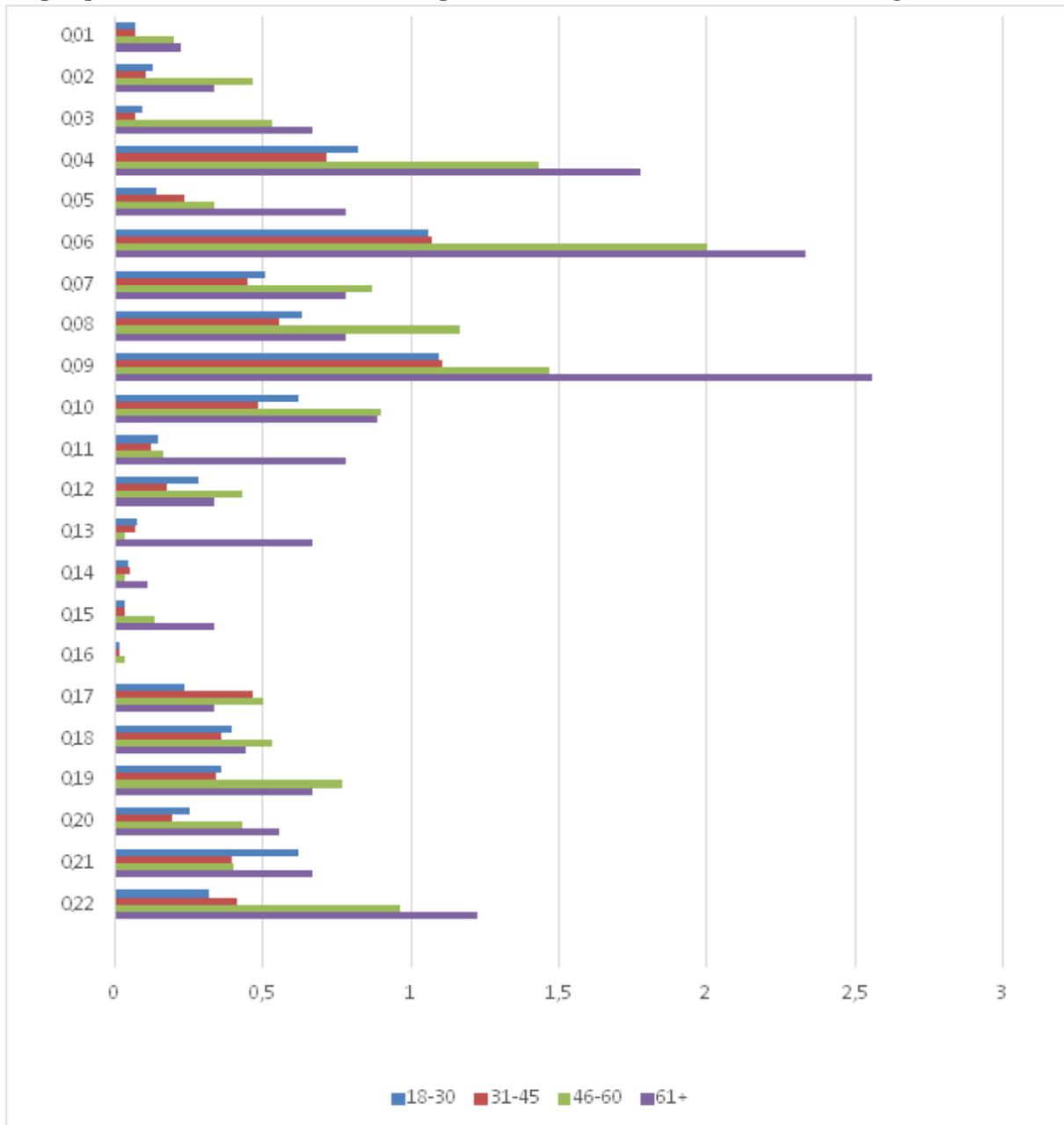


La graphique 3 montre la comparaison d'adhésion à chaque énoncé entre les

femmes et les hommes. La différence de tous les énoncés est significative sauf pour les énoncés 2, 4, 6, 8, 9 et 12.

2) Age

Graphique 4. Niveau d'adhésion à chaque énoncé en fonction de la tranche d'âge



La graphique 4 montre l'adhésion à chaque énoncé en fonction de l'âge. La différence est significative pour les énoncés 3, 4, 6 et 22.

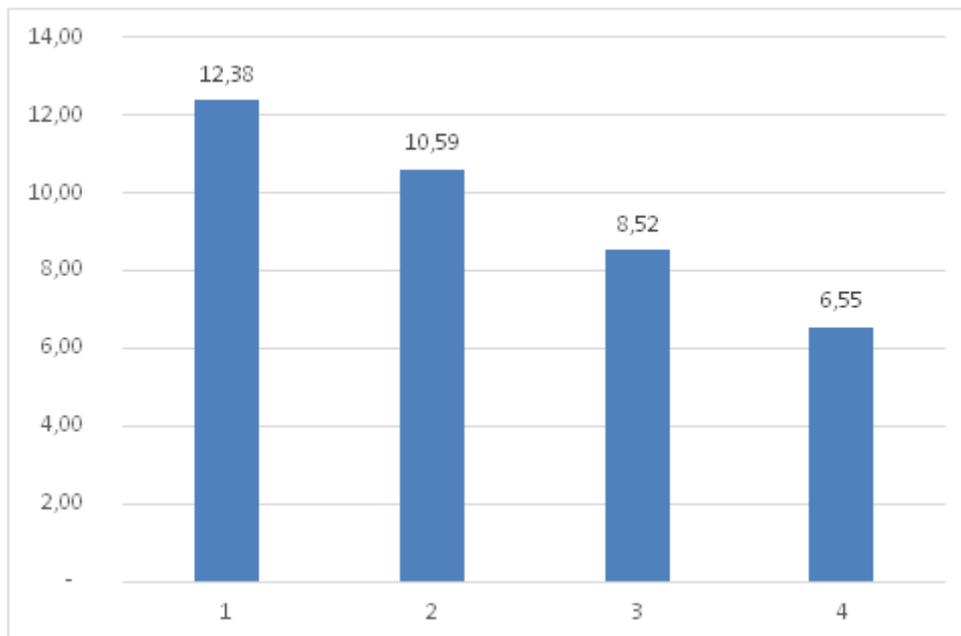
Tableau 3. Moyenne de score global par tranche d'âge

Tranche d'âge	N	Moyenne	Ecart-type	Pr > F
18-30	116	7,94	7,13	0,0065
31-45	56	7,5	6,82	0,0065
46-60	30	13,8	9,12	0,0065
61+	9	17,22	14,17	0,0065

Le tableau 3 montre la différence entre les tranches d'âge en fonction de moyenne de score total. La tranche d'âge 31-45 ans rejette le plus les mythes avec un score de 7,5, suit la tranche d'âge égale ou moins que 30 ans avec un score de 7,94, suit la tranche d'âge 46-60 ans avec un score de 13,8, et puis finalement la tranche d'âge de +60 ans qui rejette le moins avec un score de 17,22. La différence entre les tranches d'âge est significative.

3) Fréquence des rencontres avec les victimes de viol au travail

Graphique 5. Moyenne de score global en fonction de la fréquence des rencontres avec les victimes



Moyenne de score global en fonction de la fréquence de la prise en charge. 1 : Rarement, 2 : plusieurs fois par an, 3 : plusieurs fois par mois, 4 : plusieurs fois par semaine

Tableau 3. Moyenne de score global en fonction de la fréquence des rencontres avec les victimes de viol

Fréquence	N	Moyenne	Ecart-type	Pr > F
1	16	12,38	9,72	0,0159
2	61	10,59	9,22	0,0159
3	96	8,52	7,93	0,0159
4	38	6,55	4,90	0,0159

Le graphique 5 et le tableau 3 montrent la moyenne de score global à l'échelle en fonction de la fréquence des rencontres avec les victimes de viol dans le cadre du travail.

On note une relation croissante et progressive entre la fréquence des rencontres et le rejet des mythes idées reçues.

4) *Le secteur*

Tableau 4. Moyenne de score global par secteur

Secteur	N	Moyenne	Ecart-type	Pr > F
Psychiatrie Adulte	155	9,57	8,73	0,0034
Pédopsychiatrie	56	7,62	6,15	0,0034

On voit dans le tableau 4 que les psychiatres et les internes qui travaillent en pédopsychiatrie rejettent plus les mythes et les idées reçues que les psychiatres et les internes qui travaillent en psychiatrie adulte. La différence est significative entre les 2 groupes.

5) *Fonction*

Tableau 5. Moyenne de score global chez les internes et les psychiatres

Fonction	N	Moyenne	Ecart-type	Pr > F
Interne	87	8,63	7,70	0,3397
Psychiatre	124	9,35	8,48	0,3397

On voit dans le tableau 5 que la différence entre les psychiatres et les internes n'est pas significative.

6) *La formation au psychotrauma*

Tableau 6. Moyenne de score global en fonction de formation au psychotrauma

Formation	N	Moyenne	Ecart-type	Pr > F
Non	128	8,98	8,42	0,4423
Oui	83	9,16	7,78	0,4423

Le tableau 6 montre qu'il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ont été formés au psychotrauma et ceux qui ne l'ont pas été.

E. Régression linéaire

Les 4 variables (sexe, âge, secteur et fréquence des cas rencontrés) ayant introduit des différences significatives dans les analyses bivariées ont été introduites dans un modèle de régression logistique, la probabilité modélisée étant ADHESION= « Faible » (c'est à dire fort désaccord avec les énoncés).

Tableau7. Régression logistique sur la faible adhésion aux opinions émises dans les 22 énoncés (énoncé 1 à énoncé 22).

		Odds ratio (OR)	Intervalle de confiance de Wald à 95%	Pr > Khi-2
Sexe	Femme vs Homme	2,66	1,43-4,97	0,0021
Age	18-30 vs 46+	3,52	1,43-8,68	0,1020
	31-45 vs 46+	4,32	1,62-11,49	0,0218
Fréquence ¹	1 vs 4	0,43	0,11-1,64	0,3768
	2 vs 4	0,52	0,22-1,27	0,4458
	3 vs 4	0,77	0,34-1,74	0,4737
Secteur	Adulte vs Pédopsychiatrie	0,91	0,47-1,75	0,7705

Exemple de lecture : par rapport aux hommes, les femmes ont une probabilité 2,66 fois plus élevée de présenter une adhésion faible (IC95% 1,43-4,97 ; p=0,002).

La régression logistique confirme les effets de sexe et d'âge. Les femmes et les plus jeunes sont significativement plus en désaccord avec les 22 énoncés, cependant l'effet d'âge n'est pas régulier : ce sont les répondants de 31-45 ans qui présentent l'OR le plus élevé (OR=4,34 - IC95% 1,63-11,55 ; p=0,021) et non ceux de moins de 31 ans.

L'effet de la fréquence de la rencontre avec des femmes victimes de viol dans

¹ Fréquence de la rencontre de femmes victimes de viol (réponse à la question « Dans le cadre de votre travail, rencontrez-vous fréquemment des patients qui ont été victimes de viols ? ») 1 : Rarement, 2 : Plusieurs fois par an, 3 : Plusieurs fois par mois, 4 : Plusieurs fois par semaine

le travail n'est pas confirmé (p toujours supérieur à 5%), même si l'on note une progression régulière de l'OR (évoquant un désaccord croissant avec la fréquence de la rencontre). Un échantillon plus grand aurait sans doute permis de confirmer cet effet. De même pour l'influence du secteur. Un échantillon plus grand aurait peut-être permis de confirmer cet effet.

DISCUSSION

I. Commentaires sur les résultats et le questionnaire

A. Les 4 sous échelles de questionnaire

Le questionnaire vise et cible 4 mythes principaux autour du viol qui sont :

- 1-Excuser et déresponsabiliser l'agresseur « ça n'était pas son intention ».
- 2-Responsabiliser la victime « elle l'a voulu ».
- 3-Discréditer la victime « elle a menti ».
- 4-Le viol n'a pas eu lieu « ça n'était pas vraiment un viol ».

Nos résultats montrent une faible adhésion à ces mythes autour du viol chez les psychiatres et les internes en psychiatrie. Néanmoins certains énoncés ont généré moins de rejet que d'autres.

1) *Déresponsabiliser l'agresseur*

Déresponsabiliser l'agresseur peut être interprété de différentes façons comme illustré par le questionnaire. Le fait de croire que le viol est lié à une perte de contrôle des impulsions sexuelles ou à cause d'un désir irrésistible, qu'un homme n'a pas l'intention au départ de commettre un viol, mais qu'il arrive de temps en

temps qu'il se laisse emporter ou encore lorsqu'il est sous l'emprise de l'alcool. La tendance dans ce cas est d'atténuer la responsabilité de l'agresseur et de responsabiliser la victime.

Parmi les énoncés qui sollicitent le plus de réponses « tout à fait d'accord » et « d'accord », on retrouve les suivants

- L'énoncé 9 « Un viol arrive quand un homme perd contrôle de ses pulsions sexuelles. » avec 49 d'accord (23,2%) et 27 neutre (12,8%).

Selon l'enquête IPSOS 63% des Français considèrent qu'il est plus difficile pour les hommes de maîtriser leur désir sexuel que les femmes(12). (65% pour les femmes contre 61% pour les hommes).

- L'énoncé 8 « D'habitude les hommes n'ont pas l'intention de forcer les femmes à avoir une relation sexuelle, mais il arrive de temps en temps qu'ils se laissent emporter sexuellement » avec 15 d'accord (7,1%) et 28 neutre (13,3%).

- L'énoncé 10 « Si un homme est ivre, il se pourrait qu'il viole quelqu'un involontairement » avec 11 d'accord (5,2%) et 22 neutre (10,4%).

En effet, dans l'étude de Richardson et Campbell évaluant le comportement antérieur à l'agression, ils ont constaté qu'un violeur en état d'ébriété était considéré comme moins responsable de l'agression.

- L'énoncé 7 « Quand les hommes commettent un viol, c'est souvent à cause de leur désir sexuel ardent » avec 13 d'accord (6,2%) et 19

neutre (9%). Les résultats ne sont pas significatifs car l'étude est uniquement descriptive mais ce qui est intéressant c'est que lorsque l'on compare les sous-groupes en fonction du sexe, les femmes rejettent plus cette affirmation que les hommes.

Il semble qu'il s'agit du mythe le moins rejeté par les psychiatres et les internes de psychiatrie. l'enquête IPSOS en population générale montre également qu'une proportion importante des français déresponsabilise le violeur des lors qu'ils considèrent que la victime a « provoqué » son agresseur(12). De même, dans la littérature anglo-saxonne les études montrent que ce genre de mythes atténuant la responsabilité des auteurs lorsqu'ils ont dépassé le niveau de stimulation sexuelle contrôlable est classique(11). En d'autres termes, la responsabilité des auteurs est atténuée sur l'idée qu'ils ont dépassé le niveau de stimulation sexuelle contrôlable et qu'ils ne peuvent plus être tenus pour responsables de leurs actes(11).

2) Responsabiliser la victime « elle l'a voulu »

La plupart des réactions négatives, du type de responsabiliser la victime, vient souvent sous une forme subtile. C'est-à-dire au lieu de lui dire « c'est de ta faute si tu as été violée », ça serait des phrases telles que « en même temps qu'est ce que tu faisais chez quelqu'un que tu ne connais pas ? ». Prenons l'exemple d'une de mes patientes, victime d'une tentative de viol par un inconnu dans la rue. Lorsque cette dernière en a parlé à son frère, celui-ci lui aurait dit « tu as vu comment tu étais habillée ? »

Le questionnaire mène également cette partie d'une façon assez subtile, en mettant les lumières sur la façon dont la victime est habillée, à travers son

comportement avec un homme (femme aguichante), ou car sa façon de dire non n'aurait pas été assez claire parce que sa façon de dire non n'a pas été claire mais aussi parce qu'elle « s'est mise en danger ».

On retrouve donc les énoncés suivants qui ont été parmi ceux qui ont sollicité le plus de réponses « tout à fait d'accord » et « d'accord » :

- L'énoncé qui a provoqué le plus de « tout à fait d'accord » et « d'accord » dans le questionnaire est l'énoncé 6 « Si une femme commence à draguer ou embrasser un homme, elle ne devrait pas être surprise que ce dernier imagine qu'elle veut avoir une relation sexuelle » avec 48 d'accord (22,7%) et 32 neutre (15,2%).

Cet énoncé fait partie de la sous échelle du questionnaire qui évalue le fait de responsabiliser la victime « elle l'a voulu » dès lors que la victime a flirté avec l'agresseur avant son viol.

Cet énoncé veut également faire passer le message que ce n'est pas aux hommes de prédire et de décider ce que les femmes veulent ou quand elles veulent avoir une relation sexuelle. Il vise également le mythe selon lequel parfois quand les femmes disent « non » cela veut dire « oui ». Selon l'enquête IPSOS, le malentendu est parmi les autres motifs invoqués pour atténuer la responsabilité du violeur. Plus d'un quart des Français (29%) jugent que de très nombreux viols sont dus au fait que le violeur croit au début que la personne souhaite avoir des relations sexuelles avec lui(12). 1 Français sur 4 considère ainsi « que dans le domaine sexuel, les femmes ne sauraient pas vraiment ce qu'elles veulent par rapport aux hommes »(12). Cette

croissance peut avoir des effets dévastateurs : donner du crédit à ce type d'assertion revient à considérer que les femmes sont incapables de décider pour elles-mêmes et ont besoin des hommes pour comprendre quels sont leurs vrais désirs(12).

Néanmoins, il nous semble que cet énoncé est très orienté et n'est pas très adapté. En effet, il est difficile de pouvoir dire que celui qui répond d'accord à cet énoncé porte ce genre de mythe et fausse croyance. Car même si une femme flirte avec un homme et qu'il pense qu'elle veut avoir une relation sexuelle, cela ne veut pas dire que cet homme va contraindre une femme d'avoir une relation sexuelle si celle-ci refuse. Et si la femme dit non, l'homme ne va pas forcément penser qu'il s'agit d'une « résistance symbolique ». La croyance qu'on avait déjà expliquée précédemment, selon laquelle les femmes pensent «oui» quand elles disent «non» aux avances sexuelles des hommes. Selon l'enquête IPSOS (2015), 19% des français considère que « lorsque l'on essaye d'avoir une relation sexuelle avec elles, beaucoup de femmes disent "non" mais ça veut dire "oui" »(12). Cette conception est particulièrement bien représentée dans cette enquête chez les 18-24 ans qui sont près d'un tiers (31%) à le penser(12).

L'inverse peut être vrai également : si une femme embrasse un homme, elle peut penser qu'il veut avoir une relation sexuelle avec elle. Mais le questionnaire n'est pas fait pour être interprété à l'inverse. En effet le questionnaire est validé et fait seulement dans la situation où la femme est la victime et l'homme l'agresseur.

- A L'énoncé 4 « une femme agit comme une aguicheuse, elle finira par avoir des problèmes » nous retrouvons 27 réponses positives (d'accord)

(12,8%) et 34 neutre (16,1%),. Ces résultats sont néanmoins bien inférieurs à ceux retrouvés dans l'étude de Carmody et Washington (2001) qui ont rapporté qu'environ 21% des étudiants universitaires adhéraient au mythe selon lequel les femmes portant des tenues sexy ou provocatrices cherchent les ennuis(10). Si l'on compare aux résultats de l'enquête IPSOS (2015), 14% des Français estiment que les femmes victimes de viol qui ont eu une attitude « provocante » en public sont en partie responsables d'avoir été violées. (12).

3) Elle a menti

Dans cette partie le questionnaire fait référence aux idées reçues telles que les femmes se vengent en accusant les hommes de viol, ou qu'elles accusent les hommes à tort de viol parce qu'elles ont regretté l'acte sexuel ou parce qu'elles ne sont « pas stables psychologiquement ».

L'énoncé 21 « Souvent, les femmes qui allèguent avoir été violées ont des problèmes psychologiques » avec 11 d'accord (5,2%) et 24 neutre (11,4%). En revanche il semble que cet énoncé ait crée de la confusion car nous avons eu des commentaires de personnes se demandant s'il s'agit « de problèmes primaires ou secondaires au viol ». Cela est peut être lié à la population interrogée. En effet, la population étant des psychiatres, se pose la question des facteurs de risque avec un risque majoré d'être victime d'agression dans le cadre de certains troubles de personnalité avec des mises en danger plus fréquentes. De même, les populations de psychiatres semblent être plus à même d'envisager les conséquences psychologiques majeures liées au viol (TSPT, crise suicidaire, syndrome

dépressif...). Néanmoins, cette question vise à évaluer l'idée reçue selon laquelle la plupart du temps les personnes victimes de viol présenteraient des troubles psychiatriques avant l'agression avec l'idée que celles ne présentant pas de troubles ne pourraient pas être elles-mêmes victimes.

4) Ça n'était pas vraiment un viol

Comme le montre l'enquête IPSOS, une proportion très importante des répondants vont disqualifier certains actes de viol alors qu'ils le sont. Le statut de la victime, le type de pénétration et le fait de céder sous la contrainte sont des facteurs qui ont pour conséquence de disqualifier le viol dans l'esprit de bon nombre de répondants(12).

Contrairement à la population interrogée par l'enquête IPSOS, dans notre étude, la sous échelle ayant entraîné le moins d'adhésion dans ce questionnaire est la sous échelle « ça n'était pas vraiment un viol » qui contient les énoncés les plus rejetés par les répondants. Il montre que les répondants n'adhèrent pas au mythe du « vrai viol ». Pour rappel, le mythe du vrai viol est comme nous l'avons déjà décrit, un viol dont la victime est une femme, qui survient la nuit, par un inconnu, sous la menace d'une arme. L'agresseur soumet sa victime par la violence, violence qui laisse des marques physiques. La victime dépose plainte au décours immédiat de l'agression(8)(3).

On trouve donc les énoncés suivants :

- L'énoncé 16 « Si le violeur présumé n'a pas d'arme, on ne peut pas parler de viol » avec 0 d'accord, 0 neutre et 211 de désaccord

- L'énoncé 14 « Si une femme ne se défend pas physiquement, on ne peut pas dire qu'elle a été violée » avec 0 d'accord, 2 neutre et 209 de désaccord,

- L'énoncé 15 « Si la femme n'a ni bleus ni marque, il n'y a probablement pas eu de viol » avec 0 d'accord, 2 neutre, et 209 de désaccord,
D- l'énoncé 13 « Si une femme ne résiste pas physiquement à son agresseur—même si elle proteste verbalement—l'acte sexuel ne peut être considéré comme un viol » avec 3 d'accord, 1 neutre et 207 de désaccord.

B. Comparaison entre les répondants

1) Les femmes Vs Les hommes

Nos résultats montrent que les femmes rejettent plus les mythes que les hommes. Ces résultats restent significatifs après l'analyse multivariable.

Ces résultats sont cohérents avec la recherche et les études précédentes qui montrent que les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'adhérer aux

mythes sur le viol (comme par exemple, Mccone et al 2015, Davies et al 2012, McMahon et al 2010, Banyard et al 2008, Golge et al 2003)(19)(21)(22)(23)(20)(10).

2) Les tranches d'âge

Nos résultats montrent que la tranche d'âge entre 31 et 45 ans est celle qui rejettent le plus les mythes. Cela semble être cohérent avec l'enquête IPSOS menée en France en 2015 qui montre que les mythes et les fausses représentations semblent être surtout existantes auprès des plus jeunes et des plus âgés(12).

3) La fréquence de la prise en charge des victimes de viol

Nos résultats montrent également, comme attendu, que la relation entre la fréquence de la prise en charge des victimes de viol et le rejet des mythes est progressivement croissante. Même si la différence significative n'est plus présente après l'analyse multivariable, ce qui est sûrement lié à la taille de l'échantillon.

4) Les psychiatres vs Les pédopsychiatres

Nos résultats mettent en avant que les pédopsychiatres rejettent plus les mythes que les psychiatres. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les mythes et croyances autour du viol ne sont pas les mêmes en ce qui concerne les agressions sexuelles touchant les enfants tels que « elle ment » ou excuser l'agresseur. Même si la différence significative n'est plus présente après l'analyse multi variable, ce qui pourrait être en lien également avec la taille de l'échantillon.

5) La formation au psychotrauma

Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ont été formés au psychotrauma et ceux qui ne le sont pas. Ces résultats ne sont pas ceux attendus. En effet, nous pensions que les personnes formées à la prise en charge du psychotrauma, et donc régulièrement confrontées à la prise en charge de victimes de viol adhèreraient moins aux mythes. Néanmoins, cela pourrait s'expliquer par la formulation de la question qui n'a pas précisé la formation à la clinique et à la prise en charge. En effet certains internes nous ont dit avoir répondu être formés car ils ont considéré qu'après avoir assisté au cours sur le psychotrauma lors de leurs internat ils étaient formés au psychotrauma.

C. La recherche systématique des antécédents d'agression sexuelle

Selon les résultats seulement 46% des participants recherchent systématiquement les antécédents des agressions sexuelles. Les agressions sexuelles, comme les autres formes de maltraitances, récentes et/ou anciennes, devraient être systématiquement recherchées dans tout bilan clinique initial au même titre que les antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, allergiques, addictifs, judiciaires, etc(24). Poser systématiquement la question permettrait d'obtenir des réponses, ce qui constituerait une nouvelle chance de reconnaissance, car, bien souvent, les révélations antérieures, explicites ou implicites, ont été négligées, voire purement et simplement niées(24).

II. Commentaires sur les réactions à la distribution du questionnaire

Nous avons eu 22 commentaires, ainsi que des mails mais aussi des retours directs de la part de certains collègues. Il y a eu des réactions et émotions différentes.

Le questionnaire a été mal accueilli par certains collègues. Cela a même provoqué parfois des réactions assez intenses voire de la colère.

Certains participants se sont interrogés sur le côté peu nuancé des questions. D'autres ont été assez critiques et ont dit ne pas comprendre le but de ce questionnaire. Un répondant s'est questionné s'il devait répondre en tant que soignant ou en tant que citoyen, et a trouvé les questions malvenues. Un autre a exprimé qu'il aurait souhaité ne pas répondre à certaines questions qui lui sont apparues non adaptées ou non pertinentes. Un répondant a trouvé les questions assez bizarres et un autre a trouvé que les questions sont très orientées.

D'autres commentaires interrogeaient sur l'objectif de cette étude. Un répondant a trouvé que les questions les plus difficiles sont celles qui concernent l'alcool car commettre un acte délictueux sous l'emprise de l'alcool est devenu une circonstance aggravante alors que nous savons cliniquement que certains sujets ont un véritable black out sous l'emprise de l'alcool avec non conscience des limites et amnésie des faits selon lui. Un autre répondant demandait ce que l'on attendait de ce genre de questionnaire et ce que l'on recherche. Un autre a écrit être très surpris par la forme des questions, qui ne lui paraissent pas ouvertes, comme s'il avait à répondre à un enquêteur suspicieux lors d'une plainte pour agression sexuelle ou à

un machiste caricatural et puis s'est questionné afin de savoir si ce questionnaire servait à mesurer l'identification aux victimes qui nous évoquent le double traumatisme engendré par l'acte puis l'enquête.

J'ai eu un remerciement « pour tenter d'éclairer ce genre des mythes et fausses croyances » auxquelles beaucoup de victimes font face régulièrement.

Selon un répondant, le questionnaire lui donnait envie, dans un premier temps, de dire non à toutes les réponses tant les questions correspondent à des stéréotypes et croyances communes contre lesquelles nous luttons en tant que psychiatres accompagnant de nombreuses victimes mineures. Il dit par la suite qu'il serait surpris que des collègues aient ce type de croyances délétères pour accompagner les victimes déjà suffisamment culpabilisées.

Nous avons été surpris par certaines réactions en lien avec ce questionnaire, notamment les réactions de colère. Même si ces réactions ne représentent qu'une minorité des répondants au questionnaire. Nous pourrions formuler certaines hypothèses pour tenter d'expliquer ce phénomène mais cela n'est pas l'objectif de ce travail.

Nous ne développerons qu'une seule de ces hypothèses car elle présente un intérêt clinique. Ces nombreuses réactions pourraient être en lien avec un sentiment de devoir répondre à un questionnaire qui paraît très simple. D'autres probablement n'ont pas compris que nous interrogeons les idées reçues. En effet, nous n'avons volontairement pas expliqué quel était l'objectif de l'étude afin de ne pas fausser les réponses. De plus, le fait que les antécédents psychiatriques majorent le risque de

développer un TSPT mais aussi que les études montrent que lorsque l'on a été victime de viol on est plus à risque d'être à nouveau victime. Cela peut donc expliquer en partie les commentaires. On sait aussi que certains troubles de la personnalité sont à l'origine de situations de mises en danger avec plus de risque d'être victime d'agression en lien avec une plus grande vulnérabilité. On ne peut donc pas interpréter ces résultats de manière trop simple.

Ce qui nous semble important, c'est le fait d'avoir interrogé les idées reçues auxquelles sont régulièrement confrontées les victimes de viol, que ça soit de la part de leur entourage, pendant le dépôt de plainte chez les policiers ou même de la part de certains professionnels de santé. Ça pourrait générer une « incompréhension » de certaines dimensions de souffrance chez les victimes de viol de la part de ces cliniciens. Ces victimes qui ont déjà l'impression que les soignants ne comprennent pas leurs traumatismes et leurs souffrances psychiques.

Cela pourrait également affecter la qualité d'éducation thérapeutique de l'entourage. En effet nous pensons qu'il est important d'informer l'entourage des victimes de viol des réactions négatives en lien avec les mythes autour du viol et leur nocivité sur les victimes et comment faire pour éviter ces réactions négatives et promouvoir les réactions positives tels que le soutien, l'écoute attentif et offrir de l'aide.

III. Pourquoi ce travail ?

L'objectif de ce travail n'est pas de juger de la façon dont on interprète les

idées reçues autour du viol. En effet, nous avons souhaité interroger nos collègues afin que ceux-ci puissent également réinterroger leurs propres croyances et au-delà des croyances, même si nous pensons être au clair sur ces idées, il n'est pas rare de les remettre en question lorsque l'on est confronté à certaines situations cliniques.

Prenons l'exemple de certaines patientes ayant un trouble limite de personnalité. Nous savons que ces patientes se mettent plus facilement en danger. Elles sont plus fréquemment victimes d'agressions sexuelles. Ne nous arrive-t-il jamais de nous dire qu'elles auraient pu éviter une agression si elles avaient agi différemment ?

Il nous semble alors important de pouvoir nous questionner régulièrement sur nos mécanismes de pensées afin d'éviter d'avoir des réactions négatives tant dans le verbal que le paraverbal, réactions qui pourraient avoir un impact important sur la prise en charge.

En m'inspirant de travail de Shawn Shea je peux dire que le clinicien doit veiller à ne pas laisser deviner à la victime ses propres préjugés ni ses idées reçues sur le viol ou sur l'agression sexuelle. Telles idées reçues peuvent être prises à tort pour l'annonce d'une condamnation morale. Si la victime perçoit un désaveu dans le ton ou dans le langage corporel du clinicien, elle peut fort bien se replier sur elle-même et développer une résistance importante mettant en l'échec toute tentative d'établissement d'une alliance thérapeutique. Sans parler de la possibilité d'aggravation de son TSPT comme décrit dans la littérature.

IV. Le viol conjugal : exemple clinique

Comme nous l'avons vu précédemment, l'une des croyances la plus ancrée dans la société est probablement celle selon laquelle il ne peut pas y avoir de viol entre époux. Les violences sexuelles (et notamment les viols) sont très fréquentes dans les situations de violence conjugale et il faut les chercher systématiquement chez toutes les patientes.

Certaines femmes victimes de violences conjugales mettent souvent en avant le fait de ne pas résister à leur mari par peur des représailles, certaines pensent qu'il est de leur devoir de se soumettre, d'autres évoquent la nécessité de protéger leurs enfants ou encore, que toute résistance serait inutile(9). Nombreuses sont celles qui ne pensent pas être victimes de viols, considérant ces relations forcées comme étant en lien avec le devoir de se soumettre aux envies de leur conjoint. Pour autant, cela semble les affecter autant que celles qui ont conscience de subir des viols répétés.

L'enquête IPSOS (2015) a montré que 17% des français estiment que forcer sa conjointe à avoir un rapport sexuel alors qu'elle le refuse et ne se laisse pas faire n'est pas un viol.

En effet comme nous l'avons vu précédemment, le « devoir conjugal » était une obligation qui rendait le viol inconcevable entre époux. Ca n'est que depuis 1980 en France que la notion de viol entre époux a été reconnue, puis avec la loi du 4 avril 2006 que la notion de viol entre époux entre dans la loi, et enfin en 2010 que la référence à une présomption de consentement des époux à l'acte sexuel a été supprimée dans la loi.

Prenons l'exemple d'une patiente prise en charge au centre d'accueil et de crise du CHU de Lille lors de mon internat. Il s'agit d'une femme réfugiée, de nationalité iraquienne. Cette patiente a été admise initialement au CAC pour un tableau clinique sévère de TSPT accompagné d'hallucinations auditives et d'un syndrome de répétition en lien avec des attaques terroristes que la patiente aurait subi de la part des terroristes de DAESH en Iraq avant son arrivée en France.

Au cours de son hospitalisation au CAC elle nous a révélé être victime de violences physiques et psychiques de la part de son mari. Lorsque nous lui avons posé la question des viols de la part de son mari, sa réponse était négative. Nous avons donc orienté différemment l'entretien, sans utiliser le mot viol.

Là la patiente décrivait effectivement des viols qu'elle subirait quotidiennement de la part de son mari. Selon elle, il ne s'agissait pas de viol mais du devoir de se soumettre aux envies sexuelles de son mari, même si elle ne le voulait pas. Elle expliquait également qu'elle cédait aux relations sexuelles car « son mari devenait vite violent quand elle ne se montrait pas partante pour une relation sexuelle ».

Elle exprimait très clairement le fait d'avoir peur de lui. Elle a essayé de m'expliquer également « qu'elle n'est pas une mauvaise femme » qu'il ne s'agit pas « d'une mauvaise volonté », en m'expliquant qu'après avoir subi de la violence physique de la part de son mari toute la journée, cela « ne lui donnait pas envie d'avoir une relation sexuelle avec son mari le soir ». Elle décrivait également une aggravation de son TSPT lors de la présence de son mari.

V. Le déni en lien avec les viols commis par une personne connue de la victime. Exemple clinique :

Un exemple très récent est le procès hautement médiatisé de Larry Nassar. Il était le médecin ostéopathe et kinésithérapeute de l'équipe de gymnastes nationales des Etats unis. Il aurait violé et agressé sexuellement au moins 265 victimes mineurs dont la championne olympique Simone Biles dans la période entre 1992 et 2016. Il a fait l'objet de trois procès, lors desquels il a plaidé « coupable » pour une dizaine de plaintes.

Pendant son procès, 156 de ses victimes présumées sont venues témoigner et confronter Larry Nassar en publique et devant les cameras au tribunal.

De nombreuses victimes ont témoigné que lorsqu'elles ont révélé les agressions sexuelles dont elles étaient victimes aux autres responsables dans l'équipe gymnastes, on leur aurait dit « que ça se voit qu'elles ne comprennent pas ce qu'est un examen médical ». Leurs révélations ont été remises en cause et ont été discréditées.

L'une d'elles, lors de la confrontation à Larry Nassar, racontait comment elle serait restée dans le déni avant qu'elle ne se rende compte que ce que Larry Nassar lui aurait fait, était en fait un viol. Elle explique également l'effet traumatique lorsqu'elle a pris conscience qu'elle subissait des viols répétés. Elle évoque également une grande difficulté en lien avec un attachement important qu'elle ressentait pour lui en décrivant des sentiments de compassion, d'idéalisation. Elle le décrit alors comme étant une personne de confiance plus qu'un médecin. Il semble que ces sentiments, selon elle, aient largement favorisé le déni.

VI. Rôle du soutien social dans la constitution du trouble de stress post-traumatique en général et plus spécifiquement pour les victimes de viol

A. Définition du soutien social

Il n'existe pas de définition unique du soutien social(25). De façon générale, il réfère aux comportements des proches qui sont en lien avec les besoins de l'individu qui doit composer avec une situation stressante(25). Le soutien social fait aussi référence à la disponibilité continue de l'aide (c.-à-d. Aide perçue disponible et / ou assistance objective reçue) et constitue l'un des facteurs les plus protecteurs contre les symptômes du TSPT (26).

B. Soutien social, relations sociales et santé

Le lien entre le soutien social et la santé repose sur une littérature abondante tant sur le plan de la santé physique que mentale(25). Ces principes résultent de nombreuses études réalisées depuis plusieurs décennies(27).

En effet, les études sur le soutien social se sont principalement centrées sur la perception de ce dernier et ont montré que la perception positive d'un soutien social atténuerait les effets négatifs du stress sur la santé mentale(27)

Le soutien social est un concept multidimensionnel. il importe d'en distinguer les différentes facettes(25).

Ainsi, le soutien positif (souvent appelé soutien social dans la littérature) fait référence aux comportements ou interactions positives comme être à l'écoute, poser des questions, donner du feedback, favoriser les activités de détente, aider aux

tâches ménagères, etc(25). Alors que le soutien dit négatif fait référence aux comportements ou interactions négatives telles que s'impatienter, blâmer, éviter les discussions, ramener l'attention sur soi, critiquer et ridiculiser les réactions de l'autre, etc(25).

Au-delà de l'aspect positif ou négatif du soutien social, ce dernier se définit également en terme quantitatif et qualitatif.

Pour ce qui est du caractère quantitatif, on parle de soutien structurel. Le soutien structurel réfère au nombre de personnes ressources et à la fréquence des interactions avec ces dernières(25). C'est la quantité des contacts sociaux réguliers qui devient importante(25). En ce qui concerne le caractère qualitatif, on parle de soutien social fonctionnel. Le soutien social fonctionnel s'appuie sur la qualité des ressources disponibles et tout particulièrement des perceptions de l'individu en ce qui concerne l'accomplissement de certaines fonctions (écoute, conseils, aide matérielle, détente, etc.) par ses proches(25).

C. Physiopathologie

Le soutien social a été lié de manière fiable à des taux plus faibles de morbidité et de mortalité(28). Une question importante concerne les mécanismes physiologiques par lesquels le soutien influe sur ces paramètres de santé(28). En 1979, Berkman et Syme ont publié les résultats de leur étude préliminaire reliant les relations sociales à la mortalité. Ces chercheurs ont évalué les liens sociaux entre les individus et la mortalité globale et ont découvert que les personnes moins intégrées socialement avaient des taux de mortalité plus élevés(28). Des recherches

subséquentes ont confirmé les liens fiables entre le soutien social et de meilleurs résultats en matière de santé physique (voir les revues Berkman et al., 2000, Cohen, 1988, House et al., 1988, Seeman, 1996, Uchino, 2004)(28). Des études épidémiologiques indiquent que les personnes ayant un faible niveau de soutien social ont des taux de mortalité plus élevés; en particulier des maladies cardiovasculaires(28).

Les mesures structurelles et fonctionnelles de soutien peuvent finalement influencer la morbidité et la mortalité à travers deux voies distinctes mais pas nécessairement indépendantes(28). Une voie implique des processus comportementaux, y compris les comportements liés à la santé et l'adhésion à des schémas médicaux, tels que définis par les théoriciens du contrôle social et de l'identité sociale(28). Selon ce point de vue, le soutien social favorise la santé parce qu'il favorise des comportements plus sains tels que l'exercice, la bonne alimentation et le fait de ne pas fumer. Ceci peut se produire de manière directe (par exemple, un soutien informationnel lié à la santé) ou indirect (par exemple, la signification de la vie)(28).

L'autre voie majeure implique des processus psychologiques qui sont liés à des émotions ou des humeurs (par exemple, la dépression), et des sentiments de contrôle(28). Il existe des preuves solides établissant un lien entre le soutien social et ces processus psychologiques(28). Il est important de noter que les processus comportementaux et psychologiques sont en interaction et agissent l'un sur l'autre. En effet des symptômes de stress peuvent avoir un impact négatif sur la pratique de comportement en lien avec la santé et l'inverse(28). Par exemple, des sentiments de stress peuvent avoir un impact négatif sur la pratique des comportements de santé

tandis que des comportements de santé tels que l'exercice peuvent avoir des effets bénéfiques sur les sentiments de stress(28).

D. L'agression sexuelle et le soutien social

Il y a un impact psychologique majeur des agressions sexuelles. En effet, dans les suites de l'évènement, les victimes d'agressions sexuelles décrivent fréquemment des sentiments de honte, de culpabilité, d'anxiété ou de dépression(29). Ces sentiments semblent être largement majorés en cas de soutien social négatif, que ce soit de la part de l'entourage proche (famille, amis) ou des autorités(29).

Certaines études montrent que les personnes ayant été victime d'agression sexuelle se marieraient moins qu'en population générale et auraient tendance à plus s'isoler. Par ailleurs, il semblerait qu'elles bénéficient d'un plus faible soutien émotionnel de la part de leurs proches (amis, famille, conjoints)(25).

De plus, moins de la moitié des personnes victimes d'agression sexuelle en parleraient à leurs proches, et peu d'entre elles bénéficieraient du soutien social attendu(25).

En outre, il semble que le soutien social varie en fonction de l'agression. En effet, certaines études montrent que le soutien social serait plus faible dans les cas de viol (agressions avec pénétration). Cela se traduirait par une majorité de réactions négatives(25). De même, les agressions perpétrées par un étranger généreraient plus de soutien émotionnel(25). Cela pourrait s'expliquer par le fait que

ce type d'agression fasse davantage référence aux mythes adoptés par les aidants, entraînant ainsi plus de sympathie de leur part(25).

Ainsi, lorsque mesurés simultanément, les comportements de soutien négatif sont davantage prédicteurs de la sévérité des réactions suite à l'agression sexuelle (et des symptômes du TSPT) que les comportements de soutien positif(25). Une méta-analyse de 14 facteurs de risque pour le TSPT a montré que le soutien social avait une valeur prédictive majeure(30).

Le soutien social aurait également un impact sur les symptômes physiques observés chez les victimes d'agression sexuelle(25). Les résultats d'une étude de Kimerling et Calhoun (1994) indiquent en effet que les victimes qui ont la possibilité de se confier à quelques proches ou membres de la famille manifestent moins de symptômes somatiques de stress (maux de dos et de tête, nausées, palpitations, problèmes de peau, etc)(25).

Bien qu'il ne soit pas aussi ouvertement négatif, le manque de soutien peut être très néfaste pour quelqu'un qui attend ou cherche un soutien(31). Bolger, Zuckerman et Kessler (2000) ont constaté que les personnes étaient les plus durement touchées lorsqu'elles supportaient les coûts de recherche de soutien (par exemple baisse d'estime de soi, compétence, égalité perçue) sans bénéficier d'un soutien réel(31). Le but ultime du soutien serait de fournir aux gens un moyen de faire face, par conséquent, un manque de soutien (ou un soutien de qualité médiocre) peut nuire particulièrement à l'adaptation(31).

De plus, Les interventions cliniques représentent un type de soutien formel qui semble être efficaces pour réduire la symptomatologie traumatique après un viol, même en dehors de toute prise en charge spécifique.(32) Par exemple Foa et al. ont comparé l'efficacité de l'exposition prolongée, le « stress inoculation training », les consultations de soutien et un groupe témoin de liste d'attente pour le TSPT chez les femmes victimes de viol ou d'agression physique(33). Au post-traitement, ils ont constaté que les quatre groupes s'étaient considérablement améliorés (le groupe liste d'attente inclus)(33).

E. Les réactions sociales face à l'agression sexuelle

Au-delà du soutien social, les réactions sociales qui suivent une révélation jouent un rôle important dans le rétablissement des victimes(26).

Hartig et al ont constaté que les victimes de viol suscitent un plus grand nombre de réactions négatives et non soutenantes que les victimes d'agression non sexuelle(32).

De nombreuses études ont mis en avant des réactions sociales négatives de la part de l'entourage et des institutions(34) Les réactions sociales négatives des institutions (comme par exemple la police, les soignants, juristes...) englobent à la fois des réactions ouvertement négatives telles que blâmer ou douter des victimes mais aussi des efforts de soutien bien intentionnés qui sont néanmoins vécus comme négatifs (par exemple, encourager le secret, l'attitude condescendante)(34).

La plupart des victimes d'agression sexuelle (80% ou plus) parlent au moins à une personne au sujet de leur traumatisme et beaucoup reçoivent à la fois des réactions sociales positives (écoute, réconfort, soutien émotionnel, aide tangible) et négatives (blâme, doute, contrôle, retrait) en réponse à la révélation de l'agression sexuelle(35)(26)(34)(25). Il est probable que plus les victimes sont en détresse, plus elles sont susceptibles de demander de l'aide, que ce soit à leur entourage ou à l'institution(26).

Les chercheurs définissent 5 types de réactions négatives fréquentes après qu'une personne ait révélé une agression sexuelle dont elle aurait été victime :

1-Le blâme

2-La stigmatisation

3-Le contrôle (contrôler les décisions de la victime comme par exemple raconter aux autres personnes l'agression de la victime sans sa permission)

4-La distraction (par exemple essayer de distraire la victime avec autre chose ou autre sujet, ou dire à la victime « je t'ai dit d'arrêter d'y penser »)

5-Avoir des réactions égocentriques (par exemple, être si contrarié que le survivant a eu besoin de réconforter le répondant)(31)(36).

Il semble que les réactions les plus fréquemment perçues comme négatives soient des réponses stigmatisant la victime et perpétuant les mythes (attitudes et croyances fausses et stéréotypées) concernant l'agression sexuelle (par exemple, il ne s'agit pas d'une agression sexuelle si aucune arme n'est utilisée ; la violence et la force sont stimulantes pour une femme; elle s'est mise dans une situation risquée en marchant seule la nuit ou en s'habillant ainsi)(25).

Les réactions positives englobent plusieurs points. En effet, en plus du fait de reconnaître l'agression, elles comprennent également le fait d'avoir un comportement affectif tel que montrer de l'inquiétude, déculpabiliser la victime mais aussi apporter une aide tangible comme par exemple aider la victime à obtenir des soins médicaux(31)(36).

Il est communément admis que les réactions positives atténuent la détresse et sont associées à une diminution de la symptomatologie d'autoaccusation(31). Les réactions positives fournissent des ressources émotionnelles et tangibles pour la victime pour pouvoir faire face(31). Deux études reconnues ont montré que des réactions positives étaient associées à de meilleures stratégies d'adaptation(31).

Les victimes de viol qui témoignent de leurs expériences d'agression sont souvent confrontées à des réactions négatives de la part de leurs proches, ce qui n'est pas sans conséquence(34). En effet, ces réactions négatives amènent souvent les victimes de viol à ne plus parler de l'expérience vécue (34). Près d'un quart à trois quarts des victimes reçoivent des réactions sociales négatives d'au moins un membre de leur entourage(34).

Les personnes ayant été victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance et qui n'en parlent que tardivement doivent souvent faire face à plus de réactions négatives que celles qui en parlent au décours immédiat de l'agression. De plus, les victimes confrontées à des réactions négatives peuvent être amenées à ne plus en parler, ce qui implique que les réactions sociales jouent un rôle important sur le fait de révéler ou non les agressions sexuelles(35).

F. Les réactions sociales et le psychotrauma

Les réactions sociales négatives à type de blâme ou toute autre réaction en lien avec les idées reçues autour du viol (ou mythes sur le viol) majoreraient le risque de développer un TSPT. A l'inverse, une perception positive et précoce du soutien social serait en lien avec un meilleur rétablissement dans les suites d'une agression sexuelle(29).

Dans le cadre du TSPT, plusieurs types de facteurs de risque de développer un TSPT ont été décrits. On peut donc diviser les facteurs de risques en 3 catégories : Les facteurs de risque pré-traumatiques, c'est-à-dire antérieurs à l'agression, les facteurs de risques péri-traumatiques, c'est-à-dire ceux propres à l'agression et enfin, les facteurs de risque post-traumatiques, soit ceux survenant après l'agression(30).

a) Facteurs de risques antérieurs à l'évènement traumatique, c'est-à-dire prédisposant :

1-Les antécédents personnels ou familiaux de troubles psychiatriques ou de trouble de personnalité

2-Age jeune au moment de l'exposition

3-Vulnérabilité génétique

4-Expériences traumatiques antérieures

5-Evènements de vie antérieurs négatifs

6-Faible niveau socio-économique

7-Sexe féminin

Selon certaines études, il semblerait que certains facteurs antérieurs à l'agression peuvent jouer un rôle dans le rétablissement du TSPT après une agression sexuelle. Par ailleurs, un âge plus jeune au moment de la confrontation à l'évènement traumatique semble corrélé avec un risque plus grand de développer un TSPT(30). Les antécédents d'agression sexuelle peuvent aussi affecter le rétablissement après une agression sexuelle (Les antécédents de violence sexuelle envers les enfants seraient liés à un risque accru d'agression sexuelle et physique chez les adultes et à des symptômes plus graves du TSPT)(30).

b) Facteurs de risque péritraumatiques :

-

Il existe 2 catégories de facteurs de risque péritraumatiques : ceux liés à l'évènement et ceux liés au sujet lui-même

i) Liés à l'évènement:

1-Nature

2-Intensité

3-Durée

4-Imprévisibilité

5-Gravité

ii) Liés au sujet:

1-Proximité de l'exposition

2-Réactions émotionnelles et cognitives

3-Gravité des blessures

4-Intensité de la menace vitale perçue

5-Intensité de l'expérience d'altération perceptives liée au stress

On retrouve les facteurs de risques en lien avec les caractéristiques objectives de l'agression, ceux liés aux événements traumatiques en général et notamment la perception de mort imminente propre au psychotrauma, la présence d'une dissociation traumatique qui semblent être des facteurs de risque majeurs de développer un TSPT et qui signent l'effraction traumatique. Shalev et al. (1996) ont montré que la dissociation traumatique serait le meilleur prédicteur des symptômes du TSPT 6 mois après le traumatisme(37). Pour rappel, on sait que les victimes de viol présentent une dissociation traumatique dans 60 à 80 % des cas(38).

L'intensité de la menace vitale perçue, les agressions plus violentes et les viols sont systématiquement associés à des symptômes du TSPT plus graves(30).

(c) Facteurs de risque post-traumatiques :

1-Les poursuites légales

2-Survenue d'évènements de vie négatifs

3-Apparition précoce des symptômes

4-Séquelles physiques

5-Médiocre qualité du soutien social : telle que les réactions sociales négatives des personnes qui ont été informées de l'agression(30).

6-Distorsions cognitives : telles que culpabiliser la victime et les stratégies d'adaptation

La plupart des travaux de recherche ont étudié les deux premiers groupes de facteurs de risque, mais les études sont moins nombreuses concernant les facteurs de risque post-traumatiques. Il est pourtant plus facile d'agir sur les facteurs de risques psychosociaux post-traumatiques que sur les facteurs pré et péri-traumatiques(30).

Plusieurs études mettent en avant le fait que lorsque les victimes décrivent une culpabilité importante ou ont la sensation de perdre le contrôle de la situation, elles présentent une clinique traumatique plus grave(30).

Les facteurs cognitifs jouent un rôle important dans l'apparition, la gravité et l'issue du TSPT après une agression sexuelle(29). Ces facteurs comprennent la douleur morale et la confusion, l'évitement, mais aussi les réactions de l'entourage perçues de manière négative par la victime(29). Si une personne qui a été victime d'une agression sexuelle pense que les autres n'ont pas réagi de façon positive et étayante, le risque de développer un TSPT semble plus élevé(29)(9). De même, le sentiment de culpabilité marqué semble s'accompagner d'un plus gros risque de développer un TSPT(30).

Koss et al. (2002) ont constaté que les distorsions cognitives et l'autoaccusation étaient liés à une plus grande détresse psychologique(30). Dans une étude de 2003, Frazier a évalué 171 personnes victimes de viol (la majorité des agresseurs étaient des inconnus). Ces patients ont été inclus dans l'étude lors de leur prise en charge aux urgences. Les résultats de l'étude mettent en avant un niveau de détresse plus élevé lorsque les patients présentaient un sentiment de culpabilité en lien avec

l'agression. A l'inverse, croire qu'une future agression était peu probable, et avoir le contrôle sur le processus de récupération entrainerait moins de détresse psychique(30).

Ces études insistent sur l'importance des facteurs cognitifs sociaux tels que les attributions, les croyances, avoir le contrôle sur le processus de rétablissement pour la récupération(30).

Les réactions sociales négatives ont un impact sur l'évolution psychologique des personnes ayant été victimes d'une agression sexuelle. Elles peuvent en outre majorer le sentiment de culpabilité déjà présent chez la plupart des victimes d'évènement potentiellement traumatique(9).

De même, de nombreuses études montrent qu'il existe un lien entre les réactions sociales négatives et le risque évolutif d'un TSPT après une agression sexuelle(26). Alors que les réactions positives sont faiblement ou non significativement liées aux symptômes du TSPT(26)(30).

Enfin, certaines études montrent que l'absence de soutien social aux victimes d'agression sexuelle ainsi que l'existence plus fréquente de tensions interpersonnelles à la suite d'une agression sexuelle par rapport aux autres agressions seraient un facteur de mauvais pronostic d'évolution vers un TSPT(30).

En plus des études sur les victimes d'agression sexuelle, deux études sur la violence conjugale montrent que les réactions sociales négatives sont liées à des tableaux plus sévères de TSPT(26). La plupart des recherches montrent que des

réactions telles que culpabiliser la victime, contrôler ses décisions et la stigmatisation sont liés à des symptômes plus sévères du TSPT chez les victimes d'agression sexuelle et les victimes de violence familiale(26).

Les recherches transversales montrent que les réactions sociales négatives sont liées à des symptômes du TSPT plus graves chez les victimes d'agression sexuelle, même en tenant compte de l'existence d'autres facteurs de risque tels que les stratégies de coping inadéquates, la gravité des agressions et l'autoaccusation(26).

Ainsi, le soutien et les réactions positives semblent protéger contre le TSPT, alors que les réactions sociales négatives seraient liées à une symptomatologie plus sévère de TSPT(26)(30). Ullmann et al en 2016 ont montré que la symptomatologie du TSPT était plus sévère chez les femmes qui ont été confrontées à plus de réactions négatives mais aussi chez celles qui ont été victimes de viols à plusieurs reprises(26). Ceci est compatible avec les résultats d'autres études récentes sur les victimes de viol qui montrent que l'absence de soutien social, les réactions sociales négatives, ou les conflits interpersonnels peuvent contribuer à la sévérité des symptômes du TSPT chez les victimes d'agression sexuelle(30).

G. Les réactions sociales et leur implication clinique sur les victimes de viol (autre que le psychotrauma)

Des auteurs se sont penchés sur la réaction des conjoints de femmes victimes d'agression sexuelle. Les résultats de leurs études montrent que certaines réactions peuvent avoir des conséquences négatives sur la possibilité pour la victime de verbaliser autour de l'agression. Ces réactions seraient, par exemple de culpabiliser

la victime en suggérant que cette dernière, de par son comportement, aurait pu encourager le passage à l'acte de l'agresseur ; cela peut être également lié à un sentiment de colère avec un désir de vengeance, ne laissant que peu de place à la prise de conscience de la souffrance de la victime. Ces réactions semblent assez fréquentes et auraient un impact négatif sur le vécu que la victime a de l'agression.(32)

Les chercheurs étudient plus souvent des réactions négatives parce que de telles réactions sur le SRQ (the social reactions questionnaire) sont associées à des résultats non favorables, notamment le stress post-traumatique comme discuté avant, les stratégies de coping inadaptées, la culpabilité, les problèmes de consommation d'alcool, la santé physique, la détresse psychologique, l'hostilité, le sentiment de persécution, la dissimulation de soi, l'altération du monde et des cognitions de soi, et l'anxiété phobique(31).

Les réactions négatives sont associées au repli sur soi et à la dépression. Plus spécifiquement, les réactions de stigmatisation et de culpabilisation de la victime sont liées à l'augmentation du sentiment de culpabilité de la victime, qui est à son tour associée au retrait social et à la perte de confiance en soi notamment sur la sphère sexuelle(31). De même, être traité différemment (stigmatisation) est corrélé à une diminution du contact social(31). Enfin, les réactions négatives (comme indiqué par la culpabilisation, la stigmatisation et les réactions de contrôle) semblent liées aux mécanismes d'évitement, au TSPT comme discuté avant et à l'auto-accusation(31).

Les réactions négatives de la part de l'entourage majorent le sentiment de culpabilité de la victime, et renforcent la stigmatisation. De ce fait, la victime devient

le problème. Par ailleurs, le fait de reconnaître l'agression mais sans valider la souffrance morale voire même sans soutenir la victime majeure la culpabilité de la victime et le sentiment d'être en partie responsable de l'agression(31).

Dans l'étude menée par Ullman et al. en 2016, il a été montré que les victimes qui ont été confrontées à des réactions négatives telles que la culpabilisation, stigmatisation ou infantilisation, ont présenté plus de complications comme un retrait social, une culpabilité, une autoaccusation accrue ainsi qu'une diminution de l'assertivité sexuelle(31). En revanche, les victimes qui ont bénéficié d'une reconnaissance de l'agression, mais qui n'ont pas été soutenues ont mis en place plus de stratégies de coping dysfonctionnelles, en plus des stratégies adaptatives(31). On entend par reconnaissance de l'agression sans soutien le fait de ne pas respecter l'intimité du récit et du vécu de la victime, par exemple en divulguant l'histoire à d'autres ou en minimisant la gravité des faits. (31)

De même, la dépression et le stress post-traumatique semblent être plus liés à la réception d'une reconnaissance de l'agression sans soutien, qu'à la réception de blâme et de stigmatisation(31). Il est important de se rappeler que la reconnaissance sans soutien se réfère uniquement à la reconnaissance de l'agression, et non à la reconnaissance des émotions ou des interprétations de l'agression de la victime(31).

Alors que les réactions négatives sont associées au retrait du contact social et à une plus grande auto-culpabilité, les réactions positives sont associées à une augmentation du contact social et à une diminution de la culpabilité(31).

H. Les réactions sociales et la révélation d'un viol commis par une connaissance

En dépit des données suggérant que l'agresseur s'avère être une connaissance de la victime dans la plupart des cas, il semble que l'attitude des autres à l'égard de la victime soit plus négative lorsque l'agression est perpétrée par une connaissance, contrairement à l'agression par un étranger qui serait perçue comme un crime plus grave(25).

Les victimes appréhendent la réaction de leur entourage et craignent que ce dernier leur reproche de ne pas s'être défendues. Elles ont peur d'être stigmatisées lorsqu'elles connaissent l'agresseur. Pour ces raisons, il semble que cela puisse impacter la décision de révéler ou non l'agression. De plus, le fait de ne pas révéler avoir été victime d'une agression sexuelle peut altérer la capacité à repérer des situations de danger, ce qui pourrait augmenter le risque d'être à nouveau victime d'une agression(9).

Notons également que les femmes ayant vécu une agression sans violence physique sont plus affectées sur le plan psychologique, ce qui semble attribuable au fait qu'elles soient plus à risques que leur crédibilité et leur honnêteté soient mises en doute par leur entourage(25).

I. Les réactions sociales et la révélation de l'agression sexuelle

Ahrens et al. visent à fournir une description détaillée de la façon dont les réactions négatives ont réduit au silence les victimes. Trois voies de silence ont été identifiées:

1) les réactions négatives des professionnels ont conduit les victimes à se demander si les futures divulgations seraient efficaces.

2) les réactions négatives des amis et de la famille ont renforcé les sentiments d'auto-accusation.

3) les réactions négatives de l'une ou l'autre source renforcent l'incertitude quant à la question de savoir si leur expérience a été qualifiée de viol(34).

La sociologue féministe Shulamit Reinharz décrit la voix comme «ayant la capacité, les moyens, et le droit de s'exprimer, de son propre vouloir et de sa volonté. Si un individu n'a pas ces capacités, moyens ou droits, il est silencieux »(Reinharz, 1994, p.180)(34). Cette conceptualisation met en évidence des structures de pouvoir social qui privilégient certaines voix tout en excluant les autres. En tant que métaphores du privilège et de l'oppression, parler et être entendu, c'est avoir un pouvoir sur sa vie. Être réduit au silence, c'est avoir ce pouvoir refusé (34).

Le silence est donc emblématique de l'impuissance dans notre société(34). Il n'est donc pas surprenant que les victimes de viol gardent souvent le silence sur leurs expériences(34). Les chercheurs féministes ont longtemps soutenu que le viol sert activement à renforcer l'impuissance des femmes et à «garder les femmes à leur

place» (par exemple, Brownmiller, 1975, MacKinnon, 1987)(34). Comment, alors, pouvons-nous nous attendre à ce que les femmes rompent le silence à propos de l'expérience, elle-même utilisée pour renforcer l'impuissance?(34)

J. Les réactions négatives liées aux mythes peuvent engendrer « une victimisation secondaire »

De nombreuses victimes qui révèlent leur agression à autrui subissent une victimisation secondaire, lorsque les victimes de viol sont exposées à des comportements ou à des attitudes blâmant la victime, l'expérience peut ressembler à une «seconde agression» ou à un «deuxième viol», un phénomène connu sous le nom de «victimisation secondaire»(34)(29).

Un traumatisme secondaire survient lorsque les victimes demandent l'aide de professionnels médicaux ou juridiques, mais que ces professionnels, répondent à cette demande d'aide en blâmant la victime, soit en la tenant pour responsable de l'agression, soit en mettant en doute ses propos, soit en minimisant la gravité du crime(34)(29). Dans d'autres cas, cette victimisation secondaire se produit lorsque les victimes de viols se voient refuser les services nécessaires ou souhaités(34).

Le contact avec de nombreux services, en particulier ceux qui ne se spécialisent pas dans le traumatisme lié aux agressions sexuelles, peut accroître la détresse psychologique et physique des victimes(29).

C'est là aussi une des raisons pour lesquelles il peut être très difficile pour les victimes de parler de l'agression dont elles ont été victimes. En effet, les réactions de

ceux qui reçoivent ces paroles peuvent avoir, là encore, des conséquences néfastes sur le vécu de l'agression et ses conséquences(34).

K. Réactions des professionnels

Les victimes sont également susceptibles de recevoir des réactions négatives de la part des prestataires de soutien formels(34). Les réactions négatives de sources professionnelles peuvent être particulièrement néfastes pour les victimes (34). Lorsque des «experts» doutent des victimes, les tiennent pour responsables de l'agression, ou refusent de fournir de l'aide, les victimes peuvent remettre en question l'efficacité de ces services et l'utilité de demander de l'aide à qui que ce soit(34). Malheureusement, les réactions négatives du personnel du système communautaire semblent être trop fréquentes(34). Les victimes de viol signalent fréquemment avoir reçu des réactions négatives ou inutiles de la part du personnel juridique et médical(34).

Durant l'examen médico-légal chez les victimes de viol, les soins pour la prévention des MST et les soins liés à la prévention de grossesse, les médecins et les infirmières posent souvent aux victimes les mêmes types de questions que les personnels juridiques, tels que leurs antécédents sexuels, leurs réactions sexuelles pendant l'agression, comment elles étaient habillées, et ce qu'elles ont fait pour "provoquer" l'agression(39). Les professionnels de santé peuvent considérer ces questions comme nécessaires et appropriées, mais les victimes de viol les trouvent bouleversantes(39). Des études comparatives suggèrent que les victimes rencontrent beaucoup moins de questions et d'affirmations qui les culpabilisent de la part du personnel du système médical que du personnel juridique mais encore, ces

interrogatoires de la part du personnel du système médical ont très souvent un impact négatif démontrable sur la santé mentale des victimes(39). Campbell (2005) a constaté qu'en raison de leurs contacts avec les médecins et les infirmières du service des urgences, la plupart des victimes de viol se sont senties mal (81%), déprimées (88%), vécu intrusif (94%), méfiantes envers les autres (74%) et hésitantes à demander plus d'aide (80%) (39). Seulement 5% des victimes de l'étude d'Ullman (1996b) ont évalué les médecins comme étant une source de soutien utile. De plus, les réponses négatives des institutions, y compris le système médical, semblent avoir considérablement exacerbé la symptomatologie du TSPT des victimes(39). Les victimes qui n'ont pas reçu de services médicaux de base ont qualifié leur expérience avec le système médical plus blessante, ce qui a été associé à des niveaux plus élevés de TSPT(39). Plus particulièrement, les victimes de viol qui connaissent leur agresseur et qui ont reçu des soins médicaux classiques mais qui ont subi une victimisation secondaire élevée semblent être les plus à risque: Ces femmes présentaient des symptômes significativement plus élevés de TSPT que les victimes qui n'ont pas bénéficié de soins médicaux(39).

Ahrens et al. (2006) rapportent que les victimes de viol qui ont été incluses dans l'étude ont déclaré avoir été culpabilisées pour l'agression(34). On leur aurait souvent reproché de s'être mises en danger(34). De telles réponses étaient particulièrement fréquentes de la part des institutions, en particulier dans le système juridique(34). Le personnel du système juridique, médical, de la santé mentale et du système religieux a été décrit comme réagissant de façon insensible par au moins la moitié des victimes qui se tournaient vers eux(34). Ces réactions négatives semblent avoir eu un impact sur la décision de ne plus parler de l'agression (34). Une analyse

approfondie des récits de ces victimes a mis en avant cinq raisons principales incitant les victimes à ne pas dire qu'elles ont été agressées:

- 1) le manque d'options (elles ont estimé qu'il n'y avait plus d'autre personne à qui demander de l'aide)
- 2) les peurs de réactions négatives et de leurs conséquences
- 3) l'inefficacité de la recherche de soutien
- 4) l'auto-accusation ou la honte
- 5) leur cas ne méritait pas de soutien(34).

Ayant évalué la probabilité de recevoir un soutien des autres comme improbable, ces victimes ont décrit n'avoir personne d'autre vers qui se tourner(34).

Même lorsque les victimes pouvaient identifier les personnes aidantes, elles exprimaient toutes une méfiance extrême et des craintes de réactions négatives(34). Les craintes d'être blâmé, douté et traité avec insensibilité étaient omniprésentes(34). Pour beaucoup, ces craintes étaient directement liées à leurs précédentes expériences de révélation négative, les amenant à conclure que des révélations supplémentaires seraient nuisibles(34). Ces victimes ont décrit le fait qu'elles se sentaient quelque peu responsables de l'agression avant de révéler l'agression, une opinion qui a été renforcée lorsqu'elles ont été blâmées par d'autres(34). Deux victimes ont décrit se demander si leur expérience était qualifiée de viol(34). Parce que ces agressions n'étaient pas particulièrement violentes, ces victimes ne savaient pas si leur expérience pouvait être considérée comme un viol avant même qu'elles ne soient révélées(34).

Trois de ces victimes ont décrit des réactions négatives qui les ont amenées à se demander s'il y avait un intérêt pour elles à parler de l'agression.(34) Chacune de ces victimes a estimé que le fait de parler de l'agression ne leur avait apporté aucun bénéfice(34). Deux victimes ont décrit des réactions négatives qui ont renforcé leurs propres doutes quant à savoir si leur expérience était qualifiée de viol(34). Enfin, trois victimes ont décrit des révélations qui renforçaient les sentiments d'auto-accusation(34). Les révélations initiales de ces victimes étaient soit insuffisantes pour surmonter leur sentiment de culpabilité, soit renforçaient activement leurs sentiments d'auto-accusation(34).

Comme nous l'avons vu précédemment contrairement aux autres crimes tels que les cambriolages et les agressions, les victimes de viols doivent prouver non seulement que le crime s'est bel et bien produit, mais qu'elles n'ont joué aucun rôle pour que cela arrive(34).

Dans cette étude les résultats suggèrent que les victimes de viol sont réduites au silence par une série de réactions négatives, y compris des réactions culpabilisantes, inefficaces, insensibles et inappropriées(34). Cependant, des réactions spécifiques semblent plus fréquentes chez différents professionnels, par exemple, être blâmé, et faire l'expérience de révélations inefficaces était particulièrement fréquent chez les victimes qui se tournaient vers les institutions (en particulier les systèmes juridiques et médicaux)(34). Ces expériences concordent avec des recherches antérieures qui ont documenté des niveaux élevés de blâme, de doute, d'insensibilité et de refus des services par le personnel des institutions(34).

L. Plus les symptômes du TSPT sont graves, plus ça suscite des réactions négatives

Ullamn et al 2016 ont constaté que les symptômes initiaux du TSPT étaient liés à plus des réactions négatives même si la relation s'atténue avec le temps(26). Ceci suggère que les symptômes du TSPT suscitent encore plus des réactions négatives. Il semblerait que si la victime présente des symptômes de TSPT, cela entraîne encore plus de réactions négatives tel que décrit dans l'étude portant sur la violence domestique de DePrince et al. (2014) (26).

Ils ont également constaté que les femmes qui ont été victimes de plusieurs agressions sexuelles ont été confrontées à plus de réactions sociales négatives au fil du temps(26). Ceci est probablement lié au fait qu'elles révèlent les agressions à plus de personnes et que la probabilité des réactions négatives est plus élevée(26).

M. Les réactions sociales négatives et le risque de d'être à nouveau victime d'agression

La recherche montre que les symptômes du TSPT les plus graves seraient liés à un risque accru d'être à nouveau victime de viol(26). De plus, être à nouveau victime de viol serait lié à des réactions sociales négatives, accrues sur une année. A l'inverse, les réactions positives prédiraient moins de risque d'être à nouveau victime sur un an(26). La recherche montre que la revictimisation est fréquente chez les victimes d'agression sexuelle à l'âge adulte(26). Dans une étude sur des victimes adultes, les deux tiers ont été à nouveau agressées sexuellement au cours d'un suivi d'un an(26). En outre, des études nationales montrent qu'être à nouveau victime de viol est fréquent chez les victimes adultes. Dans l'étude de Walsh et al. (2012), 59%

des femmes déclaraient être à nouveau victime d'agression sexuelle et 27% signalaient également un trouble de stress post-traumatique actuel(26). La revictimisation pourrait non seulement affecter le rétablissement du trouble de stress post-traumatique, mais pourrait également majorer l'effet négatif des réactions sociales sur les symptômes du TSPT au fil du temps.(26)

Les femmes qui ont été à nouveau victimes d'agression sexuelle semblent faire plus de révélations et être confrontées à plus de réactions négatives. Ces réactions pourraient avoir un impact négatif sur le rétablissement du TSPT(26). De plus, comme nous l'avons vu précédemment, une symptomatologie plus forte du TSPT en réponse à la revictimisation pourrait susciter des réponses plus négatives de la part des autres(26). Enfin, la revictimisation est généralement associée à une plus grande stigmatisation. Elle peut amener les gens à supposer qu'il doit y avoir quelque chose « qui ne va pas » chez une femme qui est agressée à plusieurs reprises(26). Ainsi, nous avons pensé que la revictimisation pourrait modérer l'influence des réactions sociales sur les symptômes du TSPT ou l'effet des symptômes du TSPT sur les réactions sociales dans les suites des révélations d'agression, au vu de la plus grande vulnérabilité des femmes revictimisées(26).

En outre, certaines recherches antérieures montrent que les symptômes du TSPT et la revictimisation sont associés à plus de réactions sociales négatives(26).

VII. La révélation des agressions sexuelles

La prise en charge psychiatrique rapide et efficace des victimes de viol est importante pour le pronostic du TSPT. Mais pour cela il faut que la victime révèle avoir été victime d'une agression sexuelle et accepte, ou se dirige vers, une prise en charge spécialisée. Dans ce chapitre, en s'appuyant sur la littérature, on étudie l'impact de la révélation d'agression sexuelle sur les victimes et surtout les facteurs qui affectent la décision de révéler ou non l'agression. Une telle décision pourrait jouer un grand rôle dans le rétablissement du psychotrauma si la révélation est suivie par une prise en charge adaptée.

A. Généralités

Les différents sondages réalisés auprès des personnes ayant été victimes d'agression sexuelle montrent que ces dernières se tournent plus facilement dans un premier temps vers leur entourage plutôt que vers les institutions (police, personnel soignant...). Néanmoins, le fait qu'une personne puisse révéler l'agression et rechercher du soutien auprès de son entourage est encourageant car elle se tournerait plus facilement ensuite vers les soins médicaux ou les autorités⁽¹⁾ (35).

Un aspect important est le moment où les victimes révèlent avoir été victime d'une agression sexuelle. Au plus tôt elles révèlent avoir été victime d'une agression, au plus elles sont susceptibles d'avoir une prise en charge adaptée, que ce soit au niveau légal ou au niveau des soins. En effet, la prise en charge dans les 72 heures

permet de prélever des preuves mais aussi de prendre en charge de façon plus complète une personne sur le plan médical (prévention MST par exemple) (35).

Le premier contact des victimes de viol est primordial, ce d'autant que les victimes s'adressent rarement spontanément aux services de psychiatrie pour y être prises en charge(1).

En outre, la révélation peut aussi favoriser la mise en place d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique adaptée⁽¹⁾.

De plus, les institutions fournissent des estimations de la prévalence du viol, qui peuvent influencer les décisions politiques et les interventions locales. Il est néanmoins important de noter que les déclarations de viol sont probablement sous-évaluées en population générale⁽¹⁾.

B. L'impact de la révélation des agressions sexuelles sur la santé psychique

De nombreux auteurs suggèrent que la révélation d'événements de vie pénibles est liée à l'amélioration du fonctionnement émotionnel, professionnel, scolaire, mental, physique et immunitaire(35). D'autre part, l'absence de révélation est associée à une plus mauvaise santé psychologique et physique, résultant peut-être de la tendance à ruminer et de l'effort nécessaire pour «retenir ou, d'une certaine manière, déployer des efforts pour ne pas penser, ressentir ou se comporter »(Pennebaker, 1989, p.231)(35).

En revanche, certaines études ont spécifiquement exploré l'impact d'une révélation d'adultes victimes de viol mais aussi d'enfants ayant été victimes d'agressions sexuelles. Les résultats de ces études semblent ne pas retrouver un résultat aussi tranché que précédemment. Selon Ulman, il semblerait même que le fait de révéler avoir été victime d'agression sexuelle serait lié à de plus grandes difficultés psychologiques(35).

Ces résultats contradictoires peuvent s'expliquer en partie par l'importance liée au moment de la révélation. En effet, il a été montré que les personnes révélant tardivement avoir été victimes de viol présentent une détresse psychologique plus marquée que celles qui ont révélé immédiatement le viol(35).

De plus, certains auteurs ont montré que le fait de révéler tardivement une agression sexuelle serait en lien avec des symptômes plus sévères de TSPT. En outre, il semble que les personnes révélant tardivement avoir été victime d'une agression sexuelle présenteraient plus de facteurs de risque de TSPT, comme, par exemple, un manque de soutien social(30).

Ces résultats contradictoires sont probablement à mettre en lien avec l'impact important des réactions sociales sur la santé des personnes ayant été victimes d'agressions sexuelles. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le fait d'être confronté à des réactions sociales « négatives » est à l'origine de plus de symptômes physiques et psychologiques, tels que des syndromes dépressifs, TSPT, etc. A l'inverse, les réactions sociales « positives » auraient peu d'effet psychologiques ou physiques(35).

Plusieurs études ont montré que les victimes d'agression sexuelle et de viol qui ne révéleraient pas avoir été victime auraient des niveaux plus élevés de dépression, de stress post-traumatique et de symptômes physiques. Différentes études ont montré que le fait de ne pas révéler avoir été victime d'une agression sexuelle serait associée à une santé psychologique moins bonne. A l'inverse, la révélation serait associée à une meilleure santé psychologique, que ce soit pour les victimes d'agression sexuelle mais aussi pour les personnes confrontées à des événements traumatiques de manière plus générale(35).

Concernant le trouble de stress post traumatique, les données de recherches expérimentales existantes suggèrent que la révélation en tant que telle n'affecte pas les symptômes de TSPT et / ou peut même entraîner moins de symptômes de TSPT, mais que c'est plutôt la réaction à la révélation qui importe(26)(35).

Enfin, l'impact de longues périodes de silence sur le rétablissement des survivants reste inconnu(34). Les prédictions tirées de la théorie de la divulgation psycho-immunologique de Pennebaker prédisent que l'inhibition de l'expression émotionnelle qui accompagne ces longues périodes de silence nuit à la santé psychologique et physique des victimes de viol(34). Comme nous l'avons vu précédemment, les réactions « négatives » seraient à l'origine d'une plus grande difficulté pour les victimes de parler de l'agression(34).

C. Facteurs affectant les caractéristiques de la révélation de l'agression sexuelle

Un nombre croissant de recherches étudient la révélation de l'agression sexuelle. Ces études évaluent la durée de la révélation, les personnes à qui les victimes révèlent l'agression mais aussi le type de réactions face à la révélation(35).

Entre 2/3 et 3/4 des adultes victimes d'agressions sexuelles parlent de l'agression. Parmi elles, moins de la moitié le fait dans les 3 jours qui suivent cette agression et 1/3 en parle plus d'un an après(35). Certaines études ont identifié un certain nombre de facteurs liés à la révélation d'agression sexuelle(35). De tels facteurs, y compris les caractéristiques d'agression sexuelle, les antécédents des agressions passées et la reconnaissance du viol, ont été associés à la fois à la probabilité et à la rapidité de la révélation de l'agression sexuelle(35).

Les victimes dont l'agression est conforme au mythe de « vrai viol » (inconnu, dans une rue sombre, arme blanche...) parleront plus facilement de l'agression. A l'inverse, une agression ne correspondant pas à ce schéma sera révélée plus tardivement. Par ailleurs, une victime pour qui l'agression ne correspond pas aux stéréotypes est susceptible de ne pas considérer l'agression comme un viol(2).

Ces résultats suggèrent que des idées reçues stéréotypées sur ce qui constitue une agression sexuelle peuvent influencer la probabilité et le moment de la révélation(35)

Que les victimes définissent ou non l'événement comme un viol peut également affecter la révélation(35). Entre un tiers et les trois quarts des victimes dont les agressions répondent à la définition légale du viol ne définissent pas l'incident en tant que tel, et les victimes qui reconnaissent l'évènement vécu comme étant un viol sont plus susceptibles d'en parler(35).

Habituellement, les agressions stéréotypées qui impliquent plus de force et de dommages physiques sont plus facilement reconnues comme un viol (35).

Dans une étude les auteurs montrent que les victimes d'agression sexuelle qui ont été confrontés à des réactions négatives ou des réactions qualifiées d'insensibles de la part des institutions telles que la police et/ou les professionnels médicaux, ont spontanément référencé les expériences négatives en lien avec la révélation de l'agression, en indiquant les raisons pour lesquelles ils ont cessé d'en parler(34). Ayant reçu des réponses négatives à leurs premières révélations, ces victimes sont devenus plus prudentes et critiques à l'égard des occasions de révélations futures et ont finalement choisi de garder le silence plutôt que de risquer de subir d'autres préjudices(34).

L'une des conclusions que l'on peut tirer de ce chapitre est que, si un médecin réagit ou formule une phrase influencé par les mythes, cela risque de rompre la prise en charge et de faire taire la victime. La victime pourrait alors rejeter toute autre prise en charge et la rendre méfiante envers le corps médical. Par conséquent il pourrait ne pas y avoir de prise en charge du psychotrauma.

VIII. *L'adhésion aux mythes et leurs conséquences sur les questions posées par le médecin lors de l'interrogatoire, sur les signes préverbaux et sur les compétences analytiques de la situation clinique de la victime*

Si un clinicien adhère, même inconsciemment à certains mythes, il pourrait poser des questions inadaptées et néfastes pour la victime. En effet, cela pourrait renforcer la culpabilité et rompre la possibilité de construire une alliance adaptée, malgré toute la bienveillance que ce clinicien pourrait porter pour la victime. Des questions qui responsabilisent la victime implicitement et déresponsabilisent l'agresseur. Prenons l'exemple de propos rapportés par des patientes suivies à la consultation du psychotrauma : L'une d'entre-elle se serait entendue dire, par un psy qu'elle consultait : « si vous avez été violée c'est parce que vous l'avez voulu inconsciemment », une autre : « pourquoi ne vous-êtes-vous pas plus défendue ? » Ou encore, une prise en charge psychothérapeutique inadaptée qui sera chez une victime d'un viol récent, dans les premiers temps, une contre-indication formelle(40).

Il en va de même pour les comportements non verbaux tels que les mouvements corporels, l'expression du visage et le paralangage qui occupent une grande place dans la communication et qui pourraient donner l'impression aux victimes que le clinicien en face d'elles les juge. Les victimes s'auto accusent déjà, la détresse psychique est plus élevée lorsque les victimes présentent un sentiment de culpabilité en lien avec le viol, elles ont le sentiment de perdre le contrôle sur leur situation et leur traumatisme. Un comportement non verbal influencé par les mythes

de la part de clinicien pourrait bien aggraver leurs ressentis. Menant à une augmentation de la culpabilité et une aggravation du TSPT.

De plus, une part du comportement non verbal est nécessaire pour l'engagement, dits « affiliatifs » qui est bien expliqué dans le livre de Shawn Shea « Psychiatric interviewing : The art of understanding » tels que les contacts visuels, les sourires et la gestuelle qui pourrait être affectés si on ne remet pas régulièrement en question nos propres croyances autour du viol.

Un clinicien qui adhère aux idées reçues risque de ne pas repérer la peur et la culpabilité éprouvée par la victime, renforçant les ressentis de l'incompréhension de la part de corps médical chez la victime et entravant à la qualité et l'efficacité de la psychothérapie associée à la prise en charge.

IX. Les Conséquences de la remise en question de la véracité de l'évènement sur la prise en charge et sur la victime

Le positionnement du soignant est majeur dans la prise en charge des personnes qui disent avoir été victime de viol. En effet, le fait d'avoir des doutes sur la véracité de ce que nous disent les patients peut être à l'origine d'une attitude négative à leur égard.

Croire que la victime ment, cela la qualifié de coupable qui accuse une personne innocente de viol. Ayant ces ressentis, il pourrait y avoir un contre-transfert négatif. Ce dernier pourrait entraver et supprimer l'empathie de la part de soignant,

affecter son authenticité, affecter son comportement non verbal, rendant le rétablissement d'une alliance thérapeutique quasi impossible. Affectant à la fois non seulement la qualité et l'efficacité de la psychothérapie, mais également le recueil des données et informations valides et fiables de la part de la victime. Des éléments nécessaires pour une prise en charge efficace et de qualité. Je cite ici Shawn Shea dans son livre « psychiatric interviewing »: « la faiblesse de l'engagement soulève de sérieux doutes sur la validité des données recueillies car les patients sont en général réticents à se confier à une personne qu'ils n'apprécient pas. Faute d'un engagement efficace...il n'aura(le clinicien) en définitive qu'une compréhension superficielle de la souffrance du patient. En outre l'absence d'informations valides et cohérentes met en grave danger son évaluation et son diagnostic. Enfin, un engagement de mauvaise qualité pourra dissuader le patient de venir à un deuxième rendez-vous, au risque de rendre inutile le travail effectué au premier entretien. »

De plus, si la victime s'aperçoit que son médecin doute de la véracité du viol, cela pourrait favoriser « une victimisation secondaire », et une aggravation des symptômes de TSPT comme nous les avons expliqués avant. Lorsque les victimes de viol sont exposées à des comportements ou à des attitudes blâmant la victime, l'expérience peut ressembler à une «seconde agression» ou à un «deuxième viol», un phénomène connu sous le nom de «victimisation secondaire»(34)(29).

En effet ce traumatisme secondaire survient lorsque les victimes demandent l'aide de professionnels médicaux, mais que ces professionnels, répondent à cette demande d'aide en blâmant la victime, soit en la tenant pour responsable de l'agression, soit en mettant en doute ses propos, soit en minimisant la gravité du crime(34)(29).

La reconstruction d'un sujet victime d'une ou d'agressions sexuelles récentes ou anciennes passe par la reconnaissance personnelle et sociale du statut de victime que lui confère la loi(24). Le rôle du professionnel de santé est capital(24). Quand il n'est pas en position d'expert, le thérapeute doit clairement signifier qu'il croit son patient, l'encourager, faire référence au Code pénal pour qualifier les faits en évitant un euphémisme (abus, passage à l'acte, fait), aborder la question de la culpabilité, l'aider à faire le lien entre ses souffrances actuelles et les agressions sexuelles subies(24). Il faut encourager un dépôt de plainte, indiquer les délais de prescription des faits, analyser les résistances, mais surtout ne jamais faire pression et ne pas en faire une condition nécessaire à la prise en charge(24).

Croire la victime, l'aider à parler alors que sa parole vient d'être niée par l'agresseur, savoir ses réactions très variables, du mutisme à l'excitation, voire le détachement et la confusion, constituent des clés qui lui permettront de surmonter le traumatisme dans un premier temps(4). Les cliniciens doivent connaître les différentes circonstances du viol, évitant ainsi de manifester un étonnement préjudiciable à la victime qui ne se sent « pas crue »(4).

La prise en charge des victimes d'agressions sexuelles et de viol doit être neutre et empathique(4). Elle est urgente sur le plan médicojudiciaire mais aussi psychologique(4). Elle nécessite la formation adaptée des cliniciens et sera au mieux multidisciplinaire(4).

X. *En quoi est-il important que les soignants, et notamment les psychiatres connaissent les principaux mythes autour du viol*

Que les psychiatres connaissent les mythes autour du viol et leur prévalence dans la société est important pour la prise en charge. Cela permettra au clinicien de poser des « questions factuelles ». En effets ce sont des questions qui portent sur la situation réelle du patient, de ses symptômes et de ses problèmes. Comme lorsque l'on demande à un patient présentant un épisode dépressif caractérisé « avez-vous du mal à vous endormir ? » ou « avez-vous perdu l'appétit ? ». Donc interroger la victime subtilement si elle a fait face aux principaux mythes autour du viol pourrait entrer dans le registre des questions factuelles. L'utilité de ces questions c'est qu'elles sont capable de suggérer de manière discrète mais efficace la compétence du clinicien. Toutes ces metacommunications contribuent à renforcer la confiance de la victime dans les compétences de clinicien et dans son aptitude de l'aider. Cela pourrait atténuer l'impression qu'ont les personnes présentant un TSPT qui est qu'une personne n'ayant pas vécu l'évènement n'est pas en mesure de reconnaître ce qui est vécu.

De plus, le fait de connaître et reconnaître les mythes sur le viol peut permettre de les interroger à différents niveaux.

Tout d'abord, interroger ces mythes chez les patientes peut être primordial dans la prise en charge thérapeutique que ces mythes soient préexistants à l'agression ou en lien avec des pensées dysfonctionnelles que l'on retrouve

fréquemment après. En effet, ces idées reçues font le lit des résistances psychotraumatiques.

De plus, interroger ces mythes chez l'entourage peut avoir une importance majeure dans la qualité du soutien d'une part mais aussi dans la recherche de conséquences en lien avec ce dernier. Prenons l'exemple d'une jeune femme, victime d'un viol alors qu'elle rentrait chez elle à pied une nuit après avoir passé la soirée avec des amis. Elle porte plainte immédiatement mais n'en parle pas à ses parents qui n'habitent pas la région. Nous travaillons avec elle l'importance de pouvoir le leur dire, ce qu'elle fait plusieurs semaines après. Plusieurs mois après, elle nous dit la première phrase de son père lors de l'annonce (elle n'a jamais osé l'aborder avant) : « Qu'est-ce que j'ai raté dans ton éducation pour que tu rentres seule la nuit comme ça ». Elle nous explique que cette phrase tourne en boucle, qu'elle majore les sentiments de honte et de culpabilité. Mais elle a bien conscience que cette réaction n'est pas malveillante, et sous le coup de la colère et du désarroi suite à l'annonce.

Cette situation clinique illustre ce dont on avait discuté précédemment sur le fait que peu de victimes de viol bénéficieraient du soutien social attendu de la part de leur entourage. Cela illustre également le fait que les comportements de soutien négatif sont davantage prédictifs de la sévérité des réactions suite à l'agression sexuelle.

Le père de cette victime sur le coup de la colère la responsabilise bien qu'il soit très étayant. Le père s'en est excusé par la suite mais l'impact négatif sur la victime

reste majeur. Cette situation illustre que même les personnes aidantes (que ce soit l'entourage ou les professionnels) malgré toute la bienveillance qu'ils portent pour la victime, pourraient facilement basculer dans le soutien négatif. Ici le père de la victime a initialement reconnu l'agression, mais sur le coup de la colère a fait preuve de stigmatisation et d'absence de soutien positif. En effet comme nous l'avons déjà discuté, le manque de soutien n'est pas ouvertement négatif mais il peut être très néfaste pour quelqu'un qui attend ou cherche un soutien. Les études suggèrent que les personnes les plus durement touchées sont celles qui supportaient les coûts de recherche de soutien sans bénéficier d'un soutien réel(31). Un manque de soutien peut nuire particulièrement à l'adaptation(31). De plus, des données de recherche indiquent qu'une proportion notable (20%) des personnes bénéficiaires d'une révélation d'agression sexuelle estime ne pas en savoir suffisamment pour être utiles ou savoir quoi faire pour la victime, et un nombre important de ces personnes ont également signalé la détresse concernant l'expérience de la révélation⁽¹⁾. En effet cette détresse pourrait contribuer à la production de réactions égocentriques auxquelles les victimes de viol font face lorsqu'elles révèlent une agression sexuelle à un de leurs proches comme on voit dans cette situation.

Même un clinicien qui n'adhère pas aux mythes et n'a pas d'idée reçue autour de viol, si il ne connaît pas les principaux mythes, pourrait à tort poser des questions qui lui semblent innocentes et bienveillantes mais qui pourraient majorer la culpabilité ressentie par la victime subtilement. Donnant l'impression à la victime que si elle s'était comportée autrement, l'agresseur aurait pu « se contrôler et se maîtriser ». C'est là où les programmes de sensibilisation et éducation qui visent les internes via à vis de ces mythes me semblent nécessaires.

De plus, en connaissant les réactions négatives, cela nous permettra de travailler avec l'entourage sur les difficultés en lien avec le viol : comment l'aborder, quand en parler, respecter les victimes, les réactions et les réflexions négatives à éviter, l'importance du soutien, etc.

XI. Commentaire sur le cas clinique 1

Chloé, selon ses propos, a été victime d'un viol commis par une connaissance. Cela a provoqué beaucoup de culpabilité de sa part. Ses ressentis, surtout la peur que son père lui reproche le viol ont été confirmés grâce aux questions factuelles discutées plus haut. Ces questions semblent avoir aidé Chloé à verbaliser ses craintes et ses préoccupations. Le fait d'avoir expliqué à Chloé les mythes et les idées reçues qui ont mis la lumière sur ses préoccupations semble avoir renforcé l'alliance thérapeutique.

Chloé ne voulait pas que son père sache qu'elle ait été une victime de viol car elle avait peur de la réaction de son père, que ce dernier lui reproche « ne pas s'être assez défendue ». Cela concorde avec les données de la littérature et de la recherche qui montrent que les victimes appréhendent la réaction de leur entourage et craignent que ce dernier leur reproche de ne pas s'être défendues, et que cela peut impacter la décision de révéler ou non l'agression(9).

L'entretien familial a permis de favoriser un étayage de meilleure qualité en reprenant avec eux les différentes représentations en lien avec le viol dont Chloé a été victime.

Cette approche ou l'un des objectifs a été de chercher un soutien de qualité de la part des parents pourrait être en partie argumentée par les résultats de deux méta-analyses de Brewin et al. (2000) et Ozer et al. (2003) qui révèlent que parmi un ensemble de facteurs, la qualité du soutien des proches ressort comme un des plus importants facteurs de risque du TSPT(25). Également Zoellner et al. (1999), dans une étude longitudinale auprès de victimes d'agression sexuelle et non sexuelle, ont observé que les conflits avec les proches peu après l'agression permettent de prédire la sévérité des symptômes de TSPT trois mois après l'agression(25). Il semble que les tentatives de distraction provenant des proches (et donc l'entrave à l'expression des émotions qui en découle) soient également liées positivement à la sévérité des symptômes, et c'est pour cela qu'il me semblait très important de reprendre avec les parents les mythes autour du viol, les réactions ouvertement négatives comme le blâme et la stigmatisation mais aussi surtout les réactions négatives plus subtiles et qui sont plus fréquentes comme la distraction et le contrôle(25).

De plus, une étude prospective de Tarrier et al. (1999) indique que les comportements de soutien négatif des proches envers la victime, mesurés avant le début d'une thérapie, sont des précurseurs de l'efficacité de la thérapie cognitive-comportementale pour le TSPT(25). Les proches peuvent donc nuire à la réhabilitation de la victime en favorisant des comportements contraires à ce qui est préconisé en thérapie (comme l'évitement, l'isolement ou la culpabilisation)(25). L'intégration d'un proche dans le traitement n'est donc pas uniquement pertinente de par les effets bénéfiques qu'elle ajoute, mais également parce qu'elle pourrait permettre d'éliminer ou de diminuer les entraves au traitement(25). Le clinicien a en

ce sens tout avantage à faire de l'aidant un allié, et à favoriser les comportements compatibles au bon déroulement du traitement(25).

On constate également une aggravation du TSPT chez Chloé suite à l'entretien à la brigade des mineurs ou Chloé a été accusée de mentir. Sans que je fasse un lien de cause-effet entre cette accusation et l'aggravation du TSPT cela serait néanmoins cohérent avec les données de la littérature dont nous avons discutées avant. Chloé disait en parlant de la commissaire « Elle parlait et je voyais les scènes de mon viol ».

Comme nous l'avons déjà discuté précédemment, les réactions négatives de sources professionnelles sont particulièrement néfastes pour les victimes (34). Lorsqu'ils doutent des victimes, les victimes peuvent remettre en question l'efficacité de leurs services(34). En effet Chloé disait « qu'elle ne voulait plus jamais y retourner »

Les réactions négatives du personnel du système communautaire semblent être trop fréquentes et les victimes de viol signalent fréquemment avoir reçu des réactions négatives ou inutiles de la part du personnel juridique(34).

Comme nous l'avons discuté précédemment, ces expériences concordent avec des recherches antérieures qui ont documenté des niveaux élevés de doute et d'insensibilité par le personnel des institutions comme la police(34).

XII. Commentaire sur le cas clinique 2

Dans le cas de Pauline, on constate 2 réactions de la part de sa psychologue qui pourraient se qualifier parmi les 5 réactions négatives principales citées précédemment :

1-Le blâme : quand la psychologue aurait dit à Pauline qu'elle portait une part de la responsabilité.

2-Le contrôle : quand la psychologue avait entamé la démarche judiciaire sans consulter l'avis de Pauline. Une démarche qui devait être faite avec ou sans le consentement de Pauline au niveau médico-légale car elle était mineure.

Ces 2 réactions qui ont été mal vécues par Pauline, la rendait méfiante et résistante vis-à-vis du corps médical. La réaction de contrôle (avoir fait un signalement sans son consentement) aurait été le facteur déclenchant de passage à l'acte suicidaire selon ses propos.

En tant que mineure, on a une obligation légale de faire le signalement. Mais cet exemple montre qu'il est important de le faire en lien avec la victime et sa famille, en expliquant les raisons pour lesquelles on le fait.

En ce qui concerne la réaction de contrôle, cela pourrait nous inciter à chercher systématiquement un consentement symbolique de la part des victimes mineures de viol. Et si leur refus persiste, on procède au signalement tout en leur expliquant pourquoi et les conséquences qui en découlent (comme la convocation à la police,

etc).

Comme nous l'avons déjà discuté, les recherches montrent que des réactions telles que culpabiliser la victime, contrôler ses décisions sont liés à des symptômes plus sévères du TSPT chez les victimes d'agression sexuelle(26).

Pauline disait « ce qui m'a traumatisée vraiment c'était les événements et la prise en charge après l'agression ». On constate que Pauline a subi une victimisation secondaire. En effet, comme nous l'avons déjà vu, de nombreuses victimes qui révèlent leur agression à autrui subissent une victimisation secondaire, lorsque les victimes de viol sont exposées à des comportements ou à des attitudes blâmant la victime, l'expérience peut ressembler à une «seconde agression» ou à un «deuxième viol ». Ce phénomène connu sous le nom de «victimisation secondaire»(34)(29). Ce traumatisme secondaire survient lorsque les victimes demandent l'aide de professionnels médicaux ou juridiques, mais que ces professionnels, répondent à cette demande d'aide en blâmant la victime, soit en la tenant pour responsable de l'agression, soit en mettant en doute ses propos, soit en minimisant la gravité du crime(34)(29).

Pauline a vite remis en question l'efficacité de ces services et l'utilité de demander de l'aide à qui que ce soit et s'est montrée très opposante à toute prise en charge médicale.

Ahrens et al. rapportent que les victimes qui ont fait face aux réactions négatives de la part des professionnels exprimaient toutes une méfiance extrême envers les personnes aidantes (34). On constatait en effet une méfiance et un

manque de confiance de la part de Pauline envers le corps médical qu'elle parviendra à mettre en lien plus tard avec l'expérience vécue de sa prise en charge après sa révélation de viol.

Comme Ahrens et al. le rapportent dans leur étude, ces victimes qui ont reçu des réactions négatives de la part de professionnels ont décrit le fait qu'elles se sentaient responsables de l'agression avant de révéler l'agression, une opinion qui a été renforcée lorsqu'elles ont été blâmées par ces professionnels(34). En effet Pauline dit « Ma psychologue m'a dit que je portais une part de la responsabilité ». Elle exprimait le mal que cette phrase lui a fait et puis elle dit « Je sais que je porte une part de la responsabilité ».

L'une des conclusions que l'on peut tirer de ce chapitre est que, si un médecin réagit ou formule une phrase influencée par les mythes, cela risque de rompre la prise en charge et de faire taire la victime. La victime pourrait alors rejeter toute autre prise en charge et la rendre méfiante envers le corps médical. Par conséquent il n'y aura pas de prise en charge de psychotrauma de la victime.

XIII. L'heuristique de disponibilité

Revenons maintenant sur la prévalence assez importante des mythes dans les sociétés, on peut se poser la question suivante : pourquoi autant monde a des mythes autour du viol ? En regardant la littérature on se rend compte très vite que les médias et l'industrie pornographique jouent un rôle très important.

Par exemple les médias perpétuent le mythe du viol selon lequel les femmes mentent au sujet du viol(10). La recherche expérimentale a montré que l'encadrement du viol dans les reportages influait directement sur les attitudes des consommateurs vis-à-vis du viol, de sorte qu'après avoir lu des histoires contenant des mythes sur le viol, les étudiants universitaires étaient plus enclins à blâmer la victime(10). De tels résultats indiquent que les médias avec un focus biaisé sur le récit de l'agresseur, la responsabilité des victimes et l'idée que les femmes mentent à propos du viol pourraient avoir un effet encore plus pernicieux sur les attitudes des consommateurs(10). En outre, les médias semblent se concentrer sur la minorité de cas de viol où des preuves ADN ont prouvé que la femme avait fait une fausse accusation ou les cas de viol où des acquittements ont été faits(10).

Une telle tendance à rappeler des situations hautement médiatisées et à les considérer comme plus communes qu'elles ne le sont en réalité est liée au principe de psychologie connu comme l'heuristique de disponibilité(10). Selon l'heuristique de disponibilité, les individus estiment la probabilité ou la fréquence d'un événement en fonction de la facilité avec laquelle un exemple peut être pris en compte(10). De la même manière que les gens surestiment la probabilité qu'ils pourraient être attaqués par un requin ou mourir dans un accident d'avion, les individus surestiment les chances qu'une accusation de viol est fausse en raison de quelques procès hautement médiatisés où il y a la preuve qu'une femme ment(10).

Dans une étude expérimentale examinant si les titres des journaux ont un effet sur les lecteurs, Franiuk et al. (2008) ont exposé des étudiants universitaires à un article dont le titre porte sur un mythe du viol approuvant ou non le mythe du viol concernant le cas de viol de Kobe Bryant(10). Bryant est un joueur de basket-ball

américain ayant évolué dans la franchise NBA des Lakers de Los Angeles. Il s'agit d'une histoire hautement médiatisée aux états unis en 2003 ou une jeune fille de 19 ans avait déclarée à la police que le joueur l'avait violée dans sa chambre d'hôtel. Sans entrer dans les détails de cette histoire, les résultats de cette étude ont montré que les participants exposés aux titres de ceux qui soutenaient le mythe du viol étaient moins enclins à croire que Bryant était coupable de viol et plus enclin à adopter des attitudes de soutien au viol que les participants exposés au titre qui ne soutenaient pas le mythe du viol(10). Ceci est cohérent avec la recherche psychosociale qui, en général, constate que les médias ont un impact notable sur les attitudes des consommateurs(10).

XIV. Termes à éviter

Je pense qu'il serait plus judicieux d'employer le terme « elle a été une victime de viol » plutôt que « elle s'est faite violer ». Ce dernier terme qui implique une responsabilité de la victime. Un peu comme quand je conseille de dire « un suicide abouti » plutôt que « un suicide réussi ». En effet on ne réussit pas son suicide, et on ne s'inflige pas un viol.

XV. Limites et biais de cette étude

Cette étude a été menée avec la version mise à jour du questionnaire IRMA. Ce questionnaire a été modifié et mis à jour par McMahon et Farmer, avec des termes employés souvent utilisés dans les campus universitaires des états unis. Certains énoncés sont donc formulés pour parler à cette population. Tandis qu'en France, nous avons une culture différente que celle des Etats unis. De plus, la population

interrogée ici est une population de psychiatres et d'internes en psychiatrie. Ces derniers ne correspondront pas au profil des étudiants universitaires aux Etats unis même si les internes sont considérés en tant que tels en France (étudiants universitaires).

Cela a nécessité de notre part de changer certains mots et certaines expressions pour que ça soit plus conforme à notre culture et surtout éliminer certains mots qui n'auraient pas été adaptés à la population interrogée (tels que « slut », même si ce mot n'a été employé que dans 2 énoncés parmi les 22).

La traduction a été délicate et complexe, car certaines expressions en anglais n'avaient pas leur équivalent exact en français.

Néanmoins lorsque l'on étudie la littérature, ces questionnaires ont été utilisés dans plusieurs pays différents avec des populations différentes tels que Chudasama et al. 2013 et Jayalakashmi et al. 2016 en inde auprès d'étudiants en médecine, Mccone et al. 2015 aux Etats unis auprès d'étudiants dans « The US Air Force academy ».

Il peut y avoir également certains biais tels que :

1-Un biais de sélection et de volontariat, les personnes qui ont accepté de répondre au questionnaire pourraient avoir des caractéristiques différentes de celles des personnes qui ont décidé de ne pas y participer.

2-Un biais de méthode lié à la traduction du questionnaire pourrait se traduire en un biais cognitif (mauvais raisonnement tel que certaines réponses à l'énoncé 21).

3-Un biais affectif ou qui pourrait occasionner une modification délibérée des réponses. Par exemple un répondant en colère à cause du questionnaire pourrait répondre « pas du tout d'accord » pour tous les énoncés alors qu'il était « d'accord » pour certains énoncés.

4- Un biais de désirabilité sociale : lié au comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé ou à la motivation provoquée par la valorisation liée au fait d'être sujet d'intérêt (effet Hawthorne).

Conclusion

Une culture qui tolère et minimise le traumatisme causé par la violence sexuelle n'a plus sa place au XXI^e siècle. Au fur et à mesure que le discours s'élargit sur l'agression sexuelle, le harcèlement et les mauvais traitements infligés aux victimes de viol, les universités seront de plus en plus tenues responsables du type de culture qu'elles encouragent et de l'information qu'elles donnent aux étudiants.

En tant qu'institutions de la connaissance et du progrès, les universités ont le pouvoir d'influencer la culture à la fois sur leurs étudiants et dans une société de plus en plus globale. Pour réussir, il faut s'assurer de l'engagement pour la prévention des agressions sexuelles de l'ensemble des intervenants, avec une participation des administrateurs, des étudiants, du corps professoral et du personnel.

L'agression sexuelle est un problème dans le monde entier. En comprenant la nature du problème à l'université, le système éducatif peut établir des partenariats avec les étudiants et le personnel pour élaborer une stratégie qui aborde la prévention aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire.

Les recherches démontrent que l'absence d'approbation d'une croyance par une personne ne signifie pas nécessairement qu'elle ne croit pas implicitement ou que son comportement n'est pas influencé par de telles croyances culturelles. De plus il y a probablement des effets cumulatifs; par exemple, même si seulement une

minorité de la population peut endosser un mythe particulier, la majorité des personnes croient en au moins un mythe du viol(10).

La révélation d'un viol a le potentiel de fournir aux victimes l'assistance et le soutien nécessaires et peut améliorer les résultats après l'agression, cependant, le destinataire de la révélation doit être prêt à répondre d'une manière soutenante⁽¹⁾.

Il semble que les bénéficiaires de la révélation dans tous les milieux de l'aide directe pourraient probablement avoir besoin d'apprendre comment répondre au mieux à la révélation d'un viol, aussi bien pour le bien-être des victimes que pour le leur. Des données de recherche indiquent qu'une proportion notable (20%) des bénéficiaires de la révélation estimaient ne pas en savoir suffisamment pour être utiles ou savoir quoi faire pour la victime, et un nombre important de bénéficiaires de la révélation ont également signalé la détresse concernant l'expérience de la révélation(1). En effet cette détresse contribue à la production des réactions égocentriques auxquelles les victimes de viol font face lorsque elles révèlent une agression sexuelle à un de leurs proches. Enseigner aux aidants informels tel que l'entourage et la famille et aux prestataires de soutien formels tels que le personnel médical les effets utiles et inutiles de diverses réactions à la révélation des agressions peut améliorer leur capacité à réagir de façon soutenante de manière à encourager le processus de rétablissement des victimes(26).

En effet, la recherche expérimentale a déjà montré qu'il est possible d'éduquer les gens à s'engager dans moins de réactions défavorables aux révélations d'agression sexuelle(31).

Dans une étude, un travail initial avec des étudiants montre que les prestataires de soutien peuvent apprendre à réagir de manière favorable et à éviter les réactions sociales négatives(26). Dans une autre intervention expérimentale en travail social visant à réduire l'acceptation des mythes du viol chez les étudiants, après que ces étudiants aient été exposés à des informations sur les mythes de viol et des viols par une connaissance, leurs niveaux d'acceptation du mythe du viol furent en effet réduits(8).

De plus, étant donné que de nombreux aidants (que ça soit la famille ou le personnel médical) ne se sentent pas ouvertement hostiles, il peut être utile de les conseiller sur la différence entre des réactions vraiment utiles et des réactions qui semblent utiles, mais qui ont des effets nocifs(par exemple reconnaissance de l'agression mais sans soutien)(31).

Ce travail devrait être étendu aux sources formelles et informelles qui interagissent avec les victimes(26). Compte tenu de l'importance et de l'impact des réactions sociales sur les symptômes du TSPT chez les victimes du viol et du fait que les victimes présentant plus de symptômes traumatiques semblent susciter des réactions sociales plus négatives (26).

L'éducation est donc vitale dans la prévention du viol et pour favoriser un environnement favorable aux victimes de ce crime, mais il est clair que davantage de recherches sont nécessaires pour améliorer l'efficacité de ces programmes(29).

De plus, il serait intéressant de mener ce travail auprès d'autres médecins et soignants qui sont susceptibles d'être en contact avec les victimes de viol tels que la

médecine générale, la médecine légale, la gynécologie, les urgences, les étudiants en médecine, en psychologie et les étudiants infirmiers par exemple.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Paul LA, Walsh K, Mccauley JL, Ruggiero KJ, Resnick HS, Kilpatrick DG. College Women ' s Experiences With Rape Disclosure : A National Study. 2013;
2. Interministerielle I, La P, Des P, Les C, Et V, Lutte LA, et al. Violences faites aux femmes : les principales données. La Lett l'observatoire Natl des violences faites aux femmes [Internet]. 2015; Available from: http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf
3. Salmona DM. POUR EN FINIR AVEC LE DÉNI ET LA CULTURE DU VIOL en 12 points. 2016;
4. Guillet-May F, Thiebaugeorges O. Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. Médecine & Droit [Internet]. 2006;2006(76):35–43. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1246739106000078>
5. 5 2010. 2010;2007.
6. Salmona M. La victime c'est la coupable... 4 septembre 2009 Muriel Salmona. 2011;
7. Bensussan P. Viol entre époux en droit français : désir, besoin et consentement. Sexologies. 2009;18(3):218–24.
8. Haugen AD, Salter P, Phillips NL. “ I Know It When I See It ”: Recent Victimization and Perceptions of Rape. 2016;
9. Ullman SE. Review and Critique of Empirical Studies of Rape Avoidance. Crim Justice Behav. 2007;34(3):411–29.
10. Edwards KM, Turchik JA, Dardis CM, Reynolds N, Gidycz CA. Rape Myths:

- History, Individual and Institutional-Level Presence, and Implications for Change. *Sex Roles*. 2011;65(11–12):761–73.
11. Page AD. Judging women and defining crime: Police officers' attitudes toward women and rape. *Sociol Spectr*. 2008;28(4):389–411.
 12. Les LESFET, Le RSUR. RAPPORT D ' ENQUÊTE. :1–20.
 13. Pollard P. Judgements about victims and attackers in depicted rapes: A review. *Br J Soc Psychol*. 1992;31(4):307–26.
 14. Beres MA. "Spontaneous" Sexual Consent: An Analysis of Sexual Consent Literature. *Fem Psychol [Internet]*. 2007;17(1):93–108. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0959353507072914>
 15. Bohner G, Weisbrod C, Raymond P, Barzvi A, Schwarz N. Salience of rape affects self-esteem: The moderating role of gender and rape myth acceptance. *Eur J Soc Psychol [Internet]*. 1993;23(6):561–79. Available from: <http://pub.uni-bielefeld.de/luur/download?func=downloadFile&recordId=1779172&fileId=2312568>
 16. Costin F. roles : A Turkish replication. 1993;23(November 1992):327–30.
 17. Masser B, Viki GT, Power C. Hostile sexism and rape proclivity amongst men. *Sex Roles*. 2006;54(7–8):565–74.
 18. Xue J, Fang G, Huang H, Cui N, Rhodes K V., Gelles R. Rape Myths and the Cross-Cultural Adaptation of the Illinois Rape Myth Acceptance Scale in China. *J Interpers Violence [Internet]*. 2016;886260516651315. Available from: <http://jiv.sagepub.com/content/early/2016/06/03/0886260516651315%5Cnhttp://jiv.sagepub.com/content/early/2016/06/03/0886260516651315.full.pdf%5Cnhttp://jiv.sagepub.com/content/early/2016/06/03/0886260516651315?papetoc%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
 19. McMahon S, Farmer LG. An updated measure for assessing subtle rape myths.

- Soc Work Res. 2011;35(2):71–81.
20. Mccone D, Angelis K De, Lords A. No Title. 2015;1–20.
 21. Davies M, Gilston J, Rogers P. Examining the Relationship Between Male Rape Myth Acceptance, Female Rape Myth Acceptance, Victim Blame, Homophobia, Gender Roles, and Ambivalent Sexism. *J Interpers Violence*. 2012;27(14):2807–23.
 22. Golge Z, Yavuz M, Muderrisoglu S, Yavuz M. Turkish university students' attitudes toward rape. *Sex Roles*. 2003;49(11–12):653–61.
 23. Chudasama RK, Kadri AM, Zalavadiya D, Joshi N, Bhola C, Verma M. Attitude and myths towards rape among medical students in Rajkot, India. *Online J Heal Allied Sci*. 2013;12(3):9–14.
 24. Lopez G. Clinique et prise en charge des adultes victimes d'agressions sexuelles. *EMC - Psychiatr [Internet]*. 2012;9(1):1–6. Available from: <http://www.sciencedirect.com.access.yonsei.ac.kr:8080/science/article/pii/S0246107212700184>
 25. Billette V, Guay S, Marchand A. Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : Synthèse des écrits. *Sante Ment Que*. 2005;30(2):101–20.
 26. Ullman SE, Peter-Hagene LC. Longitudinal Relationships of Social Reactions, PTSD, and Revictimization in Sexual Assault Survivors. *J Interpers Violence*. 2016;31(6):1074–94.
 27. Bolger N, Eckenrode J. Social relationships, personality, and anxiety during a major stressful event. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(3):440–9.
 28. Uchino BN. Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med*. 2006;29(4):377–87.

29. Chivers-wilson KA. Sexual assault and posttraumatic stress disorder : A review of the biological , psychological and sociological factors and treatments. 2006;9(2):111–8.
30. Polusny MA, Ries BJ, Schultz JR, Calhoun P, Clemensen L, Johnsen IR. PTSD Symptom Clusters Associated With Physical Health and Health Care Utilization in Rural Primary Care Patients Exposed to Natural Disaster. *J Trauma Stress*. 2008;21(1):75–82.
31. Relyea M, Ullman S. *HHS Public Access*. 2016;39(1):37–52.
32. Hartig 1996. from the SAGE Social Science Collections . All Rights Reserved .
33. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(4):867–79.
34. Ahrens CE. Being Silenced : The Impact of Negative Social Reactions on the Disclosure of Rape. 2006;263–74.
35. Ahrens CE, Stansell J, Jennings A. To Tell or Not to Tell : The Impact of Disclosure on Sexual Assault Survivors ' Recovery. 2010;25(5):631–48.
36. Orchowski LM, Untied AS, Gidycz CA. Social Reactions to Disclosure of Sexual Victimization and Adjustment Among Survivors of Sexual Assault. *J Interpers Violence*. 2013;28(10):2005–23.
37. Halligan SL, Yehuda R. Risk Factors for PTSD. *PTSD Res Q [Internet]*. 2003;14(1):1–8. Available from: <http://www.ptsd.va.gov/professional/newsletters/research-quarterly/V11N3.pdf>
38. Hospitalier P. Place de la consultation de psychotraumatologie dans l'accueil des victimes d'agression sexuelle. 2011;21–30.
39. Campbell R. The Psychological Impact of Rape Victim Experiences With the

- Legal, Medicine and Mental Health Systems. 2008;(November). Available from:
https://www.researchgate.net/profile/Rebecca_Campbell23/publication/300430776_The_Psychological_Impact_of_Rape_Victims%27_Experiences_with_the_Legal_Medical_and_Mental_Health_Systems/links/579915a008ae33e89fb0c4d4/The-Psychological-Impact-of-Rape-Victims-
40. Guillet-may F, Thiebaugeorges O. Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. 2006;2006:35–43.

ANNEXES

I. Annexe 1 : Echelle IRMA (version originale avec la traduction)

Updated Illinois Rape Myth Acceptance Scale (IRMA)

Une échelle pour mesurer le niveau d'acceptation de quelques mythes du viol

	1 <i>Tout à fait d'accord</i>	2 <i>Plutôt d'accord</i>	3 <i>Neutre</i>	4 <i>Plutôt pas d'accord</i>	5 <i>Pas du tout d'accord</i>
Subscale 1: Partie 1 :					
1. If a girl* is raped while she is drunk, she is at least somewhat responsible for letting things get out of hand. <i>Si une femme est violée alors qu'elle est en état d'ivresse, elle est en partie responsable d'avoir laissé les choses aller aussi loin.</i>					
2. When girls go to parties wearing slutty* clothes, they are asking for trouble. <i>Quand les femmes sortent habillées de manières aguichantes, elles cherchent les ennuis.</i>					
3. If a girl goes to a room alone with a guy at a party, it is her own fault if she is raped. <i>Si, au cours d'une soirée, une femme accompagne un homme dans une chambre, c'est de sa faute si elle est violée.</i>					
4. If a girl acts like a slut**, eventually she is going to get into trouble. <i>Si une femme agit comme une aguicheuse, elle finira par avoir des problèmes.</i>					
5. When girls get raped, it's often because the way they said "no" was unclear. <i>Quand les femmes sont violées, c'est souvent parce que leur façon de dire non n'est pas claire.</i>					
6. If a girl initiates kissing or hooking up, she should not be surprised if a guy assumes she wants to have sex. <i>Si une femme commence à draguer ou embrasser un homme, elle ne devrait pas être surprise que ce dernier imagine qu'elle veut avoir une relation sexuelle.</i>					
Subscale 2: Partie 2 :					
7. When guys rape, it is usually because of their strong desire for sex. <i>Quand les hommes commettent un viol, c'est souvent à cause de leur désir sexuel ardent.</i>					
8. Guys don't usually intend to force sex on a girl, but sometimes they get too sexually carried away. <i>D'habitude les hommes n'ont pas l'intention de forcer les femmes à avoir une relation sexuelle, mais il arrive de temps en temps qu'ils se laissent emporter sexuellement.</i>					
9. Rape happens when a guy's sex drive goes out of control. <i>Un viol arrive quand un homme perd contrôle de ses pulsions sexuelles.</i>					
10. If a guy is drunk, he might rape someone unintentionally. <i>Si un homme est ivre, il se pourrait qu'il viole quelqu'un involontairement.</i>					

11. It shouldn't be considered rape if a guy is drunk and didn't realize what he was doing. <i>Si un homme est ivre et ne se rend pas compte de ce qu'il fait, on ne peut pas parler de viol.</i>					
12. If both people are drunk, it can't be rape. <i>Si l'homme et la femme sont tous les deux ivres, on ne peut pas parler de viol.</i>					
Subscale 3: Partie 3 :					
13. If a girl doesn't physically resist sex—even if protesting verbally—it can't be considered rape. <i>Si une femme ne résiste pas physiquement à son agresseur—même si elle proteste verbalement—l'acte sexuel ne peut être considéré comme un viol.</i>					
14. If a girl doesn't physically fight back, you can't really say it was rape. <i>Si une femme ne se défend pas physiquement, on ne peut pas dire qu'elle a été violée.</i>					
15. A rape probably doesn't happen if a girl doesn't have any bruises or marks. <i>Si la femme n'a ni bleus ni marque, il n'y a probablement pas eu de viol.</i>					
16. If the accused "rapist" doesn't have a weapon, you really can't call it rape. <i>Si le « violeur présumé » n'a pas d'arme, on ne peut pas parler de viol.</i>					
17. If a girl doesn't say "no" she can't claim rape. <i>Si une femme ne dit pas "non", elle ne peut pas crier au viol.</i>					
Subscale 4: Partie 4 :					
18. A lot of times, girls who say they were raped agreed to have sex and then regret it. <i>Souvent les femmes qui disent avoir été violées avaient consenti à une relation sexuelle et ensuite l'ont regrettée.</i>					
19. Rape accusations are often used as a way of getting back at guys. <i>Une accusation de viol est souvent une manière de se venger contre quelqu'un.</i>					
20. A lot of times, girls who say they were raped often led the guy on*** and then had regrets. <i>Souvent, les femmes qui crient au viol avaient aguiché un homme et ensuite l'ont regretté.</i>					
21. A lot of times, girls who claim they were raped have emotional problems. <i>Souvent, les femmes qui allèguent avoir été violées ont des problèmes psychologiques.</i>					
22. Girls who are caught cheating on their boyfriends sometimes claim it was rape. <i>Certaines femmes, surprises en train de tromper leur petit ami, se défendent en disant que c'était un viol.</i>					

Mise à jour en 2011, Illinois (USA)

Strongly agree

Strongly disagree

- Scoring: Scores range from 1 (strongly agree) to 5 (strongly disagree).
Système de notation : Les réponses varient de 1 (fortement d'accord) à 5 (fortement en désaccord).
- Scores may be totaled for a cumulative score.
On peut totaliser les réponses pour arriver à un score cumulatif.
- Higher scores indicate greater rejection of rape myths.
Le plus haut le score, le plus l'individu rejette les idées reçues sur le viol.

(Payne, Lonsway, & Fitzgerald, 1999; McMahon & Farmer, 2011)

II. Annexe 2 : Réponses au questionnaire

1-Si une femme est violée alors qu'elle est en état d'ivresse, elle est en partie responsable d'avoir laissé les choses aller aussi loin.

Tout à fait d'accord	0	0%
Plutôt d'accord	0	0%
Neutre	2	0,90%
Plutôt pas d'accord	16	7,60%
Pas du tout d'accord	193	91,50%

2-Quand les femmes sortent habillées de manières aguichantes, elles cherchent les ennuis.

Tout à fait d'accord	0	0%
Plutôt d'accord	3	1,40%
Neutre	7	3,30%
Plutôt pas d'accord	15	7,10%
Pas du tout d'accord	186	88,20%

3-Si, au cours d'une soirée, une femme accompagne un homme dans une chambre, c'est de sa faute si elle est violée.

Tout à fait d'accord	0	0%
Plutôt d'accord	3	1,40%
Neutre	3	1,40%
Plutôt pas d'accord	22	10,40%
Pas du tout d'accord	183	86,70%

4-Si une femme agit comme une aguicheuse, elle finira par avoir des problèmes.

Tout à fait d'accord	0	0%
Plutôt d'accord	27	12,80%
Neutre	34	16,10%
Plutôt pas d'accord	45	21,30%
Pas du tout d'accord	105	49,80%

5-Quand les femmes sont violées, c'est souvent parce que leur façon de dire non n'est pas claire.

Tout à fait d'accord	2	0,90%
Plutôt d'accord	0	0%
Neutre	4	1,90%
Plutôt pas d'accord	30	14,20%
Pas du tout d'accord	175	82,90%

6-Si une femme commence à draguer ou embrasser un homme, elle ne devrait pas être surprise que ce dernier imagine qu'elle veut avoir une relation sexuelle.

Tout à fait d'accord	7	3,30%
Plutôt d'accord	41	19,4%
Neutre	32	15,20%
Plutôt pas d'accord	49	23,20%

Pas du tout d'accord	82	38,90%
----------------------	----	--------

7-Quand les hommes commettent un viol, c'est souvent à cause de leur désir sexuel ardent.

Tout à fait d'accord	1	0,50%
Plutôt d'accord	12	5,70%
Neutre	19	9%
Plutôt pas d'accord	39	18,5%
Pas du tout d'accord	140	66,40%

8-D'habitude les hommes n'ont pas l'intention de forcer les femmes à avoir une relation sexuelle, mais il arrive de temps en temps qu'ils se laissent emporter sexuellement.

Tout à fait d'accord	0	0%
Plutôt d'accord	15	7,10%
Neutre	28	13,30%
Plutôt pas d'accord	45	21,30%
Pas du tout d'accord	123	58,30%

9-Un viol arrive quand un homme perd contrôle de ses pulsions sexuelles.

Tout à fait d'accord	10	4,70%
Plutôt d'accord	39	18,50%
Neutre	27	12,80%
Plutôt pas d'accord	45	21,30%
Pas du tout d'accord	90	42,70%

10-Si un homme est ivre, il se pourrait qu'il viole quelqu'un involontairement.

Tout à fait d'accord	2	0,90%
Plutôt d'accord	9	4,30%
Neutre	22	10,40%
Plutôt pas d'accord	55	26,10%
Pas du tout d'accord	123	58,30%

11-Si un homme est ivre et ne se rend pas compte de ce qu'il fait, on ne peut pas parler de viol.

Tout à fait d'accord	1	0,50%
Plutôt d'accord	1	0,50%
Neutre	2	0,90%
Plutôt pas d'accord	25	11,80%
Pas du tout d'accord	182	86,30%

12-Si l'homme et la femme sont tous les deux ivres, on ne peut pas parler de viol.

Tout à fait d'accord	0	0%
Plutôt d'accord	3	1,40%
Neutre	11	5,20%

Plutôt pas d'accord	28	13,30%
Pas du tout d'accord	169	80,10%

13-Si une femme ne résiste pas physiquement à son agresseur—même si elle proteste verbalement—l'acte sexuel ne peut être considéré comme un viol.

Tout à fait d'accord	3	1,40%
Plutôt d'accord	0	0,00%
Neutre	1	0,50%
Plutôt pas d'accord	6	2,80%
Pas du tout d'accord	201	95,30%

14-Si une femme ne se défend pas physiquement, on ne peut pas dire qu'elle a été violée.

Tout à fait d'accord	0	0%
Plutôt d'accord	0	0%
Neutre	2	0,90%
Plutôt pas d'accord	6	2,80%
Pas du tout d'accord	203	96,20%

15-Si la femme n'a ni bleus ni marque, il n'y a probablement pas eu de viol.

Tout à fait d'accord	0	0%
Plutôt d'accord	0	0%
Neutre	2	0,90%
Plutôt pas d'accord	9	4,30%
Pas du tout d'accord	200	94,80%

16-Si le « violeur présumé » n'a pas d'arme, on ne peut pas parler de viol.

Tout à fait d'accord	0	0%
Plutôt d'accord	0	0%
Neutre	0	0%
Plutôt pas d'accord	4	1,90%
Pas du tout d'accord	207	98,10%

17-Si une femme ne dit pas "non", elle ne peut pas crier au viol.

Tout à fait d'accord	0	0%
Plutôt d'accord	2	0,90%
Neutre	19	9%
Plutôt pas d'accord	27	12,80%
Pas du tout d'accord	163	77,30%

18-Souvent les femmes qui disent avoir été violées avaient consenti à une relation sexuelle et ensuite l'ont regrettée.

Tout à fait d'accord	0	0%
Plutôt d'accord	2	0,90%
Neutre	16	7,60%
Plutôt pas d'accord	48	22,70%

Pas du tout d'accord	145	68,70%
----------------------	-----	--------

19-Une accusation de viol est souvent une manière de se venger contre quelqu'un.

Tout à fait d'accord	1	0,50%
Plutôt d'accord	2	0,90%
Neutre	17	8,10%
Plutôt pas d'accord	46	21,80%
Pas du tout d'accord	145	68,70%

20-Souvent, les femmes qui crient au viol avaient aguiché un homme et ensuite l'ont regretté.

Tout à fait d'accord	0	0%
Plutôt d'accord	4	1,90%
Neutre	8	3,80%
Plutôt pas d'accord	30	14,20%
Pas du tout d'accord	169	80,10%

21-Souvent, les femmes qui allèguent avoir été violées ont des problèmes psychologiques.

Tout à fait d'accord	1	0,50%
Plutôt d'accord	10	4,70%
Neutre	24	11,40%
Plutôt pas d'accord	30	14,20%
Pas du tout d'accord	146	69,20%

22-Certaines femmes, surprises en train de tromper leur petit ami, se défendent en disant que c'était un viol.

Tout à fait d'accord	0	
Plutôt d'accord	0	
Neutre	30	14,20%
Plutôt pas d'accord	40	19%
Pas du tout d'accord	141	66,80%

AUTEUR : Nom : MOSSAD

Prénom : Abdalla

Date de Soutenance : 19/06/2018

Titre de la Thèse : Mythes autour du viol : Quelles sont nos représentations ?

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : (Psychiatrie)

DES + spécialité : (Psychiatrie)

Mots-clés : mythes, viol, réactions négatives, TSPT, éducation, sensibilisation

Introduction : Les mythes sur le viol, sont des attitudes et des croyances généralement fausses mais largement répandues et qui servent à nier et justifier l'agression sexuelle masculine contre les femmes.

Méthode : Nous avons mené une étude pour évaluer le niveau d'adhésion aux mythes autour du viol chez les psychiatres et les internes de psychiatrie dans le Nord et le Pas-de-calais par le biais de l'échelle « IRMA ». Nous avons également réalisé une revue de la littérature plus générale illustrée par 2 cas cliniques.

Résultats : Il y a eu 211 participants. Les résultats montrent que les participants ont une faible adhésion aux mythes avec une moyenne de score globale à 9,06/88 (Ecart-type= 8,16). « Déresponsabiliser l'agresseur » semble être le mythe le moins rejeté. Les résultats montrent que les femmes rejettent significativement plus les mythes que les hommes. Ces résultats sont cohérents avec la recherche et les études précédentes qui montrent que les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'adhérer aux mythes sur le viol. Les résultats montrent que la relation entre la fréquence de la prise en charge des victimes de viol et le rejet des mythes est significativement progressivement croissante. Cette différence significative n'est plus présente après l'analyse multivariable, ce qui est probablement lié à la taille de l'échantillon. La revue de la littérature et les cas cliniques montrent que les mythes sur le viol ont des conséquences graves sur la santé psychique des victimes, surtout quand ces mythes mènent l'entourage et/ou les professionnels à produire des réactions négatives telles que le blâme, la stigmatisation, et le manque de soutien.

Conclusion : Il semble que les bénéficiaires de la révélation pourraient probablement modifier la façon de répondre à une victime de viol aussi bien pour le bien-être des victimes que pour le leur. L'éducation est donc vitale pour favoriser un environnement favorable pour les victimes de viol. En effet, la recherche expérimentale a déjà montré qu'il est possible d'éduquer les gens à s'engager dans moins de réactions défavorables aux révélations d'agression sexuelle.

Composition du Jury :

Président : Professeur THOMAS Pierre

Assesseurs : Professeur VAIVA Guillaume, Professeur COTTENCIN Olivier,
Dr. WAREMBOURG Frédérique









