



HAL
open science

Implication du médecin généraliste dans les problématiques d'agressions sexuelles entre résidents d'institutions d'adultes handicapés majeurs

Nicolas de Smet

► **To cite this version:**

Nicolas de Smet. Implication du médecin généraliste dans les problématiques d'agressions sexuelles entre résidents d'institutions d'adultes handicapés majeurs. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01770781

HAL Id: hal-01770781

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01770781>

Submitted on 11 Dec 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle

de Médecine Générale

par **Nicolas DE SMET**

le 1^{er} juin 2015

Implication du médecin généraliste dans les problématiques d'agressions sexuelles entre résidents d'institutions d'adultes handicapés majeurs

Examineurs de la thèse :

M ^f GERARD Alain	Professeur	Président
M ^{me} JOLY Laure	Maître de Conférences des Universités	Juge
M ^f MARTRILLE Laurent	Maître de Conférences des Universités	Juge
M ^f DI PATRIZIO Paolo	Professeur	Directeur et juge
M ^f PY Bruno	Professeur	Juge



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF

Michel WEBER

=====

A. PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLERE

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT Professeur Jacques POUREL - Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeur Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeur Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeur Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeur Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Muriel BRIX

=====

B. PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

C. MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN –

Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)

Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (*stagiaire*)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

D. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

E. MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

F. DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume-Uni)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>	Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de Wuhan (CHINE)</i>
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>	Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (U.S.A)</i>
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i> <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)</i>	Professeur Martin EXNER (2012) <i>Université de Bonn (ALLEMAGNE)</i>
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>	Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	
	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>	

A notre Maître et Président du Jury

Monsieur le Professeur Alain GERARD

Professeur de Réanimation Médicale

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Nous vous prions de croire en l'expression de notre gratitude et de notre plus grande considération.

A notre Maître et Juge

Mme le Docteur Laure JOLY

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Gériatrie

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE,
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Médecine Légale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites de participer à notre jury de thèse et de juger notre travail.

Nous espérons que ce modeste travail aura retenu votre attention.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici nos sincères remerciements et notre gratitude.

A notre Maître, Directeur de thèse et Juge

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Associé de Médecine Générale

Vous êtes à l'origine de ce travail et vous me faites l'honneur de le diriger.

J'espère être digne de la confiance que vous m'avez accordée.

Vous m'avez encadré avec patience, professionnalisme et disponibilité.

Je vous en suis sincèrement reconnaissant.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Bruno PY

Professeur de Droit

Vous avez accepté avec enthousiasme de juger notre travail.

Votre présence au sein de notre jury est un grand honneur.

Veillez croire en l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	21
A.	Contexte.....	21
B.	Problématique et justification	21
II.	METHODOLOGIE.....	23
A.	Les descripteurs	23
B.	Les sources et équations de recherche	23
III.	RESULTATS	26
A.	Agressions sexuelles entre résidents.....	26
B.	Références administratives	31
C.	Prise en charge.....	38
IV.	DISCUSSION.....	47
A.	Réflexions autour du terme agression sexuelle	47
B.	Droit à la sexualité des personnes handicapées : entre vulnérabilité et consentement	50
C.	Secret professionnel.....	51
D.	Signalement	52
E.	Responsabilité des institutions médico-sociales.....	54
F.	Problèmes éthiques	56
V.	CONCLUSION	58
VI.	BIBLIOGRAPHIE	59
VII.	ANNEXES	64

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE A : Charte des droits et libertés de la personne accueillie.....	64
ANNEXE B : Modèle de certificat médical initial sur demande spontanée de la victime.....	65
ANNEXE C : Modèle de certificat médical initial sur réquisition judiciaire	66
ANNEXE D : Algorithme de la prise en charge médicamenteuse des auteurs d'agression sexuelle.....	67

ABREVIATIONS

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AS	Agression Sexuelle
BDSP	Banque de Données de Santé Publique
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCNE	Comité Consultatif National d’Ethique
CDM	Code de Déontologie Médicale
CIM 10	Classification Internationale des Maladies (10 ^o version)
CISMeF	Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CP	Code Pénal
CSP	Code de Santé Publique
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
FFP	Fédération Française de Psychiatrie
GnRH	Gonadotropin-Releasing Hormone = gonadolibérine
HAS	Haute Autorité de Santé
IRS	Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine
ITT	Incapacité Totale de Travail
MeSH	Medical Subject Headings
OMS	Organisation Mondiales de la Santé
ONVS	Observatoire National des Violences en milieu de Santé

I. INTRODUCTION

A. Contexte

Les agressions sexuelles (AS) entre résidents d'institutions d'adultes handicapés sont un problème de société en raison du silence qui a trop longtemps pesé sur ces situations et du trop peu de reconnaissance sociale d'une réalité qu'on ne prend en compte que depuis peu.

De nombreuses personnes handicapées victimes de violences sexuelles peuvent encore aujourd'hui ne pas être prises au sérieux et en conséquence ne pas bénéficier des soins spécifiques nécessaires. Leurs difficultés cognitives, mnésiques, de repérage chronologique ou spatial, de compréhension ou encore d'élocution, verbale ou non, sont sources d'erreurs, d'insuffisances, de contradictions dans leurs réponses et ont souvent pour conséquence une mise en doute de leur crédibilité. Le handicap, circonstance aggravante aux yeux de la loi, se retourne contre ces victimes.

Ces violences sexuelles incitent les professionnels de santé à un décloisonnement de leurs pratiques puisque s'impose une collaboration avec les services socio-éducatifs, les associations mais aussi la justice et la police. Les violences intra-institutionnelles sont pour les acteurs de santé une préoccupation centrale, dans la mesure où elles sont peu visibles et touchent surtout les personnes les plus vulnérables. Ces maltraitances imposent aux soignants l'impérieux devoir de la protection de la personne dans son intégrité physique comme psychique, qui rappelle que la non-ingérence dans le cercle privé de l'institution s'arrête là où commence la non-assistance à personne en péril quand quelqu'un, et notamment une personne vulnérable, est victime d'AS.

Cette thèse est un travail bibliographique qui a pour but de réaliser une synthèse des connaissances actuelles sur la prise en charge et le rôle du médecin traitant dans les problématiques d'AS entre résidents d'institutions spécialisées, tant dans le domaine de la santé que du droit.

B. Problématique et justification

Jusqu'à présent, personne n'a pu précisément mesurer l'ampleur de ces phénomènes car peu de données fiables sont disponibles dans la littérature (1,2). Pourtant chaque personne travaillant dans de telles institutions est bien consciente que le comportement sexuel de certains patients peut être totalement inapproprié et être à la limite de l'AS ou du viol. Ceux-ci sont des infractions potentielles au regard de la loi et peuvent mener à des procédures pénales. Les

conséquences peuvent être importantes pour le personnel soignant et les autres résidents, qui doivent toujours prendre en charge et vivre avec l'agresseur au sein de l'établissement.

Ces problèmes semblent en grande partie ignorés par le public, les chercheurs et le système de justice pénale.

Un article paru dans l'International Journal of Geriatric Psychiatry en mars 2013, titrait de façon sarcastique : "Interrogations sur le traitement juridique des personnes âgées : Que serait-il arrivé si DSK était un résident d'une maison de retraite ? Probablement rien !" (3).

Il y a donc un réel besoin de protéger efficacement les autres résidents mais aussi le personnel de tels comportements.

Nous ne devons pas adopter un point de vue seulement médical : leur gestion doit avoir lieu dans un cadre médico-légal, tant avec des interventions psychothérapeutiques ou psychopharmacologiques qu'avec des mesures d'isolement si nécessaire. Il est essentiel que la justice puisse suivre son cours car nous devons respecter les droits des victimes et les protéger.

II. METHODOLOGIE

A. Les descripteurs

Nous avons utilisé le **catalogue et index des sites médicaux de langue française (CISMeF)** pour la traduction des mots de recherche à utiliser dans les différentes bases de données et les faire correspondre à des termes appartenant au thésaurus biomédical de référence **medical subject headings (MeSH)**.

<http://www.cismef.org/>

Le terme "**agression sexuelle**" appartient au MeSH francophone et ses correspondances anglaises sont "**sex offense**", "**sexual abuse**", "**sexual violence**".

Le terme "**institution**" peut être approché par l'utilisation du terme Mesh "**residential facilities**", ce qui correspond à des centres de soins de long séjour proposant aide et surveillance dans les activités de la vie quotidienne avec des services médicaux et de soins infirmiers selon les besoins.

B. Les sources et équations de recherche

1. Les bases de données

Dans **Pubmed**, nous avons donc utilisé l'équation :

- ("Sex Offenses"[Mesh]) AND "Residential Facilities"[Mesh]
- contenus dans le titre ou le résumé : "title / abstract"
- - avec les filtres "anglais + français" pour la langue

Nous avons interrogé la base documentaire de la **Banque de Données en Santé Publique (BDSP)** avec le mot-clé agression sexuelle puis par "abus sexuel" référencé dans le thésaurus.

Dans **Science Direct**, nous avons utilisé l'équation :

- -"Sex Offenses" dans title/abstract/keywords AND "Residential Facilities" dans all fields

2. Les sociétés gouvernementales

Nous avons recherché sur le site **Légifrance** l'ensemble des textes légaux se rapportant à notre sujet (atteinte et agression sexuelle, personne vulnérable, secret professionnel, signalement).

<http://legifrance.gouv.fr/>

Nous avons consulté sur le site du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, la rubrique concernant **l'observatoire national des violences en milieu de santé** (ONVS).

<http://www.sante.gouv.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs,388.html>

Nous avons également interrogé le moteur de recherche du site du **Sénat** avec les termes "agression sexuelle" et "personne handicapée".

<http://www.senat.fr/>

Nous avons exploré le site du **Comité Consultatif National d'Éthique** (CCNE) à travers son moteur de recherche avec le mot-clé "sexuel".

<http://www.ccne-ethique.fr/fr>

3. L'ordre national des médecins

Nous avons consulté le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), notamment la rubrique dédiée au Code de Déontologie Médicale (CDM) et ses commentaires.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915>

4. Les revues scientifiques

Un large panel de revues (médicale, de droit, d'éthique) a pu être sondé grâce à l'Encyclopédie Médico-chirurgicale Elsevier-Masson avec l'équation suivante "agress* sexuel*".

<http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/>

Nous avons interrogé le site **Prescrire** sur compte d'abonné en recherchant l'expression "agression sexuelle" dans les mots-clés référencés.

<http://www.prescrire.org/>

5. Les sociétés savantes

Nous avons interrogé le moteur de recherche du portail documentaire de la **Haute Autorité de Santé** (HAS) avec l'expression "agression sexuelle".

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil

Nous avons également consulté le site de l'**Académie Nationale de Médecine**.

<http://www.academie-medecine.fr/>

6. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Parmi les résultats obtenus par l'ensemble des méthodes de recherche explicitées ci-dessus, nous ne garderons que ceux qui intéressent le sujet et qui ont une qualité acceptable.

Nous incluons les résultats des études qui concernent :

- des personnes majeures vulnérables
- vivant dans un établissement médico-social
- dans lequel l'agresseur et la victime sont tous deux des résidents

Nous excluons les résultats des études qui concernent :

- des mineurs de moins de quinze ans
- des problématiques d'agressions entre personnel et résidents.

III. RESULTATS

Dans un souci de clarté et de lisibilité maximales, la première partie des résultats concernant les articles traitant directement de la thématique d'AS entre résidents est présentée sous la forme d'un tableau.

A. Agressions sexuelles entre résidents

Auteurs	Année	Caractéristiques de l'étude	Mesures	Résultats Principaux	Conclusion
Burgess et al (4)	2000	<ul style="list-style-type: none"> ➤ série de cas dans des maisons de soins infirmiers, incluant à la fois des auteurs résidents et non-résidents ➤ 20 cas d'AS sur personnes âgées rapportés pour une évaluation médico-légale 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ caractéristiques des victimes incluant la mortalité à 1 an ➤ caractéristiques des auteurs ➤ preuves médico-légales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 11 des 20 victimes sont mortes dans les 12 mois suivant l'agression ➤ 12 des 20 victimes avaient une maladie d'Alzheimer et 5 des 20 victimes avaient un autre trouble cognitif ou neurologique ➤ 10 des 20 victimes avaient bénéficié d'un examen médico-légal, dans 6 cas ont été retrouvés des éléments objectifs ➤ les symptômes liés au traumatisme mentionnés par les victimes incluaient le retrait, la peur, l'anxiété et le refus des soins d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ les abus sexuels envers les aînés provoquent souvent des conséquences psychologiques similaires à celles du stress post-traumatique ainsi que l'aggravation de l'état général déjà affaibli ➤ l'altération cognitive et la fragilité physique créent des obstacles pour la déclaration des incidents et la collecte des preuves médico-légales ➤ le personnel des maisons de soins infirmiers sont souvent insensibles à la gravité des agressions sur les résidents
Burgess et al (5)	2000	<ul style="list-style-type: none"> ➤ série de 20 cas ➤ revue des documents pertinents des tribunaux 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ caractéristiques des auteurs d'AS 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ dans 18 des 20 cas, l'auteur d'AS a été identifié (âgés de 16 à 83 ans) ➤ 15 étaient des employés des établissements de soins et 3 des résidents 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ deux dénominateurs communs pour les auteurs d'AS sont retrouvés : <ul style="list-style-type: none"> ○ ils se situent en bas de l'échelle sociale ○ les victimes étaient choisies pour leur état de faiblesse
Teaster et al (6)	2001	<ul style="list-style-type: none"> ➤ série de cas en population générale et en maisons de soins infirmiers ➤ 42 cas avérés de violences sexuelles envers des personnes âgées de plus de 60 ans représentant tous les cas traités par l'APS* de Virginie sur une période de 3 ans (1996-1999) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ caractéristiques des victimes incluant leur statut cognitif ➤ caractéristiques des auteurs ➤ issues pour les victimes et les auteurs (résultat juridique) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 81% des incidents se sont produits dans des maisons de soins infirmiers ➤ 88% des incidents dans les maisons de soins infirmiers ont été perpétrés par d'autres résidents ➤ 79% des victimes avaient besoin d'au moins une aide physique pour la marche et 24% ne marchaient pas du tout ➤ 93% des victimes étaient incapables de gérer leurs finances même avec aide 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ les abus sexuels envers les aînés sont plus souvent signalés dans les maisons de soins infirmiers que dans la population générale peut-être en raison d'une surveillance supplémentaire liée au cadre institutionnel ➤ les victimes souffrent généralement d'une forme de démence ➤ cette recherche préliminaire fournit seulement une image descriptive de cas signalés de violence sexuelle envers les aînés

Auteurs	Année	Caractéristiques de l'étude	Mesures	Résultats Principaux	Conclusions
Teaster and Roberto (7)	2003	<ul style="list-style-type: none"> ➤ série de cas dans des maisons de soins infirmiers, incluant à la fois des auteurs résidents et non-résidents ➤ 50 cas avérés d'AS envers des femmes de 70 à 89 ans recensés par l'APS* de Virginie sur une période de 5 ans (1996-2001) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ caractéristiques des victimes incluant leur statut cognitif ➤ caractéristiques des auteurs ➤ issues pour les victimes et les auteurs (résultat juridique) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 90% des agresseurs étaient des résidents des établissements de sexe masculin ➤ la plupart des agressions signalées ont été des baisers et caresses (76%) et de l'intérêt sexuel malvenu pour le corps de la femme ➤ 28% des auteurs présumés avaient une maladie psychiatrique non traitée ➤ 73% des victimes avaient besoin d'aide pour l'orientation dans le temps et 57 % pour l'orientation dans l'espace ➤ 72% des victimes avaient besoin d'au moins une aide physique pour la marche et 6% ne marchaient pas du tout ➤ 94% des victimes étaient incapables de gérer leurs finances, même avec aide ➤ 12% des victimes ont bénéficié d'un soutien psychologique et/ou d'un traitement médicamenteux secondairement à leur agression ➤ 3 des auteurs présumés ont été poursuivis et un a été reconnu coupable 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ l'écrasante majorité des agresseurs identifiés sont des résidents de l'établissement, ce qui suggère qu'ils sont une catégorie importante d'auteurs d'agressions potentielles et que la formation du personnel, les effectifs suffisants et le suivi approprié de ces résidents s'avèrent impératif ➤ des services supplémentaires d'ordre médical devraient être mis en place pour les victimes
Teaster and Roberto (8)	2004	<ul style="list-style-type: none"> ➤ série de cas en population générale et en maisons de soins infirmiers ➤ 82 cas avérés de violences sexuelles envers des personnes âgées de plus de 60 ans représentant tous les cas traités par l'APS* de Virginie sur une période de 5 ans (1996-2001) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ caractéristiques des victimes incluant leur statut cognitif ➤ caractéristiques des auteurs ➤ issues pour les victimes et les auteurs (résultat juridique) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 72% des incidents se sont produits dans des maisons de soins infirmiers ➤ 69% des incidents dans les maisons de soins infirmiers ont été perpétrés par d'autres résidents ➤ 86% des victimes avaient besoin d'aide pour l'orientation dans le temps et 81 % pour l'orientation dans l'espace ➤ 66% des victimes avaient besoin d'au moins une aide physique pour la marche et 15% ne marchaient pas du tout ➤ 89% des victimes étaient incapables de gérer leurs finances même avec aide 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ les abus sexuels envers les aînés sont plus fréquents dans les maisons de soins infirmiers que dans la population générale ➤ les résidents peuvent être plus communément auteurs que les membres du personnel ➤ les victimes présentent généralement une déficience cognitive, nécessitant une assistance physique pour les activités de la vie quotidienne

Auteurs	Année	Caractéristiques de l'étude	Mesures	Résultats Principaux	Conclusions
Burgess and Phillips (9)	2006	<ul style="list-style-type: none"> ➤ série de cas en population générale et en maisons de soins infirmiers ➤ 284 cas avérés de violences sexuelles envers des personnes âgées 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ caractéristiques des victimes incluant leur statut cognitif et leurs schémas comportementaux après l'incident ➤ issue juridique des affaires 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 60 % des victimes sont diagnostiquées avec une forme de démence ➤ il y a significativement moins d'arrestations, d'inculpations et de condamnations de/des auteur(s) lorsque la victime a un diagnostic de démence 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ l'incapacité fréquente des victimes démentes à fournir un témoignage verbal de l'évènement peut contribuer aux difficultés d'identification et de poursuite des auteurs ➤ les signes comportementaux de détresse comprenant le retrait au travers une position fœtale ou le refus à plusieurs reprises de soins d'hygiène existent couramment dans la communication non-verbale des victimes souffrant de troubles cognitifs et peuvent être de précoces et précieux indices pour détecter les abus sexuels
Teaster et al (10)	2007	<ul style="list-style-type: none"> ➤ série de cas dans des maisons de soins infirmiers incluant à la fois des auteurs résidents et non-résidents ➤ 26 cas présumés d'AS sur des hommes âgés de 50 à 93 ans recensés à l'APS* dans 5 états des Etats-Unis sur une période de 6 mois (mai à octobre 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ caractéristiques des victimes incluant leur statut cognitif ➤ caractéristiques des auteurs ➤ issues pour les victimes et les auteurs (résultat juridique) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ dans 29% des cas présumés l'auteur résidait dans l'établissement ➤ dans 67 % des cas prouvés l'auteur résidait dans l'établissement ➤ 85 % des victimes étaient perçues comme "orientées à la personne", 54% orientées dans l'espace et 39% orientées dans le temps ➤ 77% des victimes n'étaient pas autonome pour la marche et/ou nécessitaient une aide ➤ 64% des victimes étaient incapables de gérer leurs propres finances ➤ la plupart des types de faits signalés ont été des caresses (35%) et des comportements sexuels inappropriés liés à l'intérêt sexuel pour le corps de la victime (27%) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ les abus sexuels des hommes âgés sont souvent difficile à prouver, même lorsqu'un témoin existe ➤ la justice aboutit plus facilement dans un contexte d'AS de résident à résident contrairement aux agressions impliquant le personnel comme auteur ➤ les hommes victimes de violences sexuelles ont un handicap physique significatif, mais ont moins de déficience cognitive que les victimes dans d'autres études
Rosen et al, (11)	2008	<ul style="list-style-type: none"> ➤ étude qualitative de groupes de discussion au sein de maisons de soins infirmiers se concentrant uniquement sur des auteurs-résidents ➤ 16 groupes de discussion incluant 7 résidents et 96 membres du personnel non médical et médical ➤ travaillant dans une structure urbaine de soins de longue durée 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ le contenu et les thèmes ont été analysés qualitativement et quantitativement à l'aide du logiciel nVivo 8 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 38% des participants aux groupes de discussion disent avoir été témoin (direct ou indirect) d'AS entre résidents ➤ les types d'AS incluses sont : se mettre au lit avec un autre résident , la violence physique et les attouchements, les propos déplacés d'ordre sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ les agressions de résident à résident dans les maisons de soins infirmiers sont un phénomène potentiellement commun avec des conséquences importantes pour les victimes, les auteurs concernés et les structures de soins ➤ de nouvelles recherches épidémiologiques seront nécessaires pour décrire plus en détail le phénomène et identifier les facteurs de risque et les stratégies préventives à instaurer

Auteurs	Année	Caractéristiques de l'étude	Mesures	Résultats Principaux	Conclusions
Ramsey-Klawnsnik et al (12)	2008	<ul style="list-style-type: none"> ➤ série de cas dans des maisons de soins infirmiers, incluant à la fois des auteurs résidents et non-résidents ➤ 124 cas présumés d'AS sur des personnes de 60 ans et plus recensés par l'APS* dans 5 états des Etats-Unis sur une période de 6 mois (mai à octobre 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ caractéristiques des victimes incluant leur statut cognitif ➤ caractéristiques des auteurs ➤ issues pour les victimes et les auteurs (résultat juridique) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 41% des auteurs présumés étaient des résidents des établissements ➤ 78% des auteurs avérés étaient des résidents des établissements ➤ 21% des auteurs-résidents avaient une déficience cognitive, 15% avaient un handicap physique et 18% avaient un trouble psychiatrique ➤ 48% des victimes présumées nécessitaient une assistance permanente pour les activités de la vie quotidienne ➤ 67% des victimes présumées nécessitaient au moins une assistance physique pour la déambulation, 17% pour d'autres motifs ➤ 97% des victimes présumées étaient incapables de gérer leurs finances de façon indépendante ➤ 50% des victimes présumées avaient des difficultés de communication, 7% étaient incapables de communiquer ➤ 73% des auteurs-résidents présumés ont été transféré dans un autre établissement, 21% ont reçu une surveillance accrue après la notification des incidents ➤ aucun des 32 agresseurs sexuels avérés (résidents, personnel de l'établissement, etc) n'a été arrêté 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ les allégations d'abus sexuel par un auteur-résident sont plus souvent confirmées que si l'auteur est un membre de l'établissement, ce qui suggère que les employés peuvent être accusés à tort et/ou les employés sont peut-être plus en mesure de dissimuler les preuves ou peuvent recevoir des protections supplémentaires pendant l'enquête ➤ le manque d'arrestations en dépit d'AS avérées suggère qu'il faut considérablement améliorer la participation de la justice pénale dans le domaine des agressions en milieu de soins
Pillemer et al (13)	2011	<ul style="list-style-type: none"> ➤ série de cas dans des maisons de soins infirmiers de New York choisies aléatoirement ➤ portant sur les agressions entre résidents ➤ recueil des données sur une période de 2 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ identifier les caractéristiques communes des agressions entre résidents 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 122 situations d'agressions entre résidents ➤ 7 cas de comportements sexuels inappropriés ➤ les agressions de résident à résident sont perçues par le personnel et les résidents eux-mêmes comme une importante cause de préoccupation 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ces résultats suggèrent la nécessité d'interventions centrées sur la personnes et son environnement afin de réduire ces situations d'agression entre résidents

Auteurs	Année	Caractéristiques de l'étude	Mesures	Résultats principaux	Conclusions
Ramsey-Klawnsnik and Teaster, (14)	2012	<ul style="list-style-type: none"> ➤ série de cas dans des maisons de soins infirmiers, incluant à la fois des auteurs résidents et non-résidents ➤ 124 cas présumés d'AS sur des personnes de 60 ans et plus recensés par l'APS* dans 5 états des Etats-Unis sur une période de 6 mois (mai à octobre 2005) ➤ interview de 46 agents de l'APS* 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ compiler l'expérience sur le traitement de cas et formuler des recommandations pour aider les victimes et empêcher les agressions 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les interviewés ont indiqué qu'ils avaient un manque de formation dans le traitement de ces types de cas et ont demandé des conseils et d'avantage de connaissance autour d'eux 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ développer la formation des professionnels impliqués ➤ renforcer les actions de préventions
Couture et al (15)	2013	<ul style="list-style-type: none"> ➤ série de cas d'AS au sein d'un établissement accueillant des personnes présentant un déficit intellectuel et/ou un trouble envahissant de la personnalité ➤ entre le 1^{er} janvier 2010 et le 30 octobre 2012 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ documenter les circonstances d'AS, du dévoilement, des effets et des interventions effectuées suite au dévoilement d'AS subies par des personnes adultes présentant une déficience intellectuelle 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 21 cas recensés : 14 victimes de sexe féminin et 7 victimes de sexe masculin ➤ déficience intellectuelle moyenne pour 60% des victimes, légère pour 38% ➤ dans 20% des cas, l'agression est commise par un pair ➤ dans 85% des cas, la victime elle-même est à l'origine du dévoilement ➤ 70% des victimes ne rapportent aucune conséquence physique mais 90% signalent des troubles psychologiques (peur, tristesse, perturbation du sommeil, colère, culpabilité) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ accentuer les activités de prévention des AS ➤ mettre en place des actions visant à la formation des différents intervenants (éducateurs, superviseurs, professionnels et personnels d'encadrement)
R. Ferrari, (16)	2013	<ul style="list-style-type: none"> ➤ compilation des signalements reçus des établissements de santé eux-mêmes sur la base du volontariat au cours de l'année 2012 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ nature des violences et situations dans lesquelles elles interviennent 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 19% des signalements proviennent des établissements publics de santé mentale ➤ seulement 11 signalements sur les 11344 au total proviennent du secteur médico-social ➤ >80% des signalements en psychiatrie et en gériatrie recensent des atteintes à la personne, dont 1,4 % relevant des infractions sexuelles ➤ les auteurs d'atteintes aux personnes sont majoritairement les patients (78%), les victimes sont très minoritairement les autres patients (10%) ➤ dans 80% des cas, les victimes n'ont pas engagé de poursuite. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ la connaissance du dispositif est encore très limitée dans le secteur médico-social ➤ importance d'accroître le développement du partenariat avec les autorités judiciaires afin d'assurer une meilleure prise en charge des victimes et de limiter le sentiment d'impunité des auteurs

B. Références administratives

1. Cadre juridique

a) Secret professionnel et signalement

- **Article 226-13** du CP : *"La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende."*
- **Article 226-14** du CP : *"L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :
1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;
3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une .
Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire."*
- **Article 223-6** du CP : *"Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance*

que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours."

- **Article 434-1** du CP : "*Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. [...] Sont également exceptées des dispositions du premier alinéa les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13."*
- **Article 434-3** du CP : "*Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13."*

b) Infractions sexuelles

Le CP en vigueur distingue clairement quatre types d'infractions sexuelles : les AS proprement dites qui englobent le viol, les atteintes sexuelles sur la personne d'un mineur de quinze ans, les exhibitions sexuelles et le harcèlement sexuel.

- **Article 222-22** du CP : "*Constitue une **agression sexuelle** toute atteinte sexuelle commise avec **violence, contrainte, menace** ou **surprise**. [...]"*
- **Article 222-22-1** du CP : "*La **contrainte** prévue par le premier alinéa de l'article 222-22 peut être **physique** ou **morale**. La contrainte morale peut résulter de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime."*
- **Article 222-22-2** du CP : "*Constitue également une agression sexuelle le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à subir une atteinte sexuelle de la part d'un tiers. [...]. La tentative du délit prévu au présent article est punie des mêmes peines."*

- **Article 222-23** du CP : "Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un **viol**. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle."
- **Article 222-24** du CP : "Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle : [...] 3° Lorsqu'il est commis sur une personne dont la **particulière vulnérabilité**, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ; [...]."
- **Article 222-27** du CP : "Les **agressions sexuelles** autres que le viol sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende."
- **Article 222-29** du CP : "Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende lorsqu'elles sont imposées à une personne dont la **particulière vulnérabilité** due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse est apparente ou connue de son auteur."
- **Article 222-31** du CP : "La tentative des délits prévus par les articles 222-27 à 222-30 est punie des mêmes peines."
- **Article 222-32** du CP : "L'**exhibition sexuelle** imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende." Précisons d'emblée les éléments permettant de caractériser cette infraction : il doit être démontré que la personne poursuivie a eu la "**volonté délibérée de provoquer** la pudeur publique ou que sa **négligence** n'a pas permis de dissimuler à la vue des tiers l'acte obscène. L'acte incriminé doit en effet constituer un **geste ou une attitude déplacés** au regard de la pudeur publique" (17)
- **Article 222-33** du CP : "I. - Le **harcèlement sexuel** est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. II. - Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers. III. - Les faits mentionnés aux I et II sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende . Ces peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende

lorsque les faits sont commis : [...] 3° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur ; [...]."

c) Création du suivi socio-judiciaire

C'est dans cette lignée répressive que s'inscrit la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Cette loi renforce la répression de ce type d'infractions en augmentant les peines des atteintes sexuelles sur mineurs de 15 ans, en créant l'infraction de bizutage, en élargissant les conditions de saisine du tourisme sexuel et en créant de nouvelles circonstances aggravantes. Mais c'est bien sûr la création du **suivi socio-judiciaire** qui doit retenir notre attention.

Sa finalité est clairement écrite dans l'**article 131-36-1** du CP : "*[...] Le suivi socio-judiciaire emporte, pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines et pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive. [...]*"

Cette loi introduit également, dans le Code de Procédure Pénale, une obligation d'expertise psychiatrique pour toute personne accusée d'infraction, d'agression ou d'atteinte sexuelle (18). L'expert est interrogé sur l'opportunité d'une **injonction de soins** dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, indépendamment de la recherche de troubles psychiques susceptibles d'interférer avec le discernement de la personne (notion d'irresponsabilité pénale). Lorsqu'une injonction de soins est ordonnée, le médecin traitant peut prescrire un traitement inhibiteur de libido conformément à l'article L. 3711-3 du Code de la Santé Publique.

Le décret n°2000-412 du 18 mai 2000 pris pour l'application de l'injonction de soins concernant les auteurs d'infraction sexuelle et modifiant le Code de la Santé Publique (CSP), précise le rôle du médecin coordonnateur, le choix du médecin traitant et le déroulement de l'injonction de soins.

Ainsi l'**article L3711-1** du CSP précise les missions du médecin coordonnateur :

*"1° D'inviter le condamné, au vu des expertises réalisées au cours de la procédure ainsi que, le cas échéant, au cours de l'exécution de la peine privative de liberté, à **choisir un médecin traitant**. En cas de désaccord persistant sur le choix effectué, le médecin est désigné par le juge de l'application des peines, après avis du médecin coordonnateur ;*

- 2° De **conseiller le médecin traitant** si celui-ci en fait la demande ;
- 3° De **transmettre au juge** de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins ;
- 4° D'**informer**, en liaison avec le médecin traitant, le condamné dont le suivi socio-judiciaire, le sursis avec mise à l'épreuve ou la surveillance judiciaire est arrivé à son terme, ou le condamné qui a bénéficié d'une libération conditionnelle, de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de contrôle de l'autorité judiciaire et de lui indiquer les modalités et la durée qu'il estime nécessaires et raisonnables à raison notamment de l'évolution des soins en cours ;
- 5° De coopérer à la réalisation d'**évaluations périodiques** du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude."

L'article L3711-2 et L3711-3 du CSP précisent les missions qui incombent au médecin traitant choisi :

"[...] Le médecin traitant délivre des **attestations de suivi du traitement** à intervalles réguliers, afin de permettre au condamné de justifier auprès du juge de l'application des peines de l'accomplissement de son injonction de soins."

"Le médecin traitant est habilité, sans que puissent lui être opposées les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, à **informer** le juge de l'application des peines ou l'agent de probation de l'**interruption du traitement**. Lorsque le médecin traitant informe le juge ou l'agent de probation, il en avise immédiatement le médecin coordonnateur. Lorsque le refus ou l'interruption du traitement intervient contre l'avis du médecin traitant, celui-ci le signale sans délai au médecin coordonnateur qui en informe immédiatement, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, le juge de l'application des peines. En cas d'indisponibilité du médecin coordonnateur, le médecin traitant peut informer directement le juge de l'application des peines du refus ou de l'interruption du traitement intervenu contre son avis.

Le médecin traitant peut également informer de toutes difficultés survenues dans l'exécution du traitement le médecin coordonnateur qui est habilité, dans les mêmes conditions qu'à l'alinéa précédent, à prévenir le juge de l'application des peines ou l'agent de probation. Le médecin traitant peut également proposer au juge de l'application des peines d'ordonner une expertise médicale .

Le médecin traitant peut prescrire tout traitement indiqué pour le soin du condamné y compris des médicaments inhibiteurs de libido."

d) Loi du 2 janvier 2002

Cette loi inscrite de le **Code de l'Action Sociale et des Familles** (CASF) à l'article L 311-3 modifiée en 2011 mentionne que: "*L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :*

1° *Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;* [...]

3° *Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;* [...]

6° *Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ; [...]*".

Ces dispositions sont intégrées dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie selon l'arrêté du 8 septembre 2003 (Annexe A).

e) Loi dite Perben

Cette loi du 9 mars 2004 a entre nombreuses modifications, créé le **fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes**. Il s'agit d'un fichier informatisé, placé sous la responsabilité du ministère de la justice français, dans lequel sont inscrites les personnes mineures ou majeures condamnées de façon définitive ou non, ou ayant fait l'objet de sanctions éducatives, ou d'une composition pénale ou ayant fait l'objet d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement dans le cadre d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental.

Elle a également allongé la durée du suivi socio-judiciaire avec l'objectif de permettre un suivi meilleur et plus continu des délinquants malades dangereux portant ainsi à 20 ans la durée de ce suivi en matière correctionnelle ; d'autre part, elle aggrave les sanctions en cas de non-observation du suivi socio-judiciaire.

2. Cadre déontologique

Le CDM actuellement en vigueur date du 7 mai 2012. Il a notamment réaffirmé les droits des malades, la nécessité de les protéger et de les informer. Il a intégré les apports de la

jurisprudence et les références aux législations intervenus depuis 1995 (année du précédent Code de Déontologie).

Les articles suivants sont plus particulièrement à respecter lorsqu'il s'agit des agresseurs sexuels et de leurs victimes :

- **Article 4** (article R.4127-4 du CSP) : "*Le **secret professionnel**, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.*"
- **Article 44** (article R.4127-44 du CSP) : "*Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de **sévi**ces ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la **protéger** en faisant preuve de **prudence** et de **circonspection**. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'**il apprécie en conscience**.*"
- **Article 28** (article R.4127-28 du CSP) : "*La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.*" Le médecin ne doit certifier que ce qu'il a constaté.
- **Article 51** (article R.4127-51 du CSP) : "*Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la **vie privée** de ses patients.*"
- **Article 5** (article R.4127-5 du CSP) : "*Le médecin ne peut aliéner son **indépendance professionnelle** sous quelque forme que ce soit.*"
- **Article 6** (article R.4127-6 du CSP) : "*Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de **choisir librement** son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.*"
- **Article 36** (article R.4127-36 du CSP) : "*Le **consentement** de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. Les*

obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42."

- **Article 42** (article R.4127-42 du CSP) : *"Sous réserve des dispositions de l'article L.1111 - 5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible."*

C. Prise en charge

1. De la victime

De nombreuses publications font état de la conduite à tenir devant un(e) patient(e) se présentant comme victime d'une AS. Elles sont en grande partie consensuelle en axant la prise en charge autour d'une triple finalité : **les soins** nécessités par l'état de la victime ; la réalisation des actes médicaux, examens et prélèvements nécessaires à la **constitution du dossier médico-légal**, si la victime ou son représentant légal souhaite porter plainte ; la **prise en charge psychologique** de la victime et de son entourage. C'est dans cette optique que les pôles régionaux d'accueil des victimes d'AS ont été créés par la circulaire n°97-380 du 27 mai 1997. La HAS a énoncé en ce sens des recommandations de bonne pratique clinique concernant le certificat médical initial concernant une personne victime de violences (19).

a) Soins

Le médecin généraliste ne doit pas refuser de prendre en charge une victime présumée d'AS et à fortiori de viol même s'il n'effectuera pas lui-même les prélèvements à valeur médico-légale.

La victime doit être reçue dans un lieu calme et respectant son intimité et de préférence en compagnie d'un soignant de même sexe. Les raisons de l'entretien et la nécessité de l'examiner lui seront explicitées et son consentement devra être obtenu. L'interrogatoire précisera les circonstances et les modalités précises de l'AS, les antécédents du sujet ainsi que les plaintes somatiques avant ou après l'agression. L'examen général doit être complet et précis. Notons qu'un examen somatique ne retrouvant aucune lésion ne signifie pas qu'il n'y a pas eu viol (20).

Au travers de cet entretien, le médecin a pour devoir d'informer la victime ou son représentant légal de la possibilité de porter plainte et de l'accompagner dans sa démarche. Il devra

également prescrire, si nécessaire, une contraception d'urgence, une prophylaxie des infections sexuellement transmissibles.

Ce premier examen doit aboutir à la rédaction d'un certificat initial "type" remis à la victime ou à son représentant légal selon les situations (Annexes B et C).

Il devra comporter :

- les **données socio-administratives** : identité du médecin et du patient, éventuellement de son représentant légal
- la **prestation de serment** en cas de réquisition : "apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience"
- les **dires et doléances de la victime** : à rapporter sur le mode déclaratif entre guillemets, sans interprétation ni tri
- les **constations médicales** : description précise et sans ambiguïté des signes cliniques positifs de toutes les lésions, description des signes neurologiques, sensoriels et psycho-comportementaux, description éventuelle des signes cliniques négatifs (absence de lésion visible en regard d'une zone douloureuse, par exemple), mention des examens et avis cliniques complémentaires réalisés
- des **informations complémentaires** : nécessité d'un certificat complémentaire après avis d'un spécialiste, la durée de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) (sauf si le médecin est dans l'incapacité de la déterminer), circonstances de rédaction du certificat

La victime sera ensuite adressée dans un centre spécialisé le plus rapidement possible, afin de procéder à un examen gynécologique et à des prélèvements

L'ITT pénale est une notion floue qui prête trop souvent à confusion. Il me paraît donc utile de rappeler l'essentiel de la législation, son contenu et surtout les conséquences des certificats que les médecins peuvent être amenés à faire. Elle doit en premier lieu à différencier de l'incapacité temporaire de travail ou encore de l'arrêt de travail destiné aux caisses d'assurances maladie. Diverses jurisprudences (21–23) entendent incapacité "*à faire son travail personnel*", ce qui permet d'attribuer une ITT à un actif, à un chômeur, à un infirme, à un retraité, etc. De manière consensuelle, il est admis que l'ITT est la durée de la gêne réelle et globale éprouvée par la victime pour effectuer certains gestes de la vie courante, mais pas forcément tous ces gestes.

Le barème régissant l'ITT est simple :

- ITT inférieure ou égale à 8 jours, simple contravention en règle générale : amende (24,25)
- ITT au delà de 8 jours, ou circonstances aggravantes, il s'agit alors d'un délit : peine de prison et amende (26,27)

Les circonstances aggravantes sont définies par l'article 222-14 du CP et comptent :

- Mineur de 15 ans, **personne vulnérable**, ascendants, agents publics chargés d'une mission d'intérêt public, concierges, professions de santé, victime discriminée, concubins, conjoints, pacsés
- **Violences sexuelles**
- En réunion, en état d'ivresse, avec préméditation, avec arme ou menace armée...
- En cas de mort, de graves séquelles

b) Constitution du dossier médico-légal

La constitution d'un dossier médico-légal, que ce soit à la demande de la victime ou sur réquisition judiciaire dans le cadre d'un dépôt de plainte, aura pour objectif d'obtenir la matérialité des faits et serviront de base à la victime pour obtenir réparation des préjudices subis. Le certificat médical initial remis par le médecin généraliste en constituera la première pièce.

Un article publié dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction s'est attaché à rechercher l'existence d'un lien entre certaines données de l'entretien et de l'examen clinique, et l'issue de la procédure judiciaire (28). Au total sur les 756 cas passés en revue, seul 36,3 % des auteurs d'AS ont été condamnés. Les deux éléments associés à la condamnation de l'auteur d'AS étaient le fait que l'examen soit effectué sur réquisition des autorités judiciaires et le fait que la victime connaisse son agresseur, circonstance possiblement aggravante aux yeux de la loi.

En cas de dépôt de plainte, s'il s'agit d'une personne placée sous un régime de protection judiciaire, il devra obligatoirement faire intervenir le tuteur ou le curateur sous peine de nullité (29,30).

c) Accompagnement psychologique

La confrontation à un événement traumatique peut être psychologiquement lourde de conséquences pour un sujet. Après des réactions immédiates de stress parfois bruyantes, celui-ci pourra développer à moyen ou long terme un ensemble de symptômes souvent invalidants. Ces symptômes sont généralement regroupés sous le terme d'état de stress post-traumatique, trouble anxieux dont l'étiopathogénie, la clinique, l'épidémiologie et les approches thérapeutiques sont des domaines maintenant bien cernés.

Favoriser l'expression verbale, à la fois du récit et des émotions perçues, demeure une aide précieuse pour le patient. Il faut, en effet, aider la victime à se détacher du ressassement des souvenirs pénibles et des thèmes de culpabilité. Une prescription médicamenteuse peut se discuter afin de tenter de contrôler l'hyperexcitation neurovégétative sachant qu'une grande prudence est de mise par rapport aux benzodiazépines et que d'autres molécules tels que les antihistaminiques, les beta-bloquants, les anticonvulsivants ou des agents GABAergiques peuvent représenter des alternatives intéressantes (31).

d) Stratégies optimales ?

Parmi la littérature compilée, deux articles traitent essentiellement de l'évaluation des stratégies mises en œuvre.

Le premier article rédigé par KAPP (32) est un commentaire d'une étude de DALY et JOGGERST parue dans le Journal of the American Medical Directors Association (33). Cette étude affirmait l'existence d'une association entre la connaissance des structures juridiques assurant la protection des personnes vulnérables par le personnel encadrant de maison de soins infirmiers et le nombre de signalements de cas de maltraitements de personnes âgées effectués. Selon KAPP, le principal objectif vers lequel tendre n'étant pas nécessairement la majoration du nombre d'affaires portées devant la justice, il conseille vivement d'effectuer un travail d'éducation et de prévention, en amont des situations de maltraitance, pour en limiter de fait le nombre.

Un second article évalue en se plaçant selon les différents points de vue (victimes et auteurs) les stratégies les plus acceptables et efficaces après des situations de maltraitements de personnes âgées (34). Pour les victimes, les stratégies les plus opérantes sont par ordre décroissant : une prise en charge médicale, la présence d'aide extérieure avec un projet de ré-autonomisation et les conseils sur leurs droits. Pour les auteurs, les programmes de

"counseling" visant à réduire le stress, l'anxiété et la dépression semblent prometteurs et très bien acceptés. Les solutions essentiellement juridiques sont peu couronnées de succès.

2. De l'auteur d'agression sexuelle

La 5^e conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie s'intitulant "Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle" de novembre 2001 (35) et des recommandations émanant de la HAS en 2009 (36) bornent le parcours de soins des auteurs d'AS.

Le rôle du médecin traitant dans cette prise en charge est relativement réduit hors contexte d'injonction de soin où il occupe alors une place centrale dans la mesure où il décide, seul ou conseillé par le médecin coordonnateur, des modalités du soin à mettre en œuvre. Il est important de rappeler qu'un accès au dossier pénal existe dès lors que la personne est condamnée dans le cadre du suivi socio-judiciaire avec injonction de soins. Dans ce cadre, le médecin traitant dispose à sa demande des expertises et d'éléments du dossier pénal qui lui sont transmis par le médecin coordonnateur.

Les AS sont à replacer et à comprendre dans un contexte plus global, notamment en termes de co-morbidités somatique et psychique, voire psychiatrique, ainsi que de contexte social général. Ces éléments contextuels doivent être reconnus et pris en charge de manière adaptée. Les troubles psychiatriques caractérisés doivent être traités en priorité. Une réévaluation du comportement sexuel inapproprié doit être effectuée après stabilisation des troubles.

a) Psychothérapie

La psychothérapie, quelle qu'en soit la modalité, est une composante incontournable de la prise en charge thérapeutique. Elle n'exclut pas l'association à un traitement pharmacologique.

Différentes approches de la psychothérapie co-existent et peuvent être associées chez un même patient :

- **Approches psycho-dynamiques** : majoritairement utilisées en France et issues de la psychanalyse, elles proposent un cadre thérapeutique où la souffrance psychique des auteurs d'AS peut être entendue et représentée. Elles visent à étayer, développer, explorer et clarifier les relations mentales liées à la fantasmagorie en rapport avec la sexualité, d'aider le patient à gérer sa sexualité, à réinvestir la vie sociale et à repérer les situations vulnérabilisantes.

- **Thérapies comportementales et cognitives (TCC)** : elles se focalisent actuellement sur la prévention de la récidive par le biais de stratégies opératoires spécifiques et ciblées. Le contenu de ces programmes est découpé en modules ciblant des objectifs thérapeutiques prédéfinis. Chaque module tente de traiter des problématiques générales (habiletés sociales dont l'affirmation de soi, la gestion du stress et des émotions dont la colère, mais aussi l'estime de soi, l'éducation sexuelle et affective, le contrôle de la consommation de substances psychoactives, etc.) ou spécifiques en lien avec le passage à l'acte (les préférences sexuelles, la reconnaissance des faits ou le déni, les distorsions cognitives, l'empathie pour la victime et la prévention de la récidive, etc.)
- **Psychothérapies de groupe** : leurs buts sont de favoriser la prise de conscience de l'acte et d'éviter les passages à l'acte. Elles peuvent aider à préparer un travail individuel.
- **Psychothérapies familiales et systémiques** : leurs objectifs sont d'aider l'auteur d'agression à mieux comprendre le sens de son acte et ses répercussions familiales, à lutter contre les dysfonctionnements familiaux centrés sur "l'emprise" et le "secret".

Un récent article publié dans les Annales Médico-Psychologiques relate l'expérience enrichissante selon laquelle un Centre médico-psychologique (CMP) de l'ouest parisien prend en charge en psychothérapie groupale, avec une double approche à la fois psycho-dynamique et psycho-éducative, des patients déficients mentaux légers (QI entre 50 et 70) auteurs d'AS. Ces patients sont, à l'instar des auteurs de violences sexuelles dits valides, accessibles aux changements pour réduire leur potentiel transgressif de façon générale et en matière de passage à l'acte sexuel (37).

b) Pharmacothérapie

Deux situations sont à distinguer :

- le trouble sexuel apparaît dans le cadre d'une pathologie neurologique ou d'un **trouble psychiatrique caractérisé** (trouble bipolaire, psychose, conduite addictive, etc.). Dans ce cas, le traitement de ce trouble constitue un pré requis indispensable
- le trouble sexuel s'inscrit dans le cadre d'une **paraphilie** comme diagnostic principal. Une co-morbidité psychiatrique (dépression, conduite addictive) ou un trouble de personnalité peuvent être associés

(1) Traitements psychotropes

Les antipsychotiques et thymorégulateurs n'ont pas d'indication dans le cas d'un trouble du comportement sexuel, en dehors des cas où ce trouble est associé à un trouble psychiatrique caractérisé.

Les antidépresseurs de type inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS) ont fait l'objet d'études montrant un bénéfice dans l'indication paraphilie (38). En dépit de l'absence d'autorisation de mise sur le marché (AMM), ils sont souvent prescrits dans les paraphilies à faible risque de passage à l'acte (exhibitionnisme, pédophilie sans antécédent de passage à l'acte) et à forte tonalité compulsive, ou en cas de dépression associée. Les doses prescrites peuvent être progressivement augmentées, si besoin jusqu'à celles utilisées dans les troubles obsessionnels compulsifs.

(2) Traitements hormonaux

Il s'agit de traitements qui visent à diminuer le taux de testostérone, et limiter ainsi l'activité sexuelle déviante, mais également toute activité libidinale. La diminution de la testostérone réduit les érections mais aussi le désir sexuel. Toutefois les traitements freinateurs de la libido, appelés à tort "castration chimique", n'ont aucune action sur la déviance sexuelle proprement dite et leur effet anti-libido est réversible à l'arrêt du traitement.

Deux molécules disposent d'une AMM dans ce domaine en France :

- **ANDROCUR® 100 mg** (acétate de cyprotérone), dérivé progestatif disponible depuis le 21 juillet 2005 dans l'indication "*réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies en association à une prise en charge psychothérapeutique*". Il n'existe ni forme injectable, ni forme retard de ce produit en France.
- **SALVACYL LP®** (triptoréline), agoniste de la gonadolibérine (GnRH) disponible depuis le 23 août 2007 dans l'indication "*la réduction majeure et réversible des taux de testostérone afin de diminuer les pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviances sexuelles sévères. Le traitement par SALVACYL LP® doit être instauré et contrôlé par un psychiatre. Le traitement doit être associé à une psychothérapie dans le but de diminuer le comportement sexuel inapproprié*". Son mode d'administration exclusivement intramusculaire (1 injection tous les trois mois) facilite l'observance du traitement.

L'effet agoniste initial, qui conduit à une augmentation transitoire du taux de testostéronémie avec les analogues de la GnRH, doit obligatoirement être pris en compte dans la mise en route du traitement. Il est donc recommandé de prescrire un traitement initial par ANDROCUR® pendant au moins 10 jours avant de réaliser la première injection d'analogue de la GnRH. Ce traitement doit être maintenu au moins pendant le premier mois après la première injection

La prescription doit être réalisée après information complète (en particulier concernant les effets secondaires du produit) et consentement du sujet. Un suivi biologique et ostéodensitométrique sont recommandés.

Selon la FFP, les auteurs d'AS présentant une déficience intellectuelle feraient partie des indications préférentielles des traitements hormonaux. La HAS quant à elle, à partir d'une publication de THIBAUT, propose un algorithme de la prise en charge médicamenteuse des auteurs d'AS basé sur 6 niveaux de gravité croissante (Annexe D). Les recommandations d'instances médicales les plus récentes en la matière émanent de l'Académie de Médecine et rappellent que le traitement pharmacologique de référence reste la "castration chimique", à privilégier donc en première intention (39).

c) Manque d'évaluation

Plusieurs articles émanant de la revue Prescrire tendent à tempérer les effets de ces thérapies qu'elles soient ou non pharmacologiques et soulignent le manque de preuves de haut grade, notamment en terme de récurrence (40–42).

Une modération là encore en terme de récurrence est apportée par les auteurs de la 5^e conférence de consensus de la FFP : *"Il n'est pas possible d'établir aujourd'hui avec certitude que les traitements des auteurs d'agression sexuelle réduisent de façon significative le risque de récurrence. Cependant, plusieurs études font état d'une diminution des récurrences quand les personnes ont bénéficié de psychothérapies (comportementales et cognitives, systémiques) ou de thérapies biologiques. Cette diminution paraît plus marquée pour ces dernières"*.

3. Programme d'éducation et de prévention

Un autre axe qu'il convient de ne pas méconnaître est celui du travail en amont de l'AS, c'est à dire d'une part la prévention et l'éducation des résidents d'institutions d'adultes handicapés et d'autre part celle du personnel soignant qui y travaille.

Une publication américaine est tout à fait encourageante à ce propos. Elle évaluait le rôle d'un programme de prévention de violences sexuelles mené auprès de femmes présentant une

déficience mentale moyenne à sévère (QI entre 25 et 55). Le programme poursuivait un triple objectif : s'opposer verbalement, s'éloigner de l'agresseur et alerter un membre du personnel. Des mises en situations par jeu de rôle permettaient d'appréhender les compétences acquises par cette intervention. Celle-ci avait un effet tout à fait favorable jusqu'à un mois après la fin de l'intervention. (43).

IV. DISCUSSION

A. Réflexions autour du terme agression sexuelle

Il est important de préciser que les concepts juridiques et psychiatriques concernant les transgressions sexuelles ne se superposent pas. Tous les auteurs de violence sexuelle ne sont pas des malades mentaux, loin s'en faut ; et toutes les personnes présentant des déviations sexuelles ne sont pas des délinquants. Les classifications psychiatriques tiennent compte du sujet, de la récurrence ou de la persistance du trouble, alors que les catégories pénales ne se basent que sur la commission et l'intention de l'acte.

1. Classifications médicale et psychiatrique

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préfère le terme de **violences sexuelles** qui est plus large et en donne cette définition : *"Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail"* (44).

Les **troubles des conduites sexuelles** sont définies médicalement par deux classifications :

- la Classification Internationale des Maladies dans sa 10^e version (CIM 10) : sous le terme des **troubles de la préférence sexuelle**
- la classification du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders actuellement dans sa 5^e version (DSM 5) mais encore non traduite en français : sous le terme de **paraphilie** (exhibitionnisme, voyeurisme, fétichisme, pédophilie, sadisme, masochisme, frotteurisme, transvestisme, fétichisme et paraphilies non spécifiées)

Les **compulsions sexuelles** sont à distinguer des paraphilies. Aucun critère diagnostique de ce trouble ne figure dans la classification du DSM V. Il n'y a aucun critère opérant reconnu au niveau international et deux définitions antinomiques se font face.

Selon Kafka, le diagnostic de paraphilie élimine d'emblée la compulsion sexuelle. Le diagnostic de compulsion sexuelle nécessite la présence de fantasmes sexuelles, d'activités sexuelles excessives selon le contexte culturel en vigueur, ou d'un comportement sexuel

augmentant en intensité ou en fréquence pendant plus de 6 mois interférant avec les capacités d'entretien de relations affectives réciproques (45).

Pour Coleman et al, la compulsion sexuelle n'exclut pas le diagnostic de paraphilies concomitantes. Les critères diagnostiques sont une activité sexuelle récurrente et intense, normophile ou paraphilique, avec des fantaisies, des urgences sexuelles ou des comportements sexuels causant significativement une détresse sociale et entravant le fonctionnement normal de l'individu (46).

2. Considérations pénales

Nous ne reviendrons pas sur les définitions pénales des différentes formes d'AS précédemment exposées. Il est cependant nécessaire de préciser pour qu'il y ait responsabilité en droit pénal français, il faut qu'ait été commis un acte délictueux, un délit ou un crime, c'est-à-dire une infraction définie par la loi, laquelle donne lieu à une sanction, également prévue par la loi et appliquée par un juge pénal. C'est au travers de l'**intentionnalité** du crime et du délit qu'est étudiée en droit pénal français l'irresponsabilité pénale.

L'article 121-3 du CP prévoit qu'il n'y a ni crime ni délit sans intention de le commettre. Tout crime est donc intentionnel, tout délit est normalement intentionnel sauf imprudence, négligence ou mise en danger d'autrui.

Le CP prévoit des causes exceptionnelles d'irresponsabilité pénale et d'atténuation de la responsabilité : il s'agit de la contrainte (art. 122-2), de l'erreur de droit (art. 122-3), de la légitime défense (art. 122-5), de l'état de nécessité (art. 122-7), de la minorité (art. 122-8) et des troubles psychiques (art. 122-1).

Notons au passage que jusqu'en 1993, l'article 64 de l'ancien CP permettait, depuis 1810, d'exonérer les malades mentaux de leur responsabilité pénale. "*Il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.*"

L'article 122-1 du CP définit donc l'irresponsabilité des malades mentaux et comporte deux alinéas :

"N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes"

"La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. [...]"

Dans le droit contemporain, la sanction suppose la responsabilité, laquelle n'est envisageable que si les faits sont imputables à la personne mise en examen. Le trouble psychique ou neuropsychique ne peut constituer une cause de non-imputabilité que s'il est responsable de la perte du libre arbitre. Celui-ci survient lorsque, du fait d'une cause pathologique et non d'un simple état passager (colère, passion, intoxication alcoolique...), la personne perd alors la capacité de vouloir, c'est-à-dire de contrôler ses actes, ou de comprendre, c'est-à-dire d'appréhender les conséquences de ses actes (47).

En pratique, le psychiatre expert nommé par le juge au cours de l'instruction judiciaire d'une personne ayant commis un délit ou un crime sexuel doit établir un diagnostic de troubles psychiques ou neuro-psychiques en se référant à une classification reconnue par la communauté médicale ; puis il doit démontrer la relation directe entre ce type de trouble et l'atteinte du discernement et du contrôle des actes. Il doit aussi démontrer que cette abolition était ou non effective au moment des faits reprochés et qu'elle a contribué à leur survenue. L'ensemble de ses conclusions fera l'objet d'un rapport au formalisme scrupuleux.

Il en résulte trois issues possibles :

- L'expert reconnaît une irresponsabilité pénale au sens de l'article 122-1 alinéa1 du CP.
- L'expert conclut à la responsabilité pénale.
- L'expert est en faveur d'une responsabilité atténuée selon l'article 122-1 alinéa2 du CP.

3. Alternatives ?

Faudrait-il alors parler de comportements sexuels inadaptés si l'on ne retient pas le caractère intentionnel de l'acte, ce qui peut être régulièrement le cas en cas de troubles psychiques ?

Ces comportements peuvent en effet résulter d'une désinhibition générale ou d'un trouble des convenances sociales en rapport avec des difficultés d'analyse du contexte et des capacités de partager les expériences émotionnelles des autres. Il est nécessaire de distinguer de ces comportements, les manifestations sans connotation sexuelle, qui témoignent d'une recherche d'affection ou qui sont la conséquence de simples perturbations cognitives.

Qu'elle que soit la dénomination accordée à ces comportements, nous devons garder à l'esprit l'aspect intrusif et fortement préjudiciable pour les personnes qui en sont victimes.

B. Droit à la sexualité des personnes handicapées : entre vulnérabilité et consentement

Dans bien des établissements destinés aux personnes handicapées, de multiples attitudes d'évitement ou de déni de la sexualité sont de mise. Pourtant la résolution A3-231 de 1992 du Parlement européen stipule : "*L'éducation affective et sexuelle des handicapés mentaux doit être renforcée par une meilleure prise en compte de la particularité de leur situation et qu'ils doivent, comme tous les êtres humains, avoir la possibilité de satisfaire leurs besoins sexuels.*"

Un établissement psychiatrique girondin a été condamné en 2012 par la Cour d'Appel Administrative de BORDEAUX pour avoir interdit dans son règlement intérieur à tous les patients de l'unité d'avoir des relations sexuelles entre eux (48). Ce principe se heurte cependant à une réalité qui ne peut être occultée et qui a été réaffirmée par J-M DELARUE, alors contrôleur général des lieux de privation de liberté, s'exprimant à l'occasion d'une audition devant la mission d'information sur la santé mentale et la psychiatrie à l'Assemblée Nationale. Reprenant des situations de son rapport annuel concernant l'année 2012, il rappelait que "*beaucoup de malades ont peur la nuit parce que les chambres ne sont pas fermées*". Il a été évoqué à ce titre la difficulté posée par les relations sexuelles non consenties dans les établissements psychiatriques. Il s'est déclaré incapable de quantifier ces situations tout en affirmant être destinataire des plaintes. Selon lui, ce phénomène n'est pas marginal et nécessite de "*respecter la vie privée des personnes, et au moins leur intégrité corporelle [...]. Cela n'est pas tout à fait garanti dans l'état actuel*" (49).

Le consentement est l'élément juridique fondamental dégagé par la théorie de l'autonomie de la volonté. Les personnes handicapées peuvent être vulnérables et l'approche du principe du consentement les concernant s'avère particulièrement complexe. Si l'expression du consentement du handicapé physique n'est, en règle générale, pas problématique, il en est tout autre du handicapé mental. En effet, les troubles psychiques sont fortement susceptibles d'altérer l'aptitude à consentir. Il en va ainsi pour des relations sexuelles auxquelles elles consentiraient pendant un séjour, plus ou moins long, en institut médico-social.

Le droit énoncé par le juge administratif bordelais vient donc seulement préciser qu'aucune interdiction d'activité sexuelle à caractère général et absolu ne peut être instaurée. La question

est dès lors très ouverte puisqu'il faudrait déterminer un état de santé et/ou un traitement incompatible avec des relations sexuelles. En sus, il faudrait également évaluer le degré de consentement à une relation sexuelle de certaines personnes vulnérables. L'obligation de protection des patients par le personnel soignant, médecin y compris, supposerait donc que celui-ci détermine le seuil entre une relation librement consentie entre deux patients et l'abus sur personne vulnérable. Dans cette optique, les soignants devraient donc décider de la nature de la relation qui est acceptable et celle qui ne le serait pas...

Lichtenberg et Strzepak ont essayé de conceptualiser la notion du consentement chez les patients atteints de démence (50) afin de guider et rationaliser le raisonnement des soignants devant ces situations délicates.

Évaluation de la compétence à s'engager dans une relation sexuelle

1° Prise de conscience de la relation par le patient :

- a) Le patient est-il conscient de la personne qui initie le contact sexuel ?
- b) Une idée délirante ou une méprise dans l'identification affecte-t-elle le choix du patient (le patient méprend-il l'autre personne pour son partenaire) ?
- c) Le patient peut-il exprimer le degré d'intimité sexuelle avec lequel il se sentirait à l'aise ?

2° Capacité du patient à éviter une situation d'abus :

- a) Le comportement est-il conforme aux convictions et aux valeurs antérieures du patient ?
- b) Le patient a-t-il la capacité de refuser un contact sexuel non invité ?

3° Conscience du patient des risques potentiels :

- a) Le patient se rend-il compte que la relation peut être limitée dans le temps ?
- b) Le patient peut-il décrire sa réaction quand et si la relation prend fin ?

Adaptation de Series et Dégano avec l'autorisation du Royal College of Psychiatrists (51)

C. Secret professionnel

De très ancienne tradition, le secret médical reste un des piliers de l'exercice de la médecine contemporaine. En effet, "*il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret*" (52). La jurisprudence renchérit encore sur ces dispositions en proclamant que le secret médical revêt un caractère général et absolu.

La Cour de Cassation de Rennes dans l'arrêt en date du 27 avril 2011 (53) estime que le secret médical couvre tous les actes de maltraitance physique et psychologique subis par des personnes âgées hospitalisées dans un service de gériatrie .

Elle estime donc que le secret médical ne se limite pas aux confidences ou informations recueillies par le médecin traitant de son patient , mais qu'il couvre également **toutes les informations qui sont venues à la connaissance du médecin, même par des tiers.**

La Cour de Cassation infirme ainsi la condamnation prononcée à l'encontre d'un chef de service de gériatrie par la Cour d'Appel d'ANGERS qui avait reproché au médecin de n'avoir pas dénoncé des actes de maltraitance subis dans le service par des personnes âgées, actes prodigués par du personnel infirmier.

D. Signalement

Prendre en charge un patient prétendu victime ou supposé auteur d'AS **avant la judiciarisation** est un exercice délicat pour le médecin généraliste. En effet à ce stade, il s'agit plutôt du **traitement de l'information** recueillie auprès du patient ou reçue de son entourage que d'un véritable traitement médical.

Prendre en charge un patient supposé agresseur sexuel **durant la judiciarisation** est plus facile sur le plan de la responsabilité professionnelle, mais va confronter le médecin à divers cas de conscience même s'il a l'appui des lois.

1. Avant la judiciarisation

L'article 226-14 1° du CP prévoit que le secret médical n'est pas applicable " *à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, dont il a connaissance et qui ont été infligés [...] à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique* ".

Cet article **autorise** les médecins qui en ont connaissance à dénoncer les sévices et privations. Le rapprochement de ces dispositions avec celles des articles 434-1 et 434-3 du CP réprimant la non-dénonciation de crime et qui exclut expressément leur application aux personnes tenues au secret professionnel et de l'article 44 du CDM montre clairement qu'il ne s'agit pas d'une obligation de dénonciation pour le médecin.

Ce n'est pas l'objection du secret professionnel qui peut retenir le médecin, mais la difficulté d'appréciation de la situation peut le conduire au moins temporairement, à préférer d'autres

mesures (hospitalisation ou tout moyen approprié pour soustraire la victime aux sévices) que le signalement.

Il convient de rappeler qu'en cas de mauvais traitements un médecin ne saurait rester passif sans encourir les peines prévues à l'article 223-6 du CP réprimant la non-assistance à personne en péril (54). Subtilité sémantique en droit, le danger se distingue du péril (55) : le danger est continu, et la situation ne peut pas être réglée par une action immédiate, alors que le péril est ponctuel, voire imminent, et la situation peut être résolue par une action immédiate. Ainsi, alors que sauver un homme de la noyade met un terme au péril, s'interposer entre une femme victime de violences conjugales et son mari ne met pas fin au danger : l'homme pourra, plus tard, ailleurs, en l'absence de tiers, réitérer ses agressions. Il est obligatoire de prêter assistance à une personne en péril, soit par "*une action personnelle*", soit "*en provoquant un secours*" (art. 223-6 du CP). C'est d'ailleurs par le biais de cet article que les médecins risquent le plus d'être poursuivis. Un jugement en ce sens a été rendu par la Cour de Cassation de RENNES en 2011 (56). En outre, il ne faut pas confondre la non-assistance à personne en péril (art. 223-6 du CP) avec le non signalement d'une personne vulnérable en danger (art. 434-3 du CP), et encore moins avec la non-assistance à personne en danger, qui n'existe pas.

L'article 226-14 2° du CP autorise également le médecin à "*porter à la connaissance du Procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ont été commises*". Notons toutefois que depuis la dernière modification de cet alinéa en date du 7 mars 2007, cette révélation n'est plus subordonnée à l'accord de la victime quand celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

De même, un médecin qui soupçonne qu'un patient vulnérable est victime de sévices et ne peut se défendre ou exprimer sa volonté, se demande s'il peut dénoncer. Encore une fois, si le médecin n'a que des doutes et s'il pense pouvoir aider le malade en le soustrayant à son environnement, l'hospitalisation offre la meilleure solution.

2. Durant la judiciarisation

Si le médecin ignorait les soupçons pesant sur son malade, se pose alors le problème du **témoignage en justice**.

Dès le stade de la garde à vue le médecin traitant peut être contacté par des services de police ou de gendarmerie. Tout au long de l'instruction il peut être convoqué par un magistrat.

Si le dossier médical est saisi par la justice, la présence d'un représentant de l'Ordre des Médecins veillera à la régularité des opérations menées par un officier de police judiciaire.

Reste à savoir si le médecin peut continuer à donner les soins à ce patient pour le cas où il serait en liberté ou choisi par ce dernier dans le cadre du suivi socio-judiciaire. On conçoit que le médecin qui estimera avoir été maintenu dans l'ignorance de faits graves désire se retirer. Il pourra invoquer l'article 47 du CDM : "[...] *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.*"

Enfin et bien qu'il n'y soit pas tenu, un médecin peut estimer devoir témoigner en justice si son témoignage peut empêcher de condamner un innocent (57). Par ailleurs sa profession ne lui interdit pas de témoigner à titre de simple citoyen, indépendamment de tout élément recueilli au cours de son exercice professionnel.

E. Responsabilité des institutions médico-sociales

Au travers de la comparaison rapide de deux affaires impliquant des violences entre résidents, essayons de saisir à quelle niveau intervient la responsabilité de l'établissement.

Cas 1 : Une pensionnaire d'une maison de retraite est victime d'attouchements sexuels de la part d'un autre résident de l'établissement. Le personnel de nuit appelle l'infirmière de garde. Celle-ci ne juge pas utile de se déplacer et ne donne aucune consigne particulière au personnel sur place. Les deux aides-soignantes qui assurent la surveillance de nuit des 150 pensionnaires de l'établissement font avec les moyens du bord : elles bloquent la porte de la chambre de l'agresseur avec un chariot pour éviter qu'il ne récidive pendant la nuit. Bien que la victime soit en état de choc, aucun soin ne lui est prodigué.

Une plainte est déposée contre l'agresseur. Celui-ci décède avant que le tribunal correctionnel n'ait le temps de le juger. Les tuteurs de la victime recherchent la responsabilité de l'EHPAD.

Le tribunal administratif de Poitiers leur donne raison et **condamne l'EHPAD** à leur verser 10 000 euros pour réparer les troubles dans les conditions d'existence de la victime (58).

Cas 2 : Le pensionnaire d'une maison de retraite, atteint de la maladie d'Alzheimer, est mortellement frappé, au cours de déambulations nocturnes, par un autre résident souffrant de la même maladie.

Ses ayants droit recherchent la responsabilité de l'établissement à deux titres :

- sur le fondement de l'article 1384 du Code Civil en qualité de civilement responsable du pensionnaire dont il avait la garde
- sur le terrain contractuel pour défaut de surveillance d'un pensionnaire connu pour son agressivité.

Les juridictions civiles **écartent toute responsabilité de l'établissement**, ce que confirme la Cour de Cassation (59).

Dans le **premier récit**, il y a clairement manquement aux responsabilités de l'EHPAD concerné. Il doit mettre en place une surveillance renforcée des pensionnaires qui font preuve d'agressivité ou de gestes déplacés à l'encontre d'autres résidents et prendre des mesures pour assurer la sécurité des résidents. En cas d'agression d'un résident, il ne faut pas chercher à minimiser la gravité des faits. Quel que soit l'âge de l'agresseur, de tels faits restent délictueux, voire criminels, et ne peuvent rester sans réponse de la part de l'établissement qui peut engager sa responsabilité pour **non assistance à personne en péril** ou pour **non dénonciation de mauvais traitements à une personne vulnérable**. Outre un signalement des faits au Procureur de la République, il appartenait à l'EHPAD de solliciter immédiatement un examen médical de la victime et d'informer sans délai la famille de la nature exacte de l'agression commise.

Dans le **second récit**, l'auteur des coups mortels, étant hébergé à la maison de retraite en vertu d'un **contrat**, la Cour d'Appel a retenu que cette dernière ne pouvait être considérée comme responsable, au titre de l'article 1384 du Code Civil (portant sur la responsabilité des personnes dont on a la garde), des dommages causés par lui. La présence d'un contrat liant le pensionnaire à la maison de retraite neutralise donc toute recherche en responsabilité quasi-délictuelle de l'établissement. Seule la **responsabilité contractuelle** de ce dernier peut être envisagée. Sur le terrain contractuel, les maisons de retraite ne sont pas tenues d'une obligation de sécurité de résultat mais de moyens. Il leur appartient de surveiller les pensionnaires qui leur sont confiés pour éviter qu'ils ne s'exposent à des dangers ou y exposent autrui. Toute violation du protocole interne de l'établissement ne suffit pas à engager leur responsabilité. Encore faut-il qu'un lien de causalité soit établi entre le manquement constaté et le dommage.

F. Problèmes éthiques

1. Que faire en cas de refus d'examen de la victime ?

Il peut s'expliquer par les troubles mentaux que présente la victime. Mais, ce refus d'examen peut avoir des conséquences délétères si la victime ou sa famille décident plus tard de porter plainte (exemple en cas de séroconversion VIH ultérieure). Deux situations sont alors à distinguer selon que la victime soit ou ne soit pas sous une mesure de protection juridique.

En dehors d'un régime de protection, c'est l'article 36 du CDM qui doit s'appliquer. "[...] Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. [...]". Le CNOM précise dans ses commentaires du code que si le patient refuse ce qui lui est proposé, le médecin ne doit pas se satisfaire d'un seul refus. Il doit s'efforcer de le convaincre en lui apportant à nouveau toutes les précisions nécessaires, en s'assurant qu'elles sont correctement comprises et au besoin solliciter l'avis d'un second consultant.

Lorsque la victime est **sous le fait d'un régime de protection**, quel qu'il soit (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle), c'est l'article 42 du CDM qui régit le consentement de l'intéressé. "Un médecin appelé à donner des soins [...] à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir [...] son représentant légal et d'obtenir (son) consentement. [...] Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible." La loi n°2007-305 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a conservé le **principe d'autonomie de la personne** ; en la laissant prendre elle-même les décisions touchant à sa personne.

Toutefois, **en cas d'urgence**, le médecin doit **prodiguer les soins nécessaires**. Reste à cerner la notion d'urgence. La Cour de Cassation la définit de façon assez souple comme une nécessité évidente ou un danger imminent pour le patient (60,61).

Le médecin généraliste se doit donc d'apprécier en conscience cette notion d'urgence dans le seul but d'apporter des soins de qualité et acceptable pour la victime.

2. Utilisation de traitement anti libido

Hors les recommandations de la HAS, mais qui ne concernent stricto sensu que le traitement des auteurs d'AS envers des mineurs de moins de 15 ans, il n'y a pas de guide de bonne pratique de prescription concernant les traitements anti-libido.

Le seul traitement disponible sous la plume du médecin généraliste est l' **ANDROCUR® 100 mg** (acétate de cyprotérone), le second disponible en France contenant dans son AMM "réduction des pulsions sexuelles" étant réservé aux médecins psychiatres.

Chaque médecin garde sa liberté de prescription avec l'option de prescrire hors AMM, notamment lorsqu'il estime qu'un médicament est nécessaire pour le traitement de son patient, mais il engage alors son entière responsabilité tant sur le plan juridique qu'ordinal. Avec la récente affaire concernant le MEDIATOR® (benfluorex), ce mode de prescription devient légalement dangereux.

Le CCNE a publié deux avis concernant ces traitements (62,63). Ils ne sont plus forcément tout à fait d'actualité dans la mesure où ils ont été rédigés avant la disposition de l'AMM de ces deux spécialités mais la réflexion de fond reste pertinente. Il en ressort d'une part que la relation médecin-malade classique se trouve biaisée par le contexte même des soins pénalement obligés et devient une **relation médecin-condamné** où le patient (condamné) se voit imposer un traitement ; d'autre part le CCNE insiste sur la nécessité absolue de l'obtention du **consentement** libre éclairé, exprimé par écrit et renouvelé au moins annuellement.

Il serait dangereusement illusoire de croire que leur efficacité est totale. Seul l'effet biologique des anti-androgènes peut être garanti. On a observé quelques rares **récidives** sous anti-androgènes mais également après castration chirurgicale dans les pays où elle est encore autorisée. Il faut également garder à l'esprit qu'en prescrivant systématiquement des anti-androgènes, on adopte une **solution de facilité** maintenant le patient dans une position passive qui ne permet d'aborder les conflits psychiques sous-jacents à son comportement déviant. On prendrait ainsi le risque de lui offrir un alibi s'il était soupçonné de récidive et le cas échéant de le déresponsabiliser en confondant récidive et échec thérapeutique, avec un déplacement de la responsabilité vers le prescripteur.

Prescrire un traitement anti-androgène à l'auteur d'AS, c'est lui apporter un traitement **symptomatique** efficace. Mais une telle prescription ne peut être banalisée ; elle se situe le plus souvent dans un contexte de pression socio-familiale ou judiciaire et suppose une bonne maîtrise de la relation avec le patient, où cohabitent l'objectif de soigner et celui d'empêcher de nuire.

V. CONCLUSION

Notre travail montre que la problématique d'AS entre résidents d'établissement médico-social est un phénomène complexe qui nécessite une approche pluridisciplinaire. La revue de la littérature a permis de confirmer que peu d'articles scientifiques se consacrent spécifiquement à ce thème. Pourtant les conséquences médicales pour les victimes sont très délétères et les auteurs d'AS demeurent le plus souvent impunis. Devant ce constat préoccupant, il paraît indispensable de sensibiliser le personnel soignant à ce type de comportement pour en éviter la banalisation et améliorer la prise en charge des victimes.

Le médecin traitant a été conforté dans son rôle central du système de soins depuis la réforme de l'Assurance Maladie de 2004 et il est en première ligne pour dépister et signaler ces dérives comportementales. Il lui appartient alors en conscience de choisir de signaler ou non ces situations de violence, la judiciarisation à outrance n'étant pas nécessairement l'objectif recherché.

Enfin le traitement des auteurs d'AS soulève de profonds questionnements éthiques lorsqu'il découle d'une injonction de soins sortant le médecin de son rôle de thérapeute habituel pour lui faire endosser une fonction juridique d'apporteur de peine.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Rosen T, Lachs MS, Pillemer K. Sexual aggression between residents in nursing homes: literature synthesis of an underrecognized problem. *J Am Geriatr Soc.* oct 2010;58(10):1970-9.
2. Malmedal W, Iversen MH, Kilvik A. Sexual abuse of older nursing home residents: a literature review. *Nurs Res Pract.* 2015;2015:902515.
3. Tassy S, Gorincour G, Leistedt SJ. Questioning the legal treatment of the elderly: what would have happened if DSK was a resident in a retirement home? Probably nothing! *Int J Geriatr Psychiatry.* 1 mars 2013;28(3):326-326.
4. Burgess AW, Dowdell EB, Prentky RA. Sexual abuse of nursing home residents. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* juin 2000;38(6):10-8.
5. Burgess AW, Prentky RA, Dowdell EB. Sexual predators in nursing homes. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* août 2000;38(8):26-35.
6. Pamela B. Teaster, PhD KAR, MS JOD, MS MK. Sexual Abuse of Older Adults: Preliminary Findings of Cases in Virginia. *J Elder Abuse Negl.* 19 mars 2001;12(3-4):1-16.
7. Teaster, Roberto. Sexual Abuse of Older Women Living in Nursing Homes. *J Gerontol Soc Work.* 12 janv 2004;40(4):105-19.
8. Teaster PB, Roberto KA. Sexual Abuse of Older Adults: APS Cases and Outcomes. *The Gerontologist.* 12 janv 2004;44(6):788-96.
9. Burgess AW, Phillips SL. Sexual Abuse and Dementia in Older People. *J Am Geriatr Soc.* 1 juill 2006;54(7):1154-5.
10. Teaster PB, Ramsey-Klawnsnik H, Mendiondo MS, Abner E, Cecil K, Tooms M. From behind the shadows: a profile of the sexual abuse of older men residing in nursing homes. *J Elder Abuse Negl.* 2007;19(1-2):29-45.
11. Rosen T, Lachs MS, Bharucha AJ, Stevens SM, Teresi JA, Nebres F, et al. Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: insights from focus groups of nursing home residents and staff. *J Am Geriatr Soc.* août 2008;56(8):1398-408.
12. Ramsey-Klawnsnik H, Teaster PB, Mendiondo MS, Marcum JL, Abner EL. Sexual Predators Who Target Elders: Findings from the First National Study of Sexual Abuse in Care Facilities. *J Elder Abuse Negl.* 8 oct 2008;20(4):353-76.
13. Pillemer K, Chen EK, Van Haitsma KS, Teresi J, Ramirez M, Silver S, et al. Resident-to-resident aggression in nursing homes: results from a qualitative event reconstruction study. *The Gerontologist.* févr 2012;52(1):24-33.
14. Ramsey-Klawnsnik H, Teaster PB. Sexual Abuse Happens in Healthcare Facilities-What Can Be Done To Prevent It? *Generations.* 2012;36(3):53-9.
15. COUTURE G, BOUCHER C, MATHIEU C. Les agressions sexuelles subies par les personnes adultes présentant une déficience intellectuelle : Rapport de recherche présenté à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Trois-Rivières, Québec: CRDITED MCQ - Institut universitaire; 2013 août p. 95p. Report No.: 978-2-922227-33-8.

16. R. Ferrari. Bilan 2012 de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cité 9 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/bilan-2012-de-l-observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs.html>
17. Dominique PERBEN. JO [Internet]. 2003 [cité 8 févr 2015]. Disponible sur: <http://questions.assemblee-nationale.fr/q12/12-16460QE.htm>
18. Code de procédure pénale - Article 706-47-1 | Legifrance [Internet]. [cité 10 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006577686&cidTexte=LEGITEXT000006071154&categorieLien=id&dateTexte=20080229>
19. Haute Autorité de Santé - Certificat médical initial concernant une personne victime de violences [Internet]. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1120330/fr/certificat-medical-initial-concernant-une-personne-victime-de-violences
20. Guillet-May F, Thiebaugeorges O. Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. *Médecine Droit*. janv 2006;2006(76):35-43.
21. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 22 novembre 1982, 81-92.856, Publié au bulletin | Legifrance [Internet]. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000007061092>
22. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 30 juin 1999, 98-81.267, Inédit | Legifrance [Internet]. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000007568589&fastReqId=1643087087&fastPos=1>
23. Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 6 février 2001, 00-84.692, Publié au bulletin | Legifrance [Internet]. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000007069005&fastReqId=1157847588&fastPos=1>
24. Code pénal - Article R624-1 | Legifrance [Internet]. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006419498&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
25. Code pénal - Article R625-1 | Legifrance [Internet]. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006419511&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
26. Code pénal - Article 222-7 | Legifrance [Internet]. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417608&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
27. Code pénal - Article 222-13 | Legifrance [Internet]. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000026268263>
28. Saint-Martin P, Bouyssy M, Jacquet A, O'Byrne P. Les victimes d'abus sexuels: éléments médico-légaux et suites judiciaires (analyse de 756 cas). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. oct 2007;36(6):588-94.

29. Code civil - Article 468 | Legifrance [Internet]. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006427798&dateTexte=&categorieLien=cid>
30. Code civil - Article 475 | Legifrance [Internet]. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006427816&dateTexte=&categorieLien=cid>
31. DUCROCQ F. Approches thérapeutiques immédiates et post-immédiates du psychotraumatisme. *Rev Francoph Stress Trauma*. 2009;9(4):237-40.
32. Kapp MB. Is law good therapy for institutional adult abuse? *J Am Med Dir Assoc*. avr 2005;6(2):159.
33. Daly JM, Jogerst GJ. Association of knowledge of adult protective services legislation with rates of reporting of abuse in Iowa nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*. avr 2005;6(2):113-20.
34. Daphne Nahmiash, Myrna Reis. Most Successful Intervention Strategies for Abused Older Adults. *J Elder Abuse Negl*. 19 mars 2001;12(3-4):53-70.
35. Fédération française de psychiatrie, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France). *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle: conférence de consensus*, 22-23 novembre 2001, Paris, Hôpital de la Salpêtrière. [Paris] (3 rue Brantôme, 75003); [Montrouge]: Fédération française de psychiatrie ; J. Libbey Eurotext; 2001.
36. Haute Autorité de Santé - Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans [Internet]. [cité 17 avr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930913/fr/prise-en-charge-des-auteurs-dagression-sexuelle-a-lencontre-de-mineurs-de-moins-de-15-ans
37. Hajbi M, Robin N. Approche psychothérapeutique groupale des majeurs déficients mentaux auteurs de violences sexuelles. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. févr 2015;173(1):46-53.
38. Baratta A, Javelot H, Morali A, Halleguen O, Weiner L. Place des antidépresseurs dans le traitement des auteurs d'infractions sexuelles. *Sexologies*. juill 2012;21(3):138-42.
39. 10-08 La prévention médicale de la récurrence chez les délinquants sexuels Medical prevention of recidivism by sexual delinquents | Académie nationale de médecine [Internet]. [cité 17 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100036185/>
40. Auteurs d'agressions sexuelles : une évaluation indigente des prises en charge. *Prescrire*. mars 2007;27(281):207-9.
41. Cyprotérone - Androcur[®] et autre. En prévention des agressions sexuelles : une évaluation à poursuivre. *Prescrire*. mars 2007;27(281):173.
42. Triptoréline et agressions sexuelles - Salvacyl[®] LP. Une évaluation clinique indigente. *Prescrire*. Fév 2010;30(316):98.
43. Lumley VA, Miltenberger RG, Long ES, Rapp JT, Roberts JA. Evaluation of a sexual abuse prevention program for adults with mental retardation. *J Appl Behav Anal*. 1998;31(1):91-101.
44. WHO | Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence [Internet]. WHO. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/intimate/en/

45. Kafka MP. Hypersexual Desire in Males: An Operational Definition and Clinical Implications for Males with Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders. *Arch Sex Behav.* 1 oct 1997;26(5):505-26.
46. Coleman E, N R, A M. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minn Med.* juill 2003;86(7):42-7.
47. Cordier B, Lachaux B. Controverses : l'excuse de la folie. *Interpsy.* 2004;(1):19-22.
48. Cour administrative d'appel de Bordeaux, 2ème chambre (formation à 3), 06/11/2012, 11BX01790, Inédit au recueil Lebon [Internet]. Inédit au recueil Lebon. 2012 [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000026654357>
49. 2013-02-21 (pner/parl/ssc) Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté donne ses positions par rapport à la loi du 5 juillet 2011 et aux droits des patients sous contrainte, devant la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. [Internet]. [cité 15 févr 2015]. Disponible sur: <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/2013-02-21-pner-parl-ssc-Le-Controleur-general-des-lieux-de-privation-de-liberte-donne-ses-positions-par-rapport-a-la-loi-du#Le-droit-a-la-vie-privee-peu-respecte-en-psychiatrie-controleur-general-nbsp>
50. Lichtenberg PA, Strzepak DM. Assessments of Institutionalized Dementia Patients' Competencies to Participate in Intimate Relationships. *The Gerontologist.* 2 janv 1990;30(1):117-20.
51. Series H, Dégano P. Hypersexuality in dementia. *Adv Psychiatr Treat.* 1 nov 2005;11(6):424-31.
52. Hoerni B. *Ethique et déontologie médicale : Permanence et progrès.* Paris: Editions Masson; 2000. 115 p.
53. Cour de cassation, criminelle, Chambre criminelle, 27 avril 2011, 10-82.200, Inédit [Internet]. Inédit. 2011 [cité 14 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000023930422&fastReqId=64330866&fastPos=2>
54. Article 4 - Secret professionnel | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 14 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>
55. La protection des personnes vulnérables [Internet]. *Gazette Santé Social.* [cité 30 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.gazette-sante-social.fr/12312/la-protection-des-personnes-vulnerables>
56. Duval S. Maltraitements, secret, dénonciation et assistance. *Droit Déontologie Soins.* mars 2014;14(1):87-96.
57. Code pénal - Article 434-11 | Legifrance [Internet]. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418632&dateTexte=&categorieLien=cid>
58. TA Poitiers 22 novembre 2012.pdf - TA_Poitiers_22_novembre_2012_Agression_pensionnaire_responsabilite_EHPAD_Observatoire_Smacl.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.observatoire->

collectivites.org/IMG/pdf/TA_Poitiers_22_novembre_2012_Agression_pensionnaire_responsabi
lite_EHPAD_Observatoire_Smacl.pdf

59. Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 15 décembre 2011, 10-25.740, Publié au bulletin | Legifrance [Internet]. [cité 17 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT00024987618&fastReqId=2022599086&fastPos=1>
60. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 29 mai 1984, 82-15.433, Publié au bulletin [Internet]. [cité 21 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.juritravail.com/jurisprudence/JURITEXT000007013398.html>
61. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 11 octobre 1988, 86-12.832, Publié au bulletin | Legifrance [Internet]. [cité 17 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT00007021614&fastReqId=1034903836&fastPos=1>
62. Comité Consultatif National d’Ethique. N° 39 : Avis sur la prescription de substances antiandrogéniques à des détenus condamnés pour des infractions à caractère sexuel [Internet]. 1993 [cité 17 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-sur-la-prescription-de-substances-antiandrogeniques-des-detenus-condamnes-pour-des#.VTUuJZMvuWN>
63. Comité Consultatif National d’Ethique. N° 51 : Recommandations sur un projet de loi « renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs » [Internet]. 1996 [cité 17 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/recommandations-sur-un-projet-de-loi-renforçant-la-prevention-et-la-repression-des#.VTUujpMvuWP>
64. Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW, WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry*. juin 2010;11(4):604-55.

La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette loi régit près de 32 000 structures, ce qui représente plus d'un million de places et plus de 400 000 salariés.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie, parue dans l'annexe à l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles, est un des sept nouveaux outils pour l'exercice de ces droits.

Article 1 - Principe de non discrimination

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

Article 2 - Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

Article 3 - Droit à l'information

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

Article 4 - Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

- 1°) la personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;
- 2°) le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.
- 3°) le droit à la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne, lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

Article 5 - Droit à la renonciation

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication, prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation, et des procédures de révision existantes en ces domaines.

Article 6 - Droit au respect des liens familiaux

La prise en charge ou l'accompagnement, doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse, prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

Article 7 - Droit à la protection

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

Article 8 - Droit à l'autonomie

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Article 9 - Principe de prévention et de soutien

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

Article 10 - Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

Article 11 - Droit à la pratique religieuse

Les conditions de la pratique religieuse y compris la visite de représentants des différentes confessions doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'abstiennent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

Article 12 - Respect de la dignité de la personne et de son intimité

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne sont garantis. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

ANNEXE B : Modèle de certificat médical initial sur demande spontanée de la victime (19)

Ce certificat doit être remis à la victime uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur protégé, et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits). Un double doit être conservé par le médecin signataire.

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____¹, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,

en présence de son représentant légal ³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Il/Elle déclare ⁴« avoir été victime d'une agression _____, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) _____ ».

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique.

Des examens complémentaires (_____) ⁵ ont été prescrits et ont révélé _____⁶.

Un avis spécialisé complémentaire (_____)⁷ a été sollicité et a révélé _____⁸.

Après réception des résultats, un certificat médical complémentaire sera établi ⁹.

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »¹⁰.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications ¹¹.

Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____², à la demande de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹ et remis en main propre.

Signature ¹² et cachet d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

Le certificat médical initial ne dispense pas du signalement.

Le certificat médical initial ne dispense pas du certificat d'arrêt de travail pour les personnes exerçant une activité professionnelle.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

⁵ Mentionner les examens complémentaires réalisés.

⁶ Mentionner les résultats des examens complémentaires si ces résultats sont disponibles.

⁷ Mentionner les avis spécialisés complémentaires sollicités.

⁸ Mentionner les résultats des avis complémentaires sollicités si ces résultats sont disponibles.

⁹ À mentionner si les résultats ne sont pas disponibles lorsque le certificat médical initial est établi.

¹⁰ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

¹¹ La durée de l'ITT doit être précisée sauf s'il est impossible de la déterminer.

¹² Signature à la main obligatoire.

ANNEXE C : Modèle de certificat médical initial sur réquisition judiciaire (19)

Ce certificat doit être remis au seul requérant expressément identifié dans la réquisition écrite. Un double doit être conservé par le médecin signataire.

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse : _____

Numéro d'inscription à l'ordre des médecins : _____

Prestation de serment d'apporter son concours à la justice en son honneur et en sa conscience, si le médecin requis par les autorités judiciaires ne figure pas sur une des listes prévues à l'article 157 du Code de procédure pénale.

Rappel de la mission de la réquisition.

Je soussigné, Docteur _____ certifie avoir examiné Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, date de naissance) _____¹, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____²,

en présence de son représentant légal ³, Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant de communication), Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom) _____¹.

Description de l'examen clinique, la gêne fonctionnelle et l'état psychique ⁴.

Un avis spécialisé complémentaire (ou des examens complémentaires) (_____) ⁵ doi(ven)t être sollicité(s).

Depuis, il/elle dit « se plaindre de _____ »⁶.

La durée d'incapacité totale de travail est de _____ (nombre de jours en toutes lettres) _____ à compter de la date des faits, sous réserve de complications.

Certificat établi, le _____ (date) _____, à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) _____², sur réquisition de Madame, Mademoiselle, Monsieur _____ (Nom, Prénom, et fonction du requérant) _____.

Signature ⁷ et cachet d'authentification

Joindre autant que possible schémas et photographies contributives, datées et identifiées (avec l'accord de la victime) et en conserver un double.

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... ».

² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas.

³ Si la victime est un mineur ou un majeur protégé.

⁴ Répondre uniquement aux questions posées dans la réquisition.

⁵ Mentionner les avis spécialisés ou examens complémentaires qu'il est nécessaire de solliciter.

⁶ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime – En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de communication) susnommé, le préciser.

⁷ Signature à la main obligatoire

Niveaux	Objectifs et Indications	Traitements et posologies
Niveau 1	- Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; pas d'impact du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel	- Psychothérapie (utiliser TCC si thérapeute formé) afin de prévenir les récidives
Niveau 2	- Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; impact mineur du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel - Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1 - Peut être utilisé dans tous les cas modérés de paraphilies associés à un risque faible d'AS (ex. exhibitionnisme sans risque de viol ou pédophilie)	- Psychothérapie - IRS (hors AMM) sous réserve d'utiliser des doses comparables à celles prescrites dans le trouble obsessionnel compulsif (ex. fluoxétine 40 à 60 mg/j ou paroxétine 40 mg/j)
Niveau 3	- Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une réduction modérée de l'activité et du désir sexuels - Absence de résultats avec le niveau 2 en prescription de 4-6 semaines d'IRS à dose élevée - Paraphilie avec caresses mais sans pénétration - Fantasmes sexuels inappropriés sans sadisme sexuel	- Psychothérapie - Ajouter à l'IRS une faible dose d'antiandrogène (ex. acétate de cyprotérone 50-100 mg/j <i>per os</i>)
Niveau 4	- Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une réduction importante de l'activité et du désir sexuels - Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 3 - Risque modéré, ou dans certains cas plus élevé, de violence sexuelle (paraphilies sévères avec notamment des caresses inopportunes et un nombre limité de victimes) - Bonne observance du traitement, sinon passer au niveau 5	- Psychothérapie - Dose standard d'acétate de cyprotérone : 200-300 mg/j <i>per os</i> - Si présence d'anxiété, de dépression ou de troubles obsessionnels compulsifs associés, un IRS peut être associé à l'anti-androgène
Niveau 5	- Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une disparition quasi complète de l'activité et du désir sexuels - Risque élevé de violence sexuelle et cas de paraphilies sévères - Fantasmes sexuels inappropriés ou comportement sexuel sadique ou violence sexuelle - Mauvaise observance ou résultats non satisfaisants obtenus avec le niveau 4	- Psychothérapie - Analogue de la GnRH à longue durée d'action (c'est-à-dire triptoréline ou leuproréline [la leuproréline n'a pas d'AMM dans cette indication]) : 3 mg/mois ou 11,25 mg tous les 3 mois par voie intramusculaire) - Il est souhaitable d'associer de l'acétate de cyprotérone à l'analogue de la GnRH pendant le premier mois de traitement afin de prévenir le risque de rechute du comportement sexuel inapproprié qui pourrait être induit par l'augmentation transitoire du taux de testostéronémie liée à l'instauration de la prescription d'analogue de la GnRH
Niveau 6	- Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une disparition complète de l'activité et du désir sexuels - Pas de résultats satisfaisants obtenus avec le niveau 5 - Les cas les plus sévères de paraphilies	- Psychothérapie - Prescrire l'acétate de cyprotérone (50-200 mg/j <i>per os</i>) en association avec un analogue de la GnRH - Un IRS peut également être associé

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	21
A.	Contexte.....	21
B.	Problématique et justification	21
II.	METHODOLOGIE.....	23
A.	Les descripteurs	23
B.	Les sources et équations de recherche	23
1.	Les bases de données	23
2.	Les sociétés gouvernementales	24
3.	L'ordre national des médecins.....	24
4.	Les revues scientifiques	24
5.	Les sociétés savantes	25
6.	Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	25
III.	RESULTATS	26
A.	Agressions sexuelles entre résidents.....	26
B.	Références administratives	31
1.	Cadre juridique	31
2.	Cadre déontologique.....	36
C.	Prise en charge.....	38
1.	De la victime.....	38
2.	De l'auteur d'agression sexuelle	42
3.	Programme d'éducation et de prévention	45
IV.	DISCUSSION.....	47
A.	Réflexions autour du terme agression sexuelle	47
1.	Classifications médicale et psychiatrique	47
2.	Considérations pénales	48
3.	Alternatives ?	49

B.	Droit à la sexualité des personnes handicapées : entre vulnérabilité et consentement	50
C.	Secret professionnel.....	51
D.	Signalement.....	52
1.	Avant la judiciarisation.....	52
2.	Durant la judiciarisation.....	53
E.	Responsabilité des institutions médico-sociales.....	54
F.	Problèmes éthiques.....	56
1.	Que faire en cas de refus d'examen de la victime ?.....	56
2.	Utilisation de traitement anti libido	56
V.	CONCLUSION.....	58
VI.	BIBLIOGRAPHIE	59
VII.	ANNEXES.....	64

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Les agressions sexuelles entre résidents d'institutions accueillant des personnes adultes handicapés sont une réalité difficile à assumer et sur laquelle le monde soignant, la communauté scientifique semblent peu investis.

A travers une revue de la littérature médicale et de droit, nous avons tenté de jalonner les contours des règles de bonne pratique à l'égard des professionnels de santé pouvant rencontrer ces situations au combien complexes, devant faire intervenir une équipe pluridisciplinaire.

Nombreux sont les articles de loi et déontologiques en regard des études médicales, la plupart du temps descriptives, montrant à quel point il est difficile d'approcher ce sujet. La question la plus prégnante tourne autour du secret professionnel et du signalement aux autorités judiciaires. Des justifications légales viennent conforter le choix du médecin dans un sens comme dans l'autre : sa responsabilité pénale peut néanmoins être engagée.

Le médecin traitant est au cœur de cette problématique tant au niveau du dépistage que de la prise en charge ultérieure des victimes et des auteurs d'agression sexuelle.

TITRE EN ANGLAIS : General Practitioner's involvement in sexual assault issues among residents of disabled adult institutions

THÈSE : MEDECINE GÉNÉRALE ANNÉE 2015

MOTS CLEFS : Agression sexuelle - personnes vulnérables - établissement médico-social - droit - signalement - antiandrogène

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
