Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 25 novembre 2016)

ANNEE 2022
présentée et soutenue publiquement
le 29/09/2022 à Poitiers
par Maxence Laurent

Les violences sexuelles comme marqueur prédictif d'un fort sentiment de déshumanisation ? Étude de patients hospitalisés en psychiatrie en soins libres

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari

Membres :
Madame le Maitre de Conférences Ghina Harika-Germaneau
Monsieur le Professeur Jean Xavier

Directeur de thèse : Docteur Damien Doolub

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en disponibilité)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive **(retraite au 01/01/2022)**
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie **(en mission 1an a/c du 12/07/2021)**
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Sommaire

1 INTRODUCTION 8

1.1 VIOLENCES SEXUELLES 8
1.1.1 DEFINITIONS ET HISTOIRE DES VIOLENCES SEXUELLES 8
1.1.2 EPIDEMIOLOGIE 9
1.1.3 IMPACT DANS LES SOCIETES ET SUR L'HUMAIN 11
1.2 GENESE DU TRAUMATISME 15
1.2.1 L'APPARITION DU TRAUMA 15
1.3 TRAUMATISMES 15
1.3.1 DEFINITIONS 15
1.3.2 ÉPIDEMIOLOGIE 16
1.3.3 DE LA VIOLENCE SEXUELLE AUX TRAUMATISMES 17
1.4 SENTIMENT DE DESHUMANISATION 19
1.4.1 DEFINITION 19
1.4.2 HISTORIQUE SENTIMENT DE DESHUMANISATION 20
1.4.3 DESHUMANISATION ET SOINS SOMATIQUES 20
1.4.4 DESHUMANISATION ET SOINS PSYCHIQUES 21
1.5 PERCEPTION DES VICTIMES – DESHUMANISATION 22
1.6 HYPOTHESES 22
1.6.1 HYPOTHESE PRINCIPALE 22
1.6.2 HYPOTHESES SECONDAIRES 23
1.7 OBJECTIFS 24
1.7.1 OBJECTIF PRINCIPAL 24
1.7.2 OBJECTIFS SECONDAIRES 24

2 METHODES 25

2.1 TYPE D'ETUDE 25
2.2 PARTICIPANTS DE L'ETUDE 26
2.2.1 CRITERES D'INCLUSION 26
2.2.2 CRITERES DE NON-INCLUSION 26
2.2.3 CRITERES D'EXCLUSION 27
2.3 MODE D'EVALUATION 27
2.3.1 QUESTIONNAIRES 28
2.4 CRITERES DE JUGEMENT 31
2.4.1 CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL 32
2.4.2 CRITERE DE JUGEMENT SECONDAIRE 32
2.5 ANALYSES STATISTIQUES 32

3 RESULTATS 33

3.1 L'IMPACT DES EXPERIENCES PHYSIQUES ET SEXUELLES SUR LE SENTIMENT DE DESHUMANISATION CHEZ DES PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE POUR LA DECOMPENSATION D'UN TROUBLE DE L'HUMEUR 33
3.2 L'IMPACT DES EXPERIENCES PHYSIQUES ET SEXUELLES SUR LE SENTIMENT DE DESHUMANISATION CHEZ DES PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE POUR LA DECOMPENSATION D'UN TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC UN TROUBLE D'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE COMORBIDE (H2) 36
3.3 L'IMPACT DU SEXE DES PATIENTS HOSPITALISEES EN PSYCHIATRIE POUR TROUBLES DE L'HUMEUR ET VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES ET PHYSIQUES ET LE SENTIMENT DE DESHUMANISATION (H3) 38
3.4 L'IMPACT DE LA PRESENCE DE L'ITEM 18 DU THQ : EXPERIENCES PHYSIQUES ET SEXUELLES TELLES QUE « QUELQU'UN VOUS A-T-IL DEJA FORCE A AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS, OU ENCORE DES RAPPORTS DE TYPE ORAL, ANAL ? » SUR LE SENTIMENT DE DESHUMANISATION (H04) 40
3.5 L'IMPACT DE LA PRESENCE D'EXPERIENCES PHYSIQUES ET SEXUELLES TELLES QUE DE L'ITEM 19 DU THQ : « QUELQU'UN A-T-IL DEJA TOUCHE DES PARTIES INTIMES DE VOTRE CORPS, OU VOUS A-T-IL FAIT TOUCHER LES SIENNES PAR LA FORCE OU LA MENACE ? » SUR LE SENTIMENT DE DESHUMANISATION MOYEN EST PLUS ELEVE QU'EN L'ABSENCE DE TELLES EXPERIENCES SEXUELLES (H4) 41
3.6 L'IMPACT DE LA PRESENCE D'EXPERIENCES PHYSIQUES ET SEXUELLES TELLES QUE « Y A-T-IL D'AUTRES SITUATIONS, AUTRES QUE LES INCIDENTS MENTIONNES AUX ITEMS 18 ET 19 OU UNE PERSONNE A TENTE DE VOUS FORCER A AVOIR DES CONTACTS SEXUELS NON DESIRES ? » SUR LE SENTIMENT DE DESHUMANISATION MOYEN EST PLUS ELEVE QU'EN L'ABSENCE DE TELLES EXPERIENCES SEXUELLES (H5) 43

4 DISCUSSION 44

5 CONCLUSION 51

6 BIBLIOGRAPHIE 52

7 ANNEXES 57

Remerciements

A monsieur le Professeur N. Jaafari,
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Votre bienveillance dans la relation à vos internes, votre investissement auprès de nous et de nos projets me pousse à vous exprimer ma profonde gratitude et mon plus grand respect.

A Monsieur le Docteur D. Doolub,
Je te remercie de m'avoir accompagné tout au long de ce travail, de m'avoir gratifié de ta sollicitude et de ton amitié. Sois assuré de la mienne. Tu as fondé et pavé le parcours qu'est le mien aujourd'hui, je ne pouvais espérer meilleur tuteur.

A madame le Maitre de conférences Docteur G Harika Germaneau,
Je vous remercie chaleureusement de m'avoir accueilli et guidé au cours de ce stage, et de ce travail de thèse. Votre bienveillance et votre expertise m'ont permis de m'épanouir au sein d'un domaine qui m'était inconnu.

A Monsieur le Professeur J. Xavier,
Je vous remercie de participer à mon jury de thèse, et de me faire l'honneur de bénéficier de votre expertise.

A ma compagne, Teslima,
Ta présence dans ma vie est un cadeau. Je te remercie pour ta bienveillance, ton enthousiasme, ton indéfectibilité à mes côtés. Je suis impatient de continuer à construire avec toi le plus beau des ouvrages. Sois assurée de mon amour infini.
A ma famille, Séverine, Guy, Justine,
Merci d'avoir permis la réalisation de cette vocation, de m'avoir fait découvrir la médecine, la psychiatrie, la soif de savoir et de gravir. Votre patience, votre soutien et votre amour m'ont ouvert les portes d'une vie épanouie et riche, je vous en suis éternellement reconnaissant.

A mon autre famille, Fouad, Traki, Lotfi, Filo,

Je suis heureux de vous savoir auprès de moi, je vous remercie pour ce que nous avons partagé, et partagerons encore.

A mes amis,

A Thomas, Kevin, Elie, Antoine, Charles, merci de m'avoir accompagné tout au long de ma vie, quotidienne, festive et sportive, d'avoir fait de la montagne et de l'océan des endroits joyeux et remplis de dépassement de soi.

A Teo, Peter, Nicolas, Jéromine, Gabriel, malgré la distance qui nous sépare, je ne peux envisager un quotidien sans vous.

Aux amis de Bordeaux, Robin, Joakim, Val, Marion, Baptiste, Julia, Camille, Adèle, je vous remercie de répondre à l'appel à chacune de mes escales dans notre ville. Je vous renouvelle ma plus profonde amitié.

Aux pictaviens, aux ligugéens, Charlotte, Olivier, Marie, Thibaut, Laura, Ryadh, Julie merci de m'avoir ouvert les portes de votre monde et d'avoir fait de ma présence à vos côtés une joie.

Aux niortais, Margot, JB, Cyrielle, Alexis, Camille, Mathilde, Bérénice, Estelle. Vous avoir trouvé sur la route de mon internat et vous avoir gardé avec moi est un réjouissement de chaque instant, je chéris notre amitié.

A Jérôme, ton investissement tant amical que pédagogique m'a ouvert des portes que je n'aurais espéré entrevoir. Merci pour ta justesse et ta fidélité.

1 Introduction

1.1 Violences sexuelles

1.1.1 Définitions et histoire des violences sexuelles

Les violences sexuelles sont définies par l'OMS comme « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » ; (Krug et al., 2002a). Elles regroupent ainsi le viol, les agressions sexuelles, ainsi que les atteintes sexuelles. La coercition peut revêtir plusieurs formes en droit français. La violence, la contrainte, la menace et la surprise sont des éléments pouvant la constituer (Mayaud, 2018a).

Les définitions des violences sexuelles sont variables, autant géographiquement qu'au cours de l'évolution des lois. Ainsi, toutes les violences sexuelles exercées au sein du couple, constituant une part très importante de ces dernières, ne sont criminalisées que depuis la fin du XXème siècle, dans des proportions variables selon les pays. Le facteur de conjugalité peut ainsi, selon l'époque et le lieu constituer un facteur aggravant, une infraction spécifique, où encore un facteur de clémence (Randall et al., 2017).

Historiquement, l'on retrouve donc la notion d'impossibilité d'existence de violences sexuelles au sein du couple marié (Herring, 2014), le mariage étant vu comme un renoncement au consentement dans la sexualité de l'épouse. Hale, Pénaliste anglais à l'empreinte reconnue, énonçait dans un ouvrage paru en 1734, *Historia Placitorum Coronae* que « le mari ne saurait être coupable de viol commis par lui-même sur son épouse légitime, car par le consentement

et les contrats mutuels [des époux], l'épouse s'est ainsi abandonnée à son époux, et ne peut se rétracter », (Hale et al., 1736). Jusqu'au XXème siècle, demeurera le principe de « Couverture » au sein des lois américaines et anglaises, doctrine légale assujettissant les droits d'une femme à ceux de son mari (Blackstone, 1753)

En France, a été reconnu pour la première fois le viol entre époux dans un arrêt de Chambre criminelle de la Cour de cassation du 5 septembre 1990 (Mayaud, 2018a). Depuis, l'article 222-22 du Code pénal (Mayaud, 2018b) précise que le viol est constitué « Quels que soit la nature des relations existantes entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage » ; (Mayaud, 2018b). Ces éléments n'ont émergé que très récemment et l'on peut expliquer par cela la persistance de croyances populaires tenant au « devoir conjugal ».

Au sein même des lois internationales et notamment de la convention de Genève (article 27), le viol demeure jusqu'en 1949 un « crime d'honneur » et non un crime de nature sexuelle (Comité international de la Croix-Rouge, 1949).

Dans les années 1990, la Cour pénale internationale reconnait enfin le viol comme atteinte spécifiquement dirigée contre la femme et non contre son honneur, ou celui de sa famille ou de son conjoint (Lehr-Lehnardt, 2001).

Avant d'aborder la question de la prévalence de ces violences, évoquons la grande difficulté à avoir une définition homogène de ce que représentent les violences sexuelles selon les cultures et de ce qui transparait au sein des statistiques de chaque état. Exemple éloquent, en 1997 demeuraient quatorze pays d'Amérique latine possédant une législation dite « de réparation » au sein de laquelle les auteurs pouvaient échapper aux poursuites pénales pour viol s'ils épousaient leurs victimes (Sims, 1997).

1.1.2 Epidémiologie

Les violences sexuelles sont catégorisées par l'Organisation mondiale de la santé comme un « problème mondial de santé publique grave » (Organisation mondiale de la santé, 2002). Ces violences concernent les pays du globe de manière homogène (World Health Organization, 2021). En France, on peut noter que l'enquête « VIRAGE » (pour « violences et rapports de genre ») menée en 2016 relevait que 14.5% des femmes et 3.9% des hommes avaient subi des violences sexuelles au cours de leur vie (Debauche et al., 2017). Ces violences incluaient viols, tentatives de viols, attouchements sexuels, des seins ou des fesses, baisers imposés par la force ou encore de pelotage. (Bozon, 2020)

Concernant les violences sexuelles faisant l'objet d'un enregistrement par les autorités judiciaires (Viols et Agressions sexuelles), les chiffres de l'INSEE concernant l'Europe montrent une augmentation globale au sein du continent sur les dernières années. En valeur absolue, l'on retrouvait donc recensés par les autorités environ 215 000 crimes sexuels en Union Européenne en 2015, dont environ 80 000 viols. Les victimes étaient principalement les femmes avec neuf victimes de viol sur dix et huit victimes d'agression sexuelle sur dix. La grande majorité des auteurs était des hommes (99%). En France la même année, l'on recensait 32 900 crimes sexuels dont 13 000 viols (Office for Official Publications of the European Communities & European Commission, 2017).

S'agissant de la tendance actuelle, il est noté par la même étude Eurostat une augmentation globale de 57% entre 2014 et 2018 des plaintes violences sexuelle enregistrées par les autorités judiciaires. Certains pays comme la France et le Royaume-Uni ont vu, sur la même période leur déclarations augmenter de 60% et de 98% respectivement. Cette augmentation résulte en partie des changements de modalités de recueil des plaintes, avec notamment l'augmentation des budgets des états dédiés à la prise en charge des victimes. (European Commission. Directorate General for Justice and Consumers., 2022)

L'hypothèse d'une plus grande mobilisation des victimes vers les autorités en lien avec le mouvement de libération de la parole autour de ses violences (mouvements « Me Too », « Yo si te creo ») peut également être soulevée pour expliquer cette augmentation. Ainsi, en France, l'enquête VIRAGE relevait que seules 12% des victimes de viols ou de tentatives de viol avaient choisi de déclarer ces faits aux autorités (Bozon, 2020)

De plus, il est à noter qu'une part non négligeable de ces violences sexuelles surviennent au sein du couple, prenant la forme d'actes sexuels non consentis, de viols conjugaux. L'OMS considère ces violences sexuelles conjugales comme une entité particulière où dans 47 % des cas, le conjoint ou l'ex-conjoint est l'auteur des faits (World Health Organization, 2021)

1.1.3 Impact dans les sociétés et sur l'humain

1.1.3.1 Impact social

La prévalence même de ces violences constitue de fait une problématique sociétale, ce d'autant qu'elle apparait, à quelques exceptions près, globale et homogène sur le plan mondial (World Health Organization, 2013). L'on retrouve une exception notable au sein des pays industrialisés, avec le Japon au sein duquel la prévalence de ces violences, ou du moins de celles déclarées, est trois à dix fois moindre que dans la plupart des pays industrialisés (Leonardsen, 2004, 2010; Pioch & Aizawa, 2022). L'Organisation mondiale de la santé souligne qu'au-delà du poids sur les individus, ces violences pèsent de manière massive sur les systèmes de santé, la justice pénale, les services sociaux et le tissu économique des communautés (World Health Assembly, 2016).

Prenons pour exemples, les cas du Canada, ainsi que l'Union européenne, dont les statistiques nous éclairent sur le coût estimé des agressions et infractions d'ordre sexuel. S'agissant du Canada, le coût global reviendrait à cinq milliards de dollars, décomposés en 3.6 milliards pour les femmes, le reste pour les hommes (Hoddenbagh et al., 2015). C'est une estimation globale prenant en compte les éléments cités ci-dessus.

S'agissante de l'Union Européenne, en se concentrant sur les violences dites « de genre », c'est-à-dire les violences basées sur le genre, incluant en plus des violences sexuelles les violences conjugales, le coût en 2021 était estimé à environ 366 milliards d'euros par an, dont 79 % de ce coût, soit 289 milliards d'euros, dédié aux femmes uniquement (European Commission. Directorate General for Justice and Consumers., 2022; European Institute for Gender Equality. & ICF Consulting Services Ltd., 2021). Ces statistiques sont produites par l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes, organe créé par le Conseil de l'Union Européenne en 2010 et basé à Vilnius.

Enfin, le fait d'avoir été victime dans l'enfance expose à une prévalence supérieure de nouvelle exposition (Brenner & Ben-Amitay, 2015; Walker et al., 2019)

1.1.3.2 Impact sur les individus

Au-delà de l'impact global sur les sociétés, il doit être mentionné la place centrale des conséquences de ces violences au cœur de la pratique du soin, et de la psychiatrie plus spécifiquement, ces dernières apparaissant à chacun comme fortement pourvoyeuses de morbidité, physique sociale et psychique.

Leur impact, au-delà des séquelles physiques, s'exerce au sein du psychisme de la victime, mettant parfois en péril sa santé sexuelle et génésique, immédiatement au décours mais également à distance de l'évènement (Krug et al., 2002b)

La bonne santé sociale et la relation à l'autre s'en trouvent également altérée (Brown, 2015; Mollica & Son, 1989). Ce constat est également tiré au sein d'une population d'adolescents et de jeunes adultes, en milieu scolaire : les victimes de violence sexuelle se retrouvant fréquemment dans un isolement relativement à leur groupe de pairs, dans des proportions souvent plus fortes que leurs agresseurs.

Cela résulte en des difficultés à mener à bien leur scolarité, d'autant plus quand l'agresseur fait partie de l'établissement. Ces éléments sont soulignés dans l'étude « What will my friends think ?» ; (Clasen et al., 2018) et laissent présager de l'impact sur le plan psychiatrique depuis que de nombreux troubles à la prévalence majorée ont été retrouvé chez les victimes : le syndrome de stress post traumatique, la dépression, la psychose, et le mésusage de substances (Oram et al., 2017).

En termes de proportion, une étude anglaise a démontré qu'il y avait une prévalence de 40% pour les violences sexuelles subies (viol et tentative de viol) chez les femmes au contact de structures publiques de soin psychique, dont 10% qui avaient été victimes de ces actes dans les douze derniers mois. (Khalifeh et al., 2015a). Au chapitre des comorbidités, il est donc observé une concomitance des maladies psychiques, mais également de nombreuses associations à des troubles somatiques fortement associés aux violences sexuelles subies.

1.1.3.3 Impact sur la santé physique

La santé physique se retrouve donc impactée dans les suites immédiates et tardives de violence sexuelle. La prévalence d'accidents domestiques, de conduites à risque, sexuelle ou non, de difficultés cognitives était majorée de manière importante (Pengpid & Peltzer, 2020). Notons que l'augmentation de ces risques était supérieure chez les hommes (Basile et al., 2020)

1.1.3.4 Impact sur le risque suicidaire

Les femmes ayant subi des violences sexuelles au cours des douze derniers mois sont bien plus à risque de suicide. Ainsi, il a été retrouvé un risque 26 fois plus élevé de passage à l'acte suicidaire chez les femmes ayant été victimes des violences sexuelles que chez les femmes indemnes de violences sexuelles (World Health Organization, 2013). L'étude de Khalifey et al. citée précédemment relevait également chez les femmes anglaises interrogées dans les mois suivant un viol ou une tentative de viol une tentative de suicide chez la moitié d'entre elles (Khalifeh et al., 2015b).

1.1.3.5 Impact sur le risque de trouble de l'humeur

Une étude menée chez des adultes jeunes (de 18 à 24 ans) retrouvait, au-delà de ce risque suicidaire majoré, une plus forte prévalence des troubles de l'humeur, à l'exception des épisodes maniaques (Mondin et al., 2016).

1.1.3.6 Impact sur le trouble de la personnalité borderline

Le fait d'être victime d'abus sexuel prédestinerait au développement d'un trouble de la personnalité borderline (de Aquino Ferreira et al., 2018). Ce constat qui apparait ancré dans l'imaginaire général de la psychiatrie est étayé par plusieurs études. Il apparait également que des critères de sévérité puissent être dégagés et que les patients atteint d'un trouble de la personnalité borderline concomitamment, au fait d'être victimes de violences sexuelles, présenteraient des symptômes plus sévères ainsi qu'un pronostic plus sombre. Les pratiques d'automutilation seraient aussi plus fréquentes (de Aquino Ferreira et al., 2018).

1.2 Genèse du traumatisme

1.2.1 L'apparition du trauma

La prévalence d'un trouble de stress post traumatique (TSPT) est très élevée chez les victimes de violence sexuelle notamment pour le viol. Il s'agit d'un type de traumatisme très pourvoyeur de ce trouble (Rivara et al., 2019). Le fait que les violences soient de nature incestueuse, ainsi que leurs occurrences dans l'enfance sont deux facteurs renforçant l'apparition d'un TSPT (Darves-Bornoz, 1997).

Il apparait une responsabilité globale vis-à-vis de la prise en compte et de la prise en charge de ces symptômes, dans la mesure où l'apparition d'un TSPT est liée à la reconnaissance de ce dernier, notamment par les autorités judiciaires : le fait de ne pas être cru par la police lors d'une déposition serait pourvoyeur d'une prévalence majorée (McQueen et al., 2021). Les auteurs relèvent également que de telles prises en charge par la police menaient non seulement à une perte de confiance dans l'institution judiciaire et aussi à un renoncement à de futures poursuites, à une diminution du « *self-trust* » qui est la conviction d'être réellement victime, mais également un fardeau social, celui de la victimisation secondaire s'ajoutant à celui de l'agression elle-même (Lorenz et al., 2021)

1.3 Traumatismes

1.3.1 Définitions

Dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5), une situation est dite traumatogène si elle implique « une mort effective, une menace de mort, une blessure grave, ou des violences sexuelles » (American Psychiatric Association et al., 2013). L'on peut alors avancer qu'un traumatisme est toute exposition d'un individu à une situation dans laquelle ses défenses psychiques se retrouvent ébranlées.

Plusieurs troubles psychiques peuvent résulter de ces traumatismes, et sont appelés de manière générique « psychotrauma » où le trouble de stress post traumatique est particulièrement étudié. On pourra citer dans les autres conséquences possibles à ces expositions les phobies isolées post traumatiques, les problématiques addictives post traumatiques, ou encore les troubles somatoformes post traumatiques (Dworkin et al., 2017).

1.3.2 Épidémiologie

En globalité, si l'on inclut toutes les manifestations psychotraumatiques citées dans le paragraphe précédent, leurs prévalences vie entière se situe à 4,6 % en France (Vaiva et al., 2008). Toujours en France, concernant la manifestation la plus fréquente, à savoir le TSPT (The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators* et al., 2004), il touche entre 1 et 2 % de la population.

Ils ont une prévalence très variable selon les populations considérées. L'exemple le plus emblématique, ayant fait émerger dans la population générale la connaissance de ce syndrome, concerne les vétérans de la guerre du Vietnam, est retrouvée chez ces derniers une prévalence de 17 à 26 % (Marmar et al., 2015). La population militaire demeure toujours exposée, avec dans les études récentes une prévalence vie entière de 7.7 à 17 % aux Etats-Unis (Schein et al., 2021).

S’agissant des victimes de violences sexuelles, une étude australienne retrouvait chez les femmes en ayant été victimes, une prévalence des traumas allant jusqu’à presque 50 % concernant le viol (Creamer et al., 2001).

1.3.3 De la violence sexuelle aux traumatismes

1.3.3.1 Mécanismes au niveau neurophysiopathologique

Le Syndrome de stress post-traumatique se développe en lien avec deux fonctions principales : la mémoire et les émotions (Tapia et al., 2007). La réponse neuro-endocrine au stress est proche de celle impliquée dans le vécu émotionnel, notamment du point de vue des neurotransmetteurs avec notamment deux circuits jouant un rôle prépondérant à un stimulus stressant : le système nerveux parasympathique (SNP) et l’axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien (HHS). La réponse est à l’initiative du SNP, puis l’axe HHS se met en action et induit un rétrocontrôle inférant un retour à l’état précédent le stress. Les glucocorticoïdes sont impliqués dans ce retour à un état basal pouvant initier le processus de résilience (Daskalakis et al., 2013; Yehuda et al., 2015)

D’autres rôles leur sont attribués, tels que la consolidation de la mémoire, et du vécu émotionnel. L’hypothèse évoquée pouvant préciser la physiopathologie d’un tel processus relève du fait qu’ils ne semblent pas être impliqués dans la consolidation d’informations « neutres » émotionnellement. Cette particularité tient peut-être au fait que leurs actions se centre sur l’amygdale qui participe activement au vécu émotionnel des expériences (de Quervain et al., 2009; Pelletier et al., 2005)

Notons également la plus grande concentration d’agents pro inflammatoires et de la noradrénaline et une diminution de la cortisolémie chez les patients présentant un TSPT, relativement aux sujets en étant exempts, même en cas de traumatisme chez ces derniers.

(Daskalakis et al., 2013 ; Nicholson et al., 2014). Ces variations peuvent expliquer la plus grande vulnérabilité de certains sujets au développement d'un TSPT, l'hypothèse est faite qu'il s'agit d'un facteur de risque.

S'agissant des conséquences de ces anomalies, une hypersensibilité se développe en lien avec les stimuli pouvant évoquer l'environnement dans lequel le traumatisme est survenu, majorée par l'hypermnésie induite par l'anomalie de la réponse initiale qui engendre une réponse émotionnelle négative Chez ces sujets atteints de TSPT, il est noté un biais dans l'appréhension des souvenirs, avec une plus grande perceptibilité des souvenirs à valence émotionnelle négative associés au traumatisme (Tapia et al., 2007).

1.3.3.2 Impact sur le vécu émotionnel subjectif

A l'échelle individuelle, l'impact sur le psychique des violences sexuelles sur les individus en étant victimes est fréquemment accompagné de TSPT, ou d'autre formes de manifestations pathologiques qui s'expriment avec une sévérité plus importante, notamment chez les femmes (DiMauro & Renshaw, 2019)

S'agissant du TSPT, de nombreuses publications abordent les difficultés rencontrées par les victimes, notamment sur un plan affectif (DiMauro & Renshaw, 2021). Largement étudié chez les hommes et notamment les vétérans d'Afghanistan et d'Iraq, apparaissaient des niveaux de satisfaction très altérés dans les relations de couple (McGinn et al., 2017)

La symptomatologie des victimes de violences sexuelles, dont le TSPT, peut se présenter différemment que celles acquises dans un contexte de guerre, sont de plus en plus étudiées depuis quelques années. Le bien-être ressenti au sein d'une relation amoureuse, évalué notamment via trois axes (la sexualité, la communication et l'hostilité), serait dégradé pour les patientes atteintes de TSPT n'ayant pas de soins, relativement à celles qui en reçoivent, et aux individus n'ayant pas de TSPT (DiMauro & Renshaw, 2021). Cette dégradation s'exprime de

manière accrue sur le plan de la sexualité (DiMauro & Renshaw, 2021). Une corrélation négative est également soulignée par les auteurs entre qualité de la communication déclarée dans la relation, et la sévérité des symptômes de TSPT (DiMauro & Renshaw, 2021).

Le vécu émotionnel du TSPT peut être donc amélioré – ou dégradé – par un contexte relationnel amoureux donné. Ce contexte serait d'ailleurs mis en avant par les victimes comme un lieu privilégié de prise de parole, précédant une initiation de démarche de soins souvent difficile dans le TSPT (DiMauro & Renshaw, 2021).

A noter également, le degré d'auto-culpabilisation (*self-blame*) des victimes de violences sexuelles qui contribuerait à une majoration de l'intensité des symptômes dans les suites directes de l'événement, ainsi qu'à la chronicisation du syndrome (Kline et al., 2021). L'hypothèse d'une intériorisation d'un discours populaire culpabilisant pousserai à souligner l'importance de la reconnaissance du statut de victime.

1.4 Sentiment de déshumanisation

1.4.1 Définition

Dans le sens commun, il s'agit de « faire perdre son caractère humain à un individu, à un groupe, de lui enlever toute générosité, toute sensibilité » (Larousse, 2020). En psychologie sociale, le sens est étendu au processus qui mène un individu ou un groupe à être perçu comme inférieur au genre humain, en éludant une partie de la totalité de son humanité (Leyens et al., 2007). C'est un processus qui touche fréquemment les victimes de conflits intergroupes, les populations et les individus discriminés, que cette discrimination soit systémique ou

individuelle (Reavell & Fazil, 2017). Il permet le désengagement moral de l'oppresseur, de celui qui déshumanise.

1.4.2 Historique sentiment de déshumanisation

Initialement étudié principalement du point de vue de son expression au sein des conflits et notamment des génocides (Haslam & Loughnan, 2014), ainsi que par Arendt, qui théorise le concept de « banalité du mal » dont les mécanismes sous-jacents en dépendent (Arendt, 2005), le sentiment de déshumanisation fait son entrée dans le champ de la recherche sous sa forme la plus quotidienne.

Il en est ainsi constaté, des manifestations caractéristiques au sein des soins médicaux, de l'éducation et dans le cadre des violences de genre (Haslam, 2006). Cette approche plus inclusive de formes banales et diverses de déshumanisation ouvre alors des perspectives, notamment pour l'application aux soins psychiques. Le sentiment de déshumanisation devient un marqueur intéressant à mesurer, ce d'autant qu'il concerne particulièrement les personnes affectées par des maladies psychiques dont l'acceptation sociale demeure faible notamment dès que la liberté est restreinte (Roberts, 2020).

1.4.3 Déshumanisation et soins somatiques

Concernant les soins en général, l'on peut expliquer aisément la place qu'occupe ce concept, notamment via l'aspect « utile » que peut revêtir la déshumanisation s'agissant par exemple de celle projetée par un chirurgien sur un corps qu'il opère. Il s'agit alors d'un mécanisme de défense face au traumatisme que peut représenter la souffrance du patient (Amen

& Nolen, 2021; Mejía Merino et al., 2018). Il a d'ailleurs été notée une corrélation négative entre déshumanisation des patients et survenue de syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants (Fournier & Laurent, 2020).

Outre cet avantage, il s'agit d'un aspect à interroger afin de ne pas nuire à la prise en compte des patients dans leur globalité. Un aspect étudié est celui du sentiment de déshumanisation fréquemment éprouvé lors d'un accouchement (Universidad de Antioquia et al., 2018): les femmes interrogées via un questionnaire semi-structuré décrivaient un sentiment de perte d'humanité, de ne devenir que les instruments de l'équipe médicale, d'être réifiées, et perçues comme uniquement tournés vers l'objectif de la délivrance (Mejía Merino et al., 2018).

Cela semble rejoindre la question très actuelle des violences gynécologiques et obstétriques, dont se saisissent des associations de patientes refusant une vision « mécaniste » de leur corps. Cela a mené à certains gynécologues à s'interroger et à publier des recommandations sur la prise en compte de la potentialité de création ou de réactivation d'un traumatisme d'ordre sexuel, notamment lors de l'examen gynécologique dit de routine (Gorfinkel et al., 2021). Dans l'article mentionné, « L'examen génital et gynécologique qui tient compte des traumatismes subis », l'auteur participe via cette prise en compte globale, de la réhumanisation des patients (Gorfinkel et al., 2021). Le sentiment de déshumanisation, pouvant comme nous l'avons vu, être iatrogène, occupe une place particulièrement prégnante en soins somatiques, mais également en soins psychiques.

1.4.4 Déshumanisation et soins psychiques

S'agissant de la psychiatrie, de nombreuses spécificités de la discipline poussent à anticiper un fort sentiment de déshumanisation chez les patients notamment dans les soins sans

consentement et des mesures de contention et d'isolement qui dépossèdent temporairement de leurs libertés de mouvement (réification, infantilisation ; Szasz, 1991; Szasz, 1973a).

La perception mécaniste dont les patients peuvent faire l'objet, dans le cas où l'on s'axerait trop exclusivement sur une approche neurobiologique et catégorisant de leur trouble participe au sentiment suscité (Gambrill, 2014). Cela peut en effet résulter en une dépossession du patient de son trouble si l'abord avec un jargon trop technique l'exclut de fait de sa compréhension.

Enfin, le traitement médiatique global de situations de violence pouvant survenir en psychiatrie, pouvant être commises par des patients, est en défaveur d'une appréhension saine de ce que constituent les troubles mentaux dans leurs globalités (Stuart, 2006). La mauvaise compréhension des ressorts des différents troubles, notamment du trouble bipolaire et des psychoses, et leurs couvertures sensationnalistes, peut engendrer une stigmatisation, et une bestialisation des patients en étant atteints (Ross et al., 2019; Thys et al., 2020).

1.5 Perception des victimes – Déshumanisation

S'agissant du rôle de l'entourage, il est établi que la réponse sociale de l'entourage de la victime détermine l'apparition ou non de symptômes de stress post-traumatique, et leur intensité, et souligne l'intérêt de la formation à ces concepts, pour les soignants de première ligne, mais également pour la population générale (Morris & Quevillon, 2021)

1.6 Hypothèses

1.6.1 Hypothèse principale

L'hypothèse principale (H1) de ce travail de thèse est que chez les patients hospitalisés en psychiatrie, le sentiment de déshumanisation est d'autant plus fort chez les patients touchés par les violences sexuelles que chez les patients qui n'ont pas été victimes de violences sexuelles antérieurement.

1.6.2 Hypothèses secondaires

L'hypothèse (H2) est que le sentiment de déshumanisation est plus élevé chez les patients hospitalisés en psychiatrie en cas de présence d'un TSPT, en plus du fait d'avoir été victime de violences sexuelles que chez des patients qui n'ont pas été victimes de violences sexuelles et qui n'avaient pas de TSPT.

L'hypothèse (H3) est que chez les patients hospitalisés en psychiatrie, il existe un plus fort sentiment de déshumanisation chez les personnes de sexe féminin et victimes de violences sexuelles que chez les personnes de sexe masculin et victimes de violences sexuelles.

L'hypothèse (H4) est qu'en présence d'expériences physiques et sexuelles telles que « quelqu'un vous a-t-il déjà forcé à avoir des rapports sexuels, ou encore des rapports de type oral, anal ? », le sentiment de déshumanisation moyen est plus élevé qu'en l'absence de telles expériences sexuelles.

L'hypothèse (H5) est qu'en présence d'expériences physiques et sexuelles telles que « quelqu'un a-t-il déjà touché des parties intimes de votre corps, ou vous a-t-il fait toucher les siennes par la force ou la menace ? », le sentiment de déshumanisation moyen est plus élevé qu'en l'absence de telles expériences sexuelles.

L'hypothèse (H6) est qu'en présence d'expériences physiques et sexuelles telles que « Y a-t-il d'autres situations, autres que les incidents mentionnés aux hypothèses H4 et H5, où

une personne a tenté de vous forcer à avoir des contacts sexuels non désirés ? », le sentiment de déshumanisation moyen est plus élevé qu'en l'absence de telles expériences sexuelles.

1.7 Objectifs

1.7.1 Objectif principal

L'objectif principal de ce travail de thèse est de démontrer que le fait d'avoir été victime des violences sexuelles est pourvoyeur d'un fort sentiment de déshumanisation, plus que chez les patients indemnes de violences sexuelles (toutes causes confondues – item 18,19 et 20 du THQ), hospitalisés dans le même contexte.

1.7.2 Objectifs secondaires

Ils sont de démontrer que :

- la présence d'un TSPT, concomitamment au fait d'avoir été victime de violences sexuelles, majore l'occurrence d'un sentiment de déshumanisation relativement au fait de ne pas avoir de TSPT.
- le sexe féminin prédestine à une occurrence plus fréquente de sentiment de déshumanisation, quand il est couplé à l'existence de violences sexuelles, par opposition au sexe masculin ;
- qu'en présence d'expériences physiques et sexuelles telles que « quelqu'un vous a-t-il déjà forcé à avoir des rapports sexuels, ou encore des rapports de type

oral, anal ? », le sentiment de déshumanisation moyen est plus élevé qu'en l'absence de telles expériences sexuelles.

- qu'en présence d'expériences physiques et sexuelles telles que « quelqu'un a-t-il déjà touché des parties intimes de votre corps, ou vous a-t-il fait toucher les siennes par la force ou la menace ? », le sentiment de déshumanisation moyen est plus élevé qu'en l'absence de telles expériences sexuelles.
- qu'en présence d'expériences physiques et sexuelles telles que « Y a-t-il d'autres situations, autres que les incidents mentionnés aux hypothèses H4 et H5, où une personne a tenté de vous forcer à avoir des contacts sexuels non désirés ? », le sentiment de déshumanisation moyen est plus élevé qu'en l'absence de telles expériences sexuelles.

2 Méthodes

2.1 Type d'étude

L'étude présentée ici est observationnelle, multicentrique, nomothétique, comparative et transversale. Les données utilisées pour cette étude sont issues de la base d'une étude menée par le Professeur Armand Chatard relatif au vécu émotionnel subjectif des patients traités et hospitalisés. Les items des questionnaires sont ceux utilités par Fontesse et al., 2019a - validés par la Structure Fédérative de Recherche, Comité d'Ethique pour les Recherches impliquant la personne humaine des Universités de Tours et de Poitiers, 24 septembre 2019.

2.2 Participants de l'étude

Les participants à l'étude ont été recrutés sur la base du volontariat après administration d'une information claire, loyale et éclairée par le biais de la signature d'un formulaire de consentement lors de leurs hospitalisations pour un trouble psychiatrique en décompensation – principalement un trouble anxieux et/ou un trouble de l'humeur.

L'étude a été présentée aux patients souhaitant y participer après une première présentation lors d'un entretien médical de routine.

Les recrutements se déroulaient lors des entretiens cliniques réalisés en service ouvert de psychiatrie et les patients étaient tous en soins libres.

Le recrutement a été effectué par trois internes affiliés à la faculté de Poitiers ainsi que par des médecins psychiatres du Centre Hospitalier Henri Laborit, et un neuropsychologue. Les patients provenaient du Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers dans la Vienne, du Centre hospitalier Camille Claudel d'Angoulême, du Groupe Hospitaliser La Rochelle-Ré-Aunis, du Centre Hospitalier Nord Deux Sèvres.

2.2.1 Critères d'inclusion

- Avoir entre 18 et 80 ans inclus
- Être hospitalisé dans un service de psychiatrie générale
- Avoir manifesté son consentement à l'étude

2.2.2 Critères de non-inclusion

- Être mineur ou âgé de plus de 80 ans.
- Présenter un trouble de l'usage de l'alcool ou d'autres substances illicites comme diagnostic principal ou comme diagnostic comorbide.
- Avoir un trouble psychotique avec ou sans décompensation.
- Être en état de décompensation d'une pathologie psychiatrique autre que les troubles anxieux et trouble de l'humeur.
- Présenter des troubles cognitifs importants (sous réserve d'appréciation par l'examinateur).
- Être hospitalisé sous contrainte.

2.2.3 Critères d'exclusion

Il n'existait pas de critère d'exclusion pour cette étude

2.3 Mode d'évaluation

L'évaluation des patients hospitalisés et consentants à l'étude a été faite à l'aide de plusieurs auto-questionnaires, permettant de recueillir les données concernant le sentiment de déshumanisation perçu, les idées suicidaires, l'existence ou non d'un trouble de stress post traumatique, l'anxiété-état et l'existence ou non d'un épisode dépressif. Ont été également recueillis les évènements de vie potentiellement traumatiques, notamment sur les violences sexuelles subies.

Au sein de ce travail de thèse, l'intérêt a été placé principalement aux questionnaires concernant le fait d'être ou non victime de violences sexuelles, au questionnaire concernant le psychotraumatisme, ainsi qu'à celui évaluant le sentiment de déshumanisation.

Toutes les données issues de ces questionnaires ont été intégrés à un tableur dématérialisé, tout en respectant l'anonymat des données.

2.3.1 Questionnaires

2.3.1.1 Trauma History Questionnaire

Le Trauma History Questionnaire, composé de 24 items séparés en 4 classes, permet de recueillir les expositions à des événements traumatiques (Hooper et al., 2011; Saint-Lebès et al., 2008). Une attention particulière a été portée à la catégorie « Expériences physiques et sexuelles » et furent retenus que les items correspondant aux violences sexuelles, à savoir les items 18, 19 et 20 (voir Annexe 3) :

- *Item 18 : Quelqu'un vous a-t-il déjà forcé à avoir des rapports sexuels, ou encore des rapports de type oral, anal ? Si oui, indiquez la nature de la relation avec la personne (par exemple : étranger, ami, parent, frère ou sœur).*
- *Item 19 : Quelqu'un a-t-il déjà touché des parties intimes de votre corps, ou vous a-t-il fait toucher les siennes par la force ou la menace ? Si oui, indiquez la nature de la relation avec la personne (par exemple : étranger, ami, parent, frère ou sœur).*
- *Item 20 : Y a-t-il d'autres situations, autres que les incidents mentionnés aux questions 18 et 19, où une personne a tenté de vous forcer à avoir des contacts sexuels non désirés ? Si oui, précisez.*

Il s'agit pour le patient de répondre par « Oui » ou par « Non », de préciser l'âge de survenue, et le nombre d'occurrences. Il fut également retrouvé au sein de ce questionnaire trois autres catégories, à savoir « Évènements liés à la criminalité », « Catastrophes générales et traumatismes » et « Autres événements ». La version française utilisée est présentée en Annexe 3.

2.3.1.2 Questionnaire sur le sentiment de déshumanisation

Le questionnaire utilisé dans ce travail pour évaluer le sentiment de déshumanisation est un auto-questionnaire. Il reprend une échelle d'auto-évaluation concernant le sentiment de déshumanisation utilisée dans une étude menée par Fontesse et son équipe (Fontesse et al., 2019a). Il s'agissait d'une étude portant sur des malades psychiatriques, menée en Belgique en 2019. Il reprend également des éléments d'études antérieures se penchant sur la déshumanisation en entreprise (Caesens et al., 2017; Dion & Tessier, 1994; Fontesse et al., 2019b; Maslach et al., 2001). Il est donc constitué de 13 items, qui évaluent le sentiment des personnes interrogées du regard porté sur eux par la société, concernant leurs places de patient en soins psychiatrique.

Les items interrogent leurs sentiments sur différents points : le fait d'être traité comme un robot, d'être réifiés, d'être infantilisé ou d'être jugés immatures, d'être dépossédés de leur empathie, de leur volonté, ou de leurs émotions, d'être jugés simples et sommaires, d'être jugés comme manquant d'intelligence, de profondeur et dépourvue d'une personnalité propre.

Chacun de ces points est évalué par les patients à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord). Le score moyen de déshumanisation est calculé en faisant la moyenne de tous ces scores. Il est présenté en Annexe 2.

La mesure du sentiment de déshumanisation via l'échelle de déshumanisation utilisée dans ce travail présente une très bonne fiabilité interne pour le groupe TSPT (α de Cronbach = 0.95), et est comparable à celle observée dans l'étude de Fontesse et al., 2019b. Les 13 items

de l'échelle de déshumanisation ont donc été agrégés pour former un score global. La moyenne indique que, dans l'absolu, sans être nul, le sentiment de déshumanisation n'était pas très élevé dans la population étudiée dans ce travail de thèse).

2.3.1.3 Post-trauma stress disorder Checklist version DSM-5 (PCL-5) ou l'échelle du dépistage du trouble de stress post-traumatique

S'agissant de l'évaluation de la présence d'un TSPT chez les patients concernés, le questionnaire utilisé est la version francaise du « Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 » (PCL-5, Ashbaugh et al., 2016; Blevins et al., 2015).

Il permet de faire l'état des lieux de la sévérité des symptômes de TSPT au cours du dernier mois et de retenir le syndrome de stress post traumatique chez les personnes concernées lorsque le score total résultant obtenu le plus consensuel est supérieur à 31 (Ashbaugh et al., 2016b; Blevins et al., 2015a), pour des scores allant de 0 (minimum) à 80 (maximum). Il se divise en 4 parties, fidèles aux critères diagnostiques retenus par le DSM-5, explorant respectivement les symptômes de reviviscence, d'évitement, d'altérations négatives de la cognition et de l'humeur et de l'hypervigilance.

Le patient évalué doit coter en considérant son vécu lors du mois écoulé, un total de 20 items sur une échelle de Likert à 5 points allant de 0 (pas du tout dérangé) à 4 (extrêmement dérangé). Les scores de gravité des groupes de symptômes du DSM-5 peuvent être obtenus en additionnant les scores des éléments d'un groupe donné, c'est-à-dire le groupe B (éléments 1-5), le groupe C (éléments 6-7), le groupe D (éléments 8-14), et le groupe E (éléments 15-20). Un diagnostic provisoire de TSPT peut être posé en traitant chaque élément coté 2 = « Modérément » ou plus comme un symptôme validé, puis en suivant la règle de diagnostic du DSM-5 qui nécessite au moins : 1 item B (questions 1-5), 1 item C (questions 6-7), 2 items D (questions 8-14) et 2 items E (questions 15-20; Blevins et al., 2015). Voir Annexe 1.

2.3.1.4 L'échelle d'anxiété-état

La version française de la STAI-E permettant de mesurer spécifiquement l'anxiété-état à un instant *t* a été utilisée (Gauthier & Bouchard, 1993). Elle est issue de l'inventaire d'anxiété-Etat-Trait Forme Y (STAI-Y-A), développé pour mesurer l'anxiété (Spielberger et al., 1970; 1983). Elle consiste de 20 items qui évaluent chacun si le sujet se sent calme, en sécurité, tendu, surmené, tranquille, contrarié, tracassé, content, effrayé, à l'aise, confiant vis-à-vis de ses capacités, irritable, apeuré, indécis, détendu, satisfait, inquiet, déconcerté, réfléchi, de bonne humeur. A chaque item quatre choix sont proposés : « non », « plutôt non », « plutôt oui » et « oui ». Ainsi le score obtenu varie de 20 à 80 permettant de définir cinq niveaux d'anxiété : très élevée (supérieur à 65), élevée (de 56 à 65), moyen (de 46 à 55), faible (de 36 à 45), et enfin très faible (inférieur à 35).

2.3.1.5 L'inventaire de dépression de Beck (BDI)

Cet auto-questionnaire est constitué de 21 questions qui jaugent l'intensité d'une symptomatologie dépressive du patient la réalisant. Chaque question peut être cotée d'un score allant de 0 (je ne me sens pas triste) à 3 (je suis tellement triste et malheureux que je n'arrive plus à supporter). Un score compris entre 0 et 9 indique une dépression mineure, un score compris entre 10 et 18 indique une légère dépression, un score compris entre 19 et 29 indique une dépression modérée, et un score compris entre 30 et 63 indique une dépression sévère (Beck, 1961; Wang & Gorenstein, 2013).

2.4 Critères de jugement

2.4.1 Critère de jugement principal

Présence de sentiment de déshumanisation chez les victimes de violence sexuelle.

2.4.2 Critère de jugement secondaire

Présence d'un sentiment de déshumanisation en fonction des items 18, 19 et 20 du questionnaire THQ respectivement, à savoir :

- *ITEM 18 : Quelqu'un vous a-t-il déjà forcé à avoir des rapports sexuels, ou encore des rapports de type oral, anal ? Si oui, indiquez la nature de la relation avec la personne (par exemple : étranger, ami, parent, frère ou sœur).*
- *ITEM 19 : Quelqu'un a-t-il déjà touché des parties intimes de votre corps, ou vous a-t-il fait toucher les siennes par la force ou la menace ? Si oui, indiquez la nature de la relation avec la personne (par exemple : étranger, ami, parent, frère ou sœur).*
- *ITEM 20 : Y a-t-il d'autres situations, autres que les incidents mentionnés aux questions 18 et 19, où une personne a tenté de vous forcer à avoir des contacts sexuels non désirés ? Si oui, précisez.*
-

2.5 Analyses statistiques

Les données saisies furent analysées avec les logiciels Statistica® version 13.5 et SPSS® version 28. Une analyse descriptive des informations socio-démographiques ainsi que des caractéristiques cliniques furent réalisées. Le *t*-test de Student pour échantillons indépendants par groupes (unilatéral) et a été utilisé pour comparer des groupes de patients afin d'obtenir des

différences inter-groupales pour des variables catégorielles et pour les variables qui suivaient une distribution normale.

Des analyses corrélationnelles univariées ont été effectuées à l'aide de tests de corrélation par rang de Spearman pour les variables non paramétriques, car les variables étaient souvent catégorielles et liées aux caractéristiques humaines.

Les « False Discovery Rate procedures (FDR) », méthode de correction de Benjamini-Hochberg (Benjamini & Hochberg, 1995) furent employées afin de corriger les fausses découvertes en fonction du nombre respectif de tests d'hypothèses pour chaque variable indépendante. Le FDR a été appliqué pour les analyses corrélationnelles et comparatives. Les régressions multivariées et logistique binaires ont ensuite été utilisées pour répondre aux différents objectifs de cette étude tels que décrit dans ce travail de thèse.

Des tailles d'effet correspondant aux différentes analyses effectuées ont été rapportées et le *d* de Cohen fut retenu. Les petites, moyennes et grandes tailles d'effet correspondent respectivement à des valeurs de 0,2, 0,5 et 0,8 pour les différences intergroupes (*d* de Cohen) et à des valeurs de 0,01, 0,09 et 0,25 pour les mesures de variance expliquée (R^2, ICC). Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$ pour tous les tests utilisés.

3 Résultats

3.1 L'impact des expériences physiques et sexuelles sur le sentiment de déshumanisation chez des patients hospitalisés en psychiatrie pour la décompensation d'un trouble de l'humeur

Au *t*-test de Student, il n'y avait pas des différences significatives entre le fait d'avoir été victime d'expériences physiques et sexuelles sur le sentiment de déshumanisation moyen (H1), $t(77) = -0.37$; $p = 0.36$, *d* de Cohen = -0.85 . Le sentiment de déshumanisation moyen était globalement plus présent chez les patients hospitalisés et victimes des expériences physiques et sexuelles mais la différence était non significative au *t*-test de Student (voir Tableau 2).

Tableau 1 montrant les caractéristiques cliniques et socio-démographiques des patients suivis trouble de l'humeur et hospitalisés

	N	Moyenne	Ecart-type	Min.	Max.
Âge en années	76	42,2	17,5	0	74
Sexe	78	0,5	0,5	0	1
Statut socio-professionnel					
• Employé/chômage	48/32	0,7	0,8	0	2
Durée d'hospitalisation en jours	72	19,6	58,9	0	486
Questionnaires utilisés					
Types de sentiment de déshumanisation					
• Robot	79	3,0	1,8	1	7
• Immature	79	3,2	2,1	1	7
• Dénuée d'empathie et de sensibilité	79	2,8	1,9	1	7
• Objet	79	2,6	1,7	1	7
• Sans volonté ou d'initiative	79	3,5	2,2	0	7
• Comme ci j'étais un enfant	79	3,1	2,0	1	7
• Dénué d'émotion	79	2,4	1,6	0	7
• Manière superficielle	79	3,2	2,0	1	7
• Personnalité à part entière	78	3,4	2,1	0	7
• Manque d'intelligence et de compétence	79	3,3	2,1	0	7
• Sous évolué	79	2,9	1,9	0	7
• Automate	79	2,9	1,9	0	7
• Simple et sommaire	79	3,4	2,0	0	7
• Moyenne des scores de déshumanisation	79	3,0	1,6	1	6,46
• STAI Score Total	80	45,4	12,0	0	66
• Score PCL5 Total	78	32,3	19,7	0	71
• Score PCL 5 supérieur à 31	78	0,5	0,5	0	1
• Score Total à La BDI	80	21.4	11.2	0	47
Exposition à la violence sexuelle					
• Violence sexuelle (toutes causes confondues)	35				
• Exposition Item 18	22				
• Exposition Item 19	19				
• Exposition Item 20	9				

PCL 5 : PTSD Checklist for DSM-5 ; N_{total} : nombre total de patients ; Min : Minimum ; Max : Maximum ; STAI : questionnaire anxiété-état ; BDI : inventaire de dépression de Beck

Il n'y avait aucune différence significative pour les patients ayant été victimes d'expériences physiques et sexuelles pour les sous-types de sentiment de déshumanisation, (tous les $p > 0.05$; voir Tableau 2). En effet, les patients hospitalisés et ayant été victimes d'expériences physiques et sexuelles avaient des sentiments de déshumanisation *plus élevés* pour les sous-types de sentiment de déshumanisation mais ces différences n'étaient pas valides statistiquement.

Tableau 2 montrant les résultats au *t*-test de Student en ce qui concerne les différentes variables testées chez les patients hospitalisés en psychiatrie en fonctions qu'ils aient été ou non victimes de violences sexuelles et physiques

	Pas de violence sexuelle			*Violences sexuelles*			Intervalle de confiance (%)				
	N	*M*	*DS*	*N*	*M*	*DS*	*-95*	*+95*	*t*	*df*	*p corrigé*
Age en années	42	44,5	18,1	34	39,4	16,5	-2,9	13,1	1,27	74	0,856
Questionnaires utilisés											
• STAI Score Total	45	42,8	13,4	35	48,7	9,1	-11,2	-0,6	-2,23	78	0,412
• Score PCL5 Total	43	28,5	19,4	35	36,9	19,3	-17,1	0,4	-1,90	76	0,354
Types de sentiment de déshumanisation											
• Automate	44	3,0	1,9	35	2,9	2,0	-0,8	1,0	0,22	77	0,959
• Simple et sommaire	44	3,3	1,9	35	3,4	2,1	-1,0	0,8	-0,19	77	0,945
• Personnalité à part entière	43	3,3	2,0	35	3,4	2,2	-1,0	0,9	-0,17	76	0,934
• Immature	44	3,2	2,3	35	3,2	1,8	-0,9	1,0	0,07	77	0,978
• Dénué d'émotion	44	2,1	1,3	35	2,8	2,0	-1,5	0,0	-2,02	77	0,455
• Dénuée d'empathie et de sensibilité	44	2,5	1,8	35	3,1	1,9	-1,4	0,3	-1,39	77	0,819
• Manque d'intelligence et de compétence	44	3,5	2,1	35	3,0	2,0	-0,4	1,5	1,18	77	0,882
• Sans volonté ou d'initiative	44	3,3	2,2	35	3,8	2,3	-1,5	0,6	-0,90	77	0,973
• Manière superficielle	44	3,2	2,0	35	3,3	2,0	-1,1	0,7	-0,34	77	1,061
• Comme ci j'étais un enfant	44	3,1	2,1	35	3,0	1,9	-0,8	1,0	0,31	77	0,996
• Robot	44	2,9	1,9	35	3,1	1,8	-1,0	0,7	-0,30	77	0,965
• Objet	44	2,5	1,6	35	2,8	1,8	-1,1	0,5	-0,78	77	0,904
• Sous évolué	44	2,9	2,0	35	2,9	1,9	-0,9	0,9	0,00	77	0,999
Moyenne des scores de déshumanisation	44	3,0	1,5	35	3,1	1,6	-0,8	0,6	-0,37	77	1,082

p corrigé: après correction de Benjamini et Hochberg ; PCL 5 : PTSD Checklist for DSM-5 ; Min : Minimum ; Max : Maximum ; DS : Ecart-Type; N : Nombre de patients ; STAI : échelle évaluation anxiété-état ; BDI : Beck Depression Inventory : inventaire de dépression de Beck

Les analyses corrélationnelles par rang de Spearman ne montraient pas de corrélations significatives après correction de Benjamini et Hochberg entre le fait d'avoir été victime d'expériences physiques et sexuelles et le sentiment de déshumanisation moyen chez des patients hospitalisés en psychiatrie pour trouble de l'humeur ($rs = 0.04$; $p = 0.732$).

Les analyses corrélationnelles ne montraient aucune association statistiquement significative avec tous les sous-types de sentiment de déshumanisation, tous les $p > 0.05$.

Les analyses de régression linéaire multivariée n'ont pas permis de mettre en évidence un modèle de régression satisfaisant qui puisse prédire le niveau de sentiment deshumanisation moyen en fonction du fait d'avoir été victime d'expériences physiques et sexuelles ; voir Tableau 6, Modèle 4 ($\Delta R^2 = 0.13$; $p = 0.002$).

3.2 L'impact des expériences physiques et sexuelles sur le sentiment de déshumanisation chez des patients hospitalisés en psychiatrie pour la décompensation d'un trouble de l'humeur avec un trouble d'état de stress post-traumatique comorbide (H2)

Au *t*-test de Student, il n'y avait pas des différence significative entre le fait d'avoir été victime d'expériences physiques et sexuelles sur le sentiment de déshumanisation moyen en présence d'un TSPT comorbide, $t(42) = -0.36$; $p = 0.724$. Le sentiment de déshumanisation moyen était plus présent chez les patients hospitalisés et victimes des expériences physiques et sexuelles ($M = 3.6$; $DS = 1.6$) que les patients qui n'en n'avaient pas été exposés ($M = 3.4$; $DS = 1.6$) mais la différence est non significative statistiquement (voir Tableau 3).

Il n'y avait aucune différence significative pour les patients ayant été victimes d'expériences physiques et sexuelles, en plus d'avoir un TSPT pour les sous-types de sentiment de déshumanisation, (tous les $p > 0.05$; voir Tableau 3). En effet, les patients hospitalisés en psychiatrie et ayant été victimes d'expériences physiques et sexuelles avec un TSPT comorbide avaient des sentiments de déshumanisation *assez hétérogènes* pour les sous-types du sentiment

de déshumanisation mais ces différences n'étaient pas valides statistiquement, (tous les $p > 0.05$; voir Tableau 3).

Au niveau des analyses corrélationnelles non-paramétriques, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir été victimes d'expériences physiques et sexuelles, en plus d'avoir un TSPT comorbide et le sentiment de déshumanisation moyen ($rs = 0.15$; $p = 0.335$) et pour tous les autres sous-types du sentiment de déshumanisation (tous les $p > 0.05$).

Aucun modèle de régression linéaire multivariée ne fut statistiquement significatif en ce qui concerne H02, (tous les $p > 0.05$).

Tableau 3 montrant les résultats au *t*-test de Student en ce qui concerne le sentiment de déshumanisation chez les patients hospitalisés en psychiatrie pour trouble de l'humeur et avec un trouble d'état de stress post-traumatique comorbide ayant eu des expériences physiques et sexuelles ou pas

	Pas de violence sexuelle			*Violences sexuelles*					
	N	*M*	*DS*	*N*	*M*	*DS*	*t-value*	*df*	*p**
Robot	9	4,0	2,1	35	3,4	1,8	0,90	42	0,376
Immature	9	3,7	2,0	35	3,7	2,2	-0,02	42	0,981
Dénuée d'empathie et de sensibilité	9	3,8	2,0	35	3,0	2,0	1,04	42	0,303
Objet	9	3,6	2,2	35	2,9	1,7	0,89	42	0,378
Sans volonté ou d'initiative	9	3,9	2,4	35	4,2	2,2	-0,34	42	0,739
Comme ci j'étais un enfant	9	2,9	1,5	35	3,6	2,2	-0,91	42	0,368
Dénué d'émotion	9	3,3	2,3	35	2,8	1,8	0,75	42	0,457
Manière superficielle	9	3,6	1,7	35	4,1	2,0	-0,80	42	0,429
Personnalité à part entière	9	3,3	2,1	35	4,0	2,1	-0,88	42	0,383
Manque d'intelligence et de compétence	9	2,7	1,7	35	4,1	2,1	-1,82	42	0,076
Sous évolué	9	3,0	1,8	35	3,4	2,1	-0,56	42	0,581
Automate	9	2,8	1,9	35	3,3	2,1	-0,69	42	0,493
Simple et sommaire	9	3,2	2,2	35	3,9	2,0	-0,84	42	0,408
Moyenne des scores de déshumanisation	9	3,4	1,6	35	3,6	1,6	-0,36	42	0,724

*p** : *p* après correction de Benjamini et Hochberg

3.3 L'impact du sexe des patients hospitalisées en psychiatrie pour troubles de l'humeur et victimes de violences sexuelles et physiques et le sentiment de déshumanisation (H3)

Vingt-quatre femmes (âge moyen : 40.1 ± 17.4 ans) contre onze hommes (âge moyen : 37.7 ± 15.3 ans) avaient été victimes de violences sexuelles et physiques (item 18 + item 19 + item 20) dans cette population étudiée.

Au *t*-test de Student, il n'y avait pas des différence significative entre le fait d'avoir été victime d'expériences physiques et sexuelles sur le sentiment de déshumanisation moyen en fonction du sexe des patients, $t(33) = -0.53$; $p = 0.471$, *d* de Cohen = -0.194. Le sentiment de déshumanisation moyen était *plus élevé* chez les patients (sexe masculin) hospitalisés et victimes des expériences physiques et sexuelles ($M = 3.3$; $DS = 1.8$) que les patientes indemnes ($M = 3.0$; $DS = 1.6$) mais la différence était *non valide statistiquement* (voir Tableau 4).

Il n'y avait aucune différence significative pour les patients ayant été victimes d'expériences physiques et sexuelles, en fonction du sexe pour les sous-types de sentiment de déshumanisation, (tous les $p > 0.05$; voir Tableau 4).

En effet, le sexe des patients hospitalisés en psychiatrie et ayant été victimes d'expériences physiques et sexuelles n'avait aucun impact sur le sentiment de déshumanisation. Les femmes en particulier, ne se sentaient pas plus déshumanisées que les hommes victimes de violences sexuelles et physiques.

Au niveau des analyses corrélationnelles de Spearman, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le sexe des patients et le sentiment de déshumanisation moyen, chez les 35 victimes d'expériences physiques et sexuelles, ($rs = 0.082$; $p = 0.32$) et pour tous les autres sous-types du sentiment de déshumanisation (tous les $p > 0.05$).

Un modèle de régression linéaire multivariée a été construit pour mettre en avant l'effet du sexe des patients sur le sentiment de déshumanisation moyen. 36.8% de la variance du sentiment de déshumanisation moyen [$F(4,28) = 4.33$, $p < 0.007$], pouvait être expliquée par des variations sur le score PCL-5 total ($\beta = 0,65$, $p < 0,0006$), le sexe du patient (ici féminin) ($\beta = 0,32$, $p < 0,05$), l'âge ($\beta = 0,38$, $p < 0,025$), et le fait de n'avoir pas été exposé à l'item 20 ($\beta = -0,33$, $p < 0,04$), voir Modèle 5, Tableau 6. Le modèle de régression logistique binaire ne fut pas significatif.

Tableau 4 montrant les résultats au *t*-test de Student en ce qui concerne le sentiment de déshumanisation chez les patients hospitalisés en psychiatrie pour trouble de l'humeur et ayant eu des expériences physiques et sexuelles en fonction du sexe des patients (féminin vs masculin)

	Différence de moyennes	*Différence en erreur standard*	*- 95% IC*	*+ 95% IC*	*t*	*df*	*p**
Age en années	2,4	6,1	-10,1	14,9	0,39	32	0,242
Durée d'hospitalisation actuelle en jours	22,6	31,8	-42,2	87,3	0,71	32	0,193
Type de sentiment de déshumanisation							
• Robot	-0,3	0,7	-1,7	1,0	-0,48	33	0,453
• Immature	-0,4	0,7	-1,8	0,9	-0,63	33	0,142
• Dénuée d'empathie et de sensibilité	0,0	0,7	-1,4	1,4	-0,01	33	0,458
• Objet	0,0	0,7	-1,4	1,3	-0,04	33	0,328
• Sans volonté ou d'initiative	-1,0	0,8	-2,6	0,7	-1,16	33	0,447
• Comme ci j'étais un enfant	-0,3	0,7	-1,7	1,1	-0,44	33	0,676
• Dénué d'émotion	-0,4	0,7	-1,9	1,1	-0,53	33	0,769
• Manière superficielle	-0,6	0,7	-2,1	0,9	-0,81	33	0,125
• Personnalité à part entière	-0,6	0,8	-2,2	1,1	-0,70	33	0,474
• Manque d'intelligence et de compétence	0,0	0,7	-1,5	1,4	-0,06	33	0,732
• Sous évolué	0,0	0,7	-1,5	1,4	-0,05	33	0,924
• Automate	-1,0	0,7	-2,5	0,4	-1,41	33	0,197
• Simple et sommaire	0,5	0,8	-1,1	2,0	0,65	33	0,734
Moyenne des scores de déshumanisation	-0,3	0,6	-1,5	0,9	-0,53	33	0,471
STAI Score Total	-2,0	3,3	-8,8	4,8	-0,59	33	0,133
Score PCL5 Total	9,6	6,9	-4,4	23,7	1,39	33	0,296

*p** : *p* après correction de Benjamini et Hochberg , IC :intervalle de confiance

3.4 L'impact de la présence de l'item 18 du THQ : expériences physiques et sexuelles telles que « quelqu'un vous a-t-il déjà forcé à avoir des rapports sexuels, ou encore des rapports de type oral, anal ? » sur le sentiment de déshumanisation (H04)

Vingt-deux patients avaient été forcés à avoir des rapports sexuels, ou encore des rapports de type oral, anal dans la population de patients hospitalisées pour trouble de l'humeur.

Au *t*-test de Student, il n'y avait pas des différence significative entre le fait s'avoir été forcé à avoir des rapports sexuels, ou encore des rapports de type oral, anal sur le sentiment de déshumanisation moyen, $t(75) = -0.74$; $p = 0.23$, *d* de Cohen = -0.19. Le sentiment de déshumanisation moyen était plus élevé chez les patients hospitalisés et victimes forcé à avoir des rapports sexuels, ou encore des rapports de type oral, anal ($M = 3.30$; $DS = 1.7$) que les patients indemnes ($M = 3.0$; $DS = 1.5$) mais la différence est non significative statistiquement (voir Tableau 5).

Tableau 5 montrant les résultats au *t*-test de Student en ce qui concerne le sentiment de déshumanisation chez les patients hospitalisés en psychiatrie pour trouble de l'humeur et ayant été forcé vs pas été forcé à avoir des relations sexuelles

	Différence de moyenne	*Différence erreur standard*	*IC de la différence*		*t*	*df*	*p**
			-95% IC	+ 95% IC			
Manque d'intelligence et de compétence	0,1	0,5	-1,0	1,1	0,17	75	0,432
Automate	-0,1	0,5	-1,0	0,9	-0,11	75	0,456
Comme ci j'étais un enfant	0,2	0,5	-0,8	1,2	0,38	75	0,354
Dénué d'émotion	-0,7	0,4	-1,5	0,1	-1,70	75	0,046
Dénuée d'empathie et de sensibilité	-0,5	0,5	-1,4	0,5	-1,01	75	0,157
Immature	0,1	0,5	-0,9	1,2	0,26	75	0,398
Manière superficielle	-0,7	0,5	-1,6	0,3	-1,36	75	0,089
Objet	-0,3	0,4	-1,2	0,5	-0,80	75	0,212
Personnalité à part entière	-0,3	0,5	-1,3	0,8	-0,48	74	0,317
Robot	-0,1	0,5	-1,1	0,8	-0,29	75	0,385
Sans volonté ou d'initiative	-0,7	0,6	-1,8	0,4	-1,23	75	0,112
Simple et sommaire	-0,7	0,5	-1,6	0,3	-1,32	75	0,096
Sous évolué	-0,2	0,5	-1,2	0,8	-0,45	75	0,329
Moyenne des scores de déshumanisation	-0,3	0,4	-1,1	0,5	-0,74	75	0,230

*p** : *p* après correction de Benjamini et Hochberg ; IC : intervalle de confiance

Au niveau des analyses corrélationnelles non-paramétriques, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le sentiment de déshumanisation moyen et le fait d'avoir été forcé à avoir des relations sexuelles chez 77 patients, (rs = 0.08 ; p = 0.51) et pour tous les autres sous-types du sentiment de déshumanisation (tous les $p > 0.05$).

Le modèle de régression multivariée qui a été retenu pour mettre en avant l'effet de la présence de l'item 18 du THQ : expériences physiques et sexuelles telles que « quelqu'un vous a-t-il déjà forcé à avoir des rapports sexuels, ou encore des rapports de type oral, anal ? » sur le sentiment de déshumanisation moyen des patients montre qu'en effet, 62.4% de la variance du sentiment de déshumanisation moyen [$F(3,13) = 7.19$, $p < 0.004$], peut être expliquée par des variations sur le fait d'avoir été moins exposé à l'item 18 (β = -0,83, $p < 0,001$) ; le score totale à la STAI (β = -0.71, $p < 0,003$) et le fait d'être hospitalisé moins longuement (β = -0,49, $p < 0,02$), voir Modèle 1, Tableau 6. Le modèle de régression logistique binaire ne fut pas significatif

3.5 L'impact de la présence d'expériences physiques et sexuelles telles que de l'item 19 du THQ : « quelqu'un a-t-il déjà touché des parties intimes de votre corps, ou vous a-t-il fait toucher les siennes par la force ou la menace ? » sur le sentiment de déshumanisation moyen est plus élevé qu'en l'absence de telles expériences sexuelles (H4)

Dix-neuf patients avaient eu des attouchements sexuels dans la population de patients hospitalisées pour trouble de l'humeur de cette étude. Au *t*-test de Student, il n'y avait pas des différence significative entre le fait d'avoir eu des attouchements sexuels sur le sentiment de

déshumanisation moyen, $t(74) = -0.41$; $p = 0.68$, d de Cohen = -0.11. Le sentiment de déshumanisation moyen était *plus élevé* chez les patients hospitalisés et victimes d'attouchements sexuels ($M = 3.24$; $DS = 1.8$) que les patients indemnes ($M = 3.1$; $DS = 1.5$) mais la différence était non significative au *t*-test de Student. Il n'y avait aucune différence significative pour les patients ayant eu des attouchements sexuels pour les sous-types de sentiment de déshumanisation, (tous les $p > 0.05$).

Au niveau des analyses corrélationnelles non-paramétriques, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le sentiment de déshumanisation moyen et le fait d'avoir été forcé à avoir des relations sexuelles chez 76 patients, ($rs = 0.03$; $p = 0.78$) et pour tous les autres sous-types du sentiment de déshumanisation (tous les $p > 0.05$).

Le modèle de régression multivariée qui a été retenu pour mettre en avant l'effet de la présence de l'item 19 du THQ : expériences physiques et sexuelles telles que « quelqu'un a-t-il déjà touché des parties intimes de votre corps, ou vous a-t-il fait toucher les siennes par la force ou la menace ? » sur le sentiment de déshumanisation moyen des patients montre qu'en effet, 87% de la variance du sentiment de déshumanisation moyen [$F(5,7) = 9.18$, $p < 0.006$], peut être expliquée par des variations sur le fait d'avoir été moins exposé à l'item 19 ($\beta = -0{,}64$, $p < 0{,}001$) ; le score total à la BDI ($\beta = 0.76$, $p < 0{,}01$) ; le score PCL 5 total ; le sexe ($\beta = 1.50$, $p < 0{,}01$), et le délai entre la survenue du traumatisme et la passation des échelles ; voir Modèle 2, Tableau 6. Le modèle de régression logistique binaire ne fut pas significatif.

3.6 L'impact de la présence d'expériences physiques et sexuelles telles que « Y a-t-il d'autres situations, autres que les incidents mentionnés aux items 18 et 19 où une personne a tenté de vous forcer à avoir des contacts sexuels non désirés ? » sur le sentiment de déshumanisation moyen est plus élevé qu'en l'absence de telles expériences sexuelles (H5)

Neuf patients avaient été forcés à avoir des contacts sexuels dans la population de patients hospitalisées pour trouble de l'humeur de cette étude.

Au *t*-test de Student, il n'y avait pas des différence significative entre le fait d'avoir été forcés à avoir des contacts sexuels sur le sentiment de déshumanisation moyen, $t(71) = 0.61$; $p = 0.09$, *d* de Cohen = 0.16. Le sentiment de déshumanisation moyen était moins élevé chez les patients hospitalisés et victimes d'attouchements sexuels ($M = 2.87$; $DS = 1.7$) que les patients indemnes ($M = 3.1$; $DS = 1.6$) mais la différence est non significative statistiquement. Il n'y avait aucune différence significative pour les patients ayant été forcés à avoir des contacts sexuels pour les sous-types de sentiment de déshumanisation, (tous les $p > 0.05$).

Au niveau des analyses corrélationnelles non-paramétriques, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le sentiment de déshumanisation moyen et le fait d'avoir été forcés à avoir des contacts sexuels (rs = -0.07 ; $p = 0.53$) et pour tous les autres sous-types du sentiment de déshumanisation (tous les $p > 0.05$).

Le modèle de régression multivariée qui a été retenue pour mettre en avant l'effet de la présence de l'item 20 du THQ : expériences physiques et sexuelles telles que « Y a-t-il d'autres situations, autres que les incidents mentionnés aux items 18 et 19 où une personne a tenté de vous forcer à avoir des contacts sexuels non désirés ? » était significatif et est reporté dans le Tableau 6, Modèle 5 ($\Delta R^2 = 0.29$; $p = 0.007$). Le modèle de régression logistique binaire ne fut pas significatif.

Tableau 6 montrant les résultats des analyses de régressions multiples prédisant le sentiment de déshumanisation en fonction des caractéristiques cliniques et le type d'exposition traumatiques ou évènements potentiellement traumatiques du THQ

	*b**	*Std.Err. of b**	*t*	*p*	*R2*	*ΔR2*	*F*	*p*
Modèle 1								
Modèle complet					0,79	0,63	7.19	0,004
(Constant)			5,60	0.00009				
Exposition Item 18	-0,83	0,20	-4.12	0,001				
Score STAI Total	-0,71	0,19	-3.68	0,003				
Durée d'hospitalisation	-0.49	0,19	-2,58	0.020				
a: Score déshumanisation moyen (N=17)								
Modèle 2								
Modèle complet					0,93	0,87	9.18	0,006
(Constant)			0,02	0,99				
Sexe	1,50	0,25	5,94	0,00				
Score Total BDI	0,76	0,17	4,40	0,00				
Score PCL5 Total	-0,80	0,24	-3,28	0,01				
Exposition Item 19	-0,64	0,21	-3,11	0,02				
Délai entre visite et passation	-0,54	0,21	-2,58	0,04				
a: Score déshumanisation moyen (N=13)								
Modèle 3								
Modèle complet					0,99	0,98	77.8	0,009
(Constant)			10,25	0,01				
Score STAI Total	-0,96	0,08	-11,61	0,01				
Exposition Item 20	0,10	0,08	1,15	0,37				
a. Score déshumanisation moyen (N=5)								
Modèle 4								
Modèle complet					0,16	0,13	6.8	0,002
(Constant)			6.41	< 0,001				
Exposition violences sexuelles et physiques	-0,20	0.34	-0.61	0,55				
Score PCL5 Total	0,32	0,01	3.69	< 0,001				
a. Sentiment de déshumanisation (N=76)								
Modèle 5								
Modèle complet						0.38	4.33	0.007
(Constant)								
Score PCL5 Total	0,65			0,0006				
Sexe	0,32			0,05				
Age	0,38			0,025				
Exposition Item 20	-0,33			0,04				
a. Sentiment de déshumanisation (N=33)								

a : variable dependante ; *b* : b standardisés*

4 Discussion

L'étude menée au sein de cette thèse n'a pas permis de mettre en évidence un lien significatif entre occurrence de violences sexuelles et existence d'un sentiment de déshumanisation accru même si 43,8% des patients qui furent inclus dans ce travail de thèse

avaient été victimes d'une manière ou d'une autre de violences sexuelles dans le passé avec une moyenne de 20,8 ± 15,1 ans d'espacés depuis l'infraction de l'évènement potentiellement traumatisant dans la psyché.

Avant d'aborder les hypothèses pouvant expliquer ce résultat, partiellement incongruent avec une partie des données de la littérature citées précédemment, abordons les liens significatifs mis en avant en régressions multiples (Tableau 6).

S'agissant du sentiment de déshumanisation moyen, un modèle met en avant que 36.8% de la variance de ce dernier peut être expliqué par le score PCL-5 total, le sexe féminin relativement au sexe masculin, l'âge avec une augmentation du sentiment de déshumanisation moyen quand il croît, ainsi que le fait d'avoir été moins exposé à l'item 20 du THQ. Un lien négatif est donc présent concernant l'occurrence de violences sexuelles et la présence d'un sentiment de déshumanisation dans ce cas précis.

Ces données sont corroborés par une étude citée précédemment qui relevait une plus grande prévalence de l'auto-culpabilisation « *self-blame* » chez les hommes dans les suites d'agressions sexuelles, et de plus grandes difficultés ressenties à faire reconnaitre leurs places de victime (Kline et al., 2021). De plus, l'hypothèse du développement de la croissance post-traumatique ayant opéré (Magne et al., 2021; Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004) pourrait expliquer ce mécanisme de rétablissement décrit comme étant mieux sollicité chez les femmes, donnant de meilleurs scores de atténuation des symptômes à distance du traumatisme (Jeon et al., 2015).

S'agissant de la variation à l'âge, il s'avère que plus les patients avancent en âge et en présence des co-variables sexe, sévérité du psychotrauma et l'exposition à l'item 20, l'âge exhorte la montée des sentiments de déshumanisation de façon relativement modeste.

Des résultats congruents avec la littérature sont aussi retrouvés concernant le sentiment de déshumanisation moyen, si l'on isole l'item 18 de la THQ (« quelqu'un vous a-t-il déjà forcé à avoir des rapports sexuels, ou encore des rapports de type oral, anal ? »).

En effet, une corrélation négative est retrouvée entre l'intensité du sentiment de déshumanisation moyen et l'exposition à ces traumatismes, un score élevé à la STAI et le fait d'être hospitalisé sur une plus courte période. Le sentiment de déshumanisation décroît donc avec la durée d'hospitalisation, est plus importante chez les patients moins anxieux, et varie inversement à l'exposition à l'item 18. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le mécanisme de croissance post-traumatique exposé dans les paragraphes suivants joue un rôle dans ce résultat, ainsi que la résilience et que l'hospitalisation courte favorise un apaisement du sentiment de déshumanisation.

Ainsi, la résilience peut en partie expliquer pourquoi tout individu exposé à des évènements traumatiques ne contracte pas fatalement un TSPT « en d'autre mots, la résilience, ou la capacité d'une personne à s'adapter positivement à la suite d'une exposition à des situations/changements stressants (Babi & Mandi, 2020; Horn & Feder, 2018a; Southwick & Charney, 2012a) pourrait etre un facteur pré-traumatisant important dans le processus de *réhumanisation*.

Dans le processus de réhumanisation, les victimes qui auraient pu avoir le sentiment de déshumanisation et les personnes indemnes de violences sexuelles (et la société) se reconnaissent et assimilent qu'ils partagent la même humanité ce qui suppose d'apprécier la capacité d'intention, de pensées et de sentiments de l'autre (Fiske, 2009) notamment par l'empathie comme un moyen de créer un sentiment partagé d'humanité égale entre le déshumanisant (la société) et le déshumanisé (la victime).

L'empathie favoriserait l'intimité, la confiance et l'appartenance qui permettraient aux personnes d'appréhender l'expérience émotionnelle des autres humains (Carpenter, 2020).

Dans le processus de post-déshumanisation, les relations peuvent être restaurées par la moralité empathique exprimée par des actions qui atteignent tout le monde comme s'ils affichaient la même humanité (Ntigurirwa, 2021) ce qui peut permettre aux victimes de violences sexuelles de surpasser le stade de victime, de se décentrer de l'infraction du psyché par l'évènement potentiellement traumatisant et du sentiment de déshumanisation, du moins en partie (Berntsen & Rubin, 2006; Knowles, 2012; Robinaugh & McNally, 2011).

Les patients victimes dans cette étude ont peut-être développé, devant les professionnels de santé qui selon certaines études déshumanisent davantage le patient hospitalisé que la population générale, des liens sécurisants pouvant les prémunir contre l'auto-déshumanisation. Ces capacités de coping sont retrouvés chez les personnes autonomes (Lekka et al., 2022).

Or, il s'avère que chez les « victimes-survivantes » et dans l'imaginaire populaire, la victimisation a tendance à être associée à des traits de passivité et d'impuissance, tandis que la survie a tendance à être associée à des traits de résilience et de résistance. Les personnes maltraitées et ayant survécu ont la même autonomie latente que n'importe qui d'autre, mais leurs capacités à exercer cette capacité est supprimée par des conditions particulières telles la confrontation à nouveau à l'évènement traumatique, mais en l'absence de traumatismes répétés, il se pourrait que la résilience et l'autonomie (Ciurria, 2018) ont pris le dessus chez les patients permettant d'abaisser leur sentiment de déshumanisation. Dans l'état des connaissances actuelles, il n'y a pas de données dans la littérature pour expliquer ces mécanismes.

Plusieurs hypothèses peuvent donc être avancées pour expliquer ces résultats, nous commencerons par aborder les limites de l'étude. S'agissant de la population étudiée, elle demeure relativement restreinte et peu hétérogène. L'échantillon ne comprenait que 24 personnes de sexe féminin et 11 personnes de sexe masculin victimes de violences sexuelles.

Les comorbidités psychiatriques étaient relativement nombreuses, expliquant leurs hospitalisations au moment de la passation du questionnaire, et la potentialité d'un facteur de confusion.

L'étude est réalisée exclusivement chez des patients hospitalisés. L'hypothèse de l'existence d'une meilleure considération de la souffrance dans ce cadre, par les soignants et le contexte de soin peut être évoquée pour expliquer la faible prévalence du sentiment de déshumanisation.

En effet, il s'agit pour certains patients isolés d'un contexte de sociabilisation parfois plus important que « l'extérieur », pouvant favoriser une minimisation du sentiment étudié. Cette thèse est évoquée dans l'article de Bruneau, et tend à démontrer l'effet bénéfique des interactions sociales dans la réduction du *self-blame*, du sentiment de stigmatisation et de déshumanisation (Bruneau et al., 2021). Un échantillon composé de patients hospitalisés et en ambulatoire aurait peut-être permis de minimiser ce biais.

Ce travail de thèse s'est exclusivement concentré sur la population suivie pour trouble de l'humeur et non pour des personnes atteintes de trouble de l'usage de substance en particulier l'alcool. Or, les patients présentant un trouble lié à l'usage de l'alcool (TLUA), il a été démontré par plusieurs études que ce trouble est fortement pourvoyeur d'un sentiment de deshumanisation (Fontesse et al., 2019d; Pietrzak et al., 2011), et il s'agit d'un trouble souvent comorbide des traumatismes. L'exclusion de ce critère alcool peut constituer une explication quant à nos résultats.

De plus, comme l'évoqué précédemment, le fait d'être hospitalisé sans consentement constitue un facteur supplémentaire pouvant majorer le sentiment de déshumanisation, du fait du caractère infantilisant, réifiant de la mesure (Szasz, 1973b). Or nous n'avons inclus que des patients hospitalisés en soins libres.

Évoqué également au chapitre traitant les TSPT, la représentation la plus connue de la population générale concerne les traumatismes de guerre. Cela pourrait contribuer pour les victimes de violences sexuelles une difficulté à se représenter comme victimes, et à être diagnostiquées, réduisant par cela leur « score de déshumanisation ». En dépit de l'augmentation de la couverture médiatique du sujet des violences sexuelles, notamment du mouvement « Me Too », et donc de la connaissance du grand public de ces problématique, la capacité des victimes à se reconnaitre en tant que telles ne serait pas significativement améliorée (Newins et al., 2021).

Le délai séparant l'occurrence des violences sexuelles subies et la réalisation de l'étude est également à prendre en compte : ici, il était en moyenne de 21 ans (20,8 ± 15,1 ans).

La résilience, capacité à s'adapter positivement dans les suites d'une exposition à un facteur de stress, est un phénomène dynamique pouvant s'exercer sur le temps long (Horn & Feder, 2018b; Southwick & Charney, 2012b). L'hypothèse d'une diminution du sentiment de déshumanisation au fur et à mesure de l'éloignement de l'épisode, expliquant le faible lien retrouvé dans notre étude peut être posée. Mais, la résilience n'a pas été incluse dans ce travail de thèse.

La croissance post-traumatique est un concept employé en psychologie positive pour décrire un phénomène survenant dans les suites d'un traumatisme. Il consiste en l'émergence d'éléments enrichissants, ayant un impact positif sur les individus à terme, et stipule qu'au-delà de la capacité à surmonter un tel évènement, les individus peuvent bénéficier de changements internes positifs majeurs (Magne et al., 2021; Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004). Les concepteurs indiquent que le fonctionnement post-traumatique peut dépasser le niveau de fonctionnement pré-traumatique. Ces éléments changent la perspective souvent pathologique attribuée aux évènements traumatisants, et peuvent expliquer une partie des résultats retrouvés.

A l'intersection du soin et du droit, abordons une piste de réflexion ouvrant des perspectives quant à la réhabilitation des victimes de violences, notamment sexuelle : la justice restaurative.

Apparue dans les années 1970 dans les pays du monde anglo-saxon, il s'agit d'un « processus permettant aux personnes concernées par une infraction de participer activement, s'ils y consentent, au règlement des problèmes émanent des faits commis, avec l'aide d'un tiers qualifié et impartial » (Ambroise-Castérot et al., 2015).

En France, le principe de justice restaurative est consacrée pour la première fois au sein du code de procédure pénale par la loi du 15 août 2014, (Ministère de la justice, 2014), dans les suites d'une directive de l'Union Européenne du 25 octobre 2012.

Les résultats des études abordant ses effets pointent vers un apaisement des victimes, une responsabilisation des auteurs, et une diminution du risque de récidive et de « revictimisation » (Lecomte, 2014).

Il est mis en place par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et répond à plusieurs principes, et plusieurs conditions : reconnaissance des faits, volontariat des participants, confidentialité des échanges, absence de contrepartie à la participation (notamment sur l'application des peines). Dans les faits, il s'agit donc d'une rencontre entre auteurs et victimes, concernés par les mêmes types de délits ou crime, afin d'échanger autour des répercussions. Cependant dans la plupart des cas, cette médiation n'a pas lieu entre l'auteur et la victime du même « évènement ». Le but est de rechercher un apaisement à travers l'outil du dialogue, pour parvenir à une justice restaurée. Un travail sur l'empathie et le sentiment d'équité est alors organisé. La justice restaurative n'est pas orientée vers le pardon ou la réconciliation. Il s'agit d'un travail de réhabilitation de la victime, et d'une potentielle avancée vers une reconstruction, sociale et psychique. Une revue de littérature récente oriente vers

l'utilité de ce modèle (Burns & Sinko, 2021), et ouvre des pistes de réflexion pour une meilleure prise en charge des victimes de violence sexuelle.

5 Conclusion

L'étude menée au sein de cette thèse n'a pas permis de mettre en évidence un lien significatif entre occurrence de violences sexuelles et l'existence d'un sentiment de déshumanisation accru même si 43,8% des patients qui furent inclus dans ce travail de thèse avaient été victimes d'une manière ou d'une autre de violences sexuelles dans le passé. Plusieurs raisons et hypothèses peuvent être avancées parmi lesquelles une grande prévalence de l'auto culpabilisation, le « *self-blame* » chez les hommes dans les suites d'agressions sexuelles, et de plus grandes difficultés ressenties à faire reconnaitre leur place de victime, le développement de la croissance post-traumatique ayant opéré expliquant l'atténuation des symptômes à distance du traumatisme de l'évènement potentiellement traumatique, l'âge qui puisse exhorter la montée des sentiments de déshumanisation de façon relativement modeste en présence de covariables telles la sévérité du TSPT latent, la durée relativement courte d'hospitalisation des participants lors des passations des questionnaires, peut aider à minorer le sentiment de déshumanisation. De plus, la résilience, le processus de réhumanisation, l'empathie, l'autonomie des victimes et la justice restaurative doivent aussi être considérés ainsi que les limites de cette étude. En effet, les comorbidités psychiatriques étaient relativement nombreuses et non prises en comptes tout comme la résilience des patients, le long délai entre la survenue du traumatisme et la passation des questionnaires et le fait que l'étude était réalisée exclusivement chez des patients hospitalisés. La poursuite de la recherche dans ce domaine est nécessaire pour corroborer ces résultats.

6 Bibliographie

Arendt, H. (2000). *Eichmann en Jerusalem. Un estudio sobre la banalidad del mal* (3. Aufl). Lumen.

Basile, K. C., Clayton, H. B., Rostad, W. L., & Leemis, R. W. (2020). Sexual Violence Victimization of Youth and Health Risk Behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, *58*(4), 570-579. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.11.020

Blackstone, W. (20). *Commentaries on the laws of England: In four books* (T. M. Cooley, Éd.; 3. ed., [Reprint]). The Lawbook Exchange.

Bozon, M. (2020). *Violences et rapports de genre : Enquête sur les violences de genre en France*. Ined éditions.

Brenner, I., & Ben-Amitay, G. (2015). Sexual Revictimization: The Impact of Attachment Anxiety, Accumulated Trauma, and Response to Childhood Sexual Abuse Disclosure. *Violence and Victims*, *30*(1), 49-65. https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00098

Brown, G. (2015). Muriel Salmona : *Le livre noir des violences sexuelles*. *Nouvelles Questions Féministes*, *34*(2), 136. https://doi.org/10.3917/nqf.342.0136

Clasen, L. E., Blauert, A. B., & Madsen, S. A. (2018). “What Will My Friends Think?” Social Consequences for Danish Victims of Sexual Assaults in Peer Groups. *Journal of Child Sexual Abuse*, *27*(3), 217-236. https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1425942

Comité international de la Croix-Rouge. (1949). *Convention (IV) de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre, 12 août 1949*

https://ihldatabases.icrc.org/applic/ihl/dih.nsf/Article.xsp?action=openDocument&documentId=6AEF475AC4E91AAAC12563BD002C0269

Darves-Bornoz, J. M. (1997). Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, *71*(1), 59-65. https://doi.org/10.1016/s0301-2115(96)02605-x

de Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M. L., & Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, *262*, 70-77. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043

European Commission. Directorate General for Justice and Consumers. (2022). *2022 report on gender equality in the EU.* Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2838/502062

European Institute for Gender Equality. & ICF Consulting Services Ltd. (2021). *The costs of gender-based violence in the European Union.* Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2839/063244

Fournier, A., & Laurent, A. (2020). Le burn-out en réanimation : Évaluation, prévention et dispositifs d'intervention. *Médecine Intensive Réanimation*. https://doi.org/10.37051/mir-00038

Gorfinkel, I., Perlow, E., & Macdonald, S. (2021). L'examen génital et gynécologique qui tient compte des traumatismes subis. *CMAJ*, *193*(36), E1442-E1443. https://doi.org/10.1503/cmaj.210331-f

Haslam, N. (2006). Dehumanization: An Integrative Review. *Personality and Social Psychology Review*, *10*(3), 252-264. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_4

Haslam, N., & Loughnan, S. (2014). Dehumanization and Infrahumanization. *Annual Review of Psychology*, *65*(1), 399-423. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115045

Herring, J. (2014). *Family law: A very short introduction* (First edition). Oxford University Press.

Hoddenbagh, J., Zhang, T., McDonald, S., Canada, Department of Justice, & Division de la recherche et de la statistique. (2015). *Estimation de l'incidence économique des crimes violents au Canada en 2009*.

Khalifeh, H., Moran, P., Borschmann, R., Dean, K., Hart, C., Hogg, J., Osborn, D., Johnson, S., & Howard, L. M. (2015). Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychological Medicine*, *45*(4), 875-886. https://doi.org/10.1017/S0033291714001962

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, *360*(9339), 1083-1088. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0

Larousse (Éd.). (2020). *Dictionnaire Larousse poche 2021 : 76000 définitions, noms communs, noms propres + un précis de grammaire + 84 tableaux de conjugaison* (Nouvelle éd). Larousse dictionnaires.

Lehr-Lehnardt, R. (2001). One small step for women: Female-friendly provisions in the Rome Statute of the International Criminal Court. *BYU J. Pub. L.*, *16*, 317.

Leonardsen, D. (2004). *Japan as a low-crime nation*. Palgrave Macmillan.

Leonardsen, D. (2010). *Crime in Japan: Paradise lost?* Palgrave Macmillan.

Leyens, J.-P., Demoulin, S., Vaes, J., Gaunt, R., & Paladino, M. P. (2007). Infra-humanization: The Wall of Group Differences: Infra-humanization. *Social Issues and Policy Review*, *1*(1), 139-172. https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2007.00006.x

Mayaud, Y. (2018). *Code pénal* (116e éd., 2019). Dalloz.

McQueen, K., Murphy-Oikonen, J., Miller, A., & Chambers, L. (2021). Sexual assault: Women's voices on the health impacts of not being believed by police. *BMC Women's Health*, *21*(1), 217. https://doi.org/10.1186/s12905-021-01358-6

Mollica, R. F., & Son, L. (1989). Cultural dimensions in the evaluation and treatment of sexual trauma: An overview. *Psychiatric Clinics of North America*, *12*(2), 363-379.

Mondin, T. C., Cardoso, T. de A., Jansen, K., Konradt, C. E., Zaltron, R. F., Behenck, M. de O., Mattos, L. D. de, & Silva, R. A. da. (2016). Sexual violence, mood disorders and suicide risk: A population-based study. *Ciência & Saúde Coletiva*, *21*(3), 853-860. https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.10362015

Morris, J. M., & Quevillon, R. P. (2021). Social Reactions to Sexual Assault Disclosure: The Role of Posttraumatic Cognitions. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(9-10), NP5466-NP5475. https://doi.org/10.1177/0886260518801940

Office for Official Publications of the European Communities & European Commission. (2017). *Key figures on Europe.* Office for Official Publications of the European Communities.

Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet. Psychiatry*, *4*(2), 159-170. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9

Organisation mondiale de la santé (Éd.). (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Organisation mondiale de la santé.

Pioch, C., & Aizawa, I. (2022). La violence sexuelle, un problème sociétal majeur mondial, une situation unique : Le Japon. *Enjeux et société : Approches transdisciplinaires*, *9*(1), 183. https://doi.org/10.7202/1087834ar

Sims, C. (1997). *Justice in Peru:Victim Gets Rapist for a Husband*. https://www.nytimes.com/1997/03/12/world/justice-in-peru-victim-gets-rapist-for-a-husband.html

Universidad de Antioquia, Mejía Merino, C. M., Faneyra Zapata, L., Universidad de Antioquia, Molina Berrio, D. P., Universidad de Antioquia, Arango Urrea, J. D., & Universidad

de Antioquia. (2018). Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network. *Investigación y Educación en Enfermería*, *36*(1), e03. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e03

World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239

World Health Organization. (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/145086

World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/341337

7 Annexes

Annexe 1

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois.**

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	*Pas du tout*	*Un peu*	*Modérément*	*Beaucoup*	*Extrêmement*
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD
Traduction française N. Desbiendras

Annexe 2

Veuillez indiquer votre degré d'accord à l'aide de l'échelle allant de "Pas du tout d'accord" à "Tout à fait d'accord". Les différents niveaux de l'échelle peuvent être utilisés pour nuancer votre réponse.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Légèrement pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite de manière mécanique et froide, comme si j'étais un robot	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais quelqu'un d'immature	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais une personne dénuée d'empathie et de sensibilité	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme un objet	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais quelqu'un qui n'a pas de volonté ou d'initiative	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais un enfant	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Légèrement pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Légèrement pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais un être dénué d'émotions	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite de manière superficielle	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société ne me traite pas comme un individu doté d'une personnalité à part entière	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais quelqu'un qui manque d'intelligence et de compétence	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais un être sous-évolué	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais un automate	○	○	○	○	○	○	○
En tant que patient(e) en psychiatrie, la société me traite comme si j'étais quelqu'un de simple et de sommaire	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Légèrement pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Légèrement pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Mon environnement immédiat est riche en sensations et stimulations de toutes sortes	○	○	○	○	○	○	○
Souvent, je me dis que ma vie n'est pas très excitante	○	○	○	○	○	○	○
Je pratique de nombreuses activités physiques et/ou sportives	○	○	○	○	○	○	○
Mes activités physiques et/ou sportives sont une source d'épanouissement personnel	○	○	○	○	○	○	○
J'ai une vie intérieure riche	○	○	○	○	○	○	○
Je joue et/ou j'écoute beaucoup de musique	○	○	○	○	○	○	○
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Légèrement pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

Annexe 3

LE TRAUMA HISTORY QUESTIONNAIRE[1]

Ce qui suit est une série de questions à propos d'évènements graves ou traumatiques dans la vie de quelqu'un. En réalité, ces types d'évènements se produisent régulièrement, bien que nous aimerions croire qu'ils sont rares. Par conséquent, ils affectent la manière dont les personnes peuvent ressentir certaines choses, réagir ou encore réfléchir. Etre conscient du fait que de tels faits surviennent et connaître les diverses réactions des individus face à cela nous aidera à élaborer des programmes de préventions, d'éducations et autres services. Le questionnaire est divisé en questions couvrant les expériences criminelles, les catastrophes en général, les questions de traumatisme et enfin, des interrogations à propos d'expériences physiques et sexuelles.

Pour chaque évènement, veuillez indiquer (en encerclant la ou les réponses appropriées), si cela s'est produit, et si oui, le nombre de fois et votre âge approximatif quand cela s'est produit (donner la meilleure estimation de votre âge si vous n'êtes pas sûr). Notez également la nature de votre relation avec la personne en cause et la nature spécifique de l'évènement le cas échéant.

Evènements liés à la criminalité

			Si oui	
			Nombre de fois	Age approximatif
1. Quelqu'un a-t-il déjà tenté de vous prendre quelque chose directement en utilisant la force ou la menace de la force, comme une agression ou un braquage?	Non	Oui	_____	_____
2. Quelqu'un a-t-il déjà tenté de vous voler ou vous a effectivement volé (vos effets personnels par exemple) ?	Non	Oui	_____	_____
3. Quelqu'un a-t-il déjà tenté ou réussi à rentrer par effraction dans votre maison lorsque vous n'étiez pas là ?	Non	Oui	_____	_____
4. Quelqu'un a-t-il déjà tenté ou réussi à rentrer par effraction dans votre maison alors que vous étiez là ?	Non	Oui	_____	_____

[1] THQ : Green, L.-B. (1996)
Traduction française : Saint-Lebes, J., Bordas, R. & Schmitt, L. (2008)

			Si oui	
			Nombre de fois	Age approximatif
Catastrophes générales et traumatismes				
5. Avez-vous déjà eu un grave accident au travail, en voiture ou dans un autre endroit ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, précisez :				
6. Avez-vous déjà expérimenté une catastrophe naturelle telle qu'une tornade, un ouragan, une inondation, un tremblement de terre majeur, etc., et où vous avez senti que vous ou vos proches étiez en danger de mort ou blessés ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, précisez :				
7. Avez-vous déjà vécu une catastrophe provoquée par l'homme tel qu'un accident de train, l'effondrement d'un bâtiment, le braquage d'une banque, un incendie, etc., et où vous avez senti que vous ou vos proches étiez en danger de mort ou blessés ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, précisez :				
8. Avez-vous déjà été exposé à des produits chimiques dangereux ou à de la radioactivité qui auraient pu menacer votre santé ?	Non	Oui	_____	_____

			Si oui	
			Nombre de fois	Age approximatif
9. Avez-vous déjà été dans toute autre situation dans laquelle vous avez été grièvement blessé ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, précisez :				
10. Avez-vous déjà été dans toute autre situation dans laquelle vous avez craint d'être tué ou gravement blessé ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, précisez :				
11. Avez-vous déjà vu quelqu'un gravement blessé ou se faire tuer ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, précisez qui :				
12. Avez-vous déjà vu des cadavres (autre part qu'à des funérailles) ou avez-vous eu à manipuler des cadavres pour une raison quelconque ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, précisez :				
13. Avez-vous déjà eu un ami proche ou un membre de votre famille assassiné ou tué par un conducteur en état d'ébriété ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, précisez la relation (par exemple, votre mère, votre petit-fils, etc.) :				

			Si oui	
			Nombre de fois	Age approximatif
14. Avez-vous déjà eu un époux ou partenaire, ou un enfant qui est mort ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, précisez la relation :				
15. Avez-vous déjà eu une maladie grave ou extrêmement grave (mettant votre vie en danger) ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, précisez :				
16. Avez-vous déjà appris que l'un de vos proches était grièvement blessé, avait une maladie mettant sa vie en danger ou était décédé de façon inattendue ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, précisez :				
17. Avez-vous déjà eu à combattre, pendant le service militaire, dans une guerre officielle ou non officielle ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, indiquez ou :				
Expériences physiques et sexuelles				
18. Quelqu'un vous a-t-il déjà forcé à avoir des rapports sexuels, ou encore des rapports de type oral, anal?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, indiquez la nature de la relation avec la personne (par exemple : étranger, ami, parent, frère ou sœur) :				

4

			Si oui	
			Nombre de fois	Age approximatif
19. Quelqu'un a-t-il déjà touché des parties intimes de votre corps, ou vous a-t-il fait toucher les siennes par la force ou la menace ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, indiquez la nature de la relation avec la personne (par exemple : étranger, ami, parent, frère ou sœur) :				
20. Y a-t-il d'autres situations, autres que les incidents mentionnés aux questions 18 et 19, où une personne a tenté de vous forcer à avoir des contacts sexuels non désirés ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, précisez :				
21. Est-ce quelqu'un, y compris des membres de votre famille ou des amis, vous a déjà attaqué avec une arme à feu, un couteau ou une autre arme ?	Non	Oui	_____	_____
Si oui, précisez :				
22. Est-ce que quelqu'un, y compris des membres de votre famille ou des amis vous a déjà attaqué sans arme et vous a grièvement blessé ?	Non	Oui	_____	_____

			Si oui	
			Nombre de fois	Age approximatif
23. Est-ce qu'une personne de votre famille vous a déjà battu, giflé ou poussé assez fort pour vous blesser ?	Non	Oui	_____	_____

Autres évènements

24. Avez-vous déjà vécu toute autre situation ou événement extrêmement stressant qui ne soit pas mentionné ci-dessus ?	Non	Oui	_____	_____

Si oui, précisez : ……..

……

6

Annexe 4

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
(Exemplaire pour l'expérimentateur)

Consentement éclairé du participant

Je soussigné.e,_____, déclare que j'ai été informé.e sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les éventuels bénéfices et risques et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document. J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix comme mon médecin généraliste ou un membre de ma famille. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions. J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans que cela ne modifie mes relations avec l'équipe thérapeutique en charge de ma santé. J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que le médecin investigateur se porte garant de la confidentialité de ces données. Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité. Je donne également mon accord au transfert et au traitement de ces données dans d'autres pays que la France. J'accepte que les données de recherche récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées ultérieurement, pour autant que ce traitement soit limité au contexte de la présente étude pour une meilleure connaissance de la maladie et de son traitement. J'accepte que les médecins spécialistes et les psychologues en charge de ma santé soient informés de ma participation à cette étude clinique. J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom : _____

Prénom : _____

Date : _____

Signature du volontaire : _____

Engagement de l'expérimentateur

Je soussigné.e,_____, expérimentateur de recherche clinique confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.
Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'étude et que je suis prêt.e à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.
Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la « Déclaration d'Helsinki » et des « Bonnes Pratiques Cliniques ».
Nom, prénom, date et signature de l'expérimentateur

Nom : _____

Prénom : _____

Date : _____

Signature de l'investigateur : _____

Serment

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Abstract

Introduction: The feeling of dehumanization impacts hospitalized patients and victims of traumatic events primarily their quality of life. It has been established that victims of sexual violence are more likely to experience more symptoms related to a post-traumatic stress disorder, but they may also experience difficulties regarding the lack of recognition of their suffering by society. This study aims to evaluate the feeling of dehumanization according to the state of sexual and physical violence in patients hospitalized for mood disorders.

Materials and methods: 80 hospitalized patients answered self-questionnaires evaluating the feeling of dehumanization, the existence of post-traumatic stress disorder, depression, state-anxiety, and exposure to traumatic events such as sexual and physical violence. Their socio-demographic and clinical characteristics were recorded.

Results: No significant link was established between being a victim of sexual violence and a strong feeling of dehumanization, even if 43.8% of the patients were victims of sexual violence in the past. However, moderators such as the severity of latent post-traumatic stress disorder and depression, the relatively short duration of hospitalization, age, and gender can influence the average feeling of dehumanization.

Conclusion: Exposure to sexual and physical violence is not a predictive marker of a strong feeling of dehumanization in patients hospitalized for mood disorders. However, this feeling can be modulated according to the type of violence, such as forced intercourse, sexual touching, and forced sexual contact, age, gender, post-traumatic stress disorder and depression. Further research in this area is needed to corroborate these findings.

Keywords: Dehumanization, sexual violence, post-traumatic stress disorder, inpatients, psychotrauma, depression

Résumé

Introduction : Le sentiment de déshumanisation impacte les patients hospitalisés et victimes d'événements traumatiques notamment leur qualité de vie. Il est établi que les victimes de violences sexuelles sont plus susceptibles d'éprouver davantage de symptômes liés à un trouble de stress post-traumatique, mais elles peuvent aussi éprouver des difficultés quant au manque de reconnaissance de leur souffrance par la société. Cette étude vise à évaluer le sentiment de déshumanisation selon l'état de violence sexuelle et physique des patients hospitalisés pour de trouble de l'humeur.

Matériels et méthodes : 80 patients hospitalisés ont répondu à des auto-questionnaires évaluant le sentiment de déshumanisation, l'existence d'un trouble de stress post-traumatique, la dépression, l'état anxieux et l'exposition à des événements traumatisants tels que des violences sexuelles et physiques. Leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques furent considérées.

Résultats : Aucun lien significatif n'a été établi entre le fait d'être victime de violences sexuelles et un fort sentiment de déshumanisation, même si 43,8 % des patients étaient victimes de violences sexuelles dans le passé. Cependant, des modérateurs tels que la sévérité du trouble de stress post-traumatique et dépressif latents, la durée relativement courte d'hospitalisation, l'âge et le sexe peuvent influencer le sentiment de déshumanisation moyen.

Conclusion : L'exposition à la violence sexuelle et physique n'est pas un marqueur prédictif d'un fort sentiment de déshumanisation chez les patients hospitalisés pour troubles de l'humeur. Cependant, ce sentiment peut être modulé selon le type de violence, comme les rapports sexuels forcés, les attouchements sexuels et les contacts sexuels forcés. Des recherches supplémentaires dans ce domaine sont nécessaires pour corroborer ces résultats.

Mots-clés : Déshumanisation, violence sexuelle, trouble de stress post-traumatique, psychotraumatisme, dépression, hospitalisation