

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

-----

**FACULTE DE MEDECINE**

-----

Année 2021

N° 2021-279

**THESE**

pour le

**DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

**Coline COURTOIS**

-----

Présentée et soutenue publiquement le 25 novembre 2021

-----

**Adhésion aux idées reçues portant sur les violences sexuelles, étude auprès des  
médecins généralistes en Loire Atlantique et Vendée.**

-----

Présidente : Madame la Professeure Elise LAUNAY

Directrice de thèse : Madame la Docteure Françoise OHEIX

# REMERCIEMENTS

**Madame la Professeure Elise LAUNAY,**

Merci d'avoir accepté cette présidence, qui représente beaucoup pour moi. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

**Monsieur le Docteur Renaud CLEMENT,**

Vous avez accepté de faire partie du jury de cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet. Recevez l'assurance de ma reconnaissance et de mon respect.

**Monsieur le Dr Jean-Pascal FOURNIER,**

Soyez assuré de ma reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à mon travail et pour m'avoir montré que je sous-estimais jusqu'à présent le pouvoir d'une panier d'AMAP.

**Madame la Dr Françoise OHEIX,**

Merci de m'avoir suivi dans ce projet de thèse et pour tes conseils. Tu as su respecter et accompagner mon rythme.

Merci à mes relectrices et relecteurs : vos retours m'ont été précieux et pertinents !

Parce qu'il m'est encore parfois difficile de dire, et que lui le dit si bien, j'ai pris de l'aide auprès de *Grand Corps Malade* ( le sens de la famille )

### **Merci à ma famille,**

*Ce que je ressens, je veux leur dire. Je crois que j'ai le sens de la famille. Vous êtes mes bases, mes compliments, mes reproches. Leur humanité sans trompette, leur bienveillance sans détour. Ce que je leur dois je veux leur dire, je crois que j'ai le sens de la famille.*

- À mes frères : Gautier, Baptiste et Tristan, à notre fratrie : Nos chemins ne sont pas les mêmes mais on grimpe assurément les mêmes montagnes. On est une *sorte d'équipe sans remplaçant, sans capitaine. Dans cette équipe, tu ris, tu râles, tu progresses, tu veux rester.* Fanny, tu t'y fais une place, je t'y accueille avec tant de joie.

- À mes parents , merci de m'avoir épaulé pendant cet internat au chemin changeant. Merci pour le scoutisme, il m'a donné le goût du travail en équipe dans mon quotidien professionnel. Merci d'avoir semé la graine de l'aventure, mes voyages en trains/cheval/vélo trouvent leurs racines dans nos voyages familiaux.

- Merci à Joëlle pour ton aide précieuse pendant la rédaction.

### **Merci à mes amis.**

*Le sens de la famille c'est aussi le sens de l'amitié. [...] La famille c'est aussi ceux qui sont devenus essentiels, ceux et celles qui te connaissent, qui te révèlent, te soutiennent et te protègent. Avec elles-eux on a pas peur du silence, on a rien à se prouver.*

- Ysoline, merci pour les souvenirs scouts : ils nous racontent. Mais surtout à tous les autres qui ont construit notre belle amitié. Merci pour le refuge que tu sais toujours m'offrir quand j'en ai besoin. Dre Chaton paraît que c'est déjà pris, tant pis ;).

La petite pousse devient un arbre !

À la Greek team : Quand je parle de vous, je vous conjugue au passé, au présent et au futur. J'espère continuer pour longtemps !!

- Florence, merci pour cette sacrée belle amitié, pour ta douce force et ta simple présence quand j'en ai eu tant besoin. Tant de plaisir à te retrouver avec Cyril et Astrid.
- Sophie, merci pour la simplicité et la facilité de notre amitié. Merci pour ta force tranquille. Tu sais toujours être à l'écoute, à Paris, Poindimié ou Charmes.
- Justyna, merci pour ton sourire lumineux et tes confidences à coeurs ouverts. Tu me rappelles qu'il existe d'autres temporalités auxquelles s'abandonner.

*L'amitié c'est une autoroute avec de belles destinations.* Merci aux amis des 4 coins de la France.

- Stéphane, merci pour ton soutien et tes conseils toujours avisés. Je suis fière de pouvoir te compter parmi mes amis.

Aux ancien·nes lyonnais·es :

- Cécile, merci pour ces premières années de vie indépendante en coloc. À nos arrangements : toi qui fait à manger et moi la vaisselle. À nos soirées à chanter les génériques de NCIS et Murdoch.
- Pierre, merci pour la coloc rue Paul Bert pour les soirées bières-snookers les weekend gris. Merci pour ta présence au cours de cette D4.
- Mathilde, merci parce que des amitiés aussi vieilles j'en ai pas d'autre. Elle compte pour moi. Et avec toi c'est toute ta famille, à laquelle je suis attachée.
- Sarah et Claire, ce mois sans solde a scellé nos amitiés. Merci pour votre écoute, votre attention et votre confiance.
- J'ai une pensée particulière pour le codon stop (de croissance) sans qui cette P1 n'aurait pas été la même ;)

Aux Nantais·es :

Merci à l'équipe AIBeCoMaZe. Parce que ce semestre à saint nazaire avec ses hauts et ses bas, a été plus supportable grâce à votre présence.

- Alice, merci pour nos conversations sans tabou. Pour ton accueil pour les débriefs du soir. Je te souhaite tout le bonheur possible pour la suite à 3.
- Marie, merci pour ta passion pour la médecine et ton dévouement aux patients. Nos prochaines parties de pandémie n'attendent que ta visite :).
- Zélie, merci pour ton enthousiasme et ta bonne humeur.
- Mathilde, merci pour cette coloc improvisée en temps de confinement. Nos conversations profondes et passionnantes n'attendent que notre retour sur nos vélos.
- Justine merci pour ce début d'internat commun, tu gardes le privilège d'être la seule que je nomme "ma co-interne".
  
- Jean Max, merci pour les jours passés à travailler chez toi. Pour les sorties "restauro-gastro-cher en euros".

Je sais trouver chez vous tous un lit toujours accueillant où que vous soyez !

Chers et chères jeunes parents, préparez-vous à garder Henri Dès en tête pour les 10 prochaines années. J'ai pas fini de les chanter avec Ambre, Astrid, Constance, Brune, Léo (la petite sœur ou petit frère qui arrive), Louise, Tanguy/kirikou (?) et celles·ceux qui suivront.

Merci au Dre Metzger, qui au détour d'une visite hebdomadaire, m'a fait découvrir Causette. C'est la source de nombreuses de mes lectures et écoutes de podcasts (lescouillellesurlatable, unpodcastàsoi) sans qui cette envie de thèse n'aurait pas vu le jour.

Merci à Ghislaine, pour son accompagnement.

À Bonne-Maman.

*"Apprendre à être heureux avant d'être brillant" - Quand je marche, de Ben Mazué.*

# Table des matières

Liste des abréviations :	9
Choix d'une Écriture inclusive :	9
<b>INTRODUCTION</b>	<b>10</b>
I - Les violences sexuelles et leurs effets sur leurs victimes: définition, contexte et état des connaissances.	10
A - Définir les violences sexuelles : de l'agression au viol.	10
B - Epidémiologie des violences sexuelles	11
a) Dans le monde	11
b) En France : Incidence et prévalence des VS	12
C - Caractérisation des VS en France	15
a) Les victimes :	15
b) L'auteur·e	15
c) Espace de vie où surviennent les VS	16
d) Dénonciation des violences sexuelles	17
II - Conséquences sur la vie et sur la santé (des victimes)	17
A - Ce que disent les enquêté.e.s	17
B - Ce que disent les connaissances scientifiques	18
a) Le psychotraumatisme	18
b) Autres complications psychiques	20
c) Complications somatiques	20
III - Idées reçues et mythe du viol	22
A - Définition du mythe du viol	22
B- L'état du mythe du viol en France	26
C - Les conséquences du mythe pour les victimes	27
IV - Implications en médecine générale.	27
A - Ce qu'attendent les victimes :	28
B - Ce qu'en disent les médecins généralistes :	29
V - Constat et questions de recherche soulevées	29
<b>METHODE ET MATERIEL</b>	<b>31</b>
I - Type d'étude et collecte des données	31
II - Population étudiée	31
III - Questionnaire :	34
IV - Analyse des données :	35
A - Pour l'objectif principal	35
B - Pour l'objectif secondaire :	37

<b>RESULTATS</b>	<b>40</b>
I - Analyse du score global et des effets des paramètres retenus sur celui-ci .	40
A - Effet du sexe sur le score obtenu	42
B - Effet de l'âge sur le score obtenu	43
C - Effet de la formation sur le score obtenu	43
a) Formation sur les violences sexuelles	43
b) Formation sur les violences conjugales	43
D - Effet du lieu d'exercice sur le score obtenu	44
II - Analyse item par item	44
A - Analyse du groupe A	44
a) Réponses à l'item 1	45
b) Réponses à l'item 2	47
c) Réponses à l'item 3	49
d) Réponses à l'item 7	51
e) Réponses à l'item 10	53
f) Réponses à l'item 46	55
B - Analyse du groupe B	56
a) Réponses à l'item 8	57
b) Réponses à l'item 9	59
c) Réponses à l'item 18	61
d) Réponses à l'item 21	63
e) Réponses à l'item 27	65
f) Réponses à l'item 28	67
g) Réponses à l'item 29	69
h) Réponses à l'item 32	71
C - Analyse du groupe C	73
a) Réponses aux items 4 - 5 et 6	73
b) Réponses aux items 11 à 17, 19 et 20	75
c) Réponses aux items 22 à 31	77
d) Réponses aux items 35 à 40	79
e) Réponses aux items 41 à 45	81
f) Particularité des questions 33 et 34	83
<b>DISCUSSION</b>	<b>85</b>
I - Forces et limites de notre étude	85
a) Limites	85
b) Forces	87
II - L'adhésion aux idées reçues : qu'en retenir chez les MG.	89

A - Stéréotypes de genre et transfert de responsabilité	90
B - Connaissance de la typologie des VS	92
C - Définitions juridiques	92
D - Conséquences somatiques et psychique	93
E - Comparaison avec la littérature	94
III - Importance de la faible adhésion aux idées reçues des MG	94
A - Le soutien social	95
B - prise en charge somatique et psychique	97
C - Connaître les idées reçues	98
CONCLUSION	99
<b>ANNEXES</b>	<b>101</b>
ANNEXE 1	101
ANNEXE 2	102
ANNEXE 3	108
ANNEXE 4	113
ANNEXE 5	125
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>128</b>

## Liste des abréviations :

AMV: Acceptation du mythe du viol

LA : Loire Atlantique

MG : Médecin généraliste

HAS : Haute Autorité de Santé

VS : Violences sexuelles

VC : Violences conjugales

## Choix d'une Écriture inclusive :

Dans le but d'inclure toutes les sensibilités, les identités et genres des victimes, le choix a été fait d'écrire cette thèse dans un style inclusif. Bien que - comme nous allons le voir - les auteurs de violences sexuelles soient majoritairement des hommes et les victimes des femmes, il m'a semblé essentiel de ne pas utiliser une écriture normative de genre, pour ne pas donner le sentiment que le propos vise systématiquement les hommes et victimise les femmes. Par ailleurs, les médecins généralistes femmes représentant aujourd'hui une grande partie des praticien·nes, il était important de leur laisser cette visibilité.

L'utilisation du point médian a été choisie. Le but étant de rendre visible les situations de mixité de genre.

## **Logiciel Dataviv'® avec SphinxDeclic2® :**

Les résultats sont présentés dans le corps de thèse ou en annexe. Cependant des versions dynamiques et didactiques sont disponibles en ligne. Des liens dans le texte permettent d'y accéder. Le mot de passe suivant est cependant requis : thesecourtois.

# INTRODUCTION

I - Les violences sexuelles et leurs effets sur leurs victimes: définition, contexte et état des connaissances.

## A - Définir les violences sexuelles : de l'agression au viol.

Aujourd'hui la loi française, dans le code pénal à l'article 222-23 définit le viol comme : *“Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol”* (1).

Les agressions sexuelles ou autres types de violences sexuelles sont, elles aussi, définies dans le code pénal à l'article 222-22, de la manière suivante : *“Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise [...]”* (2). La tentative de délit est punie des mêmes peines (3). Les actes visés peuvent être des attouchements du sexe ou des seins, subis ou à faire, des caresses de nature sexuelle ainsi que les baisers forcés, le pelotage (4).

Par ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les violences sexuelles comme *“tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance 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”* (5). On peut donc aussi inclure les harcèlements sexuels qu'ils aient lieu au travail, sur internet, dans la rue ou dans le milieu scolaire.

Enfin l'utilisation du terme violence sexuelle permet de mettre l'accent sur le côté violent et non le côté sexuel et d'établir un continuum entre les violences sexuelles (6).

Dans la suite de ce manuscrit, les violences sexuelles (VS) évoqueront donc conjointement : les viols, les tentatives de viol et les agressions sexuelles autres. Le

terme "catégorie juridique" pourra aussi faire référence aux VS dans certaines études que nous citerons.

Les chiffres d'incidence et de prévalence des VS sont aujourd'hui mal définis. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la difficulté à les évaluer. Parmi eux, le premier est le tabou concernant ce sujet. Toutefois, depuis les années 90, des données ont pu être établies au travers d'études internationales et nationales. Elles nous fournissent ainsi des estimations de ces violences.

## **B - Epidémiologie des violences sexuelles**

### *a) Dans le monde*

Au niveau mondial, les données retrouvées concernent surtout les femmes et sont fournies principalement par des rapports de l'OMS. On retrouve notamment dans ces rapports (*World report on violence and health* et *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde*) les informations suivantes : 20% de femmes et 5 à 10% d'hommes sont victimes "d'abus sexuels" pendant l'enfance. (5,7). En 2002, les estimations de femmes victimes de VS varient entre 2 à 8% selon le pays (5).

Ces chiffres sont confirmés par l'étude multipays de l'OMS, réalisée en 2005, sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes. Réalisée dans 10 pays (Bangladesh, Brésil, Éthiopie, Japon, Namibie, Pérou, République-Unie de Tanzanie, Samoa, Serbie-et-Monténégro et Thaïlande), elle met en évidence des proportions de VS par un partenaire allant de 6% (Japon par exemple) à 59% en Ethiopie. De même, la proportion de VS commises par une autre personne qu'un partenaire varie entre 1% à 12%. Elle met aussi en évidence que les femmes les plus jeunes sont les plus exposées aux risques de violence et que les auteurs les plus souvent cités sont des membres de la famille de sexe masculin.(8)

*b) En France : Incidence et prévalence des VS*

Depuis les années 2000, des études de victimation successives ont permis de donner plus de précision sur l'incidence et la prévalence des VS en France. Les méthodologies appliquées et les populations cibles étudiées variant d'une étude à l'autre, les résultats ne sont pas strictement superposables. Elles permettent toutefois d'apporter de nombreuses informations concernant les victimes, les auteurs, l'âge de la survenue des événements ainsi que les espaces de vie concernés, fournissant dès lors un tableau plus clair de la situation des VS en France.

Toutes ces études ont apporté une attention particulière à leur échantillon. Ils étaient représentatifs de la population générale. Le tableau 1 résume les caractéristiques de chaque étude.

Tableau 1 : études françaises de victimation sur les VS. Résumé des caractéristiques.

enquêtes	année	périodes de réf de la question posée	population étudiée	VS décrites / explorées	nombre de répondant-es
CVS	2019	12 dernier mois renouvelé tous les ans depuis 2011 permettant un cumul et un moyenne annuelle	femmes et hommes 18-75 ans	viols tentative de viols attouchements	9175 répondants en 2019 92966 répondants cumulés entre 2011 -2019
VIRAGE	2015	-12 derniers mois  vie entière	femmes et hommes 20-69 ans	viol  tentative de viol agression sexuelle	11 712 hommes et 15 556 femmes soit 27268 répondants
CSF	2005-2006	vie entière	hommes et femmes 18-69 ans	rapports sexuels forcés ou tentative attouchements  appel téléphonique / conversation à caratère pornographique	5 540 hommes et 6 824 femmes soit 12 364 répondants
ENVEFF	2000	vie entière ( moins 12 derniers mois)	femmes 20-59 ans	tentative de rapports sexuels forcés rapport sexuels forcés contrainte à des rapports avec un tiers attouchement au moins une des ces agressions	6970 femmes

CVS : Cadre de Vie et Sécurité, mené par Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale (ONDRP)

Virage : Violence et Rapport de Genre

CSF : Contexte de la Sexualité en France

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

Les tableaux 2 et 3 reprennent et mettent en parallèle les principaux chiffres de ces études.

Tableau 2 : proportions et effectifs estimés de victimes de VS au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, par étude.

Proportions et effectifs estimés de personnes victimes VS au cours des 12 derniers mois*							
		femme		homme		TOTAL	
		%	effectif estimé	%	effectif estimé	%	effectif estimé
CVS	viols	0,4%	62 000	-	18 000	0,3%	77 000
	tentatives de viol		32 000		3 000		35 000
	toutes VS	0,8%	186 000		47 000	0,5%	230 000 victimes
VIRAGE	viols	0,3%	52 500	0,01%	2 500	777 000 victimes	
	tentatives de viol	0,2%	37 000	0,01%	1 000		
	autres VS	2,8%	552 500	1,0%	185 000		
	toutes VS	2,9%	580 000	1,0%	197 000		
CSF	viols	0,4%	50 000 à 120 000	-	-	-	
	tentatives de viol						
	autres VS						
	toutes VS						
ENVEFF	viols	0,5%	80 000	-	-	-	
	tentatives de viol						
	autres VS	3%	472 000				
	toutes VS	3,5%	560 000				

Tableau 3 : proportions de victimes de VS au cours de la vie, selon l'enquête.

Proportion de victimes de VS au cours de la vie					
Catégorie juridique	VIRAGE		CSF		ENVEFF
	femme	homme	femme	homme	femme
	%	%	%	%	%
Viol	3,3	0,5	6,8	1,6	2,7
tentative de viol	2,5	0,5	9,1	3	5,7
autre agression	13,8	3,7	12	4,1	5,4
total	14,5	3,9	20,4	6,8	11

Pas de donnée pour étude CVS

De ces différentes études sur l'épidémiologie des VS en France - depuis l'étude la plus ancienne ENVEFF en 2000 jusqu'à aujourd'hui avec les rapports "vie et sécurité" annuels de l'ONDPR de 2018 et 2019 - nous pouvons retenir les intervalles de valeurs suivants :

- 230 000 à 777 000 victimes de VS par an (4,9)
- dont 48 000 à 112 000 victimes de viol et tentatives par an (9,10)
- 19% des français·es sont victimes de VS au cours de la vie (4).
- 14% à 20% des femmes et 4% à 7% des hommes rapportent avoir déjà subi des VS au cours de leur vie.(4,11)

Ces valeurs sont très probablement encore bien en dessous de la réalité.

Cette sous-estimation des situations de VS a plusieurs origines possibles. La première est qu'un certain nombre de victimes potentielles ne font pas partie de ces études. Les enfants en sont exclus, tout comme les adultes vivant hors "foyer ordinaire". Ensuite, le silence est encore de mise dans ces situations, les événements peuvent encore être tûs, même au cours d'enquêtes anonymisées. Ceci est d'autant plus remarquable pour les hommes, chez qui le tabou est très présent. Enfin, les phénomènes d'amnésie traumatique, sur lesquels nous reviendrons, empêchent la comptabilisation des actes.

## C - Caractérisation des VS en France

Toutes les études précédemment citées recourent des données similaires concernant l'âge de survenue des VS, les auteur·es de ces actes, les espaces de vie dans lesquels surviennent ces VS, ainsi que sur le silence des victimes quant à ce qu'elles·ils ont vécu. On peut donc établir certaines réalités des VS en France à partir de ces résultats.

### *a) Les victimes :*

Les femmes rapportent globalement plus de violences sexuelles au cours de leur vie que les hommes, dans tous les espaces de vie et pour toutes les catégories de faits (4). Elles sont 3 fois plus nombreuses que les hommes à rapporter des VS (9,11).

La majorité des VS surviennent pendant l'enfance. Selon les études, c'est une sur quatre à une sur deux des victimes qui a vécu ces VS avant l'âge de 11 ans (4,11,12). Les proportions sont de 59% des femmes et 67% des hommes ayant subi des premiers rapports forcés ou tentatives à moins de 18 ans (11). Ces valeurs s'élèvent jusqu'à 81% de victimes de VS ayant vécu ces violences avant 18 ans dans l'enquête IVSEA (12).

Tous les groupes sociaux sont concernés par les VS (4,11).

### *b) L'auteur·e*

L'auteur·e est dans 86% des cas un homme (9). Quand la victime est une femme, c'est le cas à 90% (4). Pour les victimes hommes, le sexe de l'auteur·e varie selon l'espace de vie étudié et les enquêtes. On retiendra tout de même que dans ces situations aussi, les auteurs sont majoritairement des hommes. (4).

Pour les 2 sexes, l'agresseur est unique dans la grande majorité des cas (90% à 91% pour CSF et ONDRP (9,11).

Selon l'âge de survenue des VS, l'auteur·e n'a pas le même lien avec la victime. Dans l'enfance et l'adolescence les VS sont commises dans le cadre familial. Puis à l'âge

adulte, le·la conjoint·e, ex-conjoint·e ou un·e ami·e est le plus souvent l'auteur·e. Chez les femmes de plus de 40 ans, les VS sont dans 35% des cas commises par le·la partenaire (11). Les VS perpétrées par un·e inconnu·e représentent 17% à 18%, quel que soit le sexe de la victime (11,12).

### *c) Espace de vie où surviennent les VS*

L'enquête VIRAGE a étudié les espaces de vie où surviennent ces VS en fonction des catégories juridiques.

Au cours de la vie, les viols (ou les tentatives) sont commis principalement au sein de la famille et des proches, pour les femmes comme les hommes. Les agressions sexuelles surviennent en premier lieu dans les espaces publics et au sein de la famille / des proches. Elles surviennent aussi, en moindre fréquence, dans le cadre professionnel et le contexte des études.

Au cours des 12 derniers mois, les espaces de vie et les VS subies sont différents entre les hommes et les femmes.

Pour les femmes, les espaces publics et au cours des études sont les espaces les plus à risque de survenue d'agressions sexuelles. Elles surviennent aussi fréquemment dans le contexte professionnel. Tandis que les viols surviennent le plus souvent dans le cadre des études et au sein du couple.

Les hommes, eux, subissent des agressions sexuelles principalement dans le cadre des études ainsi que dans le contexte professionnel. Les viols surviennent - en bien moindre proportion que pour les femmes - au sein du couple .

Les agressions dans l'espace public ne signifient pas que l'auteur·e est nécessairement inconnu·e de la victime (pour détail voir *annexe 1*) (4).

Dans les enquêtes de l'ONDRP ce sont 80% des cas de VS qui ont lieu dans des habitations et 9% dans la rue, lorsque les violences surviennent hors ménage.(9)

#### *d) Dénonciation des violences sexuelles*

Parler des VS subies demeure aujourd'hui encore un tabou. Dans l'étude CSF citée précédemment, 46% des femmes et 62% des hommes en parlent pour la première fois.

Chez les femmes, 8.5% des rapports forcés ou des tentatives sont signalés à un.e médecin, et 4.2% à la police ou à la gendarmerie.

Dans l'enquête de l'ONDRP, il est retrouvé jusqu'à 34% de consultation d'un.e professionnel.le de santé pour évoquer une première fois les VS (9). Cela est retrouvé de manière cohérente dans l'étude IVSEA où 1 victime sur 5 évoque des VS avec ces mêmes professionnel·les (12).

La moyenne des dépôts de plainte est de 17% pour les victimes de viol ou tentative de viol (9).

Notons qu'il faut différencier deux types de révélations des VS. Un dévoilement au cours d'une enquête publique et anonyme est une action différente de celle d'en parler à son entourage, ses proches, la police ou aux soignants (13).

## **II - Conséquences sur la vie et sur la santé (des victimes)**

### **A - Ce que disent les enquêté.e.s**

Les différentes études citées précédemment ont cherché à connaître le ressenti des enquêté·es quant aux conséquences de VS sur leur vie. De nouveau, les données sont cohérentes entre elles. Les enquêté·es jugent que les VS ont eu un impact significatif sur leur vie quotidienne dans 48% des cas. Parmi ces victimes, 54% à 65% considèrent ces répercussions comme "plutôt importantes" à "très importantes" (11,12). Les pensées suicidaires, les tentatives de suicide et les détresses psychologiques sont d'ailleurs sensiblement plus élevées chez les victimes de VS que dans la population générale (4,13,14). Dans l'enquête IVSEA, 78% des interrogé·es rapportent avoir déjà eu des idées suicidaires. Le risque suicidaire est en effet 7 fois plus important dans la

population concernée par cette étude. Ce risque est d'autant plus important quand les faits ont été commis sur une victime jeune. Les troubles addictifs y sont aussi rapportés par 1 victime sur 2 (12).

## **B - Ce que disent les connaissances scientifiques**

### *a) Le psychotraumatisme*

La connaissance du psychotraumatisme est un facteur essentiel pour la compréhension des conséquences des VS, des difficultés à en parler et pour la prise en charge des victimes. En France, le psychotraumatisme est largement décrit, notamment par le Dr SALMONA au sein de son association Mémoire Traumatique et Victimologie. Il explique à lui seul les conséquences psychologiques/psychiques immédiates et au long court.

Lors de situations de peur ou de stress, le corps subit un stress physiologique - cardiaque, neurologique - et un stress psychique. En temps normal, le cerveau contrôle cette situation. Via les hormones de stress (adrénaline et cortisol), l'hippocampe est activé, ce qui permet l'analyse de la situation, sa mémorisation et provoque une réaction ou une fuite. Les taux hormonaux et le stress diminuent alors. Or, au cours d'un événement "*d'une violence insensée, inconcevable et terrorisante*", le cerveau, notamment l'amygdale et le cortex, entrent en état de sidération et de paralysie psychique. Le cerveau ne peut alors plus exercer son contrôle. Pour autant, la sécrétion des hormones de stress perdure et peut être responsable de conséquences cardiaques, neurologiques ou psychiques (un taux d'adrénaline trop important peut entraîner une ischémie myocardique, une surproduction de cortisol sera responsable de lésions neuronales et dendritiques (15) ). Pour échapper à ce risque vital, s'effectue une disjonction entre l'amygdale et l'hippocampe, avec interruption des circuits émotionnels et intégratifs de la mémoire. Cette disjonction est secondaire à des mécanismes neuro-biologiques (sécrétions d'endorphines) et psychiques, lesquels dépendent avant

tout de “la gravité de l’acte violent, au caractère insensé des violences, à l’impossibilité d’y échapper, [...]” (12,16)

En résulte un état dissociatif caractérisé par une anesthésie émotionnelle, une déréalisation, une dépersonnalisation, ainsi que des troubles mnésiques avec amnésie partielle ou complète et mémoire traumatique. La mémoire traumatique est un condensé émotionnel de sensations et perceptions restant “bloqué” dans l’amygdale et ne pouvant être intégré à la mémoire autobiographique (via l’hippocampe, alors déconnecté). Tout y est mélangé, sans identification, ni tri, ni contrôle possible. Du fait de l’impossibilité de l’intégration au niveau cortical, cet ensemble ne perd pas en intensité au cours du temps.

Ces blessures sont non seulement psychologiques mais aussi neurologiques avec des dysfonctionnements importants des circuits émotionnels et de la mémoire, visibles sur IRM (17).

Ce mécanisme explique l’impossibilité de la victime à réagir ou à s’enfuir, l’indifférence de celle-ci, ou encore l’incapacité à se souvenir avec clarté des événements.

Il explique aussi les conséquences à long terme. Les réminiscences, faisant revivre à la victime les violences avec les mêmes émotions et la même intensité, vont la mener à développer des conduites d’évitements. On retrouve ici les symptômes du Syndrome de Stress Post Traumatique, conséquence directe de cette mémoire traumatique.

Pour échapper à cet état émotionnel, la victime peut chercher à retrouver une amnésie émotionnelle comme lors de la disjonction initiale, en se mettant dans des situations d’état dissociatif. Elle va chercher à s’anesthésier par le biais de conduites addictives (consommation de produits stupéfiants) ou des comportement dangereux (troubles alimentaires, mise en danger sur la route / dans le sport, violence contre soi-même ou les autres). Ces conduites, en augmentant brutalement le niveau de stress, entraînent la sécrétion des hormones nécessaires à la disjonction (11). Rapidement ces conduites dissociantes deviennent de véritables addictions, avec tous les risques qu’elles peuvent représenter pour la santé des victimes (12).

### *b) Autres complications psychiques*

Les conséquences des violences sexuelles sur le plan psychique peuvent se manifester de nombreuses façons. On retiendra les troubles anxieux, la dépression, les troubles du sommeil, les addictions, les troubles du comportement alimentaire (13,18).

### *c) Complications somatiques*

Nous l'avons vu, les victimes de VS sont plus susceptibles de développer des addictions. On retrouve en effet, une consommation d'alcool et d'autres substances illicites plus fréquentes chez ces sujets. Par ailleurs, il a été montré que les victimes de VS avaient leur première expérience sexuelle plus précocement et plus d'expériences sexuelles que les personnes non-victimes de la même tranche d'âge (13).

La thèse de la Dre LOREAL "Adolescents se déclarant victimes d'abus sexuels" illustre bien ces comportements à risque chez les adolescent·es victimes. Par exemple, ils·elles sont 16% à avoir des rapports sexuels précoces avant 13 ans, contre 4.5% chez les adolescent·es non victimes. De même, la consommation de stupéfiants tels que le cannabis ou les épisodes d'ivresse sont plus fréquents chez les jeunes se déclarant victimes (14).

En découle donc un plus grand risque de développer des pathologies organiques liées à ces consommations à long terme ou à des conséquences immédiates tels des traumatismes.

Ces victimes s'exposent aussi plus aux IST et à des risques de grossesse non désirée. Elles ont plus recours à l'IVG ou à l'utilisation de la pilule du lendemain (pour les femmes victimes comme pour les partenaires des hommes victimes) (13).

Les victimes de VS présentent plus de pathologies chroniques (13). Elles·ils ont 1,7 fois plus de risque d'avoir une colopathie fonctionnelle. La prévalence des douleurs ostéo-articulaires ou musculaires est plus importante que dans le reste de la population. Notamment le risque de développer une fibromyalgie est doublé chez les victimes de VS. Elles·ils ont un risque augmenté de céphalées chroniques et de migraines.

Sur le plan cardiovasculaire, on retrouve un risque d'obésité lié aux troubles du comportement alimentaire, responsable à son tour d'un risque de diabète plus élevé et donc à terme de pathologies vasculaires et cardiaques (18).

Le graphique 1, tiré de la revue de la littérature du Dr Thomas, résume les liens et la genèse des troubles organiques chez les victimes de VS (18).

On retrouve plus de cancers du col utérin chez les victimes de VS. D'une part du fait de l'exposition plus importante au HPV et d'autre part, du fait d'un dépistage moins pratiqué par ces patientes (13,18).

Chez les enfants victimes de VS, le constat est le même. On notera qu'ils·elles présentent plus de risque de développer un trouble psychiatrique, des douleurs pelviennes chroniques ou des épilepsies "non organiques".

Le risque de re-victimisation est majeur chez les enfants (19).

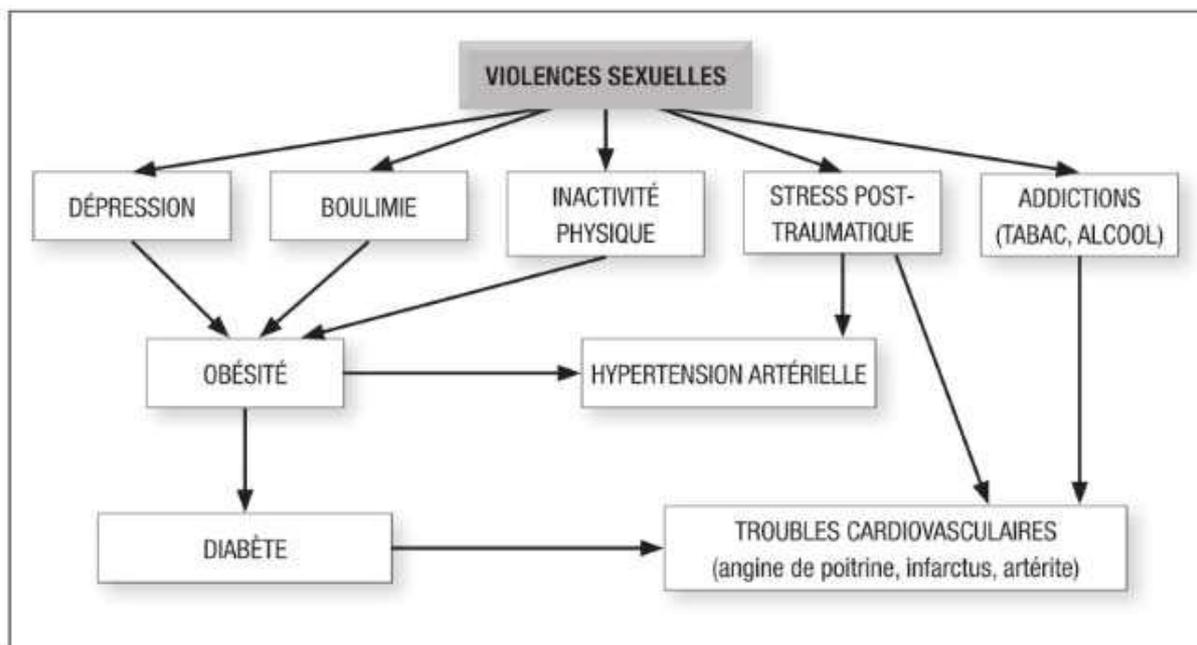


Figure 1 : mécanismes physiopathologiques impliqués dans la genèse des troubles métaboliques et cardio-vasculaires induits par les violences sexuelles.(18)

Les VS ont une forte prévalence et incidence en France. Elles sont responsables de graves conséquences pour les victimes. Pour autant, le sujet est très peu discuté et reste tabou.

Ce tabou peut en partie trouver une explication dans les idées reçues qui existent sur les violences sexuelles.

### III - Idées reçues et mythe du viol

Les idées reçues sur les violences sont multiples. Du point de vue sociologique, elles constituent le concept du mythe du viol.

#### **A - Définition du mythe du viol**

Il convient d'abord de se pencher sur ce qu'est un mythe. Le concept de mythe selon Fitzgerald et Lonsway, est constitué de croyances fausses ou apocryphes qui expliquent un phénomène culturel et dont l'importance réside dans le maintien des arrangements culturels existants (20).

Le concept du mythe du viol est pour la première fois développé dans les années 1970, sous une définition rapide mais simple donnée par Browmiller : *“il existe des mythes concernant le viol, répandus dans la société, servant à travestir la véritable nature du viol”* (citée dans (21), p.27) *“des croyances fausses, préjudiciables et stéréotypées au sujet du viol, des victimes de viol et des violeurs qui créent un climat hostile pour les victimes”* ( citée dans (6), p.34).

La première approche scientifique aura lieu en 1980 par Martha Burt, enrichie au cours des années 90 par le travail de Payne, Lonsway et Fitzgerald. Elles définissent le mythe du viol ainsi : *“les mythes sur le viol sont des attitudes et généralement de fausses croyances sur le viol largement diffusées et persistantes, qui servent à nier et à*

*justifier les agressions sexuelles*” (21). Bien qu’elles parlent de mythe “du viol”, elles évoquent déjà que ces mythes recouvrent les agressions sexuelles en général.

Au cours des années qui suivent, de nombreuses études sont menées pour mettre en évidence le lien de causalité entre certaines données démographiques ou contextuelles et l’acceptation du mythe du viol. Dix ans plus tard, Gerger et al. apportent leur contribution en définissant le mythe du viol comme un concept “dynamique” et en postulant que son contenu a probablement évolué avec le temps. D’autre part, elles préfèrent utiliser le terme de croyances “erronées” plutôt que “fausses” (22).

Pour résumer, le concept de mythe du viol est constitué d’idées reçues et croyances, qui nourrissent l’ignorance et la minimisation des VS. Ces idées reçues et croyances sont notamment des stéréotypes concernant le viol, sur la victime et l’auteur ou encore des stéréotypes sur la sexualité selon le genre.

Elles participent d’une part à délimiter le script du “véritable viol” ou “viol typique”. Il est défini par la Dre Schlegel comme “*une situation où l’ambiguïté n’a pas sa place, où l’absence de consentement de la victime n’est pas discutable et où sa responsabilité ne peut être retenue*” (23). Ce viol typique est représenté la plupart du temps comme ayant lieu dans un endroit extérieur au domicile, perpétré par un inconnu, avec utilisation de la force et / ou agression, la victime étant seul·e (24).

C’est à ce script que l’on se réfère pour juger d’une situation de viol ou de VS. Les témoignages de VS ou viol s’écartant de ce script sont alors considérés comme moins graves ou ne relevant pas des VS par l’opinion publique .

D’autre part, ces idées, tout comme le script du viol typique, sont responsables de différents mécanismes tels que nier l’existence de VS, marginaliser les comportements ou les victimes, transférer la responsabilité de l’auteur vers la victime (culpabilisation de la victime, dédouanement de l’auteur).

Selon les sujets, ces croyances jouent un rôle différent, impliquent un mécanisme différent. Le figure 2 résume le mythe du viol.

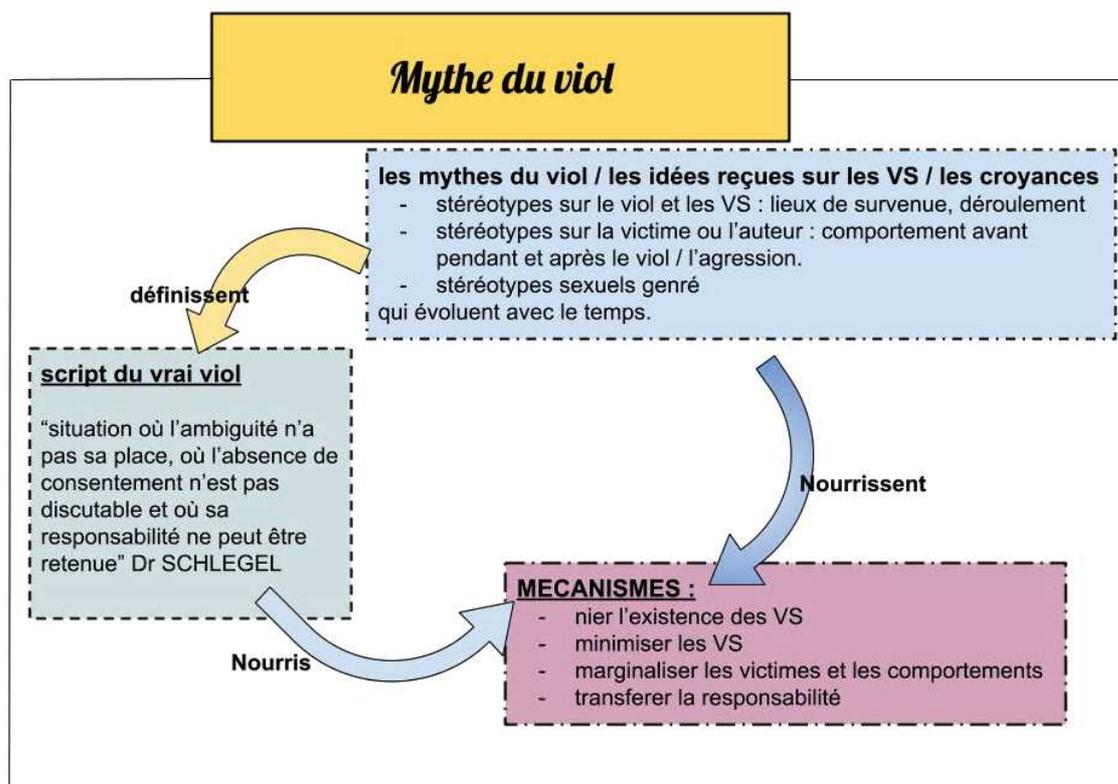


Figure 2 : [résumé du mythe du viol](#)

La fonction de ce mythe, si on reprend la définition proposée par Fitzgerald et Lonsway, est le maintien des arrangements culturels existants. Autrement dit, en niant et minimisant les VS, on en cache l'étendue et leur réalité, protégeant ainsi notre société. Tout en rendant la lutte contre cela plus difficile (20).

On retrouve ces idées reçues, ces mythes non seulement dans la tradition orale, mais aussi dans les médias (articles journalistiques, films, séries), dans certains discours politiques et religieux (6).

Dans sa thèse de médecine, la Dre Schlegel, a effectué une revue de la littérature des études "visant à mettre en évidence le lien de causalité entre certaines données démographiques ou contextuelles et l'acceptation du mythe du viol" (AMV). Bien qu'elle souligne l'existence des limites méthodologiques des études, rendant parfois

ininterprétables leurs résultats, elle retient certaines tendances retrouvées de manière stable à travers différentes études (23).

Nous en retiendrons que l'acceptation du mythe du viol varie selon le sexe : les hommes adhèrent plus au mythe du viol (20,25). Si l'une des caractéristiques du viol s'écarte du scénario du "viol typique" (sexe de l'auteur, sexe de la victime, résistance de la victime), l'AMV devient plus importante. La qualification même de viol est mise en doute. Une relation antérieure intime entre la victime et l'auteur est corrélée à une plus grande AMV.

L'AMV est plus importante lorsque un sujet adhère aux stéréotypes de genre et stéréotypes sexuels traditionnels. Il en est de même pour les attitudes supportrices de la violence envers les femmes et hostiles envers celles-ci (21)(pour une revue (23).) Il en est de même pour la croyance en une sexualité adverse (c'est à dire «la croyance que les relations sexuelles sont fondamentalement exploitantes, que chaque partie est manipulatrice, sournoise, infidèle, inaccessible à la compréhension de l'autre, et indigne de confiance » (26))

Enfin, on retrouve une AMV chez les professionnel-les sanitaires et judiciaires, avec la même prévalence que dans la population générale (23).

Ce mythe, d'abord théorisé par rapport aux femmes, fonctionne aussi pour les hommes. On peut donc au sein du mythe du viol, retrouver des mythes du viol masculin et des mythes du viol féminin, qui diffèrent dans leur scénario du viol typique, mais dont les effets et mécanismes sont les mêmes.

Pour conclure sur cette notion, le mythe du viol s'intègre dans une culture du viol concernant la société toute entière. Comme rappelé par Valérie Rey-Robert, "*on parle de culture car ces idées reçues imprègnent la société, se transmettent de génération en génération et évoluent au fil du temps*". Toutes les composantes de la société sont en jeu : juridique, éducative, médiatique, ... Il me semble important de souligner son propos pour la précision qu'elle apporte : "*entretenir la culture du viol signifie que par ses mots, par ses actes on entretient un climat où la victime est culpabilisée et le violeur excusé, pas qu'on viole.*"(6)

## **B- L'état du mythe du viol en France**

En 2015, l'Association mémoire traumatique et victimologie a fait réaliser une enquête via l'institut IPSOS, auprès d'un échantillon représentatif de la population française majeure. Elle avait pour but de mettre en évidence les représentations que les français pouvaient avoir du viol et des VS. L'enquête a été renouvelée en 2019, après la vague de libération de la parole du mouvement #MeToo et #BalanceTonPorc, pour évaluer l'impact de ces événements sur les représentations.

D'une enquête à l'autre, les résultats sont restés stables concernant les représentations des français·es.

On note tout d'abord une persistance de méconnaissance de la réalité des VS en France. 51% des français·es pensent que les viols seraient avant tout le fait d'inconnus dans l'espace public. Seulement 22% savent que les viols sont subis en majorité avant 18 ans. La méconnaissance de la définition légale perdure. 1 français·e sur 2 considère que forcer une personne à faire une fellation n'est pas un viol mais une agression sexuelle. Enfin, ils·elles sont 90% à penser que les condamnations pour viols ont augmenté depuis 10 ans alors qu'elles ont diminué de 40% (27).

On retrouve ici une méconnaissance globale et une minimisation de la réalité et de l'ampleur des VS.

On relève aussi un pourcentage important d'adhésion à des stéréotypes de genre. 26% acceptent l'idée que les femmes savent moins ce qu'elles veulent en matière de sexualité. 18% sont d'accord avec le fait qu'une femme peut prendre du plaisir à être forcée. Enfin, 17% adhèrent au fait que lorsqu'une femme dit non à une relation sexuelle, en fait elle pense oui.

Dernièrement, ces études pointent la persistance accrue d'idées visant à transférer la responsabilité de l'auteur vers la victime. Par exemple, la proposition "*Si on se défend vraiment autant que l'on peut en donnant des coups et que l'on crie, on fait le plus souvent fuir le violeur*" obtient 47% d'accord. Ou encore 42% des participants

pensent qu'une attitude provocante de la victime en public atténue la responsabilité du violeur (28).

Ces 2 enquêtes mettent en évidence que les idées contribuant au mythe du viol sont bel et bien présentes dans la population française. Et bien qu'il y ait eu libération de la parole avec une certaine sensibilisation de l'opinion public, ces idées demeurent encore bien ancrées.

### **C - Les conséquences du mythe pour les victimes**

Les conséquences du mythe sont à identifier à 2 niveaux.

Tout d'abord , à un niveau que l'on pourrait qualifier d'interne. Les victimes sont elles aussi imprégnées par le mythe du viol. Elles-ils acceptent des idées reçues sur les VS, dont elles-ils s'infligent elles-eux-mêmes les conséquences.

Les victimes risquent en premier lieu de ne pas se reconnaître comme victimes, si les violences subies s'écartent du script classique (29).

D'autre part, elles-ils peuvent s'auto-censurer par crainte de ne pas être cru-es / écouté-es.

Enfin, si elles-ils adhèrent aux idées qui participent à responsabiliser la victime (par exemple, "si on se débat vraiment on fait fuir l'agresseur") cela entraîne une plus forte culpabilité.

Par ailleurs, c'est au moment de la révélation des VS vécues, que d'autres conséquences du mythe peuvent se faire sentir. Par le déni et la minimisation que le mythe du viol induit, les victimes "*courent un risque important de ne pas être cru-es*" (9).

## **IV - Implications en médecine générale.**

Différents travaux permettent à ce jour de se faire une idée concernant les attentes des patient-es victimes, mais aussi de disposer d'un retour d'expérience des médecins traitants face à ces situations.

## **A - Ce qu'attendent les victimes :**

Différentes études ont mis en évidence que les victimes de VS consultent un·e professionnel·le de santé pour parler des VS vécues. Ce ou cette dernière est régulièrement le ou la première interlocutrice à qui ces VS sont rapportées. Afin de les accompagner au mieux, la connaissance de ce que les victimes attendent est indispensable. D'autant plus dans la relation privilégiée qu'est celle du médecin généraliste (MG) avec ses patient·es.

Dans leur thèse " Que puis-je faire pour vous? " les Dres VIGNOCAN et MONTI, ont interrogé des patientes victimes de VS, sur leurs attentes vis-à-vis de leur MG. Elles attendaient de leur médecin un certain nombre de savoir-être : les écouter sans jugement, ne pas remettre en question leur statut de victime, instaurer un climat de confiance et être sensibilisé au féminisme. Elles attendaient aussi qu'il ou elle les oriente vers des associations ou des aides psychologiques et les accompagne en les encourageant à faire valoir leurs droits. Enfin ces femmes attendaient de leur médecin qu'il·elle les interroge et qu'il·elle les croit (30).

Il est intéressant de relever que dans cette thèse, les femmes considèrent leur MG comme le ou la professionnel·le de santé de premier recours pour la prise en charge des VS et leurs conséquences. Elles relèvent notamment sa capacité à une prise en charge globale : écoute et prise en charge somatique. Par ailleurs, elles rapportent spontanément qu'un motif caché peut motiver leurs consultations et qu'elles attendent de leur médecin qu'elle·il cherche ce véritable motif.

Enfin, certaines interrogées "remettaient en cause les capacités de leur médecin à adopter une attitude bienveillante" (30).

La notion d'écoute sans jugement est retrouvée dans le travail du Dre Meslin (31).

## **B - Ce qu'en disent les médecins généralistes :**

De nombreuses thèses qualitatives ont interrogé les MG sur leur vécu face aux VS et à leur dépistage.

Les MG peuvent avoir une méconnaissance reconnue des statistiques des victimes de VS (16). Ils-elles sous-estiment les chiffres, même s'ils ou elles ont conscience que les VS existent au-delà de ce qu'il n'y paraît. Certains identifient les auteurs comme étant connus de la victime ou leur conjoint-es (32). Enfin les VS rapportées en consultation sont de tous les types (32).

Il leur est parfois difficile de définir les VS et ces définitions sont empreintes de subjectivité (33).

De manière globale, le dépistage systématique leur semble difficile à mettre en place. Il est parfois même décrit comme inutile ou ne relevant pas du rôle du MG (33), avec de nombreux obstacles rapportés. Parmi ceux-ci, on peut citer : la peur de la violence de la question (16), la peur de l'indiscrétion, le manque de temps, le manque de formation (16,32). Un dépistage sur point d'appel clinique est souvent préféré (16,32,33).

La relation de confiance est présentée à la fois comme un atout et comme un frein aux révélations.

Chez certain-es, il peut arriver que l'on retrouve aussi l'existence d'un doute quant à la véracité des faits rapportés par leur patient-e, un scepticisme (32–34). On observe une certaine minimisation des faits de la part du médecin (33).

La connaissance des conséquences pour la victime sont bien identifiées (33).

## **V - Constat et questions de recherche soulevées**

Les violences sexuelles sont donc un problème majeur en France comme dans le monde. C'est 18% des français-es qui ont subi des VS au cours de leur vie. Ces violences surviennent surtout pendant l'enfance. À l'âge adulte, ce sont les femmes qui en sont le plus victimes.

Les conséquences pour les victimes sont multiples et majeures, tant sur le plan psychologique que somatique. Le psychotraumatisme étant un élément clé de la compréhension du comportement des victimes pendant et après l'événement traumatisant.

Malheureusement, le mythe du viol et les idées reçues sur les violences sexuelles imprègnent notre société. Il est responsable d'une minimisation et d'un déni de ces violences.

Les médecins généralistes rapportent un malaise vis-à-vis de la révélation de VS et un dépistage systématique est pour eux difficilement envisageable. La source de ce malaise et cette difficulté n'a pas d'explication à ce jour.

L'adhésion aux idées reçues sur les VS pourrait expliquer en partie leur malaise et leur scepticisme. Les rendant moins à même d'accueillir les révélations et d'accompagner les victimes. En poursuivant dans ce sens, de la même façon que pour l'acceptation du mythe du viol, le sexe du MG pourrait influencer l'adhésion aux idées reçues.

Nous formulons donc l'hypothèse que - tout comme la population générale française - les MG adhèrent aux idées reçues sur les VS.

À travers ce travail nous chercherons d'abord à répondre à la question suivante :

- Dans quelle mesure les MG adhèrent-ils·elles aux idées reçues portant sur les violences sexuelles ?

Dans un second temps, nous chercherons à savoir si le sexe, l'âge et le milieu d'exercice des praticien·nes influencent cette adhésion. Nous chercherons aussi à savoir si cette adhésion est aussi importante que celle de la population générale.

# METHODE ET MATERIEL

## I - Type d'étude et collecte des données

Pour poursuivre nos objectifs, nous avons mis en place une étude observationnelle descriptive réalisée auprès des médecins généralistes libéraux installé.es ou remplaçant.es en Loire-Atlantique (LA) et Vendée, via un questionnaire auto-administré.

Le questionnaire a été diffusé par mail accompagné d'un court texte de présentation (en annexe 2), via le conseil de l'ordre de Vendée et l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire. Il a aussi été mis en ligne sur le site internet du conseil de l'ordre de LA. Deux relances ont été effectuées sur chaque canal de diffusion. La participation était volontaire et anonyme.

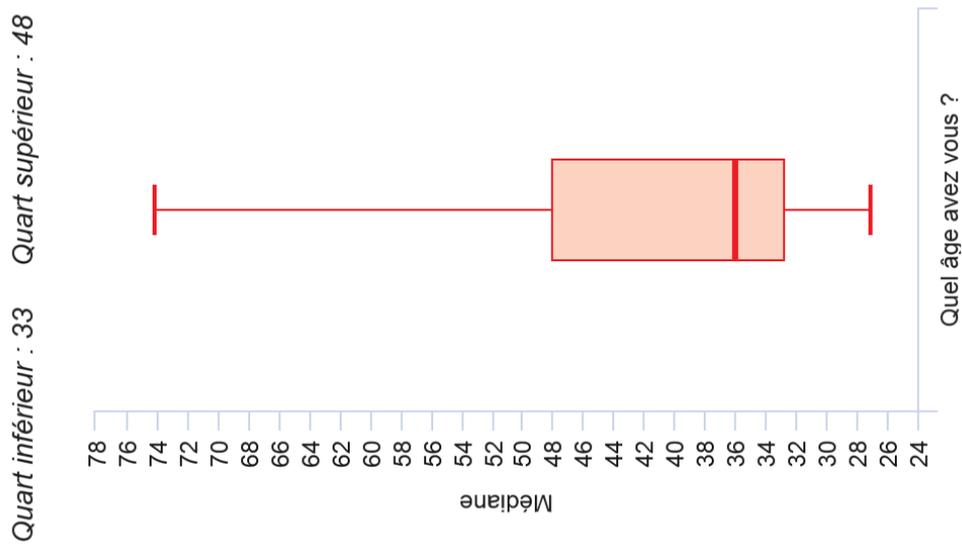
La collecte a eu lieu entre le 17 février 2021 et le 25 juillet 2021 inclus.

## II - Population étudiée ([lien dataviv'](#) - mot de passe : thesecourtois)

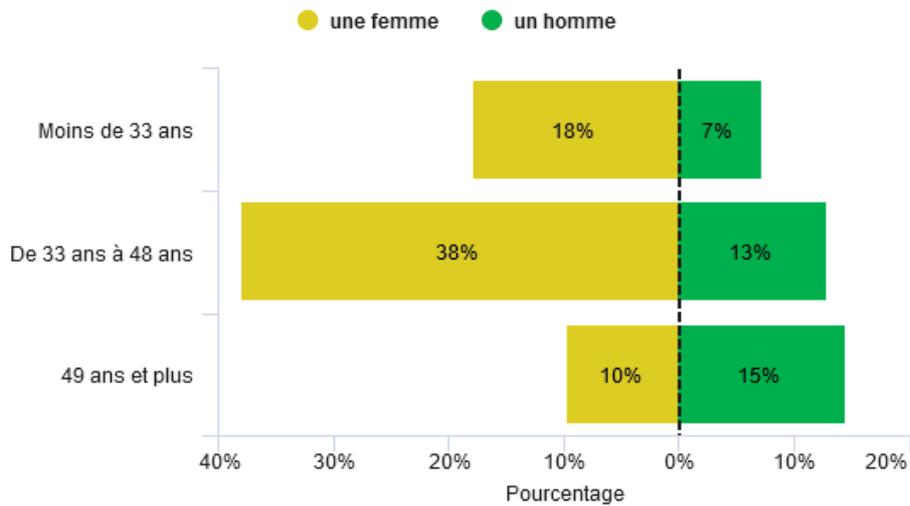
### *Démographie*

Notre échantillon compte au total 124 MG volontaires parmi lesquels 81 femmes et 43 hommes. L'âge moyen des répondant.es est de 40,4 ans. Avec un âge compris entre 27 à 74 ans et une médiane à 36 ans. La tranche d'âge la plus représentée est la tranche 33-49 ans tant chez les femmes que chez les hommes. Le graphique 1 présente la répartition des âges de notre échantillon. Le graphique 2 reprend cette répartition selon le sexe et l'âge.

Graphique 1 : répartition des âges en quartiles.



Graphique 2 : répartition selon l'âge et le sexe, en pourcentage.



### *Distribution géographique et territoire d'exercice*

En nous basant sur les effectifs des MG en LA et Vendée de 2020, consultés sur le site de l'Observatoire Régional de la Santé (35), nous constatons que ce sont 6% de la

population source qui ont répondu au questionnaire, à savoir : 14% des MG de Vendée, contre seulement 3% des MG de LA.

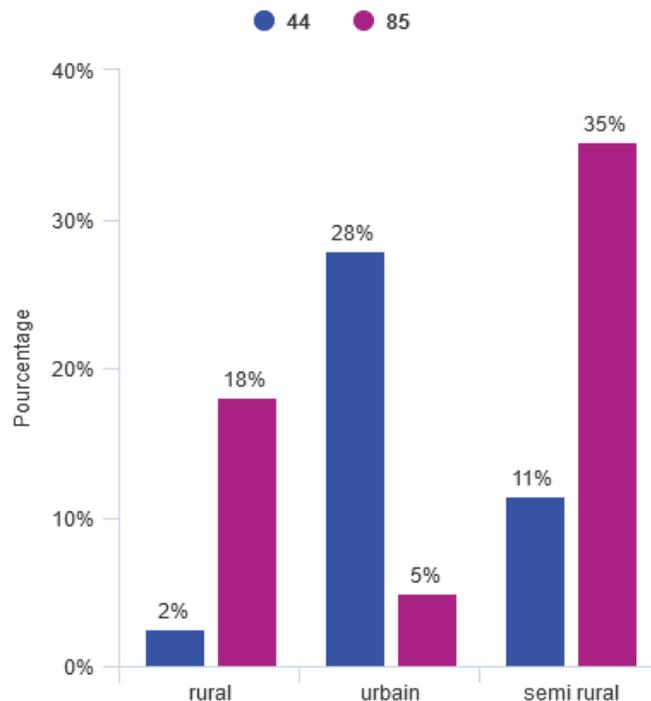
Tableau 4 : effectifs de participation selon le département d'exercice.

	nombre MG en exercice		nombre de répondant		pourcentage de participant
LA	1657	76%	52	42%	3 %
Vendée	531	24%	72	58%	14 %
total	2182	100%	124	100%	6 %

En termes de représentation du type de territoire sur lequel l'activité est exercée, 26 répondant-es exercent en milieu rural et 40 en milieu urbain. Les 58 autres exercent en milieu semi-rural. 42% exercent en LA contre 58% en Vendée.

La répartition selon le département et le milieu d'exercice est présentée dans le graphique 3. Nous pouvons remarquer que la grande majorité des MG de LA qui ont répondu au questionnaires exercent en ville (28%) alors qu'en Vendée la plus grande part travaillent en milieu semi-rural (35%) et rural (18%).

Graphique 3 : répartition des effectifs en fonction du département et du milieu d'exercice.



### III - Questionnaire :

La mesure de l'adhésion aux idées reçues a été réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Ce questionnaire a été construit en reprenant certains des items de l'étude IPSOS "Les français et les représentations sur le viol" (28). Ce questionnaire s'adressait aux français·es majeur·es. Nous avons décidé de reprendre les items tels quels, sans y apporter de modifications ou de nuances. L'organisme IPSOS a procédé à une rédaction selon des standards obligatoires, avec relecture ce qui confère une fiabilité aux items proposés (28). Enfin, la reprise à l'identique de ces items permet une comparaison directe de notre échantillon avec la population générale.

Nous avons retenu 46 items permettant d'interroger les stéréotypes de genre, de décrire des situations de VS, de définir leur caractère juridique ou portant sur des faits concrets concernant les VS.

Ce choix a été effectué en considérant à la fois les données recueillies et étudiées dans les différentes études qualitatives déjà réalisées auprès de MG (16,32,33) mais aussi les éléments faisant varier l'Acceptation du Mythe du Viol (acceptation des stéréotypes de genre, connaissance des définitions juridiques, ... ).

Ces 46 items se présentent sous différents formats, que nous décrivons ci-dessous.

#### *Items avec réponses selon échelles de Likert*

Afin de permettre aux personnes interrogées d'exprimer leur degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis des 33 affirmations proposées, des échelles de Likert sont utilisées.

Les modalités de réponses sont réparties sur une échelle graduée de 3 à 4 points.

Prenons l'exemple de l'item 1. L'interrogé·e doit choisir entre les 4 modalités suivantes : "tout à fait d'accord // plutôt d'accord // plutôt pas d'accord // pas d'accord du tout". Il s'agit là d'une échelle de likert à 4 points puisqu'il y a 4 modalités de réponse.

### *Questions fermées*

Les 13 autres items proposent 4 modalités de réponses possibles. L'interrogé·e doit choisir celle correspondant à sa perception.

Pour chaque item, la répondante ou le répondant ne peut choisir qu'une seule réponse. Par ailleurs, il·elle doit répondre à tous les items pour valider le questionnaire.

Afin de disposer des caractéristiques démographiques des interrogé·es, 6 questions spécifiques ont été ajoutées à la fin du questionnaire.

La mise en page et la passation du questionnaire ont été réalisées à l'aide du logiciel en ligne SphinxDeclic2®.

L'ensemble du questionnaire est disponible en *annexe 2*.

## IV - Analyse des données :

### **A - Pour l'objectif principal**

L'analyse descriptive a été faite à l'aide du logiciel Sphinx Declic 2®.

Dans le but de mesurer l'adhésion des MG aux idées reçues sur les violences sexuelles, les résultats de l'ensemble du questionnaire ont été analysés de deux manières.

En premier lieu, un score a été produit. Cela a été possible, par transformation des variables qualitatives en variables quantitatives. Nous avons associé un nombre entier - ou point - à chaque modalité de réponse. Celui-ci peut prendre une valeur de 0 à un maximum de 3. Le détail de ces associations est décrit dans le *tableau 5* présenté plus loin dans le texte.

Le 0 est appliqué aux modalités qui signent une absence d'adhésion à l'item. Le point le plus élevé signe une adhésion forte.

Un score total par répondant·e sur 100 est ainsi obtenu par addition des points des items à 1 à 46.

Nous avons ainsi calculé un score total moyen. Nous le nommerons score global. Il reflète l'adhésion moyenne globale des répondant·es aux idées reçues.

Plus le score est proche de 100, plus l'adhésion des répondant·es est forte.

Dans un second temps, une lecture plus approfondie item par item a été effectuée. Pour chaque item, les résultats sont convertis en effectif et en pourcentage de répondant·es. Pour faciliter l'interprétation de ces résultats et les analyses secondaires, les modalités de réponse d'un même item sont rassemblées pour n'obtenir que 2 groupes de réponses. Le tableau 5 explicite les regroupements effectués pour les items faisant appel à des échelles de likert.

Tableau 5 : intervention effectuée sur les modalités des items et attribution des points associés aux réponses

items	modalités possibles	point associé	regroupement des modalités
<b>Items avec réponses en échelles de Likert</b>			
items 1 à 7 - 11 à 21 -	Tout à fait	3	D'accord
	Plutôt	2	
	Plutôt pas pas du tout	1 0	pas d'accord
8 à 10 - 41 à 43	Vrai -	0	D'accord
	je ne sais pas	1	pas d'accord
	faux -	2	
35-40	elles ne sont pas responsables	0	pas d'accord
	elles ne sont pas mais cela atténue	1	d'accord
	elles sont responsable	2	
44 à 46	Tout à fait	0	D'accord
	Plutôt	1	
	Plutôt pas pas du tout	2 3	pas d'accord
<b>Items avec réponses fermées</b>			
22 à 32	viol agression	0 pour réponse exacte	modalité prenant le nombre 0
	pas agression mais violent moralement répréhensible	1 pour tte autre réponse	autres modalités
33	personne qu'elle ne connaît pas	1	modalité prenant le nombre 1
	autre rép	0	
34	espace public	1	autres modalités
	autre rép	0	

## B - Pour l'objectif secondaire :

Une autre approche a été ensuite appliquée pour répondre à notre objectif secondaire. Nous voulions connaître l'adhésion des MG aux idées reçues sur les VS en fonction de leur âge, sexe, formation ou lieu d'exercice.

### *a) Méthodes statistiques*

Pour évaluer s'il existe un lien entre le sexe/ l'âge / la formation et les réponses obtenues, des analyses bivariées ont été réalisées.

Tout d'abord, les différences du score global des sous-groupes ont été analysées par

- un test de student (t-test) pour les variables explicatives à 2 sous-groupes (sexe, formation)

- une analyse de variance (ANOVA) pour les variables explicatives à plusieurs sous-groupes (type d'exercice, âge).

Pour l'Anova, la variable "âge" a été regroupée selon les quartiles de répartition des âges.

Dans un second temps, les variables ont été de nouveau testées, sur chaque item indépendamment.

Le regroupement en 2 modalités de réponses, décrit précédemment, a permis d'appliquer le test du Chi<sup>2</sup>. Les effectifs obtenus pour chaque variable explicative ont ainsi été comparés.

La relation statistique entre les variables étudiées est statistiquement significative pour un  $p < \text{ou} = 0.05$ .

Les tests statistiques ont été réalisés par le service d'information médicale du centre hospitalier Annecy Genevois.

### *b) Mise en relief avec les enquêtes IPSOS*

Nous avons comme autre objectif de comparer l'adhésion des MG à celle de la population générale française.

Pour cela nos résultats de chaque items ont été mis en parallèle un à un, avec ceux obtenus par la population générale dans les enquêtes IPSOS (28,36). Les différences d'effectif pour chaque item ont été relevées, en utilisant les rassemblements décrits plus haut (tableau 5).

D'autre part, une analyse sur l'orientation de la réponse a été aussi effectuée. Celle-ci était donnée par la modalité obtenant une majorité de réponses. Une orientation identique signifie que pour un même item, la modalité qui a obtenu une majorité de réponses est la même pour les 2 échantillons comparés.

Les effectifs sont exprimés en pourcentage.

Les effectifs de la population générale sont repris dans l'enquête menée en 2019, à l'exception des items 45 et 46, présents uniquement sur l'enquête de 2015.

# RESULTATS

124 médecins généralistes ont répondu au questionnaire. Cet échantillon est composé de 81 femmes et 43 hommes. Leur moyenne d'âge est de 40 ans. La moitié d'entre eux exerce en milieu rural. Il n'y avait aucun non répondant.

Parmi l'ensemble des interrogé·es, 27% ont déjà suivi une formation sur les violences conjugales et 23% sur les violences sexuelles.

## I - Analyse du score global et des effets des paramètres retenus sur celui-ci .

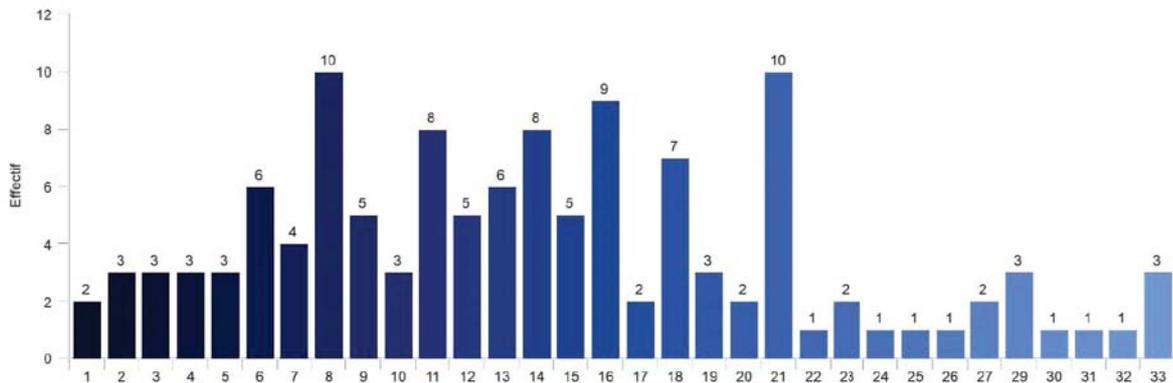
([lien vers dataviv'](#) - mot passe : thesecourtois)

L'association d'un point à chaque modalité de réponse a permis d'attribuer un score sur 100 à chaque répondant.e. Un score proche de 0 signe une faible adhésion aux idées reçues.

Nous avons calculé dans un premier temps le score global. Les valeurs caractéristiques obtenues sont les suivantes:

- Score global = 14.2/100
- Score minimal = 1 /100
- Score maximal = 33 /100
- médiane = 14 chez les hommes comme chez les femmes.

Le graphique suivant montre la distribution des différents scores obtenus parmi la population des répondant.es à notre questionnaire.



Graphique 3 : fréquence d'apparition des différents scores obtenus parmi la population des répondant·es.

Plus de 50% des répondant·es présentent un score qui se situe entre 8 et 21. Ces scores sont obtenus fréquemment par les MG.

Regardons avec une attention plus particulière les caractéristiques des MG qui obtiennent un score supérieur à 18 (dernier quartile).

32 MG ont un score total égal à 19 ou plus. Ils·elles sont âgé·es de 31 à 74 ans. La moyenne d'âge est de 47 ans (médiane à 48 ans). On retrouve parmi eux 20 femmes et 12 hommes, soit 63% de femmes et 38% d'hommes. Cette répartition hommes - femmes est équivalente à celle de notre échantillon total.

Ils·elles sont 18 à exercer en milieu semi- rural. 19% ont suivi une formation sur les VS et 22% sur les VC.

Dans ce dernier quartile le score maximal de 33 est obtenu par 3 MG.

Leur moyenne d'âge est de 52 ans (min = 31 ans; max = 74 ans). Il s'agit d'une femme exerçant en milieu rural, ainsi que de deux hommes, exerçant en milieu semi-rural et urbain. Aucun d'eux n'a suivi de formation sur les VS ou VC.

L'effet des paramètres démographiques a été analysé secondairement, chacun indépendamment. Nous avons calculé le score global obtenu pour chaque sous-groupe, selon la variable étudiée. Les valeurs sont présentées dans le tableau 6.

Tableau 6 : Score global selon le sexe, la classe d'âge, le milieu d'exercice et les formations suivies.

	effectifs	score global /100		p
		Moyenne	Médiane	
<b>Sexe - Vous êtes :</b>				
une femme	81	13,9	14,0	0,61
un homme	43	14,7	14,0	
<b>Quel âge avez vous ?</b>				
Moins de 33 ans	31	9,9	9	0,00
De 33 à 48 ans	63	14,25	14	
49 ans et plus	30	18,7	18,5	
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>				
rural	26	13,7	13,0	0,87
urbain	40	14,7	14,0	
semi rural	58	14,2	14,0	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?</b>				
oui	29	11,9	11,0	0,04
non	95	14,9	14,0	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?</b>				
oui	34	12,0	11,0	0,051
non	90	15,0	14,0	

### A - Effet du sexe sur le score obtenu

Le score global féminin est de 13.9/100. 10% des femmes obtiennent un score de 8/100. Ce score est celui le plus fréquent chez les femmes.

Le score global masculin est de 14,7 /100. Pour ces 43 hommes, le score le plus fréquent est de 16. Ce sont 12% des hommes qui obtiennent ce score.

Le sexe n'a pas d'influence sur le score global ( $p = 0.61$ ).

## **B - Effet de l'âge sur le score obtenu**

Le score global des moins de 33 ans est de 9,9/100. Les scores minimum et maximum sont 1 et 33. On note que ces MG sont 97% à obtenir un score compris entre 1 et 18. Le score le plus fréquent est 6 /100, obtenu par 16% des moins de 33 ans.

Le score global des MG âgé·es de 33 à 48 ans est de 14,2/100. Le score le plus fréquent est 8/100, obtenu par 8% des 33-48 ans.

Le score global pour les MG de 49 ans et plus est de 18,7 /100. Les 2 scores les plus fréquents sont 16 et 21/100, obtenus respectivement par 13% des plus de 48 ans.

Les scores chez les plus jeunes sont plus petits. Le score global diminue de manière significative avec un âge jeune ( $p=0.00$ ).

## **C - Effet de la formation sur le score obtenu**

### *a) Formation sur les violences sexuelles*

Les MG formé·es aux VS avaient un score global de 11,9 /100; compris entre 1 et 23.

Il était de 14,9 /100 pour les MG non formé·es.

Le score global diminue de manière significative ( $p = 0.04$ ) pour les MG ayant suivi une formation sur les VS.

### *b) Formation sur les violences conjugales*

Les MG ayant suivi une formation sur les VC ont un score global de 12 /100. La différence de score entre ces MG et les autres MG n'était pas significative ( $p = 0.051$ ).

## D - Effet du lieu d'exercice sur le score obtenu

Le score global en fonction du milieu d'exercice est similaire entre les 3 groupes. Celui-ci est de 13,7 pour les MG exerçant en milieu rural. En milieu semi-rural de 14,2. Et en milieu urbain, il est de 14,7 /100.

La variation du score global selon le lieu d'exercice n'est pas significative d'un point de vue statistique ( $p = 0.86$ ).

## II - Analyse item par item

Les 46 items ont été rassemblés en 3 groupes, définis selon les effectifs obtenus pour les différentes modalités possibles. Ces groupes sont les suivants:

- *Groupe A* : chaque modalité possible obtient des effectifs similaires aux autres à plus ou moins 10%. Aucune orientation particulière ne se dégage.
- *Groupe B* : Au moins 70% des interrogé-es répondent la même chose. Une tendance de réponse se dégage, elle ne fait néanmoins pas l'unanimité.
- *Groupe C* : plus de 90% des effectifs répondent la même chose. Une réponse dominante apparaît.

Nous allons désormais procéder à une analyse, item par item, en tenant compte des trois groupes d'items préalablement présentés.

Nos résultats seront directement mis en perspective avec ceux de l'enquête nationale IPSOS (28,36). Les diagrammes comparatifs entre les 2 populations sont en *annexe 3*.

*Les données et résultats interactifs sont accessibles en suivant les liens affichés.*

### **A - Analyse du groupe A** ([lien vers dataviv'](#) - mot passe : thesecourtois)

Les items concernés sont les 1 - 2 - 3 - 7 - 10 - 46 détaillés ci-dessous.

a) Réponses à l'item 1 : "En règle générale, les femmes ont besoin d'être amoureuses pour envisager un rapport sexuel."

Réponses effectives : 124



Graphique 3 : Distribution des réponses à l'item 1

C'est 54% des participants (42 femmes et 25 hommes) qui sont d'accord avec cette proposition. L'âge moyen est de 44,1 ans.

Les MG hommes sont 58% à être d'accord. Ils sont proportionnellement plus nombreux que les MG femmes. Elles sont 52%.

Les MG de moins de 33 ans sont en majorité en désaccord, contrairement au MG de 49 ans et plus qui sont majoritairement d'accord. Les sujets plus âgés sont plus d'accord avec la proposition que les plus jeunes ( $p=0,00$ ).

Tableau 7 : effectifs aux réponses de l'item 1 selon les caractéristiques démographiques

1- En règle générale, les femmes ont besoin d'être amoureuses pour envisager un rapport sexuel.				
	Pas d'accord	D'accord	Total	p
<b>Sexe - Vous êtes :</b>				
une femme				0,5
N	39	42	81	
%	48%	52%	100%	
un homme				
N	18	25	43	
%	42%	58%	100%	
<b>Quel âge avez vous ?</b>				
Moins de 33	74%	26%	100%	<b>0,00</b>
De 33 à 48	46%	54%	100%	
49 et plus	17%	83%	100%	
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>				
rural	50%	50%	100%	0,86
urbain	45%	55%	100%	
semi rural	45%	55%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?</b>				
oui	48%	52%	100%	0,7
non	45%	55%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?</b>				
oui	56%	44%	100%	0,17
non	42%	58%	100%	

La répartition des réponses de notre échantillon suit la même orientation que la population générale. En effet, c'est aussi une majorité de français·es qui sont d'accord avec cette proposition (64%). Cependant, ils·elles le sont dans une plus grande proportion que les MG de notre travail.

b) Réponses à l'item 2 "En règle générale, les hommes ont une sexualité plus simple que les femmes."



Graphique 4 : Distribution des réponses à l'item 2

C'est 40% des répondant·es qui sont d'accord (32 femmes et 17 hommes).

On retrouve 40% des hommes tout comme 40% des femmes en accord.

L'âge moyen de ces 49 MG est de 44 ans, contre 37 ans pour les MG en désaccord.

Les MG de plus de 49 ans sont 67% à être d'accord, alors que les MG de moins de 33 ans sont 26%. Les sujets plus jeunes sont statistiquement plus en désaccord avec la proposition que les plus âgés ( $p=0,00$ ).

Dans tous les milieux d'exercice, la majorité des MG sont en désaccord, on note cependant que les MG exerçant en milieu semi rural sont plus nombreux à être d'accord.

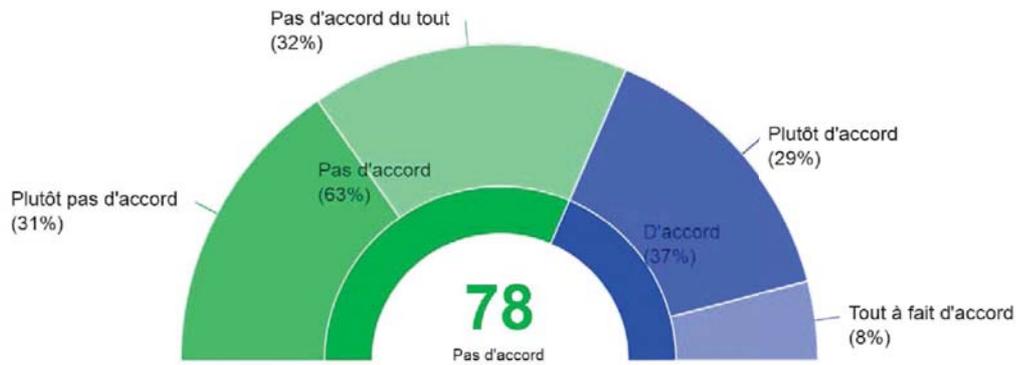
Tableau 8 : effectifs aux réponses de l'item 2 selon les caractéristiques démographiques.

2- En règle générale, les hommes ont une sexualité plus simple que les femmes.				
	Pas d'accord	D'accord	Total	p
<b>Sexe - Vous êtes :</b>				
une femme				0,99
N	49	32	81	
%	60%	40%	100%	
un homme				
N	26	17	43	
%	60%	40%	100%	
<b>Quel âge avez vous ?</b>				
Moins de 33	74%	26%	100%	<b>0,00</b>
De 33 à 48	67%	33%	100%	
49 et plus	33%	67%	100%	
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>				
urbain	65%	35%	100%	0,71
semi rural	57%	43%	100%	
rural	62%	38%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?</b>				
oui	69%	31%	100%	0,77
non	58%	42%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?</b>				
oui	71%	29%	100%	0,17
non	57%	43%	100%	

Dans l'enquête IPSOS, l'orientation des réponses est différente. Notre échantillon est majoritairement en désaccord, tandis que la population générale est majoritairement d'accord (60% des français-es).

c) Réponses à l'item 3 : "En règle générale, pour un homme, il est plus difficile de maîtriser son désir sexuel que pour une femme."

Réponses effectives : 124



Graphique 5 : Distribution des réponses à l'item 3

26 femmes et 20 hommes sont d'accord, soit 37% de l'ensemble des répondants. La moyenne d'âge de ces 46 MG est de 44 ans.

32% des femmes et 47% des hommes sont d'accord avec cette proposition.

Les sujets les plus jeunes sont en majorité en désaccord (81%). Tandis que les MG de 49 ans et plus sont majoritairement d'accord (63%). Plus le sujet est jeune, moins il-elle est en accord avec la proposition ( $p=0,00$ ).

Les MG qui exercent en milieu semi-rural sont proportionnellement plus nombreux à être en désaccord que leur homologues exerçant en milieu urbain ou rural.

Les MG qui ont suivi une formation sur les VS ou sur les VC sont plus en désaccord que ceux qui n'ont pas suivi de formation.

Avoir suivi une formation sur VC est significativement corrélé à la réponse "pas d'accord" ( $p=0,01$ ).

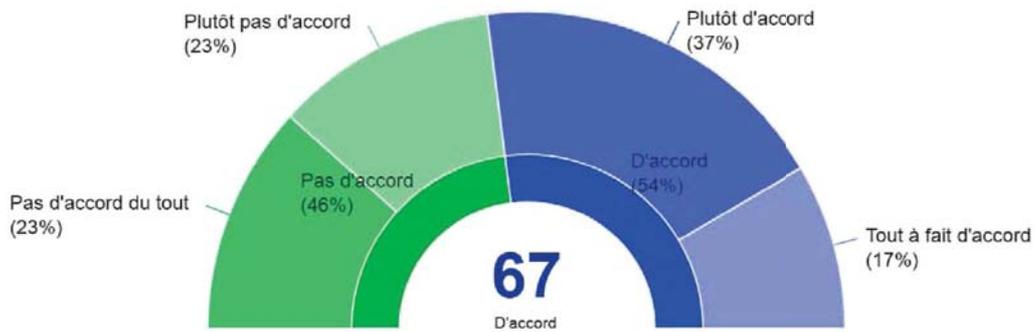
Tableau 9 : effectifs aux réponses de l'item 3 selon les caractéristiques démographiques.

3- En règle générale, pour un homme, il est plus difficile de maîtriser son désir sexuel que pour une femme.				
	Pas d'accord	D'accord	Total	p
<b>Sexe - Vous êtes :</b>				
une femme				0,11
N	55	26	81	
%	68%	32%	100%	
un homme				
N	23	20	43	
%	53%	47%	100%	
<b>Quel âge avez vous ?</b>				
Moins de 33	81%	19%	100%	<b>0,00</b>
De 33 à 48	67%	33%	100%	
49 et plus	37%	63%	100%	
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>				
rural	58%	42%	100%	0,71
urbain	55%	45%	100%	
semi rural	71%	29%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?</b>				
oui	76%	24%	100%	0,09
non	59%	41%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?</b>				
oui	79%	21%	100%	<b>0,01</b>
non	57%	43%	100%	

En comparaison avec la population générale, l'orientation des réponses de cet item est différente. Les français-es sont en majorité en accord (67%) alors que les MG interrogé-es sont majoritairement en désaccord.

d) Réponses à l'item 7 : dans la vie, de nombreux événements sont ressentis comme violents par les femmes alors qu'ils ne le sont pas pour les hommes.

Réponses effectives : 124



Graphique 6 : Distribution des réponses à l'item 7

Parmi les 54% de MG d'accord , 45 sont des femmes (soit 56% des femmes) et 22 sont des hommes (soit 51 % d'entre eux). L'âge moyen de ces 67 MG est de 42 ans.

Les médecins qui ont suivi l'une ou l'autre formation, sont majoritairement en désaccord, à l'inverse du reste des MG sont en majorité d'accord.

Tableau 10 : effectifs aux réponses de l'item 7 selon les caractéristiques démographiques.

7- Dans la vie, de nombreux événements sont ressentis comme violents par les femmes alors qu'ils ne le sont pas pour les hommes.				
	Pas d'accord	D'accord	Total	p
<b>Sexe - Vous êtes :</b>				
une femme				0,64
N	36	45	81	
%	44%	56%	100%	
un homme				
N	21	22	43	
%	49%	51%	100%	
<b>Quel âge avez vous ?</b>				
Moins de 33	58%	42%	100%	0,44
De 33 à 48	43%	57%	100%	
49 et plus	40%	60%	100%	
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>				
rural	42%	58%	100%	0,47
urbain	40%	60%	100%	
semi rural	52%	48%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?</b>				
oui	59%	41%	100%	0,12
non	42%	58%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?</b>				
oui	59%	41%	100%	0,08
non	41%	59%	100%	

En population générale, tout comme chez les MG, les français·es sont majoritaires à être d'accord avec cet item (78% des français·es et 54% des MG). Les 2 échantillons donnent la même orientation à la réponse.

e) Réponses à l'item 10 : Une femme a plus de risque d'être agressée sexuellement ou violée avant 18 ans qu'à l'âge adulte.

Réponses effectives : 124



Graphique 7 : Distribution des réponses à l'item 10

Les répondants sont 59% à ne pas savoir ou penser que la proposition est fausse. Leur âge moyen est de 39 ans.

18 hommes et 41 femmes répondent ne pas savoir. 3 hommes et 11 femmes pensent que c'est faux. Ces 73 MG représentent 49% des hommes et 64% des femmes.

Les hommes sont majoritaires à penser que c'est vrai, contrairement aux femmes.

De nouveau, on observe une répartition opposée entre les MG qui ont suivi une formation sur les VS ou VC et ceux qui n'ont pas suivi de formation.

Les MG ayant suivi une formation sur les VS ou les VC pensent majoritairement que les femmes ont plus de risque d'être agressées ou violées avant 18 ans. L'adhésion à cet item est influencée par ce type de formation ( $p=0,03$  et  $p = 0,01$ ).

Tableau 11 : effectifs aux réponses de l'item 10

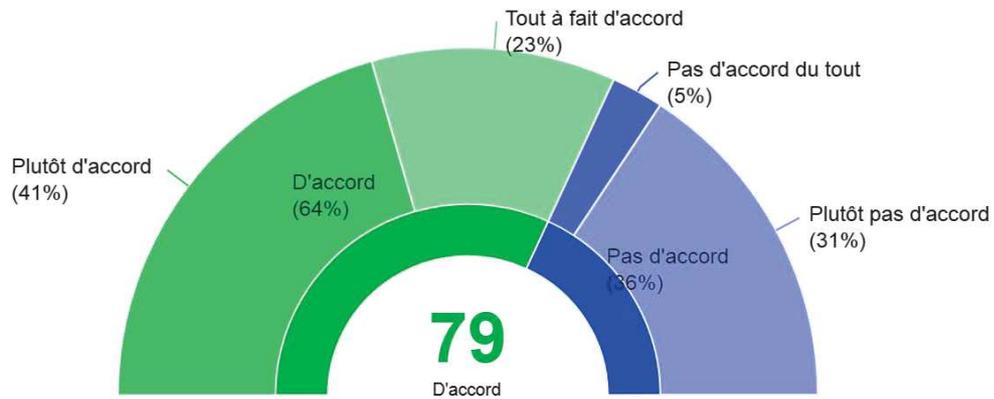
10- Une femme a plus de risque d'être agressée sexuellement ou violée avant 18 ans qu'à l'âge adulte.				
	pas d'avis ou pas d'accord	d'accord	Total	p
<b>Sexe - Vous êtes :</b>				
une femme				<b>0,09</b>
N	52	29	81	
%	64%	36%	100%	
un homme				
N	21	22	43	
%	49%	51%	100%	
<b>Quel âge avez vous ?</b>				
Moins de 33	74%	26%	100%	<b>0,61</b>
De 33 à 48	57%	43%	100%	
49 et plus	47%	53%	100%	
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>				
rural	62%	38%	100%	<b>0,06</b>
urbain	53%	48%	100%	
semi rural	62%	38%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?</b>				
oui	41%	59%	100%	<b>0,03</b>
non	64%	36%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?</b>				
oui	47%	53%	100%	<b>0,01</b>
non	63%	37%	100%	

La répartition des réponses de notre échantillon suit la même orientation que la population générale.

Les français-es sont majoritaires à ne pas savoir si une femme a plus de risque d'être violée ou agressée avant 18 ans (43%), comme dans notre échantillon (48%). En revanche, les MG sont beaucoup plus nombreux à penser que c'est vrai : 41% contre 22% en population générale.

*f ) Réponses à l'item 46 : les victimes de viol ont plus de risque de développer une maladie auto-immune, un cancer ou une maladie cardio-vasculaire.*

Réponses effectives : 124



Graphique 8 : distribution des réponses à l'item 46

Ils·Elles sont 45 à ne pas être d'accord. L'âge moyen est de 41 ans.

65% des femmes et 60% des hommes sont d'accord.

On observe que les MG qui ont suivi une formation aux VS ou aux violences conjugales sont plus en accord avec cette proposition, que ceux qui n'en ont pas suivi. La participation à une de ces formations influence de manière significative la réponse (respectivement  $p=0,05$  et  $p=0,00$ ).

Tableau 12 : effectifs aux réponses de l'item 46

46- Les victimes de viol ont plus de risque de développer une maladie auto immune, un cancer ou une maladie cardio-vasculaire.				
	Pas d'accord	D'accord	Total	p
<b>Sexe - Vous êtes :</b>				
une femme				<b>0,58</b>
N	28	53	81	
%	35%	65%	100%	
un homme				
N	17	26	43	
%	40%	60%	100%	
<b>Quel âge avez vous ?</b>				
Moins de 33	39%	61%	100%	<b>1</b>
De 33 à 48	35%	65%	100%	
49 et plus	37%	63%	100%	
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>				
rural	33%	68%	100%	<b>0,83</b>
urbain	38%	62%	100%	
semi rural	38%	62%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?</b>				
oui	21%	79%	100%	<b>0,05</b>
non	41%	59%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?</b>				
oui	15%	85%	100%	<b>0,00</b>
non	44%	56%	100%	

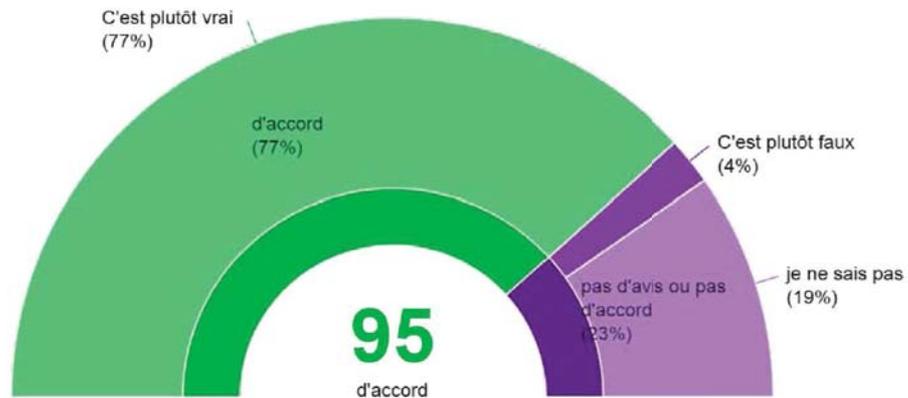
Comparés à l'enquête IPSOS 2019, les 2 échantillons ne suivent pas la même orientation. Les MG sont majoritairement d'accord (64%) alors qu'en population générale, les français·es sont majoritairement en désaccord (63%).

### **B - Analyse du groupe B** ([lien vers dataviv'](#) - mot passe : thesecourtois)

Pour les propositions suivantes, une réponse se dégage de manière évidente, cependant il reste 10 à 30% des interrogé·es qui répondent différemment.

Les items concernés étaient les suivants : 8 - 9 - 18- 21- 27- 28 - 29- 32.

a) Réponses à l'item 8 : "Une femme a plus de risque d'être violée par un proche que par un inconnu."



Graphique 9 : distribution des réponses à l'item 8

Les répondants sont 23 % à ne pas savoir ou penser que la proposition est fausse. Leur âge moyen est de 42 ans.

12 hommes et 12 femmes répondent ne pas savoir. 1 homme et 4 femmes pensent que c'est faux. Ces 29 MG représentent 30% des hommes et 20% des femmes.

Les femmes sont plus d'accord avec cette proposition que les hommes.

En milieu rural et semi-rural, les MG sont plus nombreux à penser que c'est vrai (85% et 81%), par rapport aux MG exerçant en milieu urbain (69%).

Les MG ayant reçu une formation sur les VS et les VC sont plus d'accord avec cette proposition que ceux·celles qui n'en ont pas suivi.

Une formation sur les VC est prédictive d'une réponse en accord ( $p=0,02$ ).

Tableau 13 : effectifs aux réponses de l'item 8

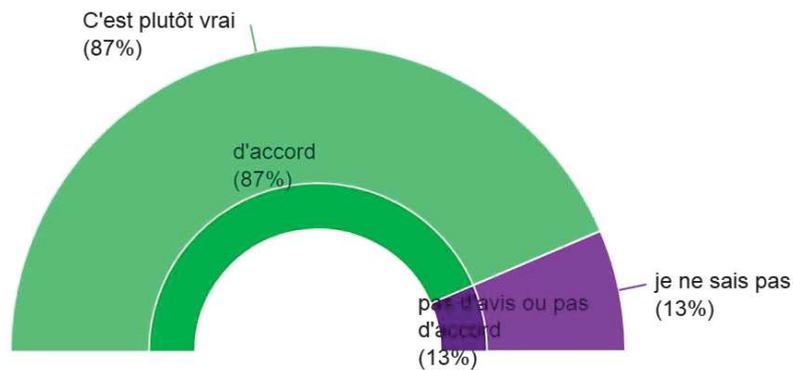
8- Une femme a plus de risque d'être violée par un proche que par un inconnu.				
	pas d'avis ou pas d'accord	d'accord	Total	p
<b>Sexe - Vous êtes :</b>				
une femme				0,19
N	16	65	81	
%	20%	80%	100%	
un homme				
N	13	30	43	
%	30%	70%	100%	
<b>Quel âge avez vous ?</b>				
Moins de 33	29%	71%	100%	0,80
De 33 à 48	21%	79%	100%	
49 et plus	23%	77%	100%	
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>				
rural	15%	85%	100%	0,16
urbain	31%	69%	100%	
semi rural	19%	81%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?</b>				
oui	14%	86%	100%	0,16
non	26%	74%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?</b>				
oui	9%	91%	100%	<b>0,02</b>
non	29%	71%	100%	

La répartition des réponses de notre échantillon suit la même orientation que la population générale. En majorité, les français-es comme les MG qui pensent qu'une femme a plus de risque d'être violée par un proche que par un inconnu. Cependant en population générale cette adhésion est moins franche puisque les françaises et français sont 53% à penser que cette proposition est vraie.

De la même manière que pour notre échantillon, c'est ensuite la modalité "je ne sais pas" qui est prise en second (19% et 31% chez IPSOS).

b) Réponses à l'item 9 "Une femme handicapée mentale ou autiste court beaucoup plus de risque d'être agressée sexuellement ou violée, en raison de sa vulnérabilité."

Réponses effectives : 124



Graphique 10 : distribution des réponses à l'item 9

8 femmes et 8 hommes, soit 13% des MG ne savent pas si la proposition est vraie ou fautive. Ils-elles ont 40 ans en moyenne.

Aucun MG ne pense que c'est faux.

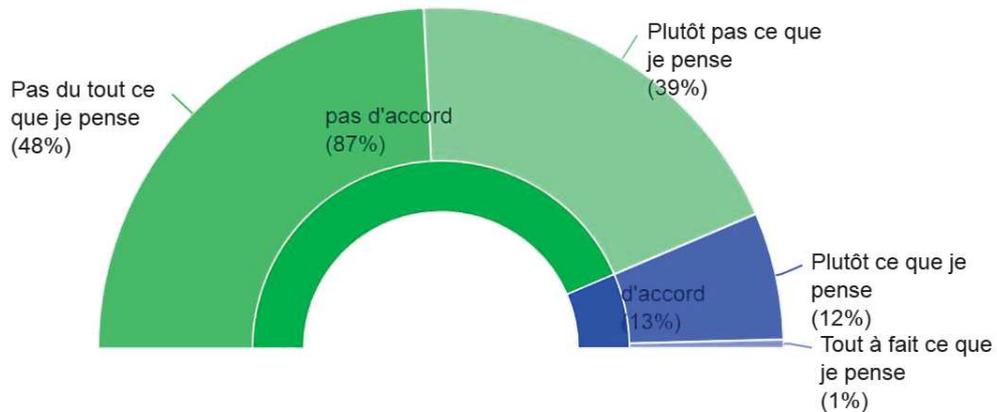
Les hommes sont 81% à être d'accord sur cette affirmation contre 90% des femmes.

Tableau 14 : effectifs aux réponses de l'item 9

9- Une femme handicapée mentale ou autiste court beaucoup plus de risque d'être agressée sexuellement ou violée, en raison de sa vulnérabilité.				
	d'accord	pas d'avis ou pas d'accord	Total	
<b>Sexe - Vous êtes :</b>				
une femme				0,30
N	73	8	81	
%	90%	10%	100%	
un homme				
N	35	8	43	
%	81%	19%	100%	
<b>Quel âge avez vous ?</b>				
Moins de 33	84%	16%	100%	0,32
De 33 à 48	87%	13%	100%	
49 et plus	90%	10%	100%	
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>				
rural	85%	15%	100%	0,89
urbain	90%	10%	100%	
semi rural	86%	14%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?</b>				
oui	90%	10%	100%	0,43
non	86%	14%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?</b>				
oui	94%	6%	100%	0,20
non	84%	16%	100%	

L'orientation est la même en population générale : les françaises et français sont 53% à penser que c'est vrai. En revanche, contrairement à notre échantillon, on constate que 12% des français-es pensent que c'est faux. Ils·Elles sont aussi beaucoup plus nombreux à ne pas savoir (35%).

c) Réponses à l'item 18 "Si on se défend vraiment autant que l'on peut en donnant des coups et que l'on crie, on fait le plus souvent fuir le violeur."



Graphique 11 : distribution des réponses à l'item 18

13% des MG sont en accord avec cette proposition. Elles-Ils sont 10 femmes et 6 hommes. Leur âge est en moyenne de 39,1 ans.

Bien qu'en effectif brut les femmes soient plus nombreuses que les hommes, elles ne représentent que 12% des femmes. Tandis que les 6 hommes représentent 14 % des hommes.

Les MG de 49 ans et plus sont 3 à 5 fois plus nombreux à être d'accord avec cette proposition que les médecins de moins de 49 ans. Les MG les plus jeunes sont plus en désaccord ( $p=0.01$ ).

Les médecins exerçant en milieu rural sont plus en désaccord que leurs collègues des milieux semi-ruraux.

Les MG ayant reçus une formation sur les VC sont significativement plus en accord avec cette proposition. Les médecins qui ont suivi cette formation sont 24% à être d'accord contre 9% pour les autres ( $p=0,04$ ).

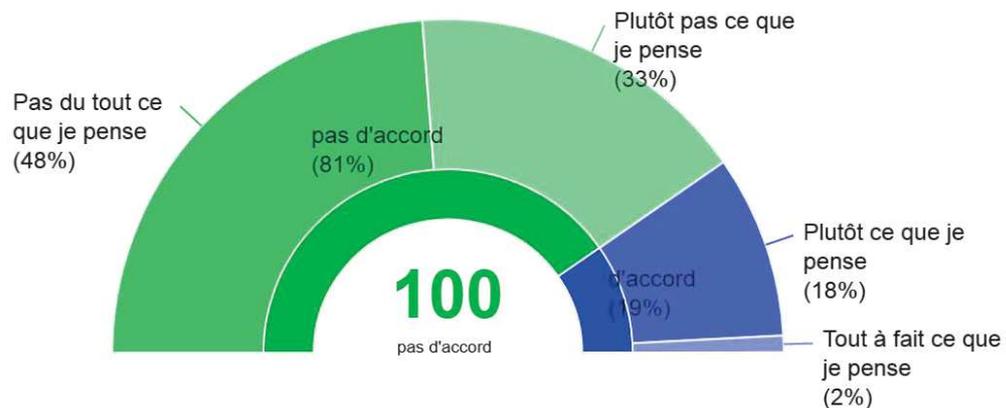
Tableau 15 : effectifs aux réponses de l'item 18.

18- Si on se défend vraiment autant que l'on peut en donnant des coups et que l'on crie, on fait le plus souvent fuir le violeur.				
	pas d'accord	d'accord	Total	p
<b>Sexe - Vous êtes :</b>				
une femme				<b>0,80</b>
N	71	10	81	
%	88%	12%	100%	
un homme				
N	37	6	43	
%	86%	14%	100%	
<b>Quel âge avez vous ?</b>				
Moins de 33	90%	10%	100%	<b>0,01</b>
De 33 à 48	94%	6%	100%	
49 et plus	70%	30%	100%	
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>				
rural	92%	8%	100%	<b>0,64</b>
urbain	88%	13%	100%	
semi rural	84%	16%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?</b>				
oui	83%	17%	100%	<b>0,53</b>
non	88%	12%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?</b>				
oui	76%	24%	100%	<b>0,04</b>
non	91%	9%	100%	

La répartition des réponses de notre échantillon suit la même orientation que dans l'enquête IPSOS. Les françaises et français sont 57% à être en désaccord.

d) Réponses à l'item 21 "De très nombreux viols sont dus au fait que le violeur croit au début que la personne souhaite avoir des relations sexuelles avec lui."

Réponses effectives : 124



Graphique 12 : distribution des réponses à l'item 21

Les 24 MG ayant exprimé·es leur accord avec cette proposition étaient 10 femmes et 14 hommes. Leur âge moyen est de 42 ans.

12% des femmes et 33% des hommes sont d'accord. Cette différence entre les effectifs selon le sexe est significative. Les femmes sont plus en désaccord que les hommes ( $p=0,01$ ).

27% des MG de 49 ans et plus sont d'accord. Les MG des autres tranches d'âge sont proportionnellement moins nombreux.

Les MG ayant suivi une formation sur les VS ou les VC sont plus nombreux à être en désaccord. Cette différence est statistiquement significative pour la formation aux VS. Les MG qui ont suivi ce type de formation sont significativement plus en désaccord ( $p=0,01$ ).

Tableau 16 : effectifs aux réponses de l'item 21

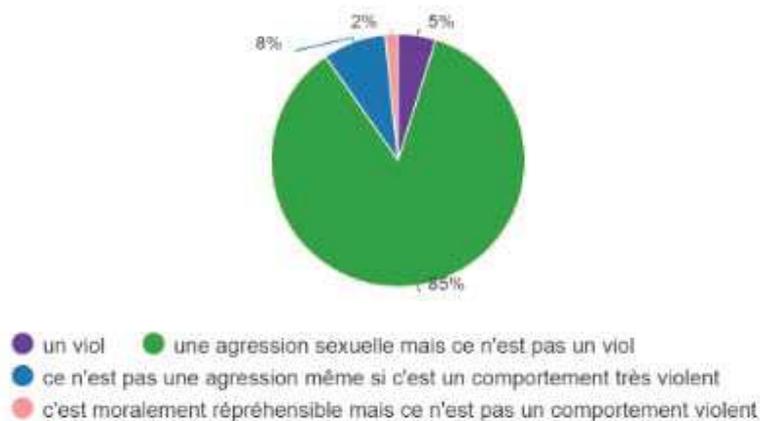
21- De très nombreux viols sont dus au fait que le violeur croit au début que la personne souhaite avoir des relations sexuelles avec lui.				
	pas d'accord	d'accord	Total	p
<b>Sexe - Vous êtes :</b>				
une femme				<b>0,01</b>
N	71	10	81	
%	88%	12%	100%	
un homme				
N	29	14	43	
%	67%	33%	100%	
<b>Quel âge avez vous ?</b>				
Moins de 33	84%	16%	100%	0,29
De 33 à 48	83%	17%	100%	
49 et plus	73%	27%	100%	
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>				
rural	83%	18%	100%	0,93
urbain	79%	21%	100%	
semi rural	81%	19%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?</b>				
oui	97%	3%	100%	<b>0,01</b>
non	76%	24%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?</b>				
oui	91%	9%	100%	0,07
non	77%	23%	100%	

En population générale, la répartition des réponses suit la même orientation. Ils-elles sont majoritairement en désaccord (68%).

Les items qui vont suivre présentait des situations de violences sexuelles, que les répondants devaient catégoriser selon ce qu'ils·elles en savaient.

Selon le code pénal (1,2), les items 27 - 28 - 32 correspondent à des situations d'agression sexuelle et la situation de l'item 29 relate une situation de viol.

e) Réponses à l'item 27 "Montrer son sexe à une personne par surprise"



Graphique 13 : distribution des réponses à l'item 27

Les MG sont 85% à catégoriser la situation décrite comme une agression sexuelle. Soit 88% des hommes et 84% des femmes. Leur âge moyen est 40 ans.

Ils·elles sont 10% à sous-catégoriser cette situation.

Parmi les MG qui ont choisi une autre réponse que "une agression sexuelle [...]", on observe qu'elles sont 2 fois plus de femmes que d'hommes. En pourcentage, cela représente 16% des femmes et 12% des hommes.

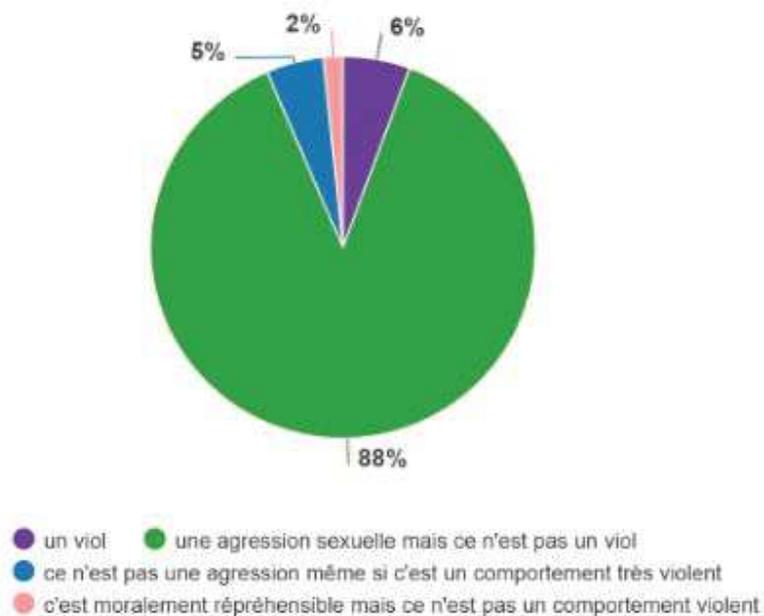
Les médecins exerçant en milieu urbain sont plus nombreux à choisir une autre réponse.

Tableau 17 : effectifs aux réponses de l'item 27

27- Montrer son sexe à une personne par surprise, c'est				
	une agression sexuelle mais ce n'est pas un viol	autres réponses	Total	p
Sexe - Vous êtes :				
une femme				0,51
N	68	13	81	
%	84%	16%	100%	
un homme				
N	38	5	43	
%	88%	12%	100%	
Quel âge avez vous ?				
Moins de 33	84%	16%	100%	0,75
De 33 à 48	87%	13%	100%	
49 et plus	83%	17%	100%	
Quel est votre milieu d'exercice ?				
rural	88%	12%	100%	0,49
urbain	80%	20%	100%	
semi rural	88%	12%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?				
oui	90%	10%	100%	0,6
non	84%	16%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?				
oui	85%	15%	100%	1
non	86%	14%	100%	

Cette situation d'agression sexuelle est reconnue par 88% des MG et par 67% des français-es. Ces dernier-es sur-catégorisent en répondant "*un viol*" dans les mêmes proportions que les MG. En revanche, elles-ils sont plus nombreux à sous-catégoriser : 16% choisissent "[...] un *comportement très violent*" et 9% choisissent "*c'est moralement répréhensible [...]*"

f) Réponses à l'item 28 "Embrasser de force une personne sur la bouche."



Graphique 14 : distribution des réponses à l'item 28

88% des MG reconnaissent cette situation comme une agression sexuelle. Leur moyenne d'âge est de 40 ans.

Parmi les MG qui choisissent les réponses "[...] un comportement violent" et "c'est moralement répréhensible [...]", on retrouve 5 femmes et 3 hommes. Cette sous-évaluation est équivalente chez les hommes comme chez les femmes (respectivement 7% et 6% de ces 2 sous-groupes).

6 femmes et 1 homme désignent cette situation comme un viol.

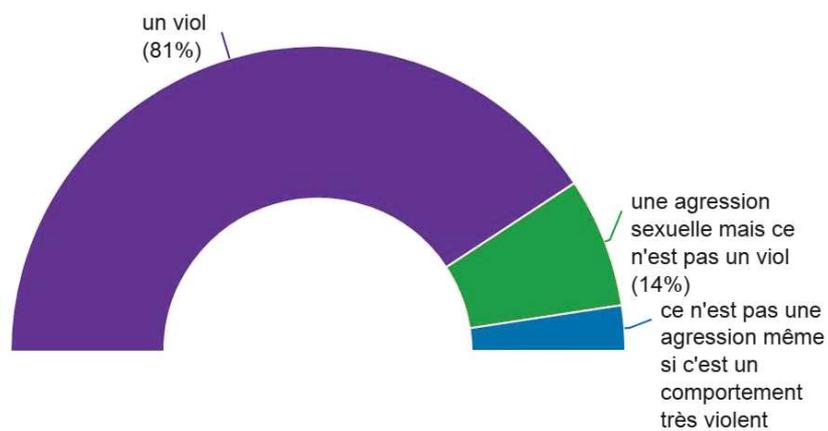
Tableau 18 : effectifs aux réponses de l'item 28

28- Embrasser de force une personne sur la bouche, c'est				
	une agression sexuelle mais ce n'est pas un viol	autres réponses	Total	
Sexe - Vous êtes :				
une femme				0,49
N	70	11	81	
%	86%	14%	100%	
un homme				
N	39	4	43	
%	91%	9%	100%	
Quel âge avez vous ?				
Moins de 33	87%	13%	100%	0,77
De 33 à 48	89%	11%	100%	
49 et plus	87%	13%	100%	
Quel est votre milieu d'exercice ?				
rural	92%	8%	100%	0,47
urbain	83%	18%	100%	
semi rural	90%	10%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?				
oui	93%	7%	100%	0,52
non	86%	14%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?				
oui	91%	9%	100%	0,76
non	87%	13%	100%	

La tendance est la même en population générale : ils·elles reconnaissent en majorité la situation comme une agression sexuelle (67%). Cependant les MG sous-catégorisent moins que les français·es : 7% des MG choisissent les réponses “[...] un comportement violent” et “c’est moralement répréhensible [...]” contre 19% des français·es.

g) Réponses à l'item 29 "Menacer une personne pour qu'elle accepte après coup d'avoir des relations sexuelles sans résistance"

Réponses effectives : 124



Graphique 15 : distribution des réponses à l'item 29

81% des MG catégorisent la situation comme un viol. L'âge moyen de ces médecins est de 40 ans.

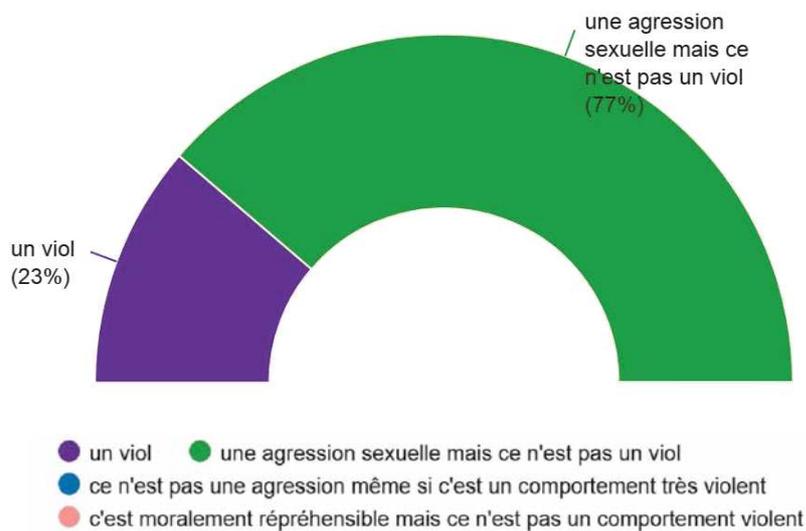
23 répondants la sous-catégorisent. Bien que les femmes soient plus nombreuses parmi eux, les hommes sont proportionnellement ceux qui sous-catégorisent le plus : 16% des femmes et 21% des hommes.

Tableau 19 : effectifs aux réponses de l'item 29.

29- Menacer une personne pour qu'elle accepte après coup d'avoir des relations sexuelles sans résistance, c'est				
	un viol	autre réponse	Total	
Sexe - Vous êtes :				
une femme				0,33
N	68	13	81	
%	84%	16%	100%	
un homme				
N	33	10	43	
%	77%	23%	100%	
Quel âge avez vous ?				
Moins de 33	84%	16%	100%	0,30
De 33 à 48	79%	21%	100%	
49 et plus	83%	17%	100%	
Quel est votre milieu d'exercice ?				
rural	77%	23%	100%	0,48
urbain	88%	13%	100%	
semi rural	79%	21%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?				
oui	83%	17%	100%	0,84
non	81%	19%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?				
oui	82%	18%	100%	0,87
non	81%	19%	100%	

Les français-es répondent aussi majoritairement “un viol”. Mais dans une moindre mesure, puisqu'ils-elles sont 70% à choisir cette catégorisation. Ils-Elles sont 2% à penser que c'est “*moralement répréhensible mais ce n'est pas un comportement violent*”. Contrairement aux MG qui n'ont jamais choisi cette réponse.

h) Réponses à l'item 32 : réaliser des attouchements sexuels (toucher son sexe, ses seins, ses fesses) sur une personne qui dit clairement être non consentante mais qui cède quand on la force, c'est



Graphique 16 : distribution des réponses à l'item 32

Cette situation est clairement identifiée comme une VS par les MG.

77% la désignent comme ce qu'elle est : une agression sexuelle. Les autres (16 femmes et 12 hommes) la sur-catégorisent en "viol".

Les hommes sur-catégorisent plus (28%) que les femmes (20%).

Tableau 20 : effectifs aux réponses de l'item 32.

32- Réaliser des attouchements sexuels ( toucher son sexe, ses seins, ses fesses ) sur une personne qui dit clairement être non consentante mais qui cède quand on la force, c'est :				
	un viol	une agression sexuelle mais ce n'est pas un viol	Total	
<b>Sexe - Vous êtes :</b>				
une femme				0,30
N	16	65	81	
%	20%	80%	100%	
un homme				
N	12	31	43	
%	28%	72%	100%	
<b>Quel âge avez vous ?</b>				
Moins de 33	23%	77%	100%	0,32
De 33 à 48	27%	73%	100%	
49 et plus	13%	87%	100%	
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>				
rural	23%	77%	100%	0,89
urbain	20%	80%	100%	
semi rural	24%	76%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?</b>				
oui	17%	83%	100%	0,43
non	24%	76%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?</b>				
oui	15%	85%	100%	0,20
non	26%	74%	100%	

La tendance est la même en population française. Les français·es sont 52% à désigner cette situation comme “*un viol*”, et 43% à choisir “*une agression sexuelle*”. Cependant, et contrairement à notre échantillon, ils·elles sont 5% à la catégoriser comme ne relevant pas d'une violence sexuelle.

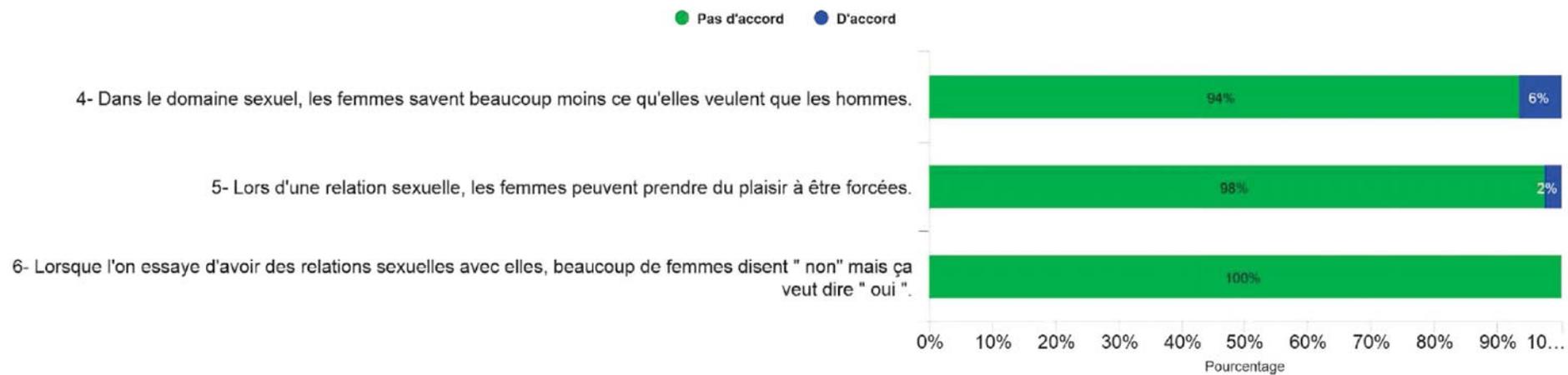
## **C - Analyse du groupe C** ([lien vers dataviv'](#) - mot passe : thesecourtois)

Pour ce groupe d'items, une réponse obtient un effectif supérieur ou égale à 90%. La répartition des effectifs et la comparaison à l'enquête IPSOS (28,36) pour chaque item sont disponibles en *annexe 4*.

Pour toutes ces questions : MG et pop G répondent majoritairement de la même façon. Des écarts importants existent cependant sur certains items.

### *a) Réponses aux items 4 - 5 et 6 .*

Pour ces items proposant des stéréotypes de genre, les effectifs en pourcentage sont décrits dans le graphique 17.



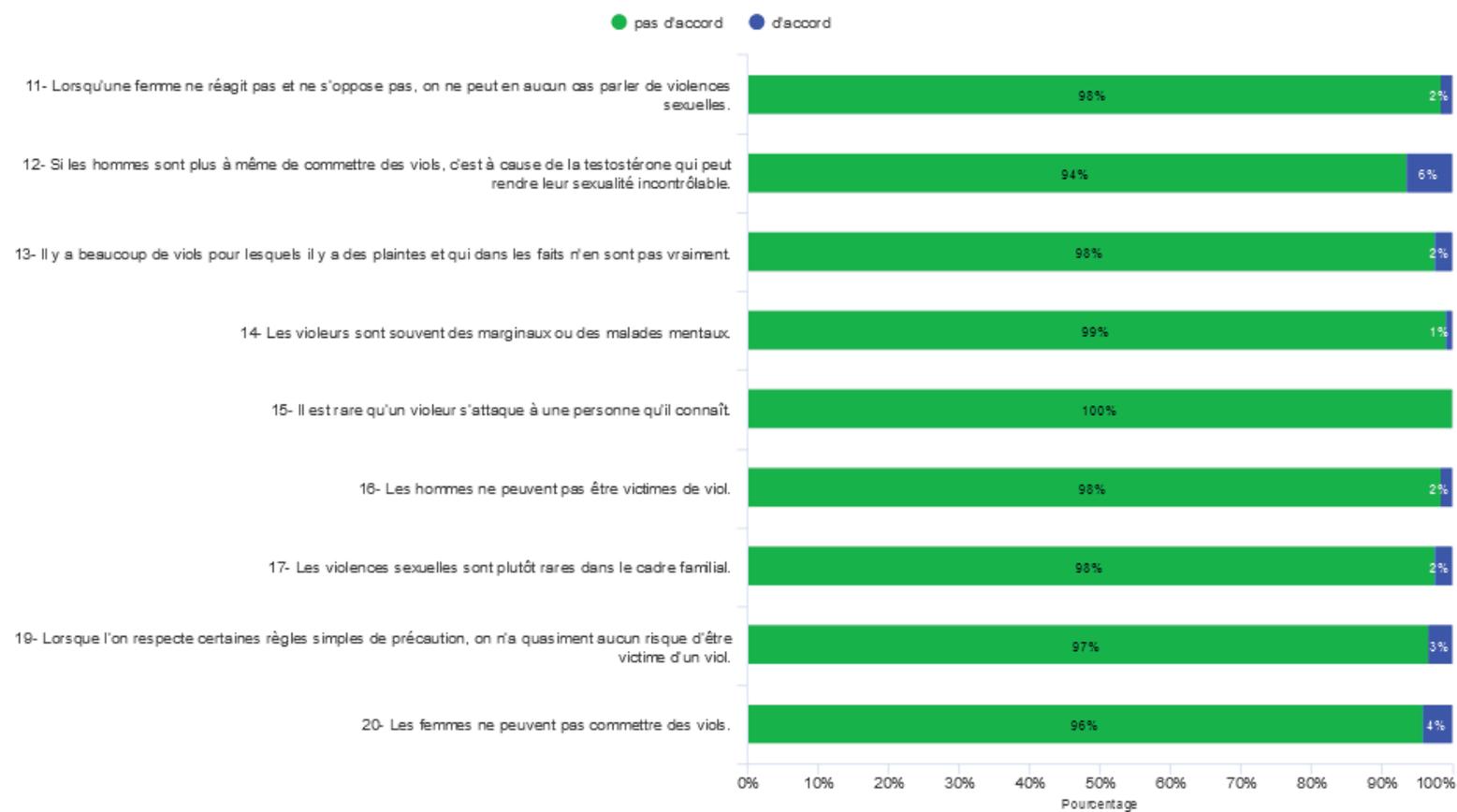
Graphique 17 : répartition des réponses aux items 4 - 5 et 6

Pour l'item 4, les médecins de 49 ans et plus sont plus nombreux à être d'accord. Plus les MG sont âgés, plus ils·elles sont d'accord avec cette idée ( $p=0,05$ ).

Comme les médecins, les français·es sont en majorité en désaccord. Dans des effectifs moindres, puisqu'on retrouve respectivement 74% 82% et 83% d'entre eux·elles qui sont en désaccord.

*b) Réponses aux items 11 à 17, 19 et 20.*

Cet ensemble d'item reprend des idées concordantes avec le script du viol ou des idées reçues sur les violences sexuelles.



Graphique 18 : répartition des réponses aux items 11 à 20 (excepté le 18)

Pour l'item 12, les hommes sont plus d'accord avec l'idée reçue que les femmes : ils sont 14% contre 2% chez les femmes (p=0,02).

Pour l'item 20, les médecins de moins de 33 ans sont plus en désaccord que ceux de plus de 49 ans (p=0,03).

En comparaison avec l'enquête IPSOS, les médecins généralistes interrogé·es sont en désaccord de manière bien plus franche que la population générale. En effet, les français·es sont eux aussi en majorité en désaccord. Mais ils·elles sont entre 12% à 30% à être d'accord avec ces idées reçues.

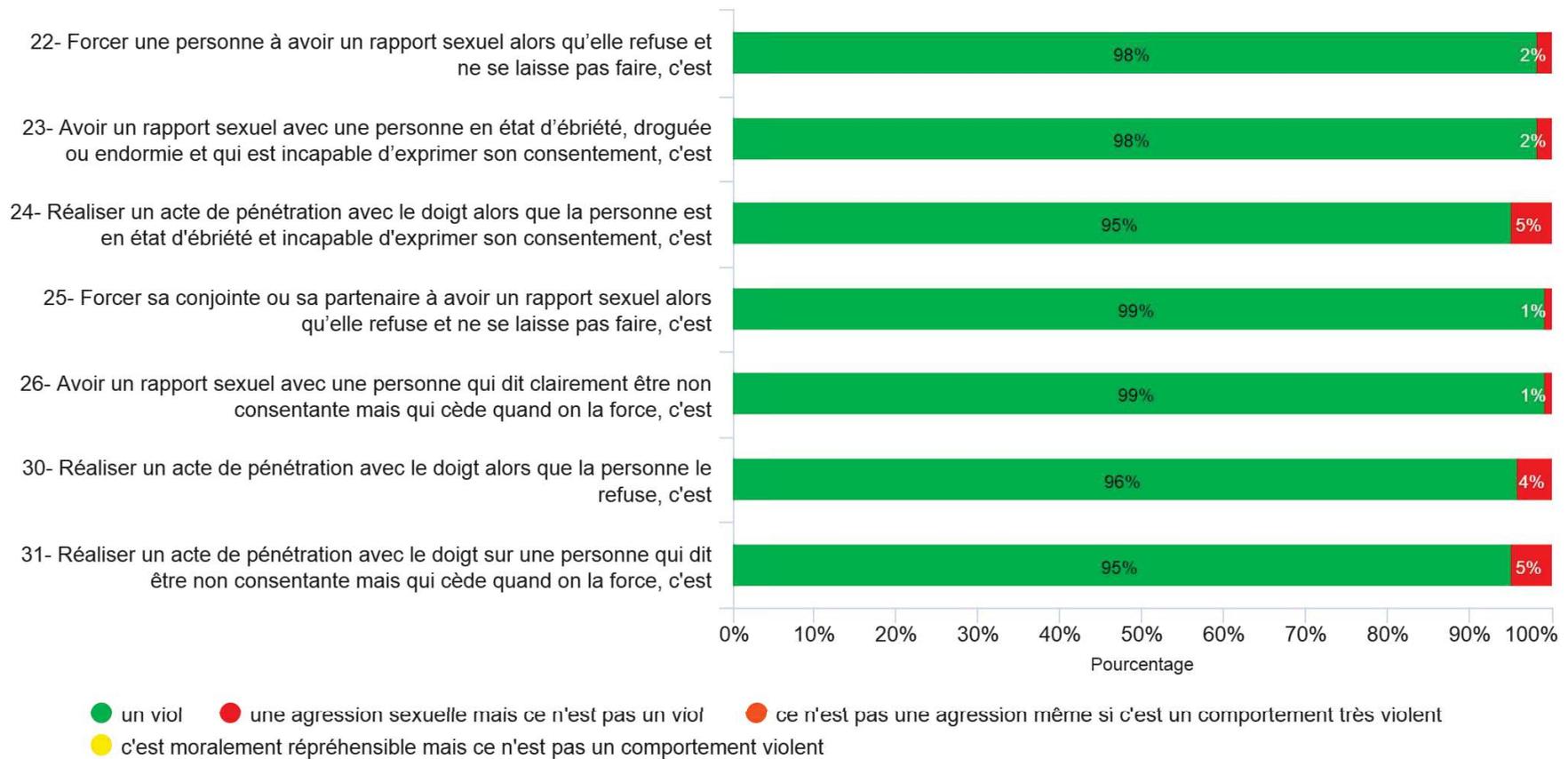
Les items se rapportant aux victimes ou aux auteurs (15-16-17-20) sont ceux qui ont le moins d'écart entre les 2 échantillons.

C'est pour l'item 11 que l'écart est le plus grand. Seuls 2% des MG sont d' accord. Alors que 30% des français·es le sont.

### *c) Réponses aux items 22 à 31 (exception faite de la 29).*

Ces items relatent des situations de violences sexuelles. Les répondants devaient catégoriser selon ce qu'ils·elles en savaient.

Selon le code pénal , toutes ces situations correspondent à des situations de viol(1,2).



Graphique 19 : répartition des réponses aux items 22 à 26, 30 et 31

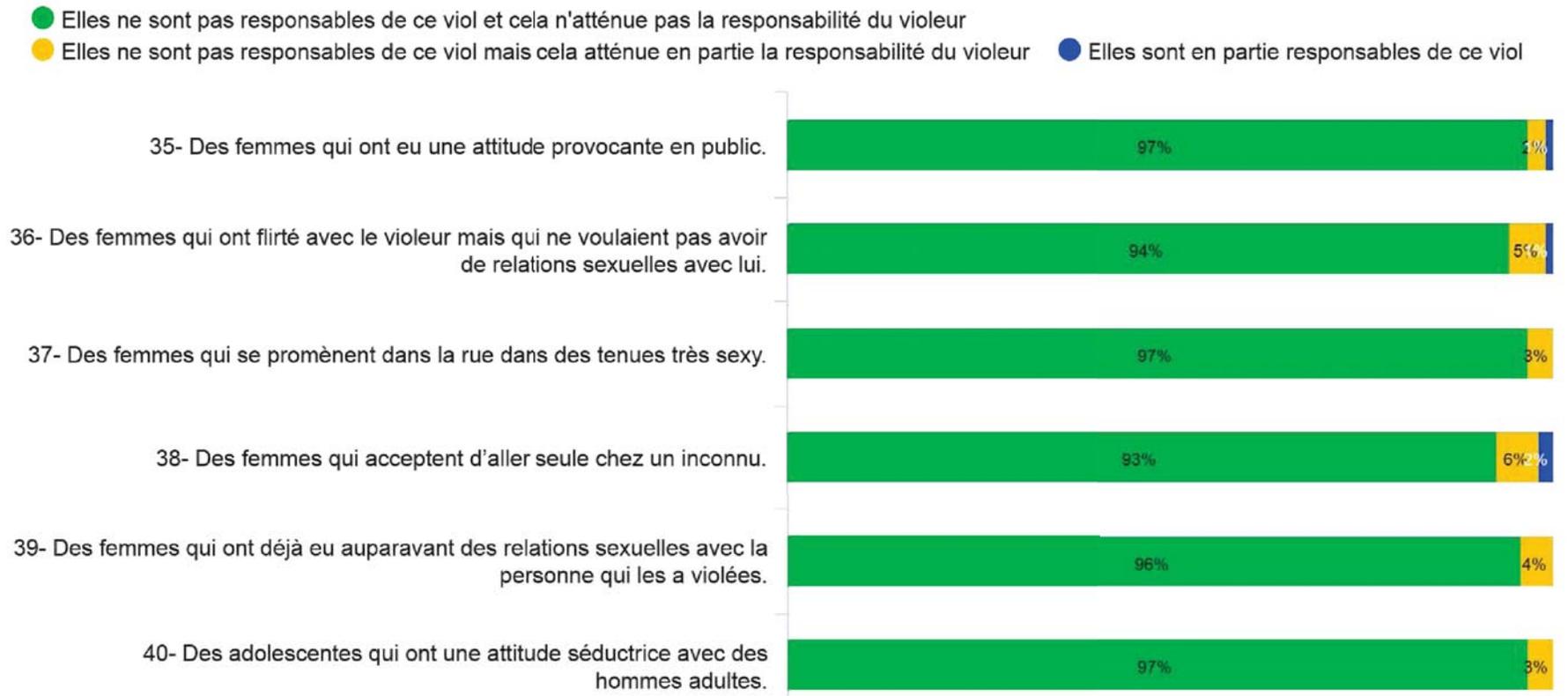
Les MG reconnaissent en majorité les situations comme des viols. Ils sont 5% ou moins à les catégoriser comme une agression sexuelle.

Dans l'enquête IPSOS, les français·es catégorisaient en majorité aussi les situations décrites en "un viol". Cependant ils sont 5% à 15% - selon l'item - à catégoriser la situation comme une agression (28).

Les réponses "[...] un comportement très violent" et "moralement répréhensible [...]" ne sont jamais choisies par les médecins interrogé·es. On observe qu'en population générale ces réponses sont choisies respectivement par 2 à 5% et 1 à 2% des français·es.

#### *d) Réponses aux items 35 à 40*

Pour ces items, les répondant·es devaient se positionner sur la responsabilité de la victime et celle de l'auteur.



Graphique 20 : répartition des réponses aux items 35 à 40

Les MG considèrent dans 93% à 97% des cas que, dans les situations présentées, les victimes *“ne sont pas responsables [...] et cela n’atténue pas la responsabilité du violeur”*.

On observe pour chaque item que, dans les classes d’âge les plus jeunes, les effectifs pour les “autres réponses” sont plus faibles. Pour l’item 39, ces différences sont significatives ( $p=0,01$ ).

Pour ce même item, on retrouve aussi un effet du sexe sur la réponse ( $p=0,05$ ). Être une femme est statistiquement lié à la réponse *“ne sont pas responsables [...] et cela n’atténue pas la responsabilité du violeur”*.

Les MG sont 2 à 6% à penser que les victimes *“ne sont pas responsables mais cela atténue la responsabilité du violeur”*. En population générale, c’est 18% (item 37) à 27% (item 36) qui pensent ainsi.

Pour les items 35 - 36 - 38, 1 à 2% des MG pensent que la victime est *“en partie responsable de ce viol”*. Pour les français·es c’est respectivement 16%, 13% et 17% qui pensent ainsi.

#### e) Réponses aux items 41 à 45

Ces items visaient à évaluer les connaissances des conséquences des VS.



Graphique 21 : répartition des réponses aux items 41 à 45

On observe un très faible pourcentage de MG en désaccord. Les conséquences des violences sexuelles sont bien connues des MG.

En population générale, l'orientation des réponses est la même.

Les français·es pensent que les propositions 41 - 42 et 43 sont vraies dans 74% à 82% des cas. On observe qu'ils·elles sont plus nombreux que les MG à ne pas savoir (entre 14% et 20%).

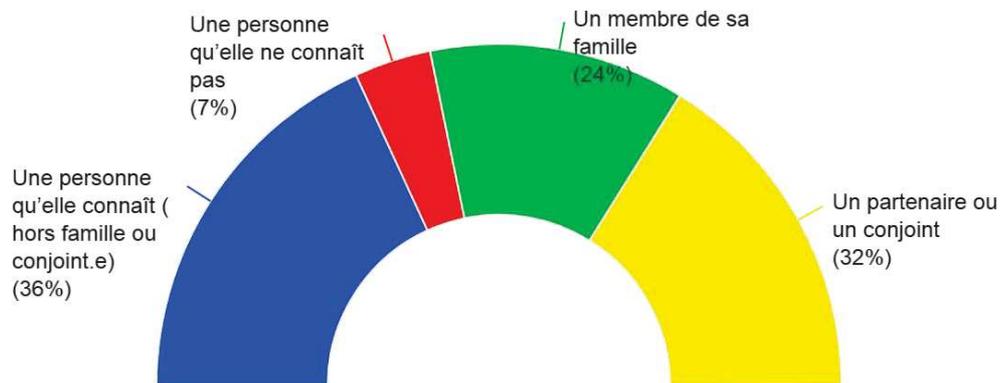
On note aussi qu'au sein des français·es, certain·es pensent que c'est faux. Alors que c'est très rarement le cas pour les MG interrogé·es dans notre travail.

Pour les item 44 et 45, les français-es sont aussi en majorité d'accord. Cependant 19% à 5% sont en désaccord, soit bien plus que notre échantillon de MG.

*f) Particularité des questions 33 et 34*

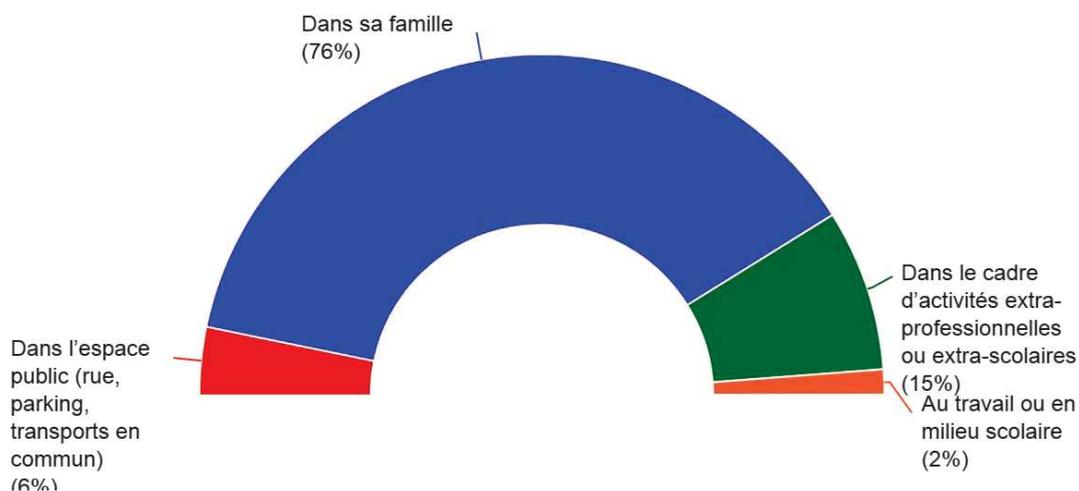
Ces 2 items fonctionnent différemment des autres. En effet, le but est de dénombrer les MG qui pouvaient adhérer aux mythes “un viol est commis par un inconnu” et “un viol a lieu dans une rue, un espace public”.

**33- Par qui une personne court-elle le plus de risque d'être violée ?**



Graphique 22 : répartition des réponses à item 33

**34- A votre avis, dans quelle situation une personne court-elle le plus de risque d'être violée ?  
Choisir 1 proposition**



Graphique 21 : répartition des réponses à l'item 34

Bien que les différentes modalités obtiennent des taux de réponses différents, on observe que les réponses “une personne qu'elle ne connaît pas” et “dans l'espace public” obtiennent moins de 10% de réponses.

En population générale, l'orientation est différente pour ces 2 items. Les français·es choisissent majoritairement ces 2 réponses. 44% des français·es pensent qu'une personne a plus de risque d'être violée par une personne qu'elle ne connaît pas. Et 51% pensent que cela risque surtout de survenir dans l'espace public.

# DISCUSSION

Les résultats de notre travail sont plutôt en faveur d'une faible adhésion des MG aux idées reçues. En effet, le score global obtenu est bas. L'analyse item par item va dans le même sens. Ceci est rassurant quant à l'accueil des victimes de VS en soins primaires.

Une généralisation aux MG de France doit cependant être précautionneuse.

## I - Forces et limites de notre étude

### *a) Limites*

Tout d'abord, notre échantillon n'est pas parfaitement représentatif des MG de Loire Atlantique et Vendée. Seuls 6% des MG ciblé·es ont répondu, avec une disparité importante entre les 2 départements. La méthode de distribution du questionnaire était différente, ce qui peut expliquer en partie cette différence.

Nous ne disposons que des données démographiques vendéennes, nos comparaisons sont donc incomplètes, mais suffisantes pour apporter une critique sur les caractéristiques de notre échantillon.

On observe que la répartition d'âge en fonction du sexe des MG vendéen·nes interrogé·es diffère de celle des MG de Vendée. En vendée pour 2019, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 55 ans et plus (37). Dans notre travail, les MG vendéen·nes ont en majorité entre 30 et 49 ans.

En Pays de la Loire, la répartition d'âge est similaire (38).

La diffusion par mail, avec participation volontaire, induit un biais de recrutement. Tout d'abord, le mail devait être ouvert et lu, sélectionnant une première partie des MG. Puis secondairement la participation volontaire a probablement sélectionné les médecins sensibles à la thématique et/ou formés sur celle-ci.

Les praticien·nes moins formé·es ou peu informé·es, pour qui l'adhésion aux idées reçues est plus forte, ont probablement moins participé. Conduisant à une surestimation de nos résultats.

Nous avons pu montrer qu'une formation sur les VS entraîne une adhésion moindre. Nous avons dans notre échantillon 23% de MG dans cette situation. Ils·elles peuvent aussi avoir induit un biais de confusion et amener à faire diminuer le score global de tout l'échantillon.

Par ailleurs, l'utilisation sans aucune modification des items de l'enquête IPSOS a pu être source d'interprétations.

Certains items sont formulés à la négative. Citons en exemple l'item 15 : *“les hommes ne peuvent pas être victime de viol”* avec comme modalité de réponse *“pas du tout ce que je pense”*. Il aurait été plus simple d'écrire : *“les hommes peuvent être victime de viol”*. Cette double négation a pu être source de confusion. D'autres items manquent de précision, ou sont trop larges. L'item 10 *“une femme a plus de risque d'être agressée sexuellement ou violée avant 18 ans qu'à l'âge adulte”* rassemble agression sexuelle et viol.

Les situations des VS décrites prenaient les femmes comme victimes et les hommes comme auteurs. C'est donc surtout les idées reçues appartenant aux mythes du viol féminin qui ont été explorées. Pour autant, l'item 16 est largement rejeté par les MG. Celui ci affirmait que les hommes ne peuvent pas être victimes de viol. On peut donc supposer que le mythe du viol masculin est lui aussi rejeté.

Le score global n'avait pas été utilisé auparavant et n'est donc pas validé. Cependant il a suivi les mêmes principes de construction que les scores de mesure de l'acceptation du mythe du viol.

Concernant les analyses statistiques, nous avons choisi de ne pas appliquer de correction des tests, malgré leur multiplicité. Cette multiplicité peut expliquer des résultats significatifs ( item 18 notamment), sans pour autant avoir une explication logique.

Enfin, le recueil des données a été lancé en mars 2021. Cela survenait 2 mois après les révélations publiques concernant les VS commises par Olivier Duhamel. Une nouvelle vague de prise de parole de victimes sur les réseaux sociaux (#MetooInceste) a suivi cette dénonciation publique. La remise en avant de ce sujet dans les médias a pu entraîner un renforcement du biais de désirabilité sociale.

### *b) Forces*

À ce jour, une mesure de l'adhésion aux idées reçues n'avait jamais été réalisée auprès des MG spécifiquement.

Cette mesure par 2 indicateurs permet une analyse complète. Le score global donne une indication directe et claire. L'analyse en détail de chaque item renforce le premier constat, nuance ce score et amène des réflexions plus pragmatiques. Nous y reviendrons.

L'enquête "Les français et les représentations sur le viol" réalisée à 2 reprises et menée par un organisme sérieux, confère aux items utilisés une fiabilité et une validité (28,36). Nous avons donc pu passer la phase de pré-test et débiter directement le recueil des données.

De plus, les échelles de Likert utilisent en grande partie 4 modalités. Cela limite le positionnement neutre du·de la répondant·e. Et conduit ainsi à une polarisation des résultats (39).

L'utilisation sans aucune modification des items permet une comparaison directe entre les résultats de notre travail et ceux des enquêtes IPSOS.

Des travaux français portant sur l'acceptation des mythes du viol ont utilisé d'autres échelles de mesure. Celles-ci comportent des items qui recoupent ou rejoignent ceux que nous avons repris.

Le Dr MOSSAD a utilisé l'échelle updated-IRMA (Updated Illinois Rape Myth Acceptance)(40). Elle est constituée de 22 propositions. Le Dr SCHLEGEL a quant à elle traduit les 30 items puis validé l'utilisation en langue française de l'échelle

AMMSAS (Acceptance of Modern Myths about Sexual Aggression Scale) (23). Ces différentes échelles sont disponibles en *annexe 5*.

Nous n'avons toutefois pas retenu ces 2 outils. Premièrement, tous leurs items prennent la forme d'échelle de Likert. Il nous a semblé que le nombre d'item associé à un seul type de réponse serait source de lassitude chez le·la répondant·e. Et donc d'exposer notre travail à un taux d'abandon important. Deuxièmement, les items présentent des propos généraux. Ils ne contiennent aucune question d'ordre médical. Pour maintenir l'intérêt des MG, il nous paraissait important d'inclure des questions de cet ordre là. De plus, au vu du rôle des MG dans la prise en charge des victimes, explorer les connaissances des conséquences des VS nous semblait d'autant plus pertinent. Le questionnaire IPSOS permet tout cela.

Malgré tout, nous faisons le même constat que Gerger et al (22). Elles avaient constaté que le score obtenu ces dernières années avec l'échelle IRMA était faible. Elles ne concluaient pas à une faible acceptation du mythe du viol dans la société, mais à une échelle inadéquate. Ceci est dû à la forme dynamique du mythe du viol : son contenu évolue, ainsi qu'aux répondants qui savent à terme ce qu'il est politiquement correct de répondre. Elles ont donc construit une nouvelle échelle de l'acceptation du mythe du viol - l'AMMSAS - dont les propositions sont plus subtiles.

Il est possible qu'un phénomène similaire ait lieu dans notre travail.

Le sujet est encore tabou dans notre société et est susceptible d'amener les MG interrogé·es à répondre de manière la plus socialement acceptable. L'utilisation de l'anonymat avait pour objectif de limiter au maximum ce biais de désirabilité sociale.

Cependant au vu de ce constat, un nouveau travail avec une échelle plus subtile permettrait de confirmer nos résultats.

D'autre part, un nouveau travail avec un échantillon plus important et plus représentatif des MG en France serait intéressant pour confirmer nos résultats.

## II - L'adhésion aux idées reçues : qu'en retenir chez les MG.

L'adhésion aux idées reçues sur les VS est faible chez les MG interrogé·es. Nous avons pu montrer secondairement que les sujets plus jeunes seraient ceux qui adhèrent le moins aux idées reçues. L'analyse du dernier quartile met en évidence l'âge plus avancé de ces MG obtenant un score supérieur à 18 /100. L'âge moyen comme la médiane d'âge vont dans ce sens. L'analyse statistique semble aussi l'indiquer.

Nous avons relevé un score compris entre 1 et 18/100 pour tous les MG de moins de 33 ans, à l'exception d'un·e répondant·e dont le score est 33. Nous pouvons nous interroger sur cet unique score, "discordant" par rapport aux autres. Est-ce un cas isolé ou une conséquence du biais de sélection détaillé plus haut ? Nous pouvons en effet légitimement penser que les MG de moins de 33 ans qui adhèrent aux idées reçues n'ont pas répondu au questionnaire.

Nous avons aussi trouvé que les MG formé·es aux VS obtiennent un score plus faible que les autres MG non formé·es. De manière logique et attendue, la formation aux VS semble limiter l'adhésion aux idées reçues. Cette adhésion n'est en rien influencée par le sexe du MG, ni par son milieu d'exercice.

Ces résultats sont confirmés par l'analyse item par item des 46 propositions. Pour les 32 items du groupe C, les MG rejettent clairement les idées reçues présentées. Les propositions qui présentent des idées correspondant au script du "véritable" viol sont largement réfutées. Les situations de viols sont bien reconnues comme telles. D'autre part, les conséquences des violences sexuelles sont bien connues des MG. Enfin, les MG de notre échantillon ne rejettent pas la responsabilité sur la victime, lorsque la question est posée directement.

On observe une concordance dans les résultats. Certains items se recourent. La formulation de l'item change, mais l'idée reçue est la même. Le but précis était de s'assurer de la concordance des réponses.

On peut citer en exemple les items 17 et 34. Si une majorité de MG avaient été d'accord avec l'item 17 (*"les violences sexuelles sont plutôt rares dans le cadre familial"*) - signant ainsi une adhésion à cette idée reçue - mais que la réponse *"dans sa famille"* avait été la plus choisie pour l'item 34 (*"dans quelle situation une personne court-elle le plus de risque d'être violée"*), il y aurait eu discordance. Or, ce n'est pas le cas.

En comparaison avec l'enquête IPSOS, on relève 3 situations. Les MG sont soit en désaccord de manière bien plus franche que la population générale, soit en désaccord alors que les français·es sont en majorité d'accord. Pour les quelques items où l'on retrouve une adhésion de la part des MG comme des français·es, l'adhésion des MG est moins franche.

On peut donc affirmer que les MG adhèrent moins aux idées reçues que la population générale française. Qu'ils·elles connaissent mieux la typologie des VS, les définitions juridiques et les conséquences des VS.

L'analyse des groupes A et B nuancent cependant ce constat favorable.

## **A - Stéréotypes de genre et transfert de responsabilité**

C'est un tiers, voire la moitié des MG qui adhèrent aux stéréotypes sexuels traditionnels présentés par les items 1, 2, 3 et 7 (groupe A). Les items 18 et 21 (groupe B) quant à eux reprennent directement des mythes sur les viols. Ces items, comme nous l'avons vu, suscitent l'accord de 13% à 18% de MG.

Les items 1, 2 et 7 se rapportent spécifiquement, d'une part, à l'idée de sexualités féminine et masculine différentes (*"les femmes ont besoin d'être amoureuses pour envisager un rapport sexuel"* et *"les hommes ont une sexualité plus simple que les femmes."*). Et d'autre part, à celle d'une perception de la violence différente entre ces deux sexes (*de nombreux événements sont ressentis comme violents par les femmes*

*alors qu'ils ne le sont pas pour les hommes*). L'idée de fond est que le vécu d'actes sexuels serait donc perçu différemment selon le genre. Il peut en découler une dé-responsabilisation des auteurs, ici des hommes. De manière caricaturale on peut résumer ainsi : si les hommes ne perçoivent pas la violence de la même manière que les femmes, ils peuvent donc agresser sexuellement sans s'en apercevoir.

Des items 3 et 21 *“pour un homme, il est plus difficile de maîtriser son désir sexuel que pour une femme”* et *“[...] le violeur croit au début que la personne souhaite avoir des relations sexuelles avec lui”* peut aussi découler une dé-responsabilisation de l'auteur. Une explication ou une excuse est cherchée. Il n'était pas maître de son désir sexuel. Il aurait mal compris.

Dans la proposition 18, la responsabilité du viol est en partie transférée vers la victime : *“si on se défend vraiment [...] on fait le plus souvent fuir le violeur”*. Autrement dit : il revient à la victime de se défendre et de faire fuir son agresseur. Si elle n'y arrive pas, elle est donc en partie responsable. (Soulignons ici toute l'importance du mot “vraiment”.)

De tous ces items, on voit émerger un transfert de responsabilité de l'auteur vers la victime. L'adhésion à ces stéréotypes favorise donc ce mécanisme.

Ce mécanisme est subtil. En effet, nous avons mis en évidence, que lorsqu'ils·elles sont interrogé·es de manière directe sur la responsabilité de la victime (items 35 à 40), les MG sont très peu enclins à la responsabiliser.

Le fait qu'un pourcentage non négligeable de MG acceptent ces propositions est le signe qu'à minima, ce transfert de responsabilité pourrait être présent chez les MG.

De manière plus spécifique, les items 1, 2 et 7 apportent une information complémentaire.

En reprenant l'idée d'un vécu de l'acte sexuel et de la violence différent selon le genre, il peut en découler une minimisation des VS. Les victimes sont accusées de prendre pour une agression sexuelle ce qui ne l'était pas.

## **B - Connaissance de la typologie des VS**

Au travers des items 8, 9 et 10 : *“une femme a plus de risque d’être violée par un proche que par un inconnu”*; *“une femme handicapée mentale ou autiste court beaucoup plus de risque d’être agressée sexuellement ou violée, en raison de sa vulnérabilité”* et *“une femme a plus de risque d’être agressée sexuellement ou violée avant 18 ans qu’à l’âge adulte”*, on note qu’une partie des MG manque de connaissances sur la typologie des VS. On observe notamment que 48% de MG ne savent pas à quelle période de sa vie une femme court le plus de risque d’être agressée ou violée.

## **C - Définitions juridiques**

Les items 27, 28, 29 et 32 faisaient partie de la suite d’items relatant des situations de VS et que les MG devaient définir.

Les MG catégorisent plus difficilement les situations d’agression sexuelle présentées par les items 27, 28 et 32. Contrairement aux situations de viol qui, nous l’avons vu, sont massivement identifiées comme telles (exception faite de l’item 29, nous y reviendrons).

On pourrait s’attendre à ce que toutes les situations d’agression sexuelle soient identifiées de manières équivalente. Or ce n’est pas le cas. On s’aperçoit que les MG identifient très bien les *“attouchements sexuels [...] sur une personne [...] qui cède quand on la force”* (item 32) comme une VS : ils·elles catégorisent soit comme un viol soit comme une agression sexuelle.

En revanche, pour les situations *“embrasser de force”* ou *“montrer son sexe [...] par surprise”* 7 à 10% de MG ne la voient pas comme une VS.

L’item 29 *“Menacer une personne pour qu’elle accepte après coup d’avoir des relations sexuelles sans résistance”* fait figure d’exception parmi les situations de viol. En effet, 19% des MG ne reconnaissent pas la situation comme un viol. Or toutes les

autres situations de viols, présentées dans les items 22 à 26 et 30-31 sont identifiées comme viols par plus de 95% des MG.

L'item 29 est le seul à utiliser le verbe accepter dans sa proposition, ce qui pourrait expliquer une telle différence.

On peut supposer que les MG ayant répondu "agression sexuelle" ou même "comportement violent" considèrent que l'acceptation après menace est un consentement libre.

Ces résultats vont dans le même sens que les études qualitatives auprès des MG. En effet, les définitions des VS sont connues mais partiellement (33). Et il en ressort que pour certain.es MG, la limite entre le non consentement et le viol est floue (32).

La connaissance de ces définitions juridiques et de l'identification des situations de VS est un point essentiel pour l'accompagnement des patient·es par leur MG.

## **D - Conséquences somatiques et psychique**

Les MG connaissent bien les répercussions psychiques des VS tant aiguës qu'à long terme. On le voit bien à travers le taux de réponse aux items 41 à 45. C'est plus de 97% des MG interrogé·es qui reconnaissent les conséquences décrites dans ces propositions.

Pour autant, ils·elles sont plus en difficulté sur les répercussions somatiques. Ils·elles savent qu'elles existent (items 44). Mais ont plus de mal à savoir quelles formes elles peuvent prendre. En effet, on observe que pour l'item 46 "*les victimes de viol ont plus de risque de développer une maladie auto immune, un cancer ou une maladie cardio-vasculaire*", pourtant dans la continuité des autres items, 36% des MG sont en désaccord.

Ce manque de connaissance ne correspond pas complètement à ce que les MG nous en disent. En effet, ils·elles déclarent connaître les conséquences pour les victimes (33).

## E - Comparaison avec la littérature

Ce travail n'avait pas pour objectif une mesure de l'Acceptation du Mythe du Viol; pour autant les idées reçues présentées dans notre questionnaire y sont directement reliées. Des parallèles entre l'adhésion aux idées reçues et l'AMV peuvent être établis, notamment pour ce qui concerne les facteurs influençant l'AMV.

Nous n'avons pas mis en évidence d'influence du sexe sur notre score global. Cependant, dans leur thèse de médecine, les Dr·es Schlegel et Mossad retrouvaient une AMV plus importante selon le sexe : les hommes adhèrent plus au mythe sur le viol (23,40).

Les idées reçues sont bien moins acceptées par les médecins généralistes qu'en population générale. Ces résultats diffèrent des études sur l'AMV qui retrouvent une même prévalence de l'acceptation chez les professionnels sanitaires que dans la population générale (23).

Les MG ont un niveau d'éducation élevé. Leur faible adhésion aux idées reçues est concordante avec ce qui se passe pour l'AMV. En effet, un niveau plus élevé d'éducation est corrélé à un taux plus bas d'AMV (20,25).

Nous retrouvons une influence de l'âge. Ce qui est similaire à ce que Dr MOSSAD retrouve dans son travail : l'AMV est plus importante chez les psychiatres les plus âgées (40).

## III - Importance de la faible adhésion aux idées reçues des MG

Selon la définition de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) le médecin généraliste "*répond aux problèmes de santé [du patient] dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle*". Elle·il "*doit reconnaître toutes les dimensions simultanément et accorder à chacune une importance adéquate*"

(41). Il·elle “a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins des patient·es”.

Cette définition amène le médecin généraliste à avoir une approche globale, centrée sur le·la patient·e.

Dans cette optique, lors de son accompagnement de victime de VS, il·elle doit être en mesure de prendre en compte et traiter les conséquences psychiques et somatiques. Il·elle doit aussi lui apporter un soutien social, au sens sociologique (42).

## **A - Le soutien social**

Le soutien social est l'ensemble des “*comportements des proches qui sont en lien avec les besoins d'un individu*” (43).

Il existe sous différentes formes. Le soutien social dit positif se rapporte aux comportements qui répondent au besoin de l'individu. On y retrouve l'écoute et l'empathie. A contrario, le soutien social négatif fait référence aux interactions négatives : la critique, le blâme, ... Une autre réaction possible est l'indifférence : une absence de soutien positif, sans pour autant qu'il soit négatif (43).

L'impact de ce soutien social a été étudié chez les victimes de VS. On sait que les réactions sociales négatives (ne pas les croire par exemple) sont responsables de symptômes psychologiques et psychiatriques plus importants (en comparaison avec les victimes ayant bénéficié d'un soutien positif). Leur adaptation à la suite du traumatisme est moins bonne, elles·ils présentent plus de culpabilité et adoptent plus de stratégies d'évitement. Il a pu aussi être montré que le temps de récupération est augmenté chez les victimes qui n'ont pas été crues.

Ces réactions, qu'elles soient reçues immédiatement ou à distance du traumatisme, affectent la récupération de la même manière.

A contrario, les réactions sociales positives permettent une récupération plus rapide (44,45).

On retrouve des liens directs entre soutien social et impact sur la santé. Le soutien social positif agit à deux niveaux :

- Sur le plan somatique par l'adoption de comportements "sains" par les individus.
- Sur le plan psychologique par la validation des émotions notamment.

D'un point de vue organique, il a pu être mis en évidence une baisse de la TA, moins d'athérosclérose et une évolution plus lente des lésions cardiovasculaires chez les patients bénéficiant d'un soutien social positif. Chez ces mêmes patients, on sait aussi que les taux de catécholamines et de cortisol sont plus bas lors des situations de stress. Enfin, il existe un effet indirect sur l'immunité. Le soutien social permet de baisser le taux de cortisol, diminuant indirectement l'action immunosupresseur de celui-ci (46).

Le recueil du vécu de victimes de VS qui ont choisi de se taire à la suite de ce traumatisme, apporte une compréhension indispensable à la prise en charge de celles-ci.

La première réaction lors de la révélation des VS est essentielle. Cette réaction lorsqu'elle est négative amène les victimes à ne plus parler et à douter de l'utilité de le refaire à l'avenir. Ces victimes décrivent 4 réactions négatives auxquelles ils·elles ont été confrontés lors de la première révélation :

- 1) Être blâmé
- 2) Une réaction insensible : une mise en doute, une minimisation. Cette réaction pouvant être source de doute pour la victime vis-à-vis de ce qu'elle·il a vécu.
- 3) Une réaction inefficace : une absence de soutien.
- 4) Une réaction inappropriée : surprotection, mauvais conseil - comme conseiller de garder le silence (47).

Selon la définition de la médecine générale (WONCA) et ce que nous savons du soutien social, il semble donc essentiel que les MG apportent un soutien social positif à leurs patient·es lors de la révélation de VS. .

Les idées reçues sur les VS sont sources de réactions négatives. Ne pas y adhérer permet donc d'éviter un soutien social négatif. Un·e MG "averti·e" recevra la parole d'une victime sans jugement et quelle que soit son histoire, sans la remettre en cause. Notamment lorsque les circonstances s'écarteront du cadre du script du viol

classique. Il·elle formulera ses questions sans responsabiliser la victime ou minimiser les faits. Par exemple, la question “vous sentez-vous honteux de vous être laissé faire ?” est bien plus culpabilisante que formulé comme suit : “pour quelles raisons vous sentez-vous honteux·se ?”. Ou encore ainsi “étiez-vous choqué·e, dans l'impossibilité de vous défendre ?”

On peut d'ailleurs souligner l'importance des mots utilisés lorsqu'on parle des révélations de VS. Le terme “abus sexuel” par exemple, est inapproprié (traduction erroné de l'anglais *sexual abuse*) (48). Un abus est un usage excessif (49). Abus de consommation par exemple. Avec dépassement d'un seuil. Or pour les VS, il n'est pas question d'un seuil dépassé, mais bien d'un acte réalisé à l'encontre de la volonté d'un individu. Le verbe “avouer” est lui aussi souvent utilisé. On le retrouve dans une des verbatim d'un·e des MG interrogé·e dans le thèse du Dr CHARPE. Il dit “*Sans doute, mais inavouées*” à propos des potentielles victimes de VS dans sa patientèle (32). Selon la définition du Larousse, avouer c'est “*reconnaître qu'on a fait quelque chose de mal*” (50). L'utilisation de ce mot est donc très délicate dans le contexte de VS, dans la mesure où il laisse porter une responsabilité à la victime.

## **B - prise en charge somatique et psychique**

La méconnaissance des conséquences des VS ainsi que de la typologie de celle-ci peut être source de défaut de prise en charge des victimes. Ou même d'absence de prise en charge.

Connaître l'épidémiologie des VS permet au généraliste d'envisager que chacun·e de ses patient·es est susceptible d'avoir été / d'être exposé à des VS. Elle·il ne limitera pas son dépistage aux patient·es désigné·es “à risque” par les idées reçues. Par exemple, il·elle interrogera ses patients comme ses patientes.

Par ailleurs, elle·il saura poser la question, même en l'absence de point d'appel clinique. Et pourra formuler une question de dépistage, dépourvu de préjugé de manière plus systématique. Comme cela est déjà recommandé- pour le dépistage des violences conjugales (51)

Connaître les conséquences psychiques et somatiques des VS permet au généraliste d'évoquer une histoire traumatique devant ces symptômes et de poser la question à ses patients. En l'absence de cette connaissance, il·elle s'expose à ne pas prendre en charge le·la patient·e dans sa globalité.

Enfin, la prise en charge globale et les soins apportés à une victime de VS, outre le bénéfice individuel, limite le risque de reproduction des violences (12).

### **C - Connaître les idées reçues**

La connaissance de ces idées reçues, et plus particulièrement des conséquences que celles-ci peuvent avoir pour les victimes, permet au MG de les accompagner aussi dans cette dimension. En effet, elle·il sera en mesure d'identifier la culpabilité chez ses patient·es et de les aider à déconstruire ces idées reçues. Ce travail est d'autant plus important dans la mesure où la culpabilité est corrélée à un plus fort taux d'État de Stress Post-Traumatique (23).

## CONCLUSION

Notre travail a permis de montrer que les MG adhèrent peu aux idées reçues sur les violences sexuelles. Ils·elles adhèrent moins que la population générale, rendant leur place dans le parcours de soins des victimes légitime.

Les VS représentent un enjeu de santé public, tant par les conséquences psychiques que somatiques qu'elles engendrent. Le dévoilement des VS subies reste un moment clé et délicat. Le soutien social positif apporté par le MG qui reçoit cette information est essentiel pour la prise en charge globale de la victime. L'empathie, l'écoute, croire la victime, ne pas la rendre responsable, l'accompagner et l'orienter selon ses besoins (prise en charge médicale, psychologique et/ou juridique) sont autant d'éléments qui contribuent à ce soutien. Or les idées reçues impactent directement ce soutien.

La faible adhésion à celles-ci renforce donc le rôle des MG dans l'accompagnement des victimes.

La Haute Autorité de Santé recommande une prise en charge des victimes par tout autre professionnel·le de santé susceptible de les accueillir : gynécologue, pédiatre, psychiatre, sage femme, ... (42)

Des données sur l'adhésion de ces professionnel·les existent, mais sont issues en grande partie d'études nord-américaines. Une mesure de l'adhésion des professionnel·les français , ainsi que des étudiants en santé nous semble pertinente.

Nous l'avons vu, la formation est un facteur qui diminue l'adhésion aux idées reçues chez les MG.

Or les MG expriment ne pas avoir de formations suffisantes à propos des VS (16,32,33). Il nous semble donc indispensable que les MG - ou tout autre professionnel·le de santé - bénéficient largement de formations initiales et continues sur les VS. Y serait incluses des notions clés sur les idées reçues, le mythe du viol et leurs conséquences.

Ces formations permettraient de déconstruire les mécanismes inconscients de transfert de responsabilité et de minimisation des VS, qui existent chez certains MG.

Ces dernières années, on assiste régulièrement à une libération de la parole publique. Il serait intéressant de demander aux MG si elles·ils ont été plus fréquemment confrontés à des révélations au sein de leur cabinet depuis ces prises de paroles. Une hausse de ces révélations appuierait encore plus la nécessité d'une formation.

À ce jour, l'HAS a émis des recommandations pour le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violence au sein du couple - dont les VS. Il en est de même pour le repérage de l'inceste chez le mineur. Nous pouvons en tirer des éléments pour les prises en charge des victimes. Cependant, il n'existe pas de recommandations dédiées à proprement parler aux VS, quelque soit l'âge et le sexe.

La révélation de VS a un impact sur le MG qui la reçoit. Ils·elles rapportent parfois un choc, voire un traumatisme lors de la révélation (33). Au-delà des conséquences directes que cela peut avoir au cours de la consultation, ces révélations peuvent aussi affecter le MG sur le plan personnel. On trouve peut-être ici une explication au faible dépistage par les MG. Au-delà des difficultés liées à un manque de connaissance, recevoir seul·e la parole des victimes c'est prendre le risque d'être affecté et déstabilisé.

Dans les différentes études françaises pour établir l'épidémiologie des VS, les enquêteurs avaient bénéficié d'un soutien psychologique à la suite des révélations qu'ils·elles avaient reçues (4,11).

À ma connaissance, un tel dispositif à destination des MG n'existe pas.

Il pourrait être intéressant de proposer à tous les professionnel·les de santé ambulatoires un lieu ressource pour parler spécifiquement de ces situations, ou de toutes les autres situations émotionnellement sollicitantes.

# ANNEXES

## ANNEXE 1

Tableau 1 : proportion de victimes de violences sexuelles par catégorie juridique, par espace de vie et par sexe, vie entière, en %. Issus sans modification de l'enquête VIRAGE

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

Source: Ined, enquête Virage 2015.

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

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

## ANNEXE 2

### Texte de présentation de la thèse

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise un questionnaire auprès de médecins généralistes de Vendée et Loire-Atlantique sur les violences à caractère sexuel.

Le questionnaire est **anonyme**.

Il nécessite environ 12 minutes de votre temps et vise à explorer le rapport que nous avons avec la notion de violence sexuelle.

Les items sont issus d'un sondage réalisé en population générale ce qui permettra la comparaison des résultats entre les données issues de la population générale et celles recueillies anonymement auprès des médecins généralistes.

Les recommandations HAS ( 2009,2019 entre autres) prévoient que la question des violences sexuelles intrafamiliales ou au sein du couple soit systématiquement posée lors des consultations. Cette démarche semble d'autant plus importante au vue des dénonciations sur les réseaux sociaux et prises de parole de ces dernières années.

N'hésitez pas à répondre à cette enquête et à la diffuser largement auprès d'autres médecins généralistes exerçant en Vendée ou Loire-Atlantique..

En vous remerciant pour votre aide et votre temps,

Coline COURTOIS

### QUESTIONNAIRE

***Pour chacune des propositions suivantes, dites-moi si vous êtes***

*tout à fait d'accord,*

*plutôt pas d'accord,*

*Plutôt d'accord,*

*pas du tout d'accord*

Item 1 : En règle générale, les femmes ont besoin d'être amoureuses pour envisager un rapport sexuel.

Item 2 : En règle générale, les hommes ont une sexualité plus simple que les femmes.

Item 3 : En règle générale, pour un homme, il est plus difficile de maîtriser son désir sexuel que pour une femme.

Item 4 : Dans le domaine sexuel, les femmes savent beaucoup moins ce qu'elles veulent que les

hommes.

Item 5 : Lors d'une relation sexuelle, les femmes peuvent prendre du plaisir à être forcées.

Item 6 : Lorsque l'on essaye d'avoir des relations sexuelles avec elles, beaucoup de femmes disent " non" mais ça veut dire " oui " .

Item 7 : Dans la vie, de nombreux événements sont ressentis comme violents par les femmes alors qu'ils ne le sont pas pour les hommes.

***Quel est votre avis concernant les circonstances dans lesquelles peuvent survenir les violences sexuelles ?***

C'est plutôt vrai,

C'est plutôt faux,

Je ne sais pas.

Item 8 : Une femme a plus de risque d'être violée par un proche que par un inconnu.

Item 9 : Une femme handicapée mentale ou autiste court beaucoup plus de risque d'être agressée sexuellement ou violée, en raison de sa vulnérabilité.

Item 10 : Une femme a plus de risque d'être agressée sexuellement ou violée avant 18 ans qu'à l'âge adulte.

***A présent, que pensez-vous des affirmations suivantes sur les victimes de violences sexuelles/viols et de leurs auteurs ? Pour chacune dites si elle correspond***

*tout à fait à ce que vous pensez,*

*plutôt pas à ce que vous pensez*

*plutôt à ce que vous pensez,*

*pas du tout à ce que vous pensez*

Item 11 : Lorsqu'une femme ne réagit pas et ne s'oppose pas, on ne peut en aucun cas parler de violences sexuelles.

Item 12 : Si les hommes sont plus à même de commettre des viols, c'est à cause de la testostérone qui peut rendre leur sexualité incontrôlable.

Item 13 : Il y a beaucoup de viols pour lesquels il y a des plaintes et qui dans les faits n'en sont pas vraiment

Item 14 : Les violeurs sont souvent des marginaux ou des malades mentaux

Item 15 : Il est rare qu'un violeur s'attaque à une personne qu'il connaît

Item 16 : Les hommes ne peuvent pas être victimes de viol

Item 17 : Les violences sexuelles sont plutôt rares dans le cadre familial

De très nombreux viols sont dus au fait que le violeur croit au début que la personne souhaite avoir des relations sexuelles avec lui.

Item 18 : Si on se défend vraiment autant que l'on peut en donnant des coups et que l'on crie, on fait le plus souvent fuir le violeur.

Item 19 : Lorsque l'on respecte certaines règles simples de précaution, on n'a quasiment aucun risque d'être victime d'un viol

Item 20 : Les femmes ne peuvent pas commettre des viols

Item 21 : De très nombreux viols sont dus au fait que le violeur croit au début que la personne souhaite avoir des relations sexuelles avec lui.

***Abordons maintenant les différences entre agressions, agressions sexuelles et viols. Pour chacun de ces comportements, dites-moi comment vous, personnellement, vous le qualifieriez.***

un viol

une agression sexuelle mais ce n'est pas un viol,

ce n'est pas une agression même si c'est un comportement très violent,

c'est moralement répréhensible mais ce n'est pas un comportement violent.

Item 22 : Forcer une personne à avoir un rapport sexuel alors qu'elle refuse et ne se laisse pas faire.

Item 23 : Avoir un rapport sexuel avec une personne en état d'ébriété, droguée ou endormie et qui est incapable d'exprimer son consentement.

Item 24 : Réaliser un acte de pénétration avec le doigt alors que la personne est en état d'ébriété et incapable d'exprimer son consentement.

Item 25 : Forcer sa conjointe ou sa partenaire à avoir un rapport sexuel alors qu'elle refuse et ne se laisse pas faire.

Item 26 : Avoir un rapport sexuel avec une personne qui dit clairement être non consentante mais qui cède quand on la force.

Item 27 : Montrer son sexe à une personne par surprise.

Item 28 : Embrasser de force une personne sur la bouche.

Item 29 : Menacer une personne pour qu'elle accepte après coup d'avoir des relations sexuelles sans résistance.

Item 30 : Réaliser un acte de pénétration avec le doigt alors que la personne le refuse.

Item 31 : Réaliser un acte de pénétration avec le doigt sur une personne qui dit être non consentante mais qui cède quand on la force.

Item 32 : Réaliser des attouchements sexuels ( toucher son sexe ses seins ses fesses ) sur une personne qui dit clairement être non consentante mais qui cède quand on la force.

**Item 33 : Par qui une personne court-elle le plus de risque d'être violée ?**

Une personne qu'elle connaît

Une personne qu'elle ne connaît pas

Un membre de sa famille

Un partenaire ou un conjoint

**Item 34 : A votre avis, dans quelle situation une personne court-elle le plus de risque d'être violée ?**

Dans l'espace public (rue, parking, transports en commun)

Dans sa famille

Dans le cadre d'activités extra-professionnelles ou extra-scolaires

Au travail ou en milieu scolaire

Dans un espace institutionnel ou de soin (hôpital, maison de retraite)

**Nous allons parler des femmes victimes de viol, c'est-à-dire qui ont dû subir un rapport sexuel alors qu'elles n'étaient pas consentantes.**

**Personnellement, que pensez-vous des femmes qui sont violées dans les situations suivantes ?**

*Elles sont en parties responsable de ce viol*

*Elles ne sont pas responsable de ce viol mais cela atténue en partie la responsabilité du violeur*

*Elles ne sont pas responsables de ce viol et cela n'atténue pas la responsabilité du violeur*

Item 35 : Des femmes qui ont eu une attitude provocante en public

Item 36 : Des femmes qui ont flirté avec le violeur mais qui ne voulaient pas avoir de relations sexuelles avec lui.

Item 37 : Des femmes qui se promènent dans la rue dans des tenues très sexy

Item 38 : Des femmes qui acceptent d'aller seules chez un inconnu

Item 39 : Des femmes qui ont déjà eu auparavant des relations sexuelles avec la personne qui les a violées.

Item 40 : Des adolescentes qui ont une attitude séductrice avec des hommes adultes.

***Pour conclure, quelles peuvent être à votre avis les conséquences de ces violences / viols ?***

***Pour chacune des propositions suivantes, dites si selon vous elle est vraie ou fausse d'après ce que vous en savez ou de ce que vous pensez.***

*c'est plutôt vrai,*

*c'est plutôt faux*

*je ne sais pas*

Item 41: Lorsqu'une femme est victime d'une agression sexuelle ou d'un viol, elle peut être tellement choquée qu'elle devient physiquement incapable de faire le moindre mouvement pour se défendre

Item 42 : Lorsqu'une femme est victime d'une agression sexuelle ou d'un viol, elle peut être tellement choquée qu'elle vit la situation comme si elle se retrouvait hors de son corps, totalement coupée de ce qui se passe et devient incapable de se défendre.

Item 43 : Lorsqu'une femme a été victime d'une agression sexuelle ou d'un viol dans l'enfance, elle peut avoir été tellement choquée qu'elle peut avoir oublié pendant plusieurs années tout ou partie de l'agression ou du viol, puis s'en souvenir à l'âge adulte.

***Pour chacune des propositions suivantes, dites-moi si vous êtes***

*tout à fait d'accord,*

*plutôt pas d'accord,*

*Plutôt d'accord,*

*pas du tout d'accord*

Item 44 : Les troubles psychotraumatiques engendrés par les violences sexuelles peuvent avoir des conséquences graves sur l'état de santé (mental et/ou physique) de la victime, même après plusieurs années.

Item 45 : Les victimes de viol ont plus de risque d'avoir des conduites addictives (alcool, drogues) et de développer des troubles mentaux (dépression, troubles anxieux...).

Item 46 : Les victimes de viol ont plus de risque de développer une maladie auto immune, un

cancer ou une maladie cardio-vasculaire.

***Il vous reste 6 questions et vous aurez terminé.***

Vous êtes : une femme / un homme.

Quel âge avez-vous ?

Quel est votre milieu d'exercice ? rural / urbain / semi rural.

Département d'exercice 44 / 85.

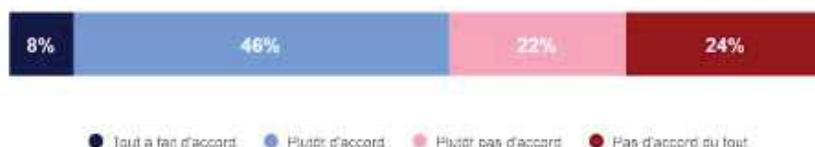
Avez-vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ? oui / non

Avez-vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ? oui / non

## ANNEXE 3

Diagrammes de comparaison de résultats des MG à ceux de la population générale, items des groupes A et B :

1- En règle générale, les femmes ont besoin d'être amoureuses pour envisager un rapport sexuel.



2- En règle générale, les hommes ont une sexualité plus simple que les femmes.



Population générale - IPSOS 2019

(les diagrammes sont issus tel quel du rapport d'enquête 2019)

3- En règle générale, pour un homme, il est plus difficile de maîtriser son désir sexuel que pour une femme.



7- Dans la vie, de nombreux événements sont ressentis comme violents par les femmes alors qu'ils ne le sont pas pour les hommes.



Population générale - IPSOS 2019

9- Une femme handicapée mentale ou autiste court beaucoup plus de risque d'être agressée sexuellement ou violée, en raison de sa vulnérabilité.



● C'est plutôt vrai ● C'est plutôt faux ● je ne sais pas



Population générale - IPSOS 2019

10- Une femme a plus de risque d'être agressée sexuellement ou violée avant 18 ans qu'à l'âge adulte.



● C'est plutôt vrai ● C'est plutôt faux ● je ne sais pas



11- Lorsqu'une femme ne réagit pas et ne s'oppose pas, on ne peut en aucun cas parler de violences sexuelles.



● Tout à fait ce que je pense ● Plutôt ce que je pense ● Plutôt pas ce que je pense  
● Pas du tout ce que je pense



Population générale - IPSOS 2019

12- Si les hommes sont plus à même de commettre des viols, c'est à cause de la testostérone qui peut rendre leur sexualité incontrôlable.



● Tout à fait ce que je pense ● Plutôt ce que je pense ● Plutôt pas ce que je pense  
● Pas du tout ce que je pense



8- Une femme a plus de risque d'être violée par un proche que par un inconnu.



● C'est plutôt vrai ● C'est plutôt faux ● je ne sais pas



Population générale - IPSOS 2019

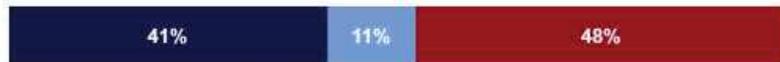
9- Une femme handicapée mentale ou autiste court beaucoup plus de risque d'être agressée sexuellement ou violée, en raison de sa vulnérabilité.



● C'est plutôt vrai ● C'est plutôt faux ● je ne sais pas



10- Une femme a plus de risque d'être agressée sexuellement ou violée avant 18 ans qu'à l'âge adulte.

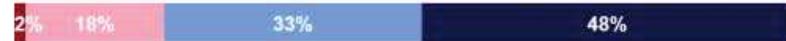


● C'est plutôt vrai ● C'est plutôt faux ● je ne sais pas



Population générale - IPSOS 2019

21- De très nombreux viols sont dus au fait que le violeur croit au début que la personne souhaite avoir des relations sexuelles avec lui.



● Tout à fait ce que je pense ● Plutôt ce que je pense ● Plutôt pas ce que je pense ● Pas du tout ce que je pense



27- Montrer son sexe à une personne par surprise, c'est



- un viol
- une agression sexuelle mais ce n'est pas un viol
- ce n'est pas une agression même si c'est un comportement très violent
- c'est moralement répréhensible mais ce n'est pas un comportement violent



28- Embrasser de force une personne sur la bouche, c'est



- un viol
- une agression sexuelle mais ce n'est pas un viol
- ce n'est pas une agression même si c'est un comportement très violent
- c'est moralement répréhensible mais ce n'est pas un comportement violent



Population générale - IPSOS 2019

29- Menacer une personne pour qu'elle accepte après coup d'avoir des relations sexuelles sans résistance, c'est



- un viol
- une agression sexuelle mais ce n'est pas un viol
- ce n'est pas une agression même si c'est un comportement très violent
- c'est moralement répréhensible mais ce n'est pas un comportement violent



32- Réaliser des attouchements sexuels ( toucher son sexe, ses seins, ses fesses ) sur une personne qui dit clairement être non consentante mais qui cède quand on la force, c'est :



- un viol
- une agression sexuelle mais ce n'est pas un viol
- ce n'est pas une agression même si c'est un comportement très violent
- c'est moralement répréhensible mais ce n'est pas un comportement violent



Population générale - IPSOS 2019

46- Les victimes de viol ont plus de risque de développer une maladie auto immune, un cancer ou une maladie cardio-vasculaire.



● Tout à fait d'accord ● Plutôt d'accord ● Plutôt pas d'accord  
● Pas d'accord du tout



Ipsos 2015

## ANNEXE 4

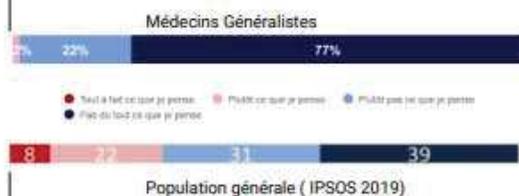
Tableaux des effectifs aux réponses et comparaison à la population générale des items du groupe C :

	4- Dans le domaine sexuel, les femmes savent beaucoup moins ce qu'elles veulent que les hommes.				5- Lors d'une relation sexuelle, les femmes peuvent prendre du plaisir à être forcées.				6- Lorsque l'on essaye d'avoir des relations sexuelles avec elles, beaucoup de femmes disent " non " mais ça veut dire " oui ".			
	Pas d'accord	D'accord	Total	p	Pas d'accord	D'accord	Total	p	Pas d'accord	D'accord	Total	p
Sexe - Vous êtes :												
une femme	93%	7%	100%	0,71	96%	4%	100%	0,55	100%	0%	100%	
un homme	95%	5%	100%		100%	0%	100%		100%	0%	100%	
Quel âge avez vous ?												
Moins de 33	100%	0%	100%	0,05	97%	3%	100%	0,71	100%	0%	100%	
De 33 à 48	95%	5%	100%		98%	2%	100%		100%	0%	100%	
49 et plus	83%	17%	100%		97%	3%	100%		100%	0%	100%	
Quel est votre milieu d'exercice ?												
urbain	92%	8%	100%	0,79	100%	0%	100%	1,00	100%	0%	100%	
semi rural	93%	8%	100%		98%	3%	100%		100%	0%	100%	
rural	95%	5%	100%		97%	3%	100%		100%	0%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?												
oui	97%	3%	100%	0,68	97%	3%	100%	0,55	100%	0%	100%	
non	93%	7%	100%		98%	2%	100%		100%	0%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?												
oui	97%	3%	100%	0,44	97%	3%	100%	1,00	100%	0%	100%	
non	92%	8%	100%		98%	2%	100%		100%	0%	100%	

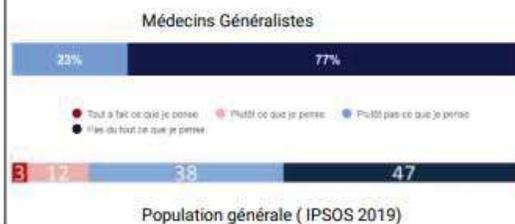
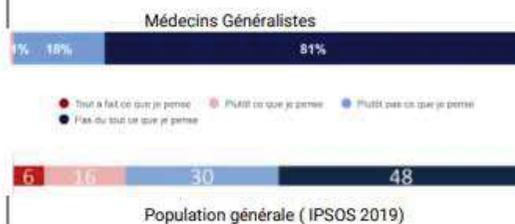
  

<p>Médecins Généralistes</p> <p>● Tout à fait d'accord ● Plutôt d'accord ● Plutôt pas d'accord ● Pas d'accord du tout</p> <p>5 21 41 33</p> <p>Population générale ( IPSOS 2019)</p>	<p>Médecins Généralistes</p> <p>● Tout à fait d'accord ● Plutôt d'accord ● Plutôt pas d'accord ● Pas d'accord du tout</p> <p>3 15 30 52</p> <p>Population générale ( IPSOS 2019)</p>	<p>Médecins Généralistes</p> <p>● Tout à fait d'accord ● Plutôt d'accord ● Plutôt pas d'accord ● Pas d'accord du tout</p> <p>3 14 33 50</p> <p>Population générale ( IPSOS 2019)</p>
--	--	--

	11- Lorsqu'une femme ne réagit pas et ne s'oppose pas, on ne peut en aucun cas parler de violences sexuelles.				12- Si les hommes sont plus à même de commettre des viols, c'est à cause de la testostérone qui peut rendre leur sexualité incontrôlable.				13- Il y a beaucoup de viols pour lesquels il y a des plaintes et qui dans les faits n'en sont pas vraiment.			
	pas d'accord	d'accord	Total	p	pas d'accord	d'accord	Total	p	pas d'accord	d'accord	Total	p
Sexe - Vous êtes :												
une femme	99%	1%	100%	1,00	98%	2%	100%	<b>0,02</b>	98%	2%	100%	1,00
un homme	98%	2%	100%		86%	14%	100%		98%	2%	100%	
Quel âge avez vous ?												
Moins de 33	100%	0%	100%	0,87	94%	6%	100%	0,41	94%	6%	100%	0,47
De 33 à 48	98%	2%	100%		97%	3%	100%		98%	2%	100%	
49 et plus	97%	3%	100%		87%	13%	100%		100%	0%	100%	
Quel est votre milieu d'exercice ?												
urbain	96%	4%	100%	0,47	92%	8%	100%	0,49	92%	8%	100%	0,14
semi rural	100%	0%	100%		98%	3%	100%		100%	0%	100%	
rural	98%	2%	100%		91%	9%	100%		98%	2%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?												
oui	100%	0%	100%	1,00	97%	3%	100%	0,68	100%	0%	100%	1,00
non	98%	2%	100%		93%	7%	100%		97%	3%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?												
oui	100%	0%	100%	1,00	97%	3%	100%	0,44	100%	0%	100%	0,56
non	98%	2%	100%		92%	8%	100%		97%	3%	100%	



	14- Les violeurs sont souvent des marginaux ou des malades mentaux.				15- Il est rare qu'un violeur s'attaque à une personne qu'il connaît.				16- Les hommes ne peuvent pas être victimes de viol.			
	pas d'accord	d'accord	Total	p	pas d'accord	d'accord	Total	p	pas d'accord	d'accord	Total	p
Sexe - Vous êtes :												
une femme	99%	1%	100%	1,00	100%	0%	100%		99%	1%	100%	1,00
un homme	100%	0%	100%		100%	0%	100%		98%	2%	100%	
Quel âge avez vous ?												
Moins de 33	100%	0%	100%	1,00	100%	0%	100%		100%	0%	100%	0,11
De 33 à 48	98%	2%	100%		100%	0%	100%		100%	0%	100%	
49 et plus	100%	0%	100%		100%	0%	100%		93%	7%	100%	
Quel est votre milieu d'exercice ?												
urbain	100%	0%	100%	0,52	100%	0%	100%		100%	0%	100%	1,00
semi rural	98%	3%	100%		100%	0%	100%		98%	3%	100%	
rural	100%	0%	100%		100%	0%	100%		98%	2%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?												
oui	100%	0%	100%	1,00	100%	0%	100%		100%	0%	100%	1,00
non	99%	1%	100%		100%	0%	100%		98%	2%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?												
oui	100%	0%	100%	1,00	100%	0%	100%		100%	0%	100%	1,00
non	99%	1%	100%		100%	0%	100%		98%	2%	100%	



	17- Les violences sexuelles sont plutôt rares dans le cadre familial.				19- Lorsque l'on respecte certaines règles simples de précaution, on n'a quasiment aucun risque d'être victime d'un viol.				20- Les femmes ne peuvent pas commettre des viols.			
	pas d'accord	d'accord	Total	p	pas d'accord	d'accord	Total	p	pas d'accord	d'accord	Total	p
Sexe - Vous êtes :												
une femme	98%	2%	100%	1,00	96%	4%	100%	1,00	96%	4%	100%	1,00
un homme	98%	2%	100%		98%	2%	100%		95%	5%	100%	
Quel âge avez vous ?												
Moins de 33	100%	0%	100%	0,14	97%	3%	100%	0,90	100%	0%	100%	0,03
De 33 à 48	97%	3%	100%		95%	5%	100%		98%	2%	100%	
49 et plus	97%	3%	100%		100%	0%	100%		87%	13%	100%	
Quel est votre milieu d'exercice ?												
urbain	100%	0%	100%	0,58	92%	8%	100%	0,19	100%	0%	100%	0,49
semi rural	95%	5%	100%		100%	0%	100%		98%	3%	100%	
rural	98%	2%	100%		97%	3%	100%		93%	7%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?												
oui	97%	3%	100%	0,55	97%	3%	100%	1,00	100%	0%	100%	0,59
non	98%	2%	100%		97%	3%	100%		95%	5%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?												
oui	100%	0%	100%	0,56	97%	3%	100%	1,00	94%	6%	100%	0,61
non	97%	3%	100%		97%	3%	100%		97%	3%	100%	

**Médecins Généralistes**

● Tout à fait ce que je pense ● Plutôt ce que je pense ● Plutôt pas ce que je pense ● Pas du tout ce que je pense

**Médecins Généralistes**

● Tout à fait ce que je pense ● Plutôt ce que je pense ● Plutôt pas ce que je pense ● Pas du tout ce que je pense

**Médecins Généralistes**

● Tout à fait ce que je pense ● Plutôt ce que je pense ● Plutôt pas ce que je pense ● Pas du tout ce que je pense

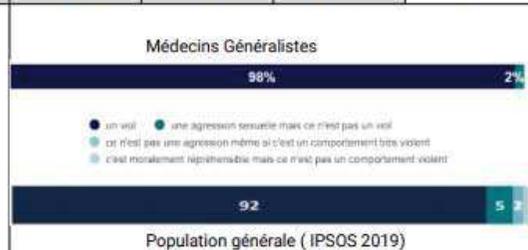
  

**Population générale (IPSOS 2019)**

**Population générale (IPSOS 2019)**

**Population générale (IPSOS 2019)**

	22- Forcer une personne à avoir un rapport sexuel alors qu'elle refuse et ne se laisse pas faire, c'est				23- Avoir un rapport sexuel avec une personne en état d'ébriété, droguée ou endormie et qui est incapable d'exprimer son consentement, c'est				24- Réaliser un acte de pénétration avec le doigt alors que la personne est en état d'ébriété et incapable d'exprimer son consentement, c'est			
	un viol	autre réponse	Total	p	un viol	autre réponse	Total	p	un viol	autre réponse	Total	p
Sexe - Vous êtes :												
une femme	99%	1%	100%	1,00	99%	1%	100%	1,00	95%	5%	100%	1,00
un homme	98%	2%	100%		98%	2%	100%		95%	5%	100%	
Quel âge avez vous ?												
Moins de 33	97%	3%	100%	1,00	100%	0%	100%	0,49	97%	3%	100%	0,48
De 33 à 48	98%	2%	100%		98%	2%	100%		95%	5%	100%	
49 et plus	100%	0%	100%		97%	3%	100%		93%	7%	100%	
Quel est votre milieu d'exercice ?												
urbain	96%	4%	100%	0,47	100%	0%	100%	0,69	100%	0%	100%	0,47
semi rural	100%	0%	100%		100%	0%	100%		95%	5%	100%	
rural	98%	2%	100%		97%	3%	100%		93%	7%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?												
oui	100%	0%	100%	1,00	100%	0%	100%	1,00	97%	3%	100%	1,00
non	98%	2%	100%		98%	2%	100%		95%	5%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?												
oui	100%	0%	100%	1,00	97%	3%	100%	0,48	100%	0%	100%	0,19
non	98%	2%	100%		99%	1%	100%		93%	7%	100%	



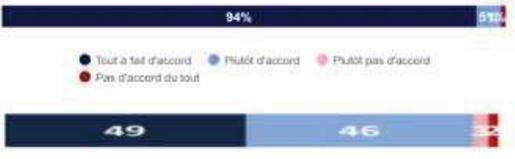
	25- Forcer sa conjointe ou sa partenaire à avoir un rapport sexuel alors qu'elle refuse et ne se laisse pas faire, c'est				26- Avoir un rapport sexuel avec une personne qui dit clairement être non consentante mais qui cède quand on la force, c'est				30- Réaliser un acte de pénétration avec le doigt alors que la personne le refuse, c'est			
	un viol	autre réponse	Total	p	un viol	autre réponse	Total	p	un viol	autre réponse	Total	p
Sexe - Vous êtes :												
une femme	99%	1%	100%	1,00	99%	1%	100%	1,00	95%	5%	100%	0,66
un homme	100%	0%	100%		100%	0%	100%		98%	2%	100%	
Quel âge avez vous ?												
Moins de 33	97%	3%	100%	0,73	97%	3%	100%	0,73	97%	3%	100%	0,39
De 33 à 48	100%	0%	100%		100%	0%	100%		95%	5%	100%	
49 et plus	100%	0%	100%		100%	0%	100%		97%	3%	100%	
Quel est votre milieu d'exercice ?												
urbain	96%	4%	100%	0,20	96%	4%	100%	0,20	96%	4%	100%	1,00
semi rural	100%	0%	100%		100%	0%	100%		95%	5%	100%	
rural	100%	0%	100%		100%	0%	100%		97%	3%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?												
oui	100%	0%	100%	1,00	100%	0%	100%	1,00	97%	3%	100%	1,00
non	99%	1%	100%		99%	1%	100%		96%	4%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?												
oui	100%	0%	100%	1,00	100%	0%	100%	1,00	100%	0%	100%	0,32
non	99%	1%	100%		99%	1%	100%		94%	6%	100%	
	<p>Médecins Généralistes</p>  <p>99% 1%</p> <p>79 14 5 2</p> <p>Population générale ( IPSOS 2019)</p>				<p>Médecins Généralistes</p>  <p>99% 1%</p> <p>85 10 3 2</p> <p>Population générale ( IPSOS 2019)</p>				<p>Médecins Généralistes</p>  <p>96% 4%</p> <p>85 1 2 2</p> <p>Population générale ( IPSOS 2019)</p>			

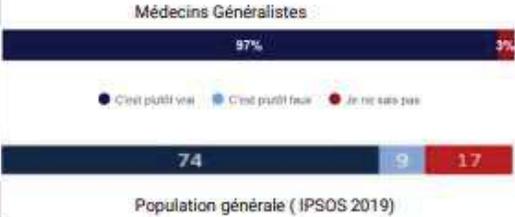
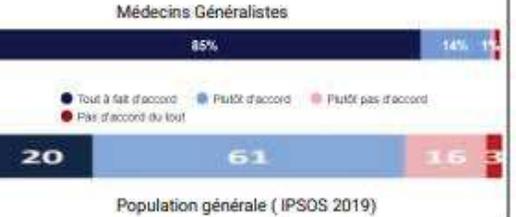
	31- Réaliser un acte de pénétration avec le doigt sur une personne qui dit être non consentante mais qui cède quand on la force, c'est				35- Des femmes qui ont eu une attitude provocante en public.				36- Des femmes qui ont flirté avec le violeur mais qui ne voulaient pas avoir de relations sexuelles avec lui.			
	un viol	autre réponse	Total	p	Elles ne sont pas responsables de ce viol et cela n'atténue pas la responsabilité du violeur	autres réponses	Total	p	autres réponses	Elles ne sont pas responsables de ce viol et cela n'atténue pas la responsabilité du violeur	Total	p
Sexe - Vous êtes :												
une femme	94%	6%	100%	0,66	96%	4%	100%	1,00	4%	96%	100%	0,23
un homme	98%	2%	100%		98%	2%	100%		9%	91%	100%	
Quel âge avez vous ?												
Moins de 33	94%	6%	100%	0,50	97%	3%	100%	0,65	3%	97%	100%	0,29
De 33 à 48	95%	5%	100%		98%	2%	100%		5%	95%	100%	
49 et plus	97%	3%	100%		93%	7%	100%		10%	90%	100%	
Quel est votre milieu d'exercice ?												
urbain	92%	8%	100%	0,66	100%	0%	100%	0,67	8%	92%	100%	0,59
semi rural	95%	5%	100%		98%	3%	100%		8%	93%	100%	
rural	97%	3%	100%		95%	5%	100%		3%	97%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?												
oui	97%	3%	100%	1,00	97%	3%	100%	1,00	3%	97%	100%	1,00
non	95%	5%	100%		97%	3%	100%		6%	94%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?												
oui	100%	0%	100%	0,19	97%	3%	100%	1,00	0%	100%	100%	0,19
non	93%	7%	100%		97%	3%	100%		8%	92%	100%	
	<p>Médecins Généralistes</p>  <p>95% 5%</p> <p>● un viol ● une agression sexuelle mais ce n'est pas un viol      ● ce n'est pas une agression sexuelle et c'est un comportement très violent      ● c'est moralement répréhensible mais ce n'est pas un comportement violent</p> <p>Population générale ( IPSOS 2019)</p>				<p>Médecins Généralistes</p>  <p>97% 3%</p> <p>● Elles sont en partie responsables de ce viol      ● Elles ne sont pas responsables de ce viol mais cela atténue en partie la responsabilité du v.      ● Elles ne sont pas responsables de ce viol et cela n'atténue pas la responsabilité du violeur</p> <p>16 26 58</p> <p>Population générale ( IPSOS 2019)</p>				<p>Médecins Généralistes</p>  <p>94%</p> <p>● Elles sont en partie responsables de ce viol      ● Elles ne sont pas responsables de ce viol mais cela atténue en partie la responsabilité du v.      ● Elles ne sont pas responsables de ce viol et cela n'atténue pas la responsabilité du violeur</p> <p>13 27 60</p> <p>Population générale ( IPSOS 2019)</p>			

	37- Des femmes qui se promènent dans la rue dans des tenues très sexy.				38- Des femmes qui acceptent d'aller seule chez un inconnu.				39- Des femmes qui ont déjà eu auparavant des relations sexuelles avec la personne qui les a violées.			
	autres réponses	Elles ne sont pas responsables de ce viol et cela n'atténue pas la responsabilité du violeur	Total	p	autres réponses	Elles ne sont pas responsables de ce viol et cela n'atténue pas la responsabilité du violeur	Total	p	autres réponses	Elles ne sont pas responsables de ce viol et cela n'atténue pas la responsabilité du violeur	Total	p
Sexe - Vous êtes :												
une femme	4%	96%	100%	1,00	7%	93%	100%	1,00	1%	99%	100%	<b>0,05</b>
un homme	2%	98%	100%		7%	93%	100%		9%	91%	100%	
Quel âge avez vous ?												
Moins de 33	0%	100%	100%	0,30	3%	97%	100%	0,40	0%	100%	100%	<b>0,01</b>
De 33 à 48	3%	97%	100%		6%	94%	100%		2%	98%	100%	
49 et plus	7%	93%	100%		13%	87%	100%		13%	87%	100%	
Quel est votre milieu d'exercice ?												
urbain	0%	100%	100%	0,25	8%	92%	100%	0,66	0%	100%	100%	0,70
semi rural	8%	93%	100%		10%	90%	100%		5%	95%	100%	
rural	2%	98%	100%		5%	95%	100%		5%	95%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?												
oui	3%	97%	100%	1,00	7%	93%	100%	1,00	0%	100%	100%	0,59
non	3%	97%	100%		7%	93%	100%		5%	95%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?												
oui	3%	97%	100%	1,00	6%	94%	100%	1,00	0%	100%	100%	0,32
non	3%	97%	100%		8%	92%	100%		6%	94%	100%	

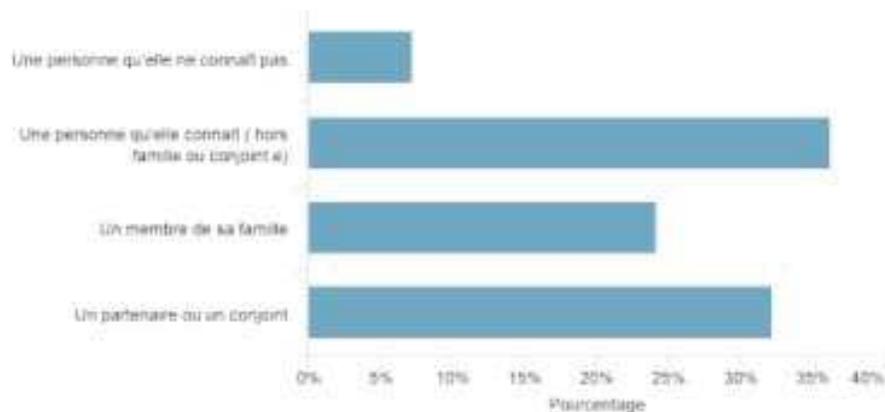
	Médecins Généralistes			Médecins Généralistes			Médecins Généralistes		
	9%	18%	73%	17%	22%	61%	10%	21%	69%
	Population générale ( IPSOS 2019)			Population générale ( IPSOS 2019)			Population générale ( IPSOS 2019)		

	43- Lorsqu'une femme a été victime d'une agression sexuelle ou d'un viol dans l'enfance, elle peut avoir été tellement choquée qu'elle peut avoir oublié pendant plusieurs années tout ou partie de l'agression ou du viol, puis s'en souvenir à l'âge adulte.				44- Les troubles psychotraumatiques engendrés par les violences sexuelles peuvent avoir des conséquences graves sur l'état de santé (mental et/ou physique) de la victime, même après plusieurs années.				45- Les victimes de viol ont plus de risque d'avoir des conduites addictives (alcool, drogues) et de développer des troubles mentaux (dépression, troubles anxieux...).			
	je ne sais pas / faux	vrai	Total	p	Pas d'accord	D'accord	Total	p	Pas d'accord	D'accord	Total	p
<b>Sexe - Vous êtes :</b>												
une femme	2%	98%	100%	0,61	1%	99%	100%	1,00	1%	99%	100%	1,00
un homme	5%	95%	100%		0%	100%	100%		2%	98%	100%	
<b>Quel âge avez vous ?</b>												
Moins de 33	6%	94%	100%	0,75	0%	100%	100%	1,00	0%	100%	100%	0,24
De 33 à 48	2%	98%	100%		2%	98%	100%		3%	97%	100%	
49 et plus	3%	97%	100%		0%	100%	100%		0%	100%	100%	
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>												
urbain	4%	96%	100%	0,42	0%	100%	100%	1,00	4%	96%	100%	0,47
semi rural	0%	100%	100%		0%	100%	100%		0%	100%	100%	
rural	5%	95%	100%		2%	98%	100%		2%	98%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?</b>												
oui	0%	100%	100%	0,57	0%	100%	100%	1,00	0%	100%	100%	1,00
non	4%	96%	100%		1%	99%	100%		2%	98%	100%	
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?</b>												
oui	0%	100%	100%	0,57	0%	100%	100%	1,00	0%	100%	100%	1,00
non	4%	96%	100%		1%	99%	100%		2%	98%	100%	
	<p>Médecins Généralistes</p>  <p>● C'est plutôt vrai ● C'est plutôt faux ● Je ne sais pas</p>				<p>Médecins Généralistes</p>  <p>● Tout à fait d'accord ● Plutôt d'accord ● Plutôt pas d'accord ● Pas d'accord du tout</p>				<p>Médecins Généralistes</p>  <p>● Tout à fait d'accord ● Plutôt d'accord ● Plutôt pas d'accord ● Pas d'accord du tout</p>			
	Population générale ( IPSOS 2019)				Population générale ( IPSOS 2019)				Population générale ( IPSOS 2015)			

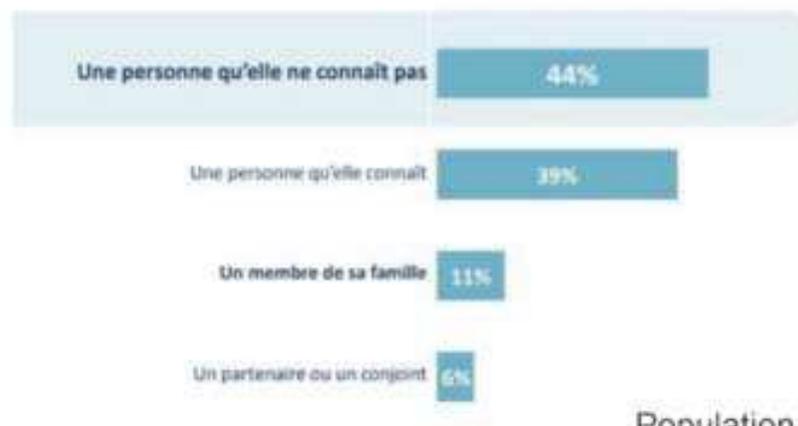
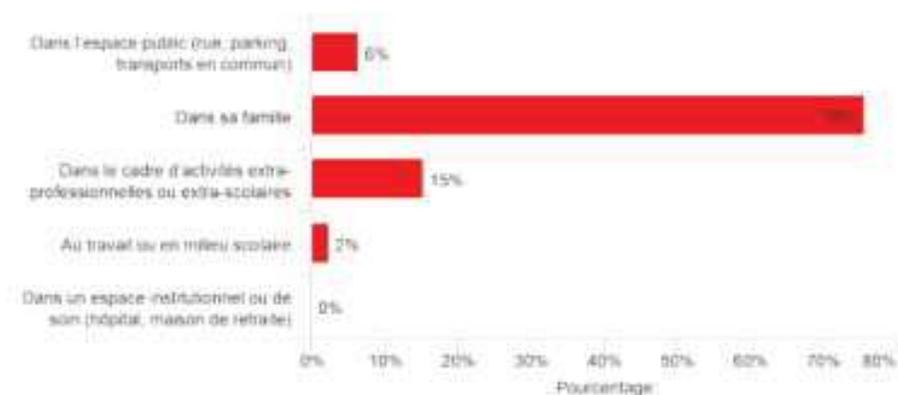
	43- Lorsqu'une femme a été victime d'une agression sexuelle ou d'un viol dans l'enfance, elle peut avoir été tellement choquée qu'elle peut avoir oublié pendant plusieurs années tout ou partie de l'agression ou du viol, puis s'en souvenir à l'âge adulte.				44- Les troubles psychotraumatiques engendrés par les violences sexuelles peuvent avoir des conséquences graves sur l'état de santé (mental et/ou physique) de la victime, même après plusieurs années.				45- Les victimes de viol ont plus de risque d'avoir des conduites addictives (alcool, drogues) et de développer des troubles mentaux (dépression, troubles anxieux...).			
	je ne sais pas / faux	vrai	Total	p	Pas d'accord	D'accord	Total	p	Pas d'accord	D'accord	Total	p
Sexe - Vous êtes :												
une femme	2%	98%	100%	0,61	1%	99%	100%	1,00	1%	99%	100%	1,00
un homme	5%	95%	100%		0%	100%	100%		2%	98%	100%	
Quel âge avez vous ?												
Moins de 33	6%	94%	100%	0,75	0%	100%	100%	1,00	0%	100%	100%	0,24
De 33 à 48	2%	98%	100%		2%	98%	100%		3%	97%	100%	
49 et plus	3%	97%	100%		0%	100%	100%		0%	100%	100%	
Quel est votre milieu d'exercice ?												
urbain	4%	96%	100%	0,42	0%	100%	100%	1,00	4%	96%	100%	0,47
semi rural	0%	100%	100%		0%	100%	100%		0%	100%	100%	
rural	5%	95%	100%		2%	98%	100%		2%	98%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences sexuelles ?												
oui	0%	100%	100%	0,57	0%	100%	100%	1,00	0%	100%	100%	1,00
non	4%	96%	100%		1%	99%	100%		2%	98%	100%	
Avez vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ?												
oui	0%	100%	100%	0,57	0%	100%	100%	1,00	0%	100%	100%	1,00
non	4%	96%	100%		1%	99%	100%		2%	98%	100%	
	<p>Médecins Généralistes</p>  <p>● C'est plutôt vrai ● C'est plutôt faux ● Je ne sais pas</p> <p>Population générale ( IPSOS 2019)</p>				<p>Médecins Généralistes</p>  <p>● Tout à fait d'accord ● Plutôt d'accord ● Plutôt pas d'accord ● Pas d'accord du tout</p> <p>Population générale ( IPSOS 2019)</p>				<p>Médecins Généralistes</p>  <p>● Tout à fait d'accord ● Plutôt d'accord ● Plutôt pas d'accord ● Pas d'accord du tout</p> <p>Population générale ( IPSOS 2019)</p>			

	34- A votre avis, dans quelle situation une personne court-elle le plus de risque d'être violée ?						33- Par qui une personne court-elle le plus de risque d'être violée ?				
	Dans l'espace public (rue, parking, transports en commun)	Dans sa famille	Dans le cadre d'activités extra-professionnelles ou extra-scolaires	Au travail ou en milieu scolaire	Dans un espace institutionnel ou de soin (hôpital, maison de retraite)	Total	Une personne qu'elle connaît (hors famille ou conjoint.e)	Une personne qu'elle ne connaît pas	Un membre de sa famille	Un partenaire ou un conjoint	Total
<b>Sexe - Vous êtes :</b>											
une femme											
N	5	60	15	1	0	81	27	6	20	28	81
%	6%	74%	19%	1%	0%	100%	33%	7%	25%	35%	100%
un homme											
N	3	34	4	2	0	43	18	3	10	12	43
%	7%	79%	9%	5%	0%	100%	42%	7%	23%	28%	100%
<b>Quel âge avez vous ?</b>											
Moins de 33	0%	81%	16%	3%	0%	100%	39%	3%	16%	42%	100%
De 33 à 48	6%	78%	13%	3%	0%	100%	33%	8%	25%	33%	100%
49 et plus	13%	67%	20%	0%	0%	100%	40%	10%	30%	20%	100%
<b>Quel est votre milieu d'exercice ?</b>											
rural	4%	69%	23%	4%	0%	100%	38%	8%	27%	27%	100%
urbain	13%	73%	15%	0%	0%	100%	30%	13%	23%	35%	100%
semi rural	3%	81%	12%	3%	0%	100%	40%	3%	24%	33%	100%
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences ?</b>											
oui	3%	86%	7%	3%	0%	100%	34%	0%	14%	52%	100%
non	7%	73%	18%	2%	0%	100%	37%	9%	27%	26%	100%
<b>Avez vous déjà suivi une formation sur les violences ?</b>											
oui	6%	88%	3%	3%	0%	100%	29%	3%	24%	44%	100%
non	7%	71%	20%	2%	0%	100%	39%	9%	24%	28%	100%

33- Par qui une personne court-elle le plus de risque d'être violée ?



34- A votre avis, dans quelle situation une personne court-elle le plus de risque d'être violée ?  
Choisir 1 proposition



Population générale - IPSOS 2019

## ANNEXE 5

### **Traduction de l'échelle d'Acceptation de Mythes Modernes sur les Agressions Sexuelles (AMMSAS)**

*Pour chacune des propositions, donnez votre degré d'accord. Echelles de Likert à 7 point avec 1 = "pas du tout d'accord" et 7 = "tout à fait d'accord".*

*Un score élevé correspondant à une forte acceptation du mythe du viol.*

1. Quand il s'agit de contacts sexuels, les femmes s'attendent à ce que les hommes prennent les commandes.
2. Une fois qu'un homme et une femme ont « commencé », les doutes de la femme à propos du sexe disparaissent automatiquement.
3. Nombre de femmes se plaignent avec virulence des infractions sexuelles sans raison réelle, juste pour paraître libérées.
4. Pour obtenir la garde des enfants, les femmes accusent souvent faussement leur ex-mari d'une tendance à la violence sexuelle.
5. Interpréter des gestes inoffensifs comme du « harcèlement sexuel » est une arme populaire dans la bataille des sexes.
6. C'est une nécessité biologique pour les hommes de libérer la pression sexuelle de temps en temps.
7. Après un viol, les femmes bénéficient aujourd'hui d'un soutien très large.
8. De nos jours, une grande partie des viols est partiellement causée par la représentation de la sexualité dans les médias qui augmente la pulsion sexuelle des auteurs potentiels.
9. Si une femme invite un homme chez elle pour prendre un café après une soirée, cela signifie qu'elle veut avoir des relations sexuelles.
10. Tant qu'elles ne vont pas trop loin, les remarques suggestives et les allusions disent simplement à une femme qu'elle est attirante.
11. Toute femme qui est assez imprudente pour se promener dans des « ruelles sombres » la nuit est en partie à blâmer si elle se fait violer.
12. Quand une femme commence une relation avec un homme, elle doit être consciente que l'homme va faire valoir son droit à avoir des relations sexuelles.
13. La plupart des femmes préfèrent être félicitées pour leur apparence plutôt que pour leur intelligence.

14. Parce que la fascination causée par le sexe est disproportionnée, la sensibilité de notre société aux crimes dans ce domaine est disproportionnée.
15. Les femmes aiment jouer les effarouchées. Cela ne signifie pas qu'elles ne veulent pas de sexe.
16. Beaucoup de femmes ont tendance à exagérer le problème de la violence masculine.
17. Quand un homme pousse sa partenaire à avoir des relations sexuelles, cela ne peut pas être qualifié de viol.
18. Lorsqu'une femme célibataire invite un homme seul à son appartement, elle lui montre qu'elle n'est pas opposée à avoir des relations sexuelles.
19. Lorsque les politiciens traitent du sujet du viol, ils le font surtout parce que cela leur garantit une attention médiatique.
20. En définissant le « viol conjugal », il n'y a pas de distinction nette entre les rapports sexuels conjugaux normaux et le viol.
21. La sexualité d'un homme fonctionne comme une chaudière à vapeur - quand la pression monte, il doit « se libérer ».
22. Bien souvent, les femmes accusent leur mari de viol conjugal simplement en représailles à l'échec de leur relation.
23. La discussion sur le harcèlement sexuel au travail a principalement abouti à ce que de nombreux comportements inoffensifs soient interprétés à tort comme du harcèlement.
24. Dans les situations de rencontre, on s'attend à ce que la femme «freine» et que l'homme «aille de l'avant».
25. Bien que les victimes de vols à main armée doivent craindre pour leur vie, elles reçoivent beaucoup moins de soutien psychologique que les victimes de viol.
26. L'alcool est souvent le coupable quand un homme viole une femme.
27. Beaucoup de femmes ont tendance à interpréter un geste bien intentionné comme une «agression sexuelle».
28. De nos jours, les victimes de violences sexuelles reçoivent une aide suffisante sous forme de refuges pour femmes, d'offres de traitement et de groupes d'entraide.
29. Au lieu de s'inquiéter des prétendues victimes de la violence sexuelle, la société devrait plutôt s'occuper de problèmes plus urgents, tels que la destruction de l'environnement.
30. De nos jours, les hommes qui agressent vraiment sexuellement les femmes sont punis équitablement.

**Traduction de l'échelle IRMA ( Update Illinois Rape Mythe Acceptance)** Pour chacune des propositions, donnez votre degré d'accord. Echelle de Likert de 1 à 5. 1 correspondant à "tout à fait d'accord" et 5 à "pas du tout d'accord". Un score haut indique un plus grand rejet du mythe du viol.

- 1-Si une femme est violée alors qu'elle est en état d'ivresse, elle est en partie responsable d'avoir laissé les choses aller aussi loin.
- 2-Quand les femmes sortent habillées de manières aguichantes, elles cherchent les ennuis.
- 3-Si, au cours d'une soirée, une femme accompagne un homme dans une chambre, c'est de sa faute si elle est violée.
- 4-Si une femme agit comme une aguicheuse, elle finira par avoir des problèmes.
- 5-Quand les femmes sont violées, c'est souvent parce que leur façon de dire non n'est pas claire.
- 6-Si une femme commence à draguer ou embrasser un homme, elle ne devrait pas être surprise que ce dernier imagine qu'elle veut avoir une relation sexuelle.
- 7-Quand les hommes commettent un viol, c'est souvent à cause de leur désir sexuel ardent.
- 8-D'habitude les hommes n'ont pas l'intention de forcer les femmes à avoir une relation sexuelle, mais il arrive de temps en temps qu'ils se laissent emporter sexuellement.
- 9-Un viol arrive quand un homme perd contrôle de ses pulsions sexuelles.
- 10-Si un homme est ivre, il se pourrait qu'il viole quelqu'un involontairement.
- 11-Si un homme est ivre et ne se rend pas compte de ce qu'il fait, on ne peut pas parler de viol.
- 12-Si l'homme et la femme sont tous les deux ivres, on ne peut pas parler de viol.
- 13-Si une femme ne résiste pas physiquement à son agresseur—même si elle proteste verbalement—l'acte sexuel ne peut être considéré comme un viol.
- 14-Si une femme ne se défend pas physiquement, on ne peut pas dire qu'elle a été violée.
- 15-Si la femme n'a ni bleus ni marque, il n'y a probablement pas eu de viol.
- 16-Si le « violeur présumé » n'a pas d'arme, on ne peut pas parler de viol.
- 17-Si une femme ne dit pas "non", elle ne peut pas crier au viol.
- 18-Souvent les femmes qui disent avoir été violées avaient consenti à une relation sexuelle et ensuite l'ont regrettée.
- 19-Une accusation de viol est souvent une manière de se venger contre quelqu'un.
- 20-Souvent, les femmes qui crient au viol avaient aguiché un homme et ensuite l'ont regretté.
- 21-Souvent, les femmes qui allèguent avoir été violées ont des problèmes psychologiques.
- 22-Certaines femmes, surprises en train de tromper leur petit ami, se défendent en disant que c'était un viol.

## BIBLIOGRAPHIE

1. République française. Article 222-23 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Legifrance - Code Pénal. Sect. 3, 2021-478 du 21 avril 2021-art. 5. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409305](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409305)
2. République française. Article 222-22 - Code pénal - Légifrance [Internet]. Legifrance - Code Pénal. Sect. 3, Livre II Titre II Chap II Section 3 Article 222-22 avr 21, 2021. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409030](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409030)
3. République française. Article 222-22-2 - Code Pénal [Internet]. Legifrance - Code Pénal. Sect. 3, 2021-478 du 21 avril 2021-art. 5. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409255](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409255)
4. Debauche A, Brown E, Lebugle A. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles [Internet]. Ined; 2017 [cité 5 mars 2020]. (documents de travail). Report No.: n° 229. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>
5. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. World report on violence and health - WHO. Geneva: World Health Organisation; 2002. 346 p.
6. Rey-Robert V. Une Culture du Viol à la Française. 2020<sup>e</sup> éd. France: Libertalia; 306 p.
7. Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde [Internet]. World Health Organisation; 2014 [cité 4 nov 2020] p. 12. Disponible sur: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/report/report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/report/report/en/)
8. Organisation Mondiale de la Santé. Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes : rapport succinct. Genève, Suisse: Département Genre et santé de la femme; 2005. 46 p.
9. Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale (ONDRP), Institut National de la Statistique et des Etudes Economique (INSEE). Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » [Internet]. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Ministère de l'intérieur; 2019 [cité 3 nov 2020] p. 123. (Cadre de vie et sécurité). Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
10. Saurel-Cubizolles M-J, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire [Internet]. 8 mars 2005 [cité 3 nov 2020];36-7. Disponible sur:

/notices/violences-envers-les-femmes-et-etat-de-sante-mentale-resultats-de-l-enquete-enveff-2000

11. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé. Paris, France: La Découverte; 2008. 609 p. (Hors Collection Sociale).
12. Salmona L. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte [Internet]. Association Mémoire Traumatique et Victimologie; 2015 [cité 5 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/campagnes-et-colloques/2015-campagne-stop-au-deni.html>
13. Beck F, Cavalin C, Maillochon F, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Violences et santé en France: état des lieux. Paris: La Documentation Française; 2010. 276 p. (Etudes et Statistique).
14. Loréal M. Adolescents se déclarant victimes d'abus sexuels: relation au corps médical, scolarité, état de santé [Internet] [Thèse d'exercice]. [Poitiers, France]: Université de Poitiers; 2015. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/19124189X>
15. Louville P, Salmona M. Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique. *Rev Santé Ment.* mars 2013;(176):4.
16. Darde F. Oser poser une question sur l'existence d'une ancienne violence sexuelle devant des symptômes révélateurs: expérience de médecins généralistes en Loire-Atlantique par la méthode du focus groupe [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes, Faculté de médecine; 2013. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/178326453>
17. Shin LM, Rauch SL, Pitman RK. Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Ann N Y Acad Sci.* juill 2006;1071:67-79.
18. THOMAS J-L. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. *Rev Fr Dommage Corpor* [Internet]. 15 oct 2015;(Vol. 2015/3):253-69. Disponible sur: <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JL-T-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatization-droitdiffusion.pdf>
19. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev.* nov 2009;29(7):647-57.
20. Lonsway KA, Fitzgerald LF. Rape Myths: In Review. *Psychol Women Q* [Internet]. 1 juin 1994 [cité 26 juin 2020];18(2):133-64. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1994.tb00448.x>
21. Payne DL, Lonsway KA, Fitzgerald LF. Rape Myth Acceptance: Exploration of Its Structure and Its Measurement Using the Illinois Rape Myth Acceptance Scale. *J Res Personal* [Internet]. 1 mars 1999 [cité 26 juin 2020];33(1):27-68. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092656698922383>
22. Gerger H, Kley H, Bohner G, Siebler F. The acceptance of modern myths about sexual aggression scale: development and validation in German and English. *Aggress Behav* [Internet]. 1 sept 2007 [cité 12 nov 2020];33(5):422-40. Disponible sur: <http://europepmc.org/article/MED/17683102>
23. Schlegel A. Le viol conjugal: historique, lien avec l'acceptation du mythe du viol (AMV) et validation d'une échelle française d'AMV. Tours, France: Université de

Tours. UFR de médecine; 2018.

24. Anderson I. What is a typical rape? Effects of victim and participant gender in female and male rape perception. *Br J Soc Psychol* [Internet]. 2007 [cité 12 nov 2020];46(1):225-45. Disponible sur: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/014466606X101780>
25. Suarez E, Gadalla T. Stop Blaming the Victim: A Meta-Analysis on Rape Myths. *J Interpers Violence*. 1 nov 2010;25:2010-35.
26. Burt MR. Cultural Myths and Supports for Rape. *J Pers Soc Psychol*. 1980;38(2):217-30.
27. Juillard M, Timbart O. Les condamnations pour violences sexuelles [Internet]. Ministère de la Justice; 2018 sept [cité 27 sept 2021] p. 8. (Bulletin d'Information Statistique). Report No.: 164. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/infostats-justice-10057/les-condamnations-pour-violences-sexuelles-31757.html>
28. Association Mémoire Traumatique et Victimologie. Les Français et les représentations sur le viol et les violences sexuelles - 2019 [Internet]. IPSOS; 2019 [cité 5 mars 2020] p. 24. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-et-les-representations-sur-le-viol-et-les-violences-sexuelles>
29. Peterson ZD, Muehlenhard CL. Was It Rape? The Function of Women's Rape Myth Acceptance and Definitions of Sex in Labeling Their Own Experiences. *Sex Roles* [Internet]. 1 août 2004 [cité 18 nov 2020];51(3):129-44. Disponible sur: <https://doi.org/10.1023/B:SERS.0000037758.95376.00>
30. Vignocan L, Monti M. « Que puis-je faire pour vous ? » : la consultation de médecine générale : attentes des femmes ayant vécu des violences sexuelles [Internet] [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier, Faculté de médecine; 2016 [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1267/>
31. Meslin J. Rôle du médecin généraliste dans la révélation tardive d'abus sexuels par les patients [Internet] [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Université de Nantes, Faculté de médecine; 2011. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/154820504>
32. Charpe C. Prise en charge par les médecins généralistes des femmes victimes de violences sexuelles [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université de Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2016. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/198272774>
33. Briffe M. Expérience vécue des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon dans la découverte de violences sexuelles subies chez leurs patient(e)s: étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet] [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/229052177>
34. Fromental C, Ricaud L. Vécu du médecin généraliste face au dépistage des violences conjugales faites aux femmes en Haute-Garonne: étude qualitative en 2011 [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier. Faculté des

- sciences médicales Ranguel; 2011.
35. Observatoire Régional de la Santé P de la L. Démographie des médecins en Pays de la Loire. Médecins généralistes. Situation 2020 et évolution [Internet]. 2020 sept [cité 14 nov 2020]. Report No.: 20. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/demographie-des-medecins-en-pays-de-la-loire-medecins-generalistes-situation-2020-et>
  36. Association Mémoire Traumatique et Victimologie, Salmona L. Les Français et les représentations sur le viol et les violences sexuelles -2015 [Internet]. IPSOS; 2015 [cité 5 mars 2020] p. 20. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/violences-sexuelles-pourquoi-les-stereotypes-persistent>
  37. Branthomme E. Démographie des Médecins Généralistes et Spécialiste sur la Vendée au 1er janvier 2020 [Internet]. Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Vendée; 2020 [cité 14 nov 2020] p. 37. Disponible sur: <https://ordremedecin85.jimdofree.com/actualités/démographie-médicale/>
  38. Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale (ONDRP), Institut National des Hautes études de la Sécurité et de la Justice (INHESJ), Institut National de la Statistique et des Etudes Economique (INSEE). Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2018 [Internet]. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Ministère de l'intérieur; 2018 [cité 26 juin 2020] p. 123. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-CVS/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2018>
  39. Maisonneuve H, Fournier J-P. Construire une enquête et un questionnaire [Internet]. DMG Strasbourg. 2012 [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/recherche-2/construire-une-enquete-et-un-questionnaire/>
  40. Mossad A. Mythes autour du viol: quelles sont nos représentations ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université de Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2018 [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2018/2018LILUM195.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM195.pdf)
  41. Allen DJ, Heyrman PJ, WONCA. La définition européenne de la médecine générale - médecin de famille [Internet]. 2002. Disponible sur: [https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition\\_europeenne\\_de\\_la\\_medecine\\_generale\\_-\\_wonca\\_2002.pdf](https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf)
  42. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur [Internet]. 2010 [cité 26 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1067136/fr/reperage-et-signalement-de-l-inceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1067136/fr/reperage-et-signalement-de-l-inceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur)
  43. Billette V, Guay S, Marchand A. Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : synthèse des écrits. Santé Ment Au Qué [Internet]. 2005 [cité 26 juin 2020];30(2):101-20. Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/20995>

44. Ullman SE. Social Reactions, Coping Strategies, and Self-Blame Attributions in Adjustment to Sexual Assault. *Psychol Women Q* [Internet]. 1996 [cité 18 nov 2020];20(4):505-26. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6402.1996.tb00319.x>
45. Ullman SE. Social support and recovery from sexual assault: A review. *Aggress Violent Behav* [Internet]. 1 sept 1999 [cité 18 nov 2020];4(3):343-58. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178998000068>
46. Uchino B. Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *J Behav Med*. 1 sept 2006;29(4):377-87.
47. Ahrens CE. Being Silenced: The Impact of Negative Social Reactions on the Disclosure of Rape | SpringerLink. *Am J Community Psychol* [Internet]. 9 nov 2006 [cité 21 sept 2021];(38):363-274. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10464-006-9069-9>
48. Noustoutes. Les mots qui banalisent [Internet]. #NousToutes. [cité 12 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.noustoutes.org/manuel-action/mots-qui-banalisent/>
49. Larousse. Définitions : abus - Dictionnaire de français [Internet]. [cité 25 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/abus/314>
50. Larousse. Définitions : avouer, être avoué, s'avouer - Dictionnaire de français [Internet]. [cité 23 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/avouer/7156>
51. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique : Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. [Internet]. 2020. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple)

Vu, la Présidente du Jury,  
Pre LAUNAY Elise, PU-PH de Pédiatrie

Vu, la Directrice de Thèse,  
Dr OHEIX Françoise, docteur en médecine générale

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : COURTOIS

PRÉNOM : Coline

Titre de Thèse : **Adhésion aux idées reçues portant sur les violences sexuelles, étude auprès des médecins généralistes en Loire Atlantique et Vendée.**

---

## RESUME

**Introduction** : En France, on estime que 19% de la population générale aurait subi des violences sexuelles au cours de leur vie. De nombreuses idées reçues sur celles-ci imprègnent notre société, qui portent préjudices aux victimes. Les conséquences pour les victimes de ces violences et de ces idées reçues sont nombreuses et connues, sur le plan psychique comme somatiques. Le médecin généraliste est régulièrement sollicité pour accompagner ces victimes. L'objectif est d'évaluer l'adhésion des médecins généralistes aux idées reçues portant sur les violences sexuelles.

**Méthode et matériels** : Cette étude observationnelle descriptive s'est déroulée auprès des médecins généralistes installé·es ou remplaçant·es en Vendée et Loire Atlantique. L'échantillon comprenait 81 femmes et 43 hommes. Un questionnaire de 46 items leur a été soumis. Chaque item proposait une idée reçue, les interrogé·es devaient donner leur degré d'accord avec celle-ci. L'adhésion a été évalué par une score global et par une analyse item par item. Les variables d'intérêt étaient le sexe, l'âge, le milieu d'exercice et les formations.

**Résultats** : Le score global obtenu est de 14.2 /100. L'analyse item par item révèle 32 items sur 46 pour lesquelles plus de 90% des répondants signifiaient leur désaccords.

Le sexe, le milieu d'exercice n'ont pas d'influence. L'âge fait varier le score : les sujets plus âgés ont un score plus élevé. Avoir suivi une formation sur les violences sexuelles est lié à un score plus faible.

**Conclusion** : Chez les médecins généralistes de Loire Atlantique et Vendée, l'adhésion aux idées reçues portant sur les violences sexuels est faible. Cependant, il persiste une adhésion aux idées reçues plus subtiles.

---

## MOTS-CLES

Médecine générale, violence sexuelles, idées reçues, mythe du viol