

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2021

2021 TOU3 1705

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Eulalie PEFFERKORN

Le 20 octobre 2021

**Facteurs influençant l'indemnisation du préjudice sexuel en
dommage corporel**

Directeur de thèse : Pr Frédéric SAVALL

JURY

Monsieur le Professeur Norbert TELMON

Président

Monsieur le Professeur Frédéric SAVALL

Assesseur

Madame la Professeure Charlotte VAYSSE

Assesseur

Monsieur le Professeur Eric HUYGHE

Assesseur

Maître Viridiana FERNANDEZ-DELPECH

Membre invité



TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Doyen Honoraire | M. CHAP Hugues | Professeur Honoraire | M. FRAYSSE Bernard |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard | Professeur Honoraire | M. FREXINOS Jacques |
| Doyen Honoraire | M. LAZORTHES Yves | Professeur Honoraire | Mme GENESTAL Michèle |
| Doyen Honoraire | M. PUEL Pierre | Professeur Honoraire | M. GERAUD Gilles |
| Doyen Honoraire | M. ROUGE Daniel | Professeur Honoraire | M. GHSOLFI Jacques |
| Doyen Honoraire | M. VINEL Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. GLOCK Yves |
| Professeur Honoraire | M. ABBAL Michel | Professeur Honoraire | M. GOUZ Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. ADER Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. HOFF Jean |
| Professeur Honoraire | M. ADOUE Daniel | Professeur Honoraire | M. JOFFRE Francis |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS Louis | Professeur Honoraire | M. LACOMME Yves |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Jacques | Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE Jacques |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Philippe | Professeur Honoraire | M. LANG Thierry |
| Professeur Honoraire | M. ARLET-SUAU Elisabeth | Professeur Honoraire | Mme LARENG Marie-Blanche |
| Professeur Honoraire | M. ARNE Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. LAURENT Guy |
| Professeur Honoraire | M. BARRET André | Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Franck |
| Professeur Honoraire | M. BARTHE Philippe | Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE Paul |
| Professeur Honoraire | M. BAYARD Francis | Professeur Honoraire | M. MAGNAVAL Jean-François |
| Professeur Honoraire | M. BOCCALON Henri | Professeur Honoraire | M. MANELFE Claude |
| Professeur Honoraire | M. BONAFÉ Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. MANSAT Michel |
| Professeur Honoraire | M. BONEU Bernard | Professeur Honoraire | M. MASSIP Patrice |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURE Jean-Paul | Professeur Honoraire | Mme MARTY Nicole |
| Professeur Honoraire | M. BOUTAULT Franck | Professeur Honoraire | M. MAZIERES Bernard |
| Professeur Honoraire | M. BUGAT Roland | Professeur Honoraire | M. MONROZES Xavier |
| Professeur Honoraire | M. C. AHUZAC Jean-Philippe | Professeur Honoraire | M. MOSCOVICI Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CARATERO Claude | Professeur Honoraire | M. MURAT |
| Professeur Honoraire | M. CHARLES Pierre | Professeur Honoraire | M. OLIVES Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CARRIERE Jean-Paul | Professeur Honoraire | M. PASCAL Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CARTON Michel | Professeur Honoraire | M. PESSEY Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CATHALA Bernard | Professeur Honoraire | M. PLANTE Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CHABANON Gérard | Professeur Honoraire | M. PONTONNIER Georges |
| Professeur Honoraire | M. CHAMONTIN Bernard | Professeur Honoraire | M. POURRAT Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CHAVOIN Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. PRADERE Bernard |
| Professeur Honoraire | M. CLANET Michel | Professeur Honoraire | M. PRIS Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CONTE Jean | Professeur Honoraire | Mme PUEL Jacqueline |
| Professeur Honoraire | M. COSTAGLIOLA Michel | Professeur Honoraire | M. PUJOL Michel |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT Jean | Professeur Honoraire | M. QUERLEU Denis |
| Professeur Honoraire | M. DABERNAT Henri | Professeur Honoraire | M. RAJHAC Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. DAHAN Marcel | Professeur Honoraire | M. REGIS Henri |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS Antoine | Professeur Honoraire | M. REGNIER Claude |
| Professeur Honoraire | M. DALY-SCHVITZER Nicolas | Professeur Honoraire | M. REME Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. DAVID Jean-Frédéric | Professeur Honoraire | M. ROCHE Henri |
| Professeur Honoraire | M. DELSOL Georges | Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI Pierre |
| Professeur Honoraire | Mme DELISLE Marie-Bernadette | Professeur Honoraire | M. ROLLAND Michel |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER Jacqueline | Professeur Honoraire | M. ROQUE-LATRILLE Christian |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS Jean | Professeur Honoraire | M. RUMEAU Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. DUFFAUT Michel | Professeur Honoraire | M. SALVADOR Michel |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE M. | Professeur Honoraire | M. SALVAYRE Robert |
| Professeur Honoraire | M. DURAND Dominique | Professeur Honoraire | M. SARRAMON Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire associé | M. DUJTAU Guy | Professeur Honoraire | M. SIMON Jacques |
| Professeur Honoraire | M. ESCANDE Michel | Professeur Honoraire | M. SUC Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. ESCHARASSE Henri | Professeur Honoraire | M. THOUMENOT Jean-Paul |
| Professeur Honoraire | M. ESCOURROU Jean | Professeur Honoraire | M. TKACZUK Jean |
| Professeur Honoraire | M. ESQUERRE J.P. | Professeur Honoraire | M. TREMOULET Michel |
| Professeur Honoraire | M. FABRI Michel | Professeur Honoraire | M. VALDIGUIE Pierre |
| Professeur Honoraire | M. FABRE Jean | Professeur Honoraire | M. WAYSSE Philippe |
| Professeur Honoraire | M. FOURNIAL Gérard | Professeur Honoraire | M. VRENQUE Christian |
| Professeur Honoraire | M. FOURNIE Bernard | Professeur Honoraire | M. VOIGT Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. FOURTANIER Gilles | | |

Professeurs Émérites

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Professeur ADER Jean-Louis | Professeur LAGARRIGUE Jacques |
| Professeur ALBAREDE Jean-Louis | Professeur LANG Thierry |
| Professeur ARBUS Louis | Professeur LARENG Louis |
| Professeur ARLET-SUAU Elisabeth | Professeur LAURENT Guy |
| Professeur BOCCALON Henri | Professeur LAZORTHES Yves |
| Professeur BONEU Bernard | Professeur MAGNAVAL Jean-François |
| Professeur CARATERO Claude | Professeur MANELFE Claude |
| Professeur CHAMONTIN Bernard | Professeur MASSIP Patrice |
| Professeur CHAP Hugues | Professeur MAZIERES Bernard |
| Professeur CONTE Jean | Professeur MOSCOVICI Jacques |
| Professeur COSTAGLIOLA Michel | Professeur RUSCHMANN Pascal |
| Professeur DABERNAT Henri | Professeur RIVIERE Daniel |
| Professeur FRAYSSE Bernard | Professeur ROQUE-LATRILLE Christian |
| Professeur DELISLE Marie-Bernadette | Professeur SALVAYRE Robert |
| Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard | Professeur SARRAMON Jean-Pierre |
| Professeur JOFFRE Francis | Professeur SIMON Jacques |

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

| | |
|--------------------------------|---|
| M. ADOUE Daniel (C.E) | Médecine Interne, Gériatrie |
| M. AMAR Jacques (C.E) | Thérapeutique |
| M. ATTAL Michel (C.E) | Hématologie |
| M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.) | Hématologie, transfusion |
| Mme BEYNE-RAUZY Odile | Médecine Interne |
| M. BIRMES Philippe | Psychiatrie |
| M. BLANCHER Antoine | Immunologie (option Biologique) |
| M. BONNEVILLE Paul (C.E) | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E) | Chirurgie Vasculaire |
| M. BRASSAT David | Neurologie |
| M. BROUCHET Laurent | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| M. BROUSSET Pierre (C.E) | Anatomie pathologique |
| M. BUREAU Christophe | Hépatogastro-entéro |
| M. CALVAS Patrick (C.E) | Génétique |
| M. CARRERE Nicolas | Chirurgie Générale |
| M. CARRIE Didier (C.E) | Cardiologie |
| M. CHAIX Yves | Pédiatrie |
| Mme CHARPENTIER Sandrine | Médecine d'urgence |
| M. CHAUVEAU Dominique | Néphrologie |
| M. CHOLLET François (C.E) | Neurologie |
| M. DAHAN Marcel (C.E) | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. DE BOISSEZON Xavier | Médecine Physique et Réadapt. Fonct. |
| M. DEGUINE Olivier (C.E) | Oto-rhino-laryngologie |
| M. DUCOMMUN Bernard | Cancérologie |
| M. FERRIERES Jean (C.E) | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. FOURCADE Olivier | Anesthésiologie |
| M. FOURNIÉ Pierre | Ophthalmologie |
| M. GAME Xavier | Urologie |
| M. GEERAERTS Thomas | Anesthésiologie et réanimation |
| M. IZOPET Jacques (C.E) | Bactériologie-Virologie |
| Mme LAMANT Laurence (C.E) | Anatomie Pathologique |
| M. LANG Thierry (C.E) | Biostatistiques et Informatique Médicale |
| M. LANGIN Dominique (C.E) | Nutrition |
| M. LAUWERS Frédéric | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| M. LAJQUE Dominique (C.E) | Médecine d'urgence |
| M. LIBLAU Roland (C.E) | Immunologie |
| M. MALAVALD Bernard | Urologie |
| M. MANSAT Pierre | Chirurgie Orthopédique |
| M. MARCHOU Bruno (C.E) | Maladies Infectieuses |
| M. MAZERES Julien | Pneumologie |
| M. MOLINIER Laurent | Epidémiologie, Santé Publique |
| M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) | Pharmacologie |
| Mme MOYAL Elisabeth | Cancérologie |
| Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E) | Gériatrie |
| M. OSWALD Eric (C.E) | Bactériologie-Virologie |
| M. PARANT Olivier | Gynécologie Obstétrique |
| M. PARIENTE Jérémie | Neurologie |
| M. PARNAUD Jean (C.E) | Biol. Du Dévelop. et de la Reprod. |
| M. PAUL Carle | Dermatologie |
| M. PAYOUX Pierre | Biophysique |
| M. PAYRASTRE Bernard (C.E) | Hématologie |
| M. PERON Jean-Marie | Hépatogastro-entérologie |
| M. FERRET Bertrand (C.E) | Biochimie |
| M. RASCOL Olivier (C.E) | Pharmacologie |
| M. RECHER Christian (C.E) | Hématologie |
| M. RISCHMANN Pascal (C.E) | Urologie |
| M. RONCALLI Jérôme | Cardiologie |
| M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E) | Chirurgie Infantile |
| M. SALLES Jean-Pierre (C.E) | Pédiatrie |
| M. SANS Nicolas | Radiologie |
| Mme SELVES Janick | Anatomie et cytogénologie pathologiques |
| M. SERRE Guy (C.E) | Biologie Cellulaire |
| M. TELMON Norbert (C.E) | Médecine Légale |
| M. VINEL Jean-Pierre (C.E) | Hépatogastro-entérologie |

| | |
|------------------------------|--|
| Mme BONGARD Vanina | Epidémiologie |
| M. BONNEVILLE Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme CASPER Charlotte | Pédiatrie |
| M. COGNARD Christophe | Neuroradiologie |
| M. CAVAIIGNAC Etienne | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M. LAIREZ Olivier | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. LAROCHE Michel | Rhumatologie |
| M. LEOBON Bertrand | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. LOPEZ Raphael | Anatomie |
| M. MARTIN-BLONDEL Guillaume | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| M. MARX Mathieu | Oto-rhino-laryngologie |
| M. MAS Emmanuel | Pédiatrie |
| M. OLIVOT Jean-Marc | Neurologie |
| M. PAGES Jean-Christophe | Biologie Cellulaire et Cytologie |
| Mme PASQUET Marlène | Pédiatrie |
| M. PORTIER Guillaume | Chirurgie Digestive |
| Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline | Rhumatologie |
| Mme SAVIGNER Frédérique | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. SIZUN Jacques | Pédiatrie |
| M. SOL Jean-Christophe | Neurochirurgie |
| Mme TREMOLLERES Florence | Biologie du développement |
| Mme VAYSSE Charlotte | Cancérologie |
| Mme VEZZOSI Delphine | Endocrinologie |

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALAVALD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

| | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| M. ARBUS Christophe | Psychiatrie | M. AIBO Olivier | Chirurgie infantile |
| M. ACAR Philippe | Pédiatrie | M. AUSSEL Jérôme | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. ACCABLED Frank | Chirurgie infantile | M. BERRY Antoine | Parasitologie |
| M. ALRIC Laurent (C.E) | Médecine Interne | M. BOUNES Vincent | Médecine d'urgence |
| Mme ANDREU Sandrine | Epidémiologie | Mme BOURNET Barbara | Gastro-entérologie |
| M. ARNAL Jean-François | Physiologie | M. CHAPUT Benoit | Chirurgie plastique et des brûlés |
| Mme BERRY Isabelle (C.E) | Biophysique | Mme DALENC Florence | Cancérologie |
| M. BONNEVILLE Fabrice | Radiologie | M. DE BONNECAZE Guillaume | Anatomie |
| M. BUJAN Louis (C. E) | Urologie-Andrologie | M. DECRAMER Stéphane | Pédiatrie |
| Mme BURARIVIERE Alessandra | Médecine Vasculaire | Mme FARUCH-BILFELD Marie | Radiologie et Imagerie Médicale |
| M. BUSCAIL Louis (C.E) | Hépatogastro-Entérologie | M. FAGUER Stanislas | Néphrologie |
| M. CANTAGREL Alain (C.E) | Rhumatologie | M. FRANCHITTO Nicolas | Addictologie |
| M. CARON Philippe (C.E) | Endocrinologie | Mme GARDETTE Virginie | Epidémiologie |
| M. CHAUFOUR Xavier | Chirurgie Vasculaire | M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio | Chirurgie Plastique |
| M. CHAYNES Patrick | Anatomie | M. GATMEL Nicolas | Médecine de la reproduction |
| M. CHIRON Philippe (C.E) | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie | M. GUILLEMINAULT Laurent | Pneumologie |
| M. CONSTANTIN Amaud | Rhumatologie | Mme LAPRIE Anne | Radiothérapie |
| M. COURBON Frédéric | Biophysique | M. LAURENT Camille | Anatomie Pathologique |
| Mme COURTADÉ SAÏDI Monique | Histologie Embryologie | M. LE CAIGNEC Cédric | Génétique |
| M. DAMBRIN Camille | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire | M. MARCHEIX Bertrand | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| M. DELABESSE Eric | Hématologie | M. MEYER Nicolas | Dermatologie |
| M. DELOBEL Pierre | Maladies Infectieuses | M. MUSCARI Fabrice | Chirurgie Digestive |
| M. DELORD Jean-Pierre | Cancérologie | M. PUGNET Grégory | Médecine interne, Gériatrie |
| M. DIDIER Alain (C.E) | Pneumologie | M. REINA Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E) | Thérapeutique | M. REVAUDINEAU Yves | Immunologie |
| M. ELBAZ Meyer | Cardiologie | M. SILVA SIFONTES Stein | Réanimation |
| M. GALINIER Michel (C.E) | Cardiologie | M. SOLER Vincent | Ophthalmologie |
| M. GLOCK Yves (C.E) | Chirurgie Cardio-Vasculaire | Mme SOMMET Agnès | Pharmacologie |
| Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel | Anatomie Pathologique | Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| M. GOURDY Pierre | Endocrinologie | M. TACK Ivan | Physiologie |
| M. GRAND Alain (C.E) | Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prév. | M. VERGEZ Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E) | Chirurgie plastique | M. YSEBAERT Loïc | Hématologie |
| Mme GUMBAUD Rosine | Cancérologie | | |
| Mme HANAIRE Hélène (C.E) | Endocrinologie | | |
| M. HUYGHE Eric | Urologie | | |
| M. KAMAR Nassim (C.E) | Néphrologie | | |
| M. LARRUE Vincent | Neurologie | | |
| M. LEVADE Thierry (C.E) | Biochimie | | |
| M. MALECAZE François (C.E) | Ophthalmologie | | |
| M. MARQUE Philippe | Médecine Physique et Réadaptation | | |
| M. MAURY Jean-Philippe | Cardiologie | | |
| Mme MAZEREJEW Jukete | Dermatologie | | |
| M. MINVILLE Vnoent | Anesthésiologie Réanimation | | |
| M. OTAL Philippe | Radiologie | | |
| M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) | Psychiatrie infantile | | |
| M. RITZ Patrick (C.E) | Nutrition | | |
| M. ROLLAND Yves (C.E) | Gériatrie | | |
| M. ROUGE Daniel (C.E) | Médecine Légale | | |
| M. ROUSSEAU Hervé (C.E) | Radiologie | | |
| M. ROUX Franck-Emanuel | Neurochirurgie | | |
| M. SAILLER Laurent | Médecine Interne | | |
| M. SCHMITT Laurent (C.E) | Psychiatrie | | |
| M. SENARD Jean-Michel (C.E) | Pharmacologie | | |
| M. SERRANO Elie (C.E) | Oto-rhino-laryngologie | | |
| M. SOULAT Jean-Marc | Médecine du Travail | | |
| M. SOULIE Michel (C.E) | Urologie | | |
| M. SUC Bertrand | Chirurgie Digestive | | |
| Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) | Pédiatrie | | |
| Mme UROCOSTE Emmanuelle | Anatomie Pathologique | | |
| M. VAYSSIERE Christophe | Gynécologie Obstétrique | | |
| M. VELLAS Bruno (C.E) | Gériatrie | | |
| | | P.U. Médecine générale | |
| | | Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve | |
| | | | |
| | | Professeur Associé de Médecine | |
| | | M. BOYER Pierre | M. STILLMUNKES André |

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31000 Toulouse

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

| | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| M. APOIL Pol André | Immunologie |
| Mme ARNAUD Catherine | Epidémiologie |
| Mme AUSSSEL-TRUDEL Stéphanie | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| Mme BELLIERE-FABRE Julie | Néphrologie |
| Mme BERTOLI Sarah | Hématologie, transfusion |
| M. BETH Eric | Génétique |
| Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie | Nutrition |
| Mme CASSAGNE Myriam | Ophthalmologie |
| Mme CASSAING Sophie | Parasitologie |
| Mme CHANTALAT Elodie | Anatomie |
| M. CONGY Nicolas | Immunologie |
| Mme COURBON Christine | Pharmacologie |
| M. CUROT Jonathan | Neurologie |
| Mme DAMASE Christine | Pharmacologie |
| Mme de GUSEZINSKY Isabelle | Physiologie |
| M. DUBOIS Damien | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme FILLAUX Judith | Parasitologie |
| M. GANTET Pierre | Biophysique |
| Mme GENNERO Isabelle | Biochimie |
| Mme GENOUX Annelise | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. HAMDJ Safouane | Biochimie |
| Mme HITZEL Anne | Biophysique |
| M. IRIART Xavier | Parasitologie et mycologie |
| Mme JONCA Nathalie | Biologie cellulaire |
| M. KRZIN Sylvain | Chirurgie générale |
| Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse | Pharmacologie |
| M. LHERMUSIER Thibault | Cardiologie |
| M. LHOMME Sébastien | Bactériologie-virologie |
| Mme MASSIP Clémence | Bactériologie-virologie |
| Mme MONTASTIER-SIMMERMAN Emilie | Nutrition |
| Mme MOREAU Marion | Physiologie |
| Mme NOGUEIRA M.L. | Biologie Cellulaire |
| Mme PERROT Aurore | Hématologie : Transfusion |
| M. PILLARD Fabien | Physiologie |
| Mme PUISSANT Bénédicte | Immunologie |
| Mme RAYMOND Stéphanie | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme SABOURDY Frédérique | Biochimie |
| Mme SAUNE Karine | Bactériologie Virologie |
| M. TAFANI Jean-André | Biophysique |
| M. TREINER Emmanuel | Immunologie |
| M. VIDAL Fabien | Gynécologie obstétrique |
| Mme VIJA Lavinia | Biophysique et médecine nucléaire |

M.C.U. Médecine générale
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

| | |
|--------------------------------|---|
| Mme ABRAVANEL-LEGRAND Florence | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme BASSET Céline | Cytologie et histologie |
| Mme BREHIN Camille | Pédiatrie |
| Mme CAMARE Caroline | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. CAMBUS Jean-Pierre | Hématologie |
| Mme CANTERO Anne-Valérie | Biochimie |
| Mme CARFAGNA Luana | Pédiatrie |
| Mme CASSOL Emmanuelle | Biophysique |
| Mme CAUSSE Elizabeth | Biochimie |
| M. CHASSAING Nicolas | Génétique |
| M. CLAVEL Cyril | Biologie Cellulaire |
| Mme COLOMBAT Magali | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mme CORRE JJI | Hématologie |
| M. DEDOUIT Fabrice | Médecine Légale |
| M. DEGIOE Ymirick | Rhumatologie |
| M. DELPLA Pierre-André | Médecine Légale |
| M. DESPAS Fabien | Pharmacologie |
| M. EDOUARD Thomas | Pédiatrie |
| Mme ESQUIROL Yolande | Médecine du travail |
| Mme EVRARD Solène | Histologie, embryologie et cytologie |
| Mme FLOCH Pauline | Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit. |
| Mme GALINIER Anne | Nutrition |
| Mme GALLINI Adeline | Epidémiologie |
| M. GASQ David | Physiologie |
| M. GATIMEL Nicolas | Médecine de la reproduction |
| Mme GRAFRE Marion | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. GUERBY Paul | Gynécologie-Obstétrique |
| M. GUIBERT Nicolas | Pneumologie ; Addictologie |
| Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline | Anatomie Pathologique |
| Mme GUYONNET Sophie | Nutrition |
| M. HERIN Fabrice | Médecine et santé au travail |
| Mme INGUENEAU Cécile | Biochimie |
| M. LEANDRI Roger | Biologie du développement et de la reproduction |
| M. LEPAGE Bendit | Biostatistiques et informatique médicale |
| Mme MAUPAS SCHWALM Françoise | Biochimie |
| M. MIEUSSET Roger | Biologie du développement et de la reproduction |
| M. MOUUS Guillaume | Médecine interne |
| Mme NASR Nathalie | Neurologie |
| Mme QUELVEN Isabelle | Biophysique et Médecine Nucléaire |
| M. RIMAÏLHO Jacques | Anatomie et Chirurgie Générale |
| M. RONGIERES Michel | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| Mme SIEGFRIED Aurore | Anatomie et Cytologie Pathologiques |
| Mme VALLET-GAREL Marion | Physiologie |
| M. VERGEZ Françoise | Hématologie |
| M. YRONDI Antoine | Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie |

M.C.U. Médecine générale
M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emilie

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOLLAU Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr RUECH Marilène

Dr BREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Lella
Dr BOUSSIER Nathalie

Remerciements

À mon jury de thèse,

A Monsieur le Professeur Norbert Telmon, merci pour l'intérêt porté à ce travail. Merci pour vos enseignements tout au long de mon internat mais surtout de m'avoir permis d'accéder à cette spécialité.

A Monsieur le Professeur Frédéric Savall, pour son soutien et ses conseils au cours de ce travail et plus généralement au cours de mon internat. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse ;

À Madame la Professeure Charlotte Vaysse, pour l'intérêt porté à ce travail ;

À Maître Fernandez Delpech, pour son intérêt et son investissement pour ce travail ;

A Monsieur le Professeur Eric Huyghe, d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

À ceux qui m'ont accompagné pendant mon internat,

À la Docteur Marion Vergnault, pour ses enseignements ;

Aux Docteurs Rémi Costagliola et Céline Guilbeau-Frugier, pour leurs précieux enseignements et encouragements ;

Aux Docteurs Fabrice Dedouit et Jean-Marie Berthézène, pour leurs enseignements, leur confiance et leurs qualités humaines ;

Au Docteur Anthony Blanc, pour sa bienveillance, la confiance qu'il m'accorde, son soutien dans mon parcours et sa bonne humeur ;

Au Docteur Albert Montbrun, pour tout ce qu'il m'a transmis et son investissement auprès des enfants victimes ;

Aux équipes de l'IML et de l'UMJ de Ranguel, qui me suivent avec bienveillance depuis le début de mon internat ;

À toute l'équipe des urgences de Ranguel, pour leur bonne humeur quel que soit l'heure du jour ou de la nuit. Grâce à vous je vais regretter de ne plus faire de gardes ;

À toute l'équipe de médecine légale du CHU de Saint -Denis ;

Aux psychiatres des urgences psychiatriques pour leurs précieux enseignements, et particulièrement aux Docteurs Marie Florentin et Juliette Salles, pour leur amitié ;

Au Docteur Julia Lemarchand, pour son soutien et son amitié au cours de mes débuts en médecine légale. Aux Docteurs Ruth Levy et Clarisse Dubois, qui ont pris sa suite ;

À mes co-internes,

À la jeune Docteur Agathe Bascou, pour son soutien sans faille, son amitié, ses convictions, sa vision de la médecine légale et son investissement pour les femmes victimes ;

Ryan et Anthony, c'était un plaisir de partager mon internat avec vous ;

Mathilde et Noémie, avec qui je n'ai pas eu la chance de travailler, mais que je suis ravie de pouvoir compter parmi mes proches ;

À mes amis,

Sophia, qui, malgré la distance qui nous sépare aujourd'hui, répond toujours présente dans les bons et les mauvais moments. Merci pour ta bonne humeur, ta justesse, l'image que tu me renvoies et tes conseils sans lesquels ma vie serait différente ;

Briec, pour ton soutien et tout ce que nous avons vécu ensemble depuis nos débuts en médecine. Merci aussi pour tous les surprenants moments que j'ai pu vivre en coloc avec toi...

Les pouilleux de Ranguel : Sof, Mémé, Marine, Sam, Laure, Manu, Laeti, Bastou, Mathieu et Laurène, merci de m'offrir la sécurité d'un groupe d'amis aussi soudé depuis mon arrivée à Toulouse. Merci pour votre soutien et les beaux moments passés ensemble. Merci plus particulièrement à Marine Joly, pour tout ce que nous avons partagé, à Toulouse ou ailleurs ;

Caroline Gernigon, pour ta bienveillance débordante, ton soutien, particulièrement dans les moments professionnellement difficiles que nous avons traversés ensemble ;

Mathilde Calmels pour ta bonne humeur et tes précieux conseils ;

Mounir Ezzitouni, pour ton soutien, les fous rires et toutes les « randonneuses » qu'il nous reste à faire ;

Jeremy Dudlo, pour l'amitié qui nous lie depuis l'enfance ;

Mathilde Huet, merci d'avoir embelli la révision des ECN, et d'avoir autant ri à mes blagues les plus nulles ;

À toute l'équipe de l'internat de Ranguel en 2017-2018, pour la folle ambiance du début d'internat. Plus particulièrement à Arthur Poline, Vincent Foulzi, Joris, Axou, Marine Gorrhée, Marine Poney, Elena, Julien et Maeva ;

Charlène Chittaro, pour ce que nous avons partagé pendant mon aventure réunionnaise. Et à toute la team des Hyménées de Sainte-Marie ;

Cathy, que la vie m'a arrachée trop tôt, mais qui est toujours dans mon cœur.

À ma famille,

Maman, pour ce que tu as fait pour nous et l'amour que tu me portes ;

À mes deux petites sœurs, Euphrosyne et Eurydice, pour votre présence inconditionnelle, votre force morale inouïe, et tout ce que vous êtes. Je vous aime.

À ma cousine Jade, pour l'admiration que tu me portes depuis l'enfance ;

Mamie de Beaulieu, pour ton amour inconditionnel et ta fierté à mon égard depuis toujours.
À Papi de Beaulieu, qui est parti avant de pouvoir me voir Docteur, alors qu'il en était si fier ;

À Greg, merci du fond du cœur pour tout ce que tu m'as apporté.

À tous ceux que je ne cite pas, mais qui m'ont épaulé.

Table des matières :

| | |
|---|----|
| Introduction : | 10 |
| 1. Historique, définition et évaluation du préjudice sexuel : | 10 |
| 2. Problématiques récentes posées par l'indemnisation du préjudice sexuel : | 13 |
| Matériel et méthode : | 16 |
| 1. Sélection des arrêts : | 16 |
| 2. Variables recueillies : | 17 |
| 3. Catégorisation du préjudice sexuel : | 18 |
| 4. Prise en compte du retentissement psychologique : | 19 |
| 5. Analyse des données : | 19 |
| Résultats : | 22 |
| 1. Statistiques descriptives : | 22 |
| 2. Comparaison des deux groupes : | 23 |
| 3. Influence de l'âge sur l'indemnisation du préjudice sexuel : | 26 |
| 4. Influence du DFP sur l'indemnisation du préjudice sexuel : | 27 |
| 5. Influence du type de tribunal : | 30 |
| 6. Influence des catégories de préjudice sexuel : | 32 |
| 7. Influence de la présence de troubles psychiques : | 35 |
| 8. Analyse des correspondances multiples (ACM) : | 37 |
| Discussion : | 40 |
| 1. Justifications de l'étude : | 40 |
| 2. Conception de la santé sexuelle et impact sur la réparation en expertise : | 41 |
| 2.1 Impact du genre | 41 |
| 2.2 Impact du vieillissement | 43 |
| 3. Composantes de la santé sexuelle et évaluation en expertise : | 45 |
| 3.1 Fonction sexuelle | 45 |
| 3.2 Troubles de la libido : | 46 |
| 4. Atteintes des organes procréateurs et expertises : | 51 |
| 4.1 Sexualité et infertilité : | 51 |
| 4.2 Répercussions de l'atteinte morphologique des organes reproducteurs : | 53 |
| 5. Perspectives : | 55 |
| 5.1 Amélioration de l'évaluation en expertise : | 55 |
| 5.2 Limites : | 57 |
| Conclusion : | 58 |
| Bibliographie : | 59 |
| Annexe : | 63 |

Introduction :

1. Historique, définition et évaluation du préjudice sexuel :

L'expertise médicale est une discipline permettant une évaluation complète et détaillée de l'ensemble des dommages subis par une victime, dans le but de réparer ses préjudices.

Le dommage est un élément objectif constatable, porté à une personne ou à ses biens, par le biais d'une tierce personne (1). En dommage corporel, il est du ressort du médecin expert d'évaluer l'atteinte de la victime, et d'en faire état dans un rapport détaillé, afin de permettre au régleur la réparation la plus juste du préjudice. Le préjudice, quant à lui, est une notion juridique, définie par une atteinte appelant à réparation par la personne responsable (2). Son évaluation est l'affaire du régleur. On distingue les préjudices patrimoniaux, ayant des conséquences économiques spécifiques ; des préjudices extrapatrimoniaux : préjudices personnels sans conséquence sur les capacités de gain, mais sur les conditions de l'existence.

Pour plus d'uniformité, un nouveau modèle indemnitaire a été adopté en 2005 : la nomenclature Dintilhac. Elle prévoit une évaluation poste par poste des chefs de préjudice par l'expert. Dans la mission d'expertise Dintilhac, on voit donc apparaître des postes spécifiques, comme le préjudice sexuel (3) défini comme tel : « *Répercussions des séquelles sur les activités sexuelles consécutives d'un Préjudice sexuel. En cas de répercussion dans la vie sexuelle de la victime, émettre un avis motivé en discutant son imputabilité à l'accident, aux lésions et aux séquelles retenues. Se prononcer sur son caractère direct et certain et son aspect définitif* ».

Il s'agit d'un poste de préjudice autonome, à caractère permanent, c'est-à-dire évalué et réparé après la consolidation. Le préjudice sexuel avant la consolidation doit être décrit et sera inclus dans l'indemnisation du déficit fonctionnel temporaire. Ce travail ne s'intéresse qu'au préjudice sexuel à proprement parler, c'est-à-dire définitif.

Depuis la fin des années 80, le préjudice sexuel pose une problématique particulière. En effet, il s'est vu de plus en plus plaidé devant les tribunaux. Ne s'agissant pas, à l'époque, d'un poste autonome, plusieurs réflexions ont été engagées afin de permettre une réparation la plus juste possible du retentissement de l'évènement traumatique sur la sphère sexuelle des victimes. La première définition du préjudice sexuel a été donnée par Louis Melennec en 1977: « *le préjudice sexuel se définit comme l'impossibilité totale ou partielle où se trouve la victime, du fait des séquelles traumatiques qu'elle présente, soit d'accomplir l'acte sexuel, soit de procréer ou de se reproduire d'une manière normale* » (4).

Initialement, le préjudice sexuel était inclus dans l'AIPP, au titre du retentissement sur les actes de la vie quotidienne. En 1988, la Cour de cassation statue sur le fait que le préjudice sexuel constitue un préjudice personnel inclus dans le préjudice d'agrément, et se crée une sous-catégorie : le préjudice d'agrément sexuel. Devant le caractère délicat de l'évaluation du retentissement sur la sphère intime, le Professeur Groutel alerte sur le fait que l'utilisation de nom d'emprunt puisse nuire à la transparence de la demande : « *le préjudice d'agrément est une sorte de fourre-tout où le sexe risque de se perdre* ». À partir de 1993, les décisions de la Cour de cassation tendent à autonomiser les préjudices sexuels et d'établissement, qui ne constituent pas du préjudice d'agrément. (5). Les juges du fond décident alors du caractère autonome ou non du PS. À cette époque, il est réparé de manière autonome dans 41 % des cas, associé au préjudice d'établissements dans 24 % des cas, et confondu avec le préjudice d'agrément dans 35 % des cas (5).

En 2005, le rapport Dintilhac est remis et la nomenclature Dintilhac finalement adoptée par les juridictions françaises en 2006 (2). Cette nouvelle nomenclature est à l'origine de la création de nouveaux postes de préjudices, mais également d'une meilleure identification de chacun de ces postes. Le préjudice sexuel est maintenant clairement défini. Ce n'est cependant qu'à partir de 2011 que le préjudice sexuel devient réellement autonome, distinct des préjudices d'agrément et d'établissement.

Sa définition est donc large : « *comprend tous les préjudices touchant à la sphère sexuelle...* » (6). Les répercussions sur la sexualité de la victime ne se limitent pas à l'atteinte morphologique des organes sexuels, et une évaluation spécifique et complète doit être effectuée pour cerner le retentissement sur la vie sexuelle de l'intéressé. Sa définition continue d'évoluer au cours des dernières années : en 2017, on reconnaît l'imputabilité des mécanismes psychiques, cognitifs et la dévalorisation de l'image de soi dans l'évaluation du préjudice sexuel ; depuis 2019, la gêne positionnelle est un préjudice sexuel (6).

On retient trois catégories de préjudice sexuel (3) :

- Le préjudice morphologique, lié à l'atteinte des organes sexuels primaires et secondaires, résultant du dommage subi ;
- Le préjudice lié à l'acte sexuel lui-même, qui repose sur la perte du plaisir à l'accomplissement de l'acte (perte de l'envie ou de la libido, perte de la capacité physique de réaliser l'acte, perte de la capacité à accéder au plaisir) ;
- Le préjudice lié à une impossibilité ou une difficulté à procréer (ce préjudice pouvant notamment chez la femme se traduire sous diverses formes comme le préjudice obstétrical) ;

L'ANADOC, est une base de données dédiée à la pratique de l'expertise du dommage corporel sans aucun lien de dépendance avec les organismes indemnificateurs. Elle donne des lignes de

bonne pratique concernant l'évaluation du préjudice sexuel (6). Le préjudice sexuel s'évalue « *in concreto* », et compte tenu de la définition très personnelle de ce qu'est une sexualité épanouie, il n'est pas recommandé de le coter sur une échelle, contrairement, par exemple, au préjudice esthétique. Il sera donc retranscrit de manière précise et exhaustive dans le rapport par l'expert, sans préjugés ni appréciation morale (6). L'expert doit recueillir précisément les doléances, s'il y en a, oralement ou à l'écrit. En cas de pudeur ou de difficultés pour la victime en réunion d'expertise, il pourra s'aider du médecin conseil, qui interviendra spécifiquement sur ce point. Dans tous les cas, il ne devra pas s'en contenter. Il devra interroger le patient sur les troubles et le retentissement sexuel, avec tact et délicatesse.

Différents points sont à rechercher (6) :

- Atteinte morphologique
- Atteinte neurologique pouvant affecter la sexualité.
- Séquelles traumatiques ou fonctionnelles (amputations, limitation articulaire, fracas du bassin...)
- Troubles psychiques invalidants (symptômes dépressifs...)
- Prise de traitement connu pour affecter la sexualité
- Examens complémentaires spécifiques réalisés (bilan urodynamique, bilan de fertilité...)
- Traitements ou moyens techniques destinés à compenser une impuissance, une stérilité ou des difficultés à l'acte sexuel

Il serait par ailleurs souhaitable que l'expert (6) :

- Recueille les doléances du ou des partenaire(s), oralement ou à l'écrit.
- S'interroge sur les conséquences d'un tableau séquellaire non sexuel pouvant cependant être à l'origine d'une carence affective et sexuelle (un partenaire devenu aidant principal...)
- Décrit précisément les thérapeutiques palliatives ou substitutives nécessaires au maintien d'une activité sexuelle, en rappelant les contraintes induites par ces traitements, et en précisant la posologie, la durée et la fréquence (pour faciliter la fixation des coûts par le régleur)

L'expert recherchera ensuite une cohérence entre les doléances, les examens complémentaires et l'examen clinique de la victime. Il retranscrira l'ensemble de ces données, sans préjugé ni appréciation morale, dans son rapport d'expertise, en décrivant de manière précise et exhaustive les éléments constitutifs de ce poste de préjudice. Il indiquera également les conditions de vie spécifiques de la victime (âge, situation familiale, croyance...) (6). Les mécanismes psychiques faisant maintenant partie des préjudices réparés au titre du préjudice sexuel, le temps de dialogue et d'évaluation doit être minutieux et précis. En l'absence de lésion d'organes ou de

mécanismes physiopathologiques jouant clairement sur la vie sexuelle de la victime, un avis sapiteur sexologue devra être demandé (2).

L'AREDOC, l'Association pour l'étude de la Réparation du Dommage Corporel est un organisme professionnel au sein duquel est organisée la réflexion sur les divers problèmes que posent l'évaluation et la réparation du dommage corporel, quel qu'en soit le contexte. Cet organisme réunit assureurs, réassureurs et médecins experts intéressés par ces réflexions. Selon cet organisme, sont retenues au titre du préjudice sexuel les atteintes morphologiques seules. En l'absence d'atteintes morphologiques, les doléances sont prises en compte dans le déficit fonctionnel permanent, au titre des « conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours » (7).

Dans tous les cas, il revient à l'expert de décrire précisément les difficultés rencontrées par le patient dans sa vie intime, y compris pour leurs ressentis psychologiques et subjectifs, car de cette évaluation dépend la reconnaissance du juge. Seulement, la recherche de symptômes et l'expression de doléances concernant sa sexualité ne mettent pas seulement à l'épreuve la victime. En effet, la pudeur de l'expert, ses propres conceptions de la sexualité ainsi que celles du juge pourraient entrer en conflit avec la réalité du préjudice de la victime.

2. Problématiques récentes posées par l'indemnisation du préjudice sexuel :

Dans une étude de jurisprudence réalisée par Carayon et al en 2017 (8), les auteurs ont formulé l'hypothèse selon laquelle l'évaluation neutre du préjudice sexuel se heurtait à des conceptions normatives de la sexualité et aux rapports de genre. Cette hypothèse a été confirmée par un cas qui a fait l'objet d'une note de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH), en mars 2018 (9) (10). Il y est rapporté le cas d'une femme portugaise de 50 ans, atteinte de troubles sphinctériens et d'une anesthésie du vagin suite à une intervention chirurgicale, ayant vu son préjudice moral réduit compte tenu du fait « *qu'elle avait un âge auquel le sexe n'est pas aussi important que plus jeune. Cette importance diminuant avec l'âge* ». Le CEDH statue sur une violation des articles 14 (prohibition de la discrimination) et de 8 (respect de la vie privée) de la convention européenne des droits de l'Homme. Ici, la conception stéréotypée de la sexualité d'une femme âgée, qui suppose également que les femmes n'auraient d'intérêt pour la vie sexuelle que lorsque celle-ci est reproductrice, a été condamnée par le CEDH. En effet, les stéréotypes, par exemple liés au sexe, ne constituent pas une justification suffisante et rentrent bien dans la définition de la discrimination (11). Or ces stéréotypes, restant très ancrés dans les mentalités collectives, semblent continuer à biaiser les réflexions malgré les textes légaux qui les condamnent expressément. La question alors plus large de la conception de la sexualité des

femmes en France se pose pour comprendre les stéréotypes sociaux qui peuvent influencer certaines décisions juridiques, notamment en matière de réparation du préjudice sexuel.

Les sociologues décrivent la sexualité comme des scripts prédéfinis, permettant d'adopter des comportements adaptés au genre. Ces scripts varient selon les individus et la culture. Or, dans notre société, la sexualité a longtemps été une histoire d'hommes. Schneider et Gould (1987) notent que « *la domination de genre suggère que les significations sexuelles et le langage sexuel des femmes découlent de l'expérience masculine et des définitions masculines du désir* » (12). Les droits des femmes ne sont reconnus que depuis moins d'un siècle, opprimés par une mentalité patriarcale, dont des exemples historiques témoignent de l'oppression sexuelle de la femme. L'excision est un exemple extrême où l'amputation des organes génitaux prive les femmes de tout accès au plaisir, contenant leur vie sexuelle à aux seules fonctions de procréation et de satisfaire leur époux (13). Bien que les mouvements féministes se soient emparés de la question au cours du XXe siècle, beaucoup de progrès restent à faire dans notre société pour lisser les inégalités de sexe (14). Dans ce contexte, il est naturel de penser que le domaine de l'expertise en dommage corporel n'est pas hermétique à ces stéréotypes, comme le prouve cette citation de Louis Melennec, médecin légiste et expert : « *à tort peut-être, on admet que la perte par un sujet masculin de sa puissance virile est plus grave de conséquences que la frigidity de la femme.* ». En effet, malgré un retentissement sexuel pouvant être majeur, les femmes gardent la possibilité d'avoir un rapport sexuel, même en l'absence totale de désir ou en présence de douleur, la pénétration étant passive.

Le domaine de l'expertise en dommage corporel n'est pas exsangue de ces biais sociaux. En effet, dans les différents barèmes de détermination du déficit fonctionnel permanent ou d'incapacité permanente partielle, on remarque une nette différence entre l'atteinte des organes sexuels selon le genre (8). Dans la plupart des barèmes, l'atteinte des organes sexuels féminins n'est représentée que par la perte des organes reproducteurs (ovaires et utérus), à hauteur de 5 à 50 % selon les sources. Seuls les barèmes d'invalidité des accidents du travail et de la fonction publique mentionnent les prolapsus, les fistules rectovaginales et les rapports douloureux, qui équivalent à un DFP de 5 à 30 %. Le barème d'invalidité des accidents du travail mentionne les « cicatrices vulvaires ou vaginales gênantes », qu'il répare à hauteur de 5 à 10 %. Pour rappel, les amputations de la verge correspondent à un DFP de 20 à 60 %. Nous notons que dans aucun des barèmes français, il n'est fait mention des atteintes du clitoris (15,16). Ce constat montre que dans le domaine de la médecine expertale, les atteintes des organes sexuels féminins sont essentiellement vues selon le prisme de la reproduction. Pourtant, dans le déficit fonctionnel permanent, il s'agit d'une évaluation objective de la perte fonctionnelle en partant de la séquelle, qu'en est-il lorsqu'il s'agit d'évaluer le retentissement sexuel « *in concreto* » chez une victime ?

Peu d'études ont été réalisées pour déterminer s'il existait une différence de la façon d'indemniser le préjudice sexuel dans le cadre du dommage corporel selon le sexe de la victime. Une étude de jurisprudence sur 52 arrêts de 1993 à 1995, ainsi que l'étude de Carayon et Al. ne mettaient pas en évidence de différence significative dans l'indemnisation du préjudice sexuel entre les hommes et les femmes (5,8). Cependant, dans cette deuxième étude, une analyse qualitative des arrêts semblait laisser entrevoir des différences dans la façon d'indemniser ce préjudice, qui ne sont pas détaillées dans l'article (8).

Dans la conception de la sexualité par l'expert et les juges, il pourrait donc exister des stéréotypes de genre, provenant de conception sociale de la sexualité notamment pour la femme, en portant intérêt principalement à la fonction reproductive. Les victimes pourraient elles aussi rencontrer des difficultés à élaborer sur leurs doléances sexuelles. Dans ce contexte, elles pourraient avoir plus de mal à s'exprimer librement sur leur sexualité, surtout pour les femmes célibataires par exemple, dont la sexualité peut être seulement récréative, et d'autant plus si leur gêne se trouve partagé par l'expert. L'évaluation du préjudice sexuel, compte tenu de son caractère très personnel, pourrait donc se heurter à la subjectivité de l'expert, du juge et de la victime, entraînant des disparités d'indemnisation et d'évaluation en fonction du sexe des différents protagonistes notamment celui de l'expert.

Dans cette optique, nous avons cherché à déterminer s'il existait des différences dans l'indemnisation du préjudice sexuel, tant sur un mode quantitatif (montant de l'indemnisation) que qualitatif (motivation de cette indemnisation) entre les hommes et les femmes et quels facteurs influençaient cette indemnisation, dans le but de proposer des pistes de réflexion pour une amélioration des pratiques.

Matériel et méthode :

1. Sélection des arrêts :

Les données de l'étude sont issues d'arrêts de jurisprudence publiés de 2012 à 2021. Les arrêts sélectionnés proviennent de deux sources différentes :

- D'une part des tableaux de Jurisprudence chiffrée, issus des l'ouvrage « Évaluation du préjudice corporel, stratégies d'indemnisation, méthode d'évaluation » par Gisèle Mor (17) (18). Le classement des arrêts poste par poste en fonction des titres de préjudices a permis d'inclure 56 arrêts, issus de jurisprudence judiciaire, de 2012 à 2019.
- De la plate-forme nationale en ligne « Legifrance » d'autre part. Il s'agit d'un site officiel du gouvernement, permettant un accès au public aux textes de loi en vigueur, ainsi qu'à la jurisprudence. Les mots clefs « préjudice sexuel » ont été rentrés dans le moteur de recherche du site et un classement par date a permis de sélectionner les arrêts de 2020 et 2021. Après l'étude de 438 arrêts issus des tribunaux de l'ensemble du territoire français, 61 arrêts ont été inclus : 56 provenant de jurisprudences administratives et 5 de jurisprudences judiciaires (Figure 1).

Les arrêts où aucun préjudice sexuel n'a été retenu, ceux où l'indemnisation du préjudice sexuel n'était pas distincte de celle d'un autre poste de préjudice, et ceux ne traitant pas de dommage corporel ont été exclus.

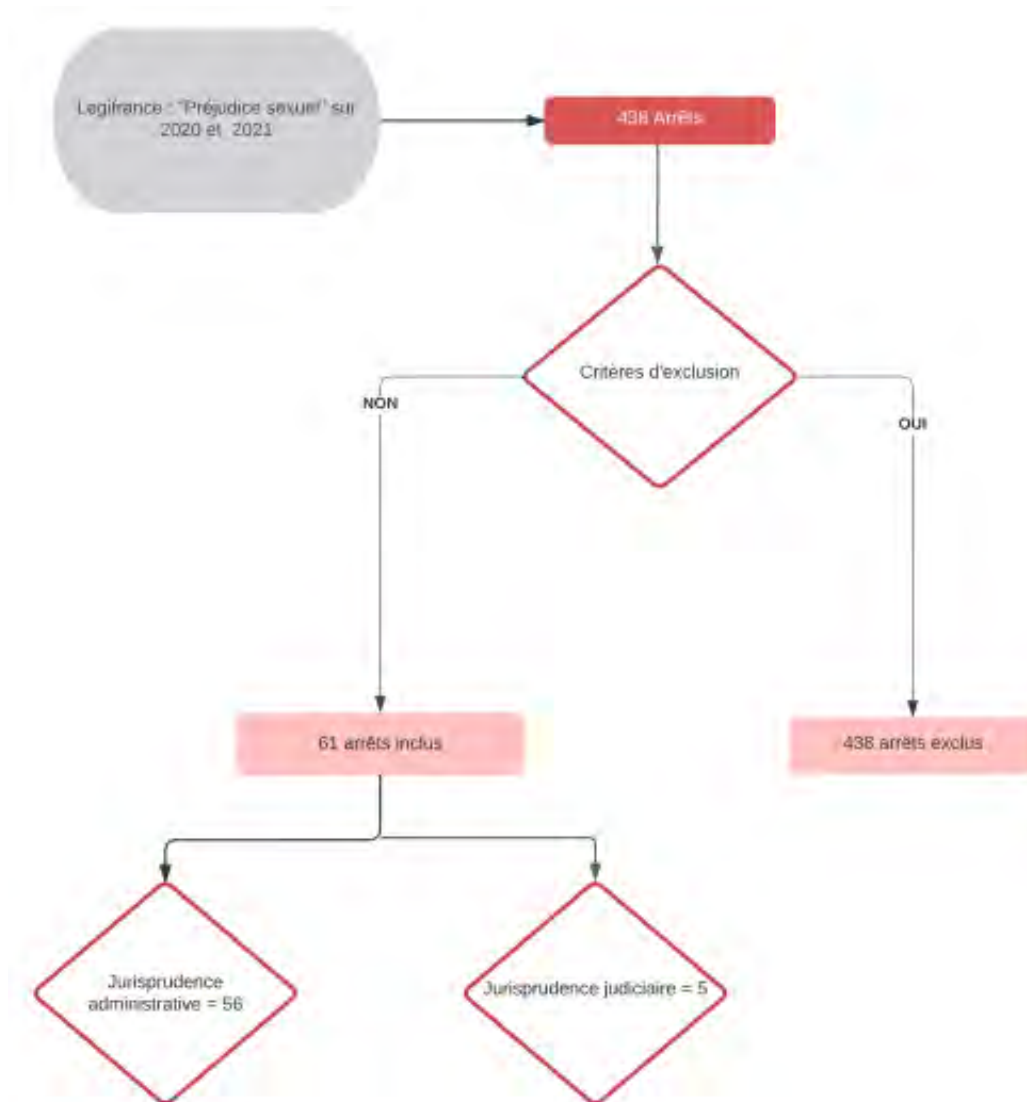


Figure 1 : Flowchart de sélection des arrêts dans Légifrance

2. Variables recueillies :

Dans les arrêts où les victimes ont été indemnisées au titre au préjudice sexuel, les variables suivantes ont été recueillies pour les analyses statistiques :

- Le sexe de la victime.

- L'âge au jour de la consolidation. Lorsque l'âge de la victime n'était pas stipulé dans l'arrêt, il a été calculé à partir des différentes dates à disposition (date de naissance, date de l'accident et date de la consolidation) et arrondi à l'année supérieure.
- Les séquelles imputables à l'événement initial, qu'elles soient physiques et/ou psychologiques.
- Le taux de déficit fonctionnel permanent.
- Le montant, en euros, de l'indemnisation du préjudice sexuel.
- Les motivations justifiant le montant de l'indemnisation du préjudice sexuel.
- Le type de tribunal dont est issu l'arrêt

3. Catégorisation du préjudice sexuel :

Les différentes catégories que nous avons définies, en nous appuyant sur la définition du préjudice sexuel, sont les suivantes :

- Global : le préjudice atteint l'ensemble des fonctions sexuelles. La victime n'a accès à aucune sexualité.
- Fonctionnel : regroupe l'ensemble des gênes liées à une atteinte somatique d'un organe non sexuel
- Positionnel : il s'agit d'une sous-catégorie de préjudice sexuel « fonctionnel », s'intéressant à une gêne ou à l'impossibilité à réaliser certaines positions ou pratiques sexuelles, suite à l'atteinte d'un organe non sexuel.
- Douleur : Douleur des zones génitales lors des rapports sexuels (dyspareunies psychologiques, érections douloureuses...)
- Érection : Dysfonction ou perte totale de l'érection, en dehors des effets indésirables médicamenteux.
- Organe : atteinte morphologique des organes sexuels primaires ou secondaires.
- Procréation : atteinte entraînant une diminution de la fertilité ou une infertilité.
- Troubles psychiques : gêne psychologique à la réalisation de l'acte sexuel entraînant une baisse de la libido, sans explications d'origine somatique ou médicamenteuse par ailleurs (syndrome dépressif réactionnel, état de stress post-traumatique, image dévalorisée du corps...).
- Iatrogénie : l'atteinte de la sexualité est secondaire à la prise d'un traitement médicamenteux dont la prescription est en lien avec le traitement d'une séquelle imputable aux lésions initiales.
- Troubles cognitifs : ensemble des troubles du comportement d'origine neuropsychologique, gênant ou empêchant la sexualité, ou altérant le rapport à la sexualité (désinhibition...)

Le préjudice sexuel a été catégorisé, chaque fois que cela était possible, en s'appuyant sur les motivations de son indemnisation précisées dans l'arrêt.

Dans les cas où le préjudice sexuel était indemnisé sans que les motivations soient documentées dans l'arrêt, il a été catégorisé en partant des séquelles décrites : par exemple, si un sujet présentait une amputation d'une jambe, le préjudice sexuel a été qualifié de « fonctionnel », s'il s'agissait d'une ablation de testicule, il a été catégorisé « organe ». Une seule catégorie a été sélectionnée par victime.

4. Prise en compte du retentissement psychologique :

Nous avons recherché si un retentissement psychologique était décrit dans les séquelles ou les motivations de l'indemnisation du préjudice sexuel. Nous l'avons recueilli comme une donnée à part, dont nous avons indiqué sa présence ou non dans une colonne sous la forme « Présence de troubles psychiques » : « Oui/Non » (O/N).

La présence de troubles psychiques, indemnisé ou non au titre du préjudice sexuel, ne dispense pas de la présence d'une catégorisation pour une atteinte somatique par ailleurs. Dans les cas où le retentissement sexuel était seulement dû à des symptômes psychologiques, le préjudice sexuel a été catégorisé « Troubles psychiques », et la mention « Oui » (O), a aussi été codé dans la colonne dédiée à la présence de troubles psychiques.

Si ce retentissement psychologique était pris en compte dans l'indemnisation du préjudice sexuel, c'est-à-dire qu'il était décrit dans les motivations de son indemnisation, cela a aussi été indiqué (« Psy indemn ») sous forme « oui/non » dans une autre colonne spécifique.

5. Analyse des données :

L'ensemble du traitement des données et des analyses statistiques a été réalisé avec le logiciel Microsoft Excel (2016, version Windows) et le logiciel R (R x64 4.1.0, <https://cran.r-project.org>).

Notre étude comprend des données quantitatives : l'âge au jour de l'accident et au jour de la consolidation, le DFP, le montant d'indemnisation du préjudice sexuel, et des données qualitatives : le sexe, la catégorie de préjudice sexuel, la présence de troubles psychiques, l'indemnisation des troubles psychiques dans le préjudice sexuel. Les données manquantes ont été exclues des analyses.

La variable « Taux d'indemnisation » a été calculée par la formule suivante : Indemnisation/DFP. Il s'agit d'une variable quantitative dont l'intérêt est de lisser les différences d'indemnisation du préjudice sexuel induite par une variation du taux de DFP.

Compte tenu du caractère permanent du préjudice sexuel, c'est l'âge au jour de la consolidation qui a été choisi pour réaliser les analyses statistiques, plutôt que l'âge au jour de l'accident.

Les arrêts sélectionnés ont été relus et catégorisés par un second médecin légiste dans le but de rechercher des différences dans la catégorisation du préjudice sexuel. Le calcul de la variabilité intra et interobservateur sur ces données a été réalisé avec le test Kappa de Fleiss-Cohen.

Les deux groupes, c'est-à-dire les individus de sexe féminin et masculin, ont été comparés en utilisant des t-test pour les variables quantitatives. Pour les variables qualitatives, la répartition dans les deux groupes a été calculée sous forme de pourcentages sur Excel, et la comparabilité a été étudiée avec des test Chi².

L'analyse de la corrélation entre les deux groupes pour les données quantitatives a été effectuée par des régressions linéaires simples. Pour les données qualitatives, des ANOVA a deux facteurs ont été réalisées.

Des recherches de « points de rupture », grâce au package « segmented » du logiciel R, ont été effectuées sur un graphique de corrélation de l'indemnisation puis du taux d'indemnisation à l'âge au jour de la consolidation et sur le DFP. Cette fonctionnalité est un modèle de régression étudiant les variations de relation entre les variables en fonction des paramètres de pentes des courbes et des points de rupture auxquels la relation linéaire change (19). Cela nous a permis de déterminer s'il existait un changement significatif dans l'infléchissement de la courbe d'indemnisation, afin de mettre en exergue l'âge puis le DFP auxquels ces changements opèrent.

Des graphiques de représentation de la distribution des individus en croisant différentes variables ont été réalisés grâce au package « ggplot2 ».

Pour représenter graphiquement les relations entre nos variables, nous avons effectué une analyse des correspondances multiples (ACM), grâce au package « FactoMineR » du logiciel R. Cet outil statistique permet de visualiser la proximité de plusieurs variables catégorielles ou nominales sur un graphique. Les deux axes de ce graphique sont constitués de dimensions (Dim) qui représentent un pourcentage de la variabilité totale de la population, et dont la somme correspond à la variabilité totale. A chaque variable étudiée va être attribué une valeur numérique qui se projettera sur les dimensions constituant les axes du graphique, permettant de visualiser les variables qui sont proches, sans pour autant que l'on puisse quantifier le lien entre elles (20). Pour ce faire, nous avons dû changer le type de variables afin de n'obtenir que des

données qualitatives. L'âge au jour de la consolidation a été découpé en classes comme suit : inférieur à 50 ans et supérieur ou égal à 50 ans. Le DFP a été regroupé en 3 classes : inférieur à 30 %, de 30 à 59 % et supérieur à 60 %, et l'indemnisation en 3 groupes : inférieure ou égale à 10 000€, plus de 10 000 et moins de 40 000€, supérieure ou égale à 40 000€.

Résultats :

1. Statistiques descriptives :

L'échantillon collecté est composé de 117 victimes, 72 hommes et 45 femmes, dont l'âge moyen est de 37,4 ans au jour de la consolidation. Le DFP moyen est de 49,2 % et l'indemnisation moyenne de 17 095€ (Tableau 2)

Tableau 1 : Statistiques descriptives de l'âge, du DFP et de l'indemnisation dans les deux groupes de sexe

| | n | Âge au JC | | DFP (%) | | Indemnisation (€) | |
|---------------|-----|-----------|-----------|---------|---------------|-------------------|-------------------|
| | | Moy. | min - max | Moy. | IC 95% | Moyenne | IC 95% |
| Hommes | 72 | 37,8 | 5 - 72 | 56,6 | [49,7 ; 63,6] | 20 446 | [16 313 ; 24 579] |
| Femmes | 45 | 36,5 | 11 - 72 | 37,9 | [28,8 ; 47] | 11 733 | [7 149 ; 16 317] |
| Total | 117 | 37,4 | 5 - 72 | 49,21 | [43,5 ; 54,9] | 17 095 | [13 946 ; 20 244] |

Le type d'évènement ayant entraîné le déficit, classé en accidents médicaux et autres accidents (accident de la voie publique, accident de travail) et agressions, est réparti comme suit dans les deux tribunaux (Tableau 3) :

Tableau 2 : Répartition du type d'évènements initial dans les deux types de tribunaux

| | Accidents médicaux | | Autres accidents/agressions | |
|----------------------|--------------------|----------------|-----------------------------|----------------|
| | n | Proportion (%) | n | Proportion (%) |
| Judiciaire | 3 | 3% | 58 | 49% |
| Administratif | 56 | 48% | 0 | 0% |
| Total | 59 | 51% | 58 | 49% |

Les données des arrêts nous ont permis de catégoriser le préjudice sexuel de 103 victimes, soit 88 % d'entre elles. La catégorie « Procréation » n'était présente pour aucune victime. Les catégories « Erection » et « Iatrogénie » ne sont représentées que chez les hommes (Figure 2).

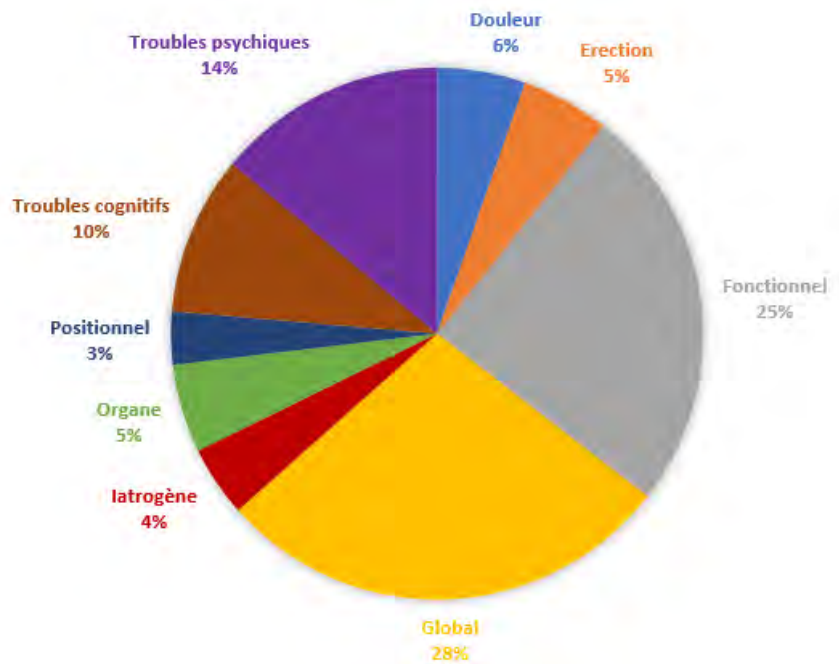


Figure 2 : Diagramme en secteur de la répartition des catégories de préjudice sexuel

2. Comparaison des deux groupes :

Comparaison des groupes hommes et femmes :

- Le test de Chi² ne montre pas de différence significative dans la répartition des hommes et des femmes dans les tribunaux judiciaire ou administratif (p-value = 0,098).
- L'âge moyen au jour de la consolidation est de 37,8 ans chez les hommes et 36,5 ans chez les femmes. Il n'existe pas de différence significative en fonction du sexe pour l'âge au jour de la consolidation (p-value = 0,68).

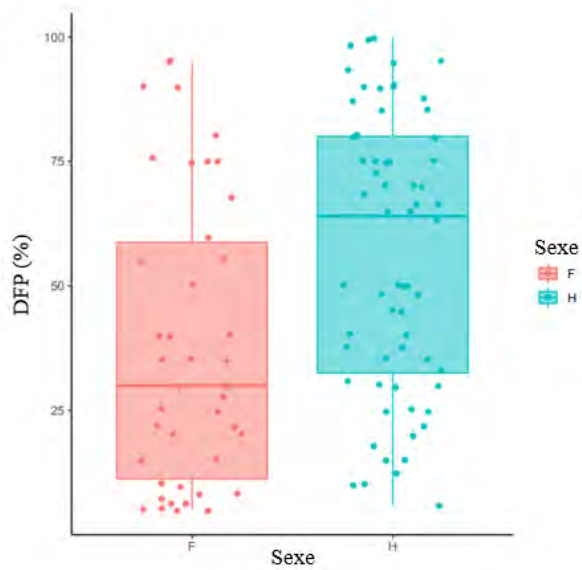


Figure 3 : Boxplots de répartition du DFP dans les deux groupes de sexe

- Le DFP moyen est de 56,6 pour les hommes et 37,9 pour les femmes. Il existe une différence significative du DFP en fonction du sexe ($p\text{-value} = 0,001$) : les hommes ont un taux significativement supérieur aux femmes (Figure 3).

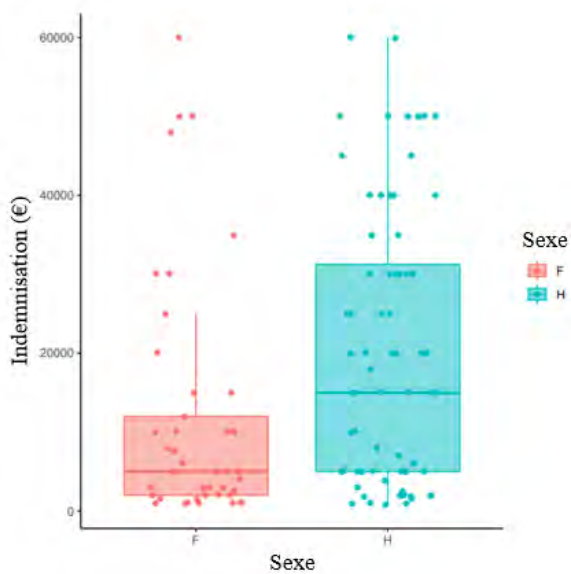


Figure 4 : Boxplots de répartition de l'indemnisation du préjudice sexuel dans les deux groupes de sexe

- L'indemnisation moyenne est de 20 445,8 euros pour les hommes et 11 733,3 euros pour les femmes. Il existe une différence significative du montant de l'indemnisation du préjudice sexuel en fonction du sexe ($p\text{-value} = 0,005$) : les hommes sont significativement plus indemnisés que les femmes (Figure 4).

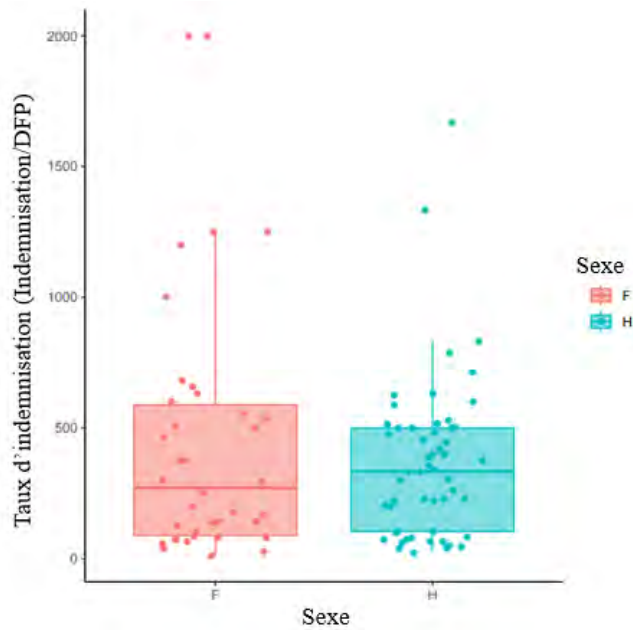


Figure 5 : Boxplots de répartition du taux d'indemnisation du préjudice sexuel (Indemnisation/DFP) dans les deux groupes de sexe

- En considérant le taux d'indemnisation (indemnisation/DFP), on ne retrouve pas de différence significative d'indemnisation entre les femmes et les hommes à DFP égaux (p-value = 0,707) (Figure 5).

- Des troubles psychiques sont décrits dans les motivations du préjudice sexuel ou des séquelles dans des cas 41,2 % des cas. Chez les femmes, ils sont présents dans 47,7% des cas contre les hommes 34,9 %. Le test de Chi² ne montre pas de différence significative dans la distribution de la présence des troubles psychologiques chez les hommes et les femmes (p-value = 0,115).
- Le préjudice sexuel a fait l'objet d'une indemnisation justifiée par des troubles psychiques, au moins en partie, dans 80 % des cas : chez 77,3 % des hommes et 71,4% des femmes. Le test de Chi² ne montre pas de différence significative dans l'indemnisation des troubles psychiques entre les hommes et les femmes (p-value = 0,346).

3. Influence de l'âge sur l'indemnisation du préjudice sexuel :

Des régressions linéaires ont été réalisées pour tester l'influence de l'âge au jour de la consolidation (JC) sur l'indemnisation du préjudice sexuel. On retrouve une diminution significative pour les hommes (p-value 0,001 ; R^2 0,16), et pour les femmes (p-value 0,017 ; R^2 0,13) (Figure 6).

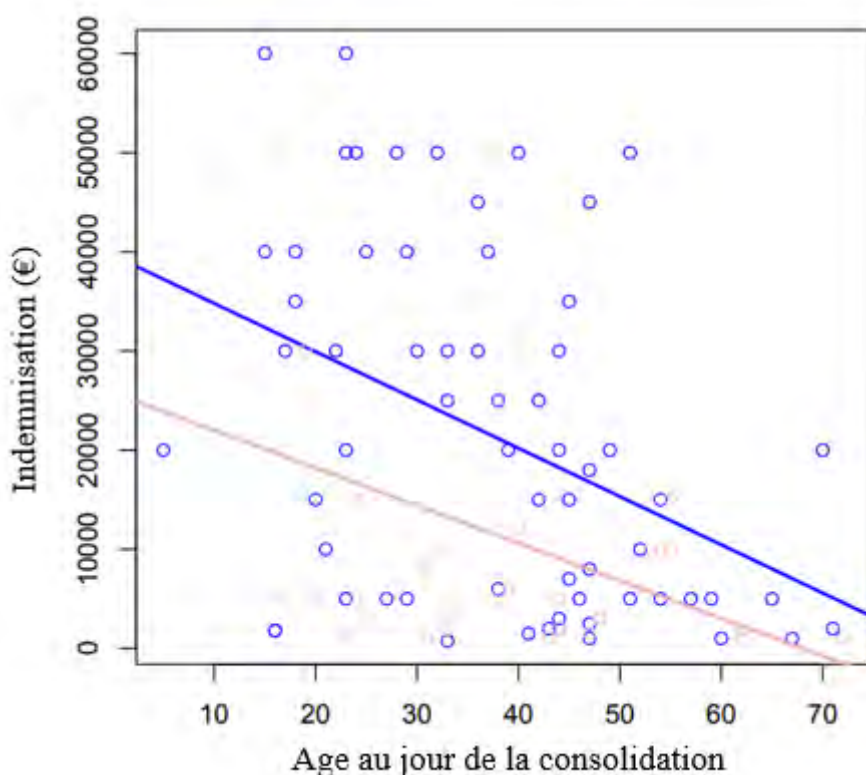


Figure 6 : représentation graphique de la corrélation entre l'indemnisation du préjudice sexuel et de l'âge au jour de la consolidation dans les deux groupes de sexe. La courbe bleue correspond aux hommes et la rose les femmes.

La recherche de points de rupture dans les courbes de régression du taux d'indemnisation (Indemnisation/DFP), en fonction de l'âge au jour de la consolidation a été effectuée dans la population puis dans les deux groupes de sexe. En étudiant les variations des courbes, on note que le taux d'indemnisation augmente jusqu'à 51 ans pour les hommes (erreur estimée : 7,9 ans) et jusqu'à 40 ans pour les femmes (erreur estimée 13,3 ans), puis diminue (Figure 7).

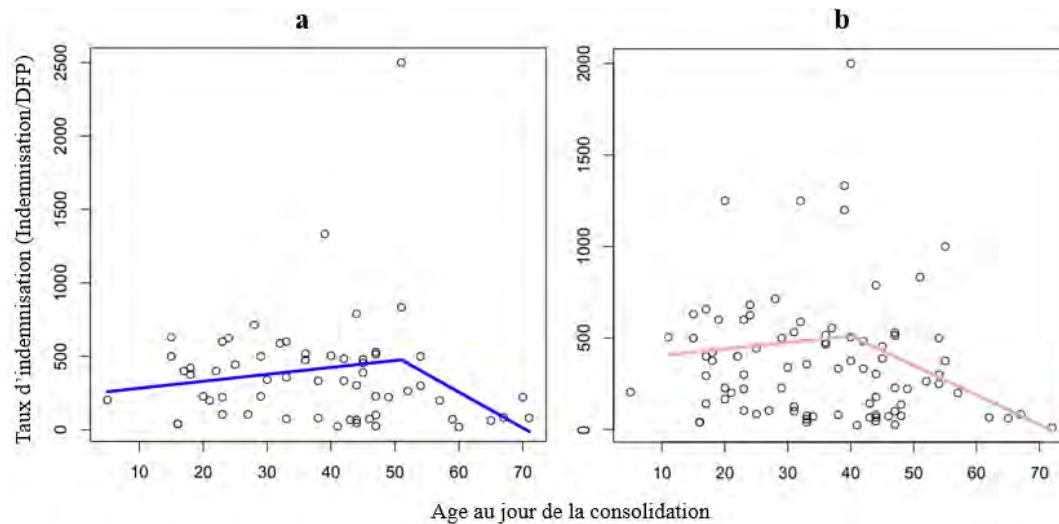


Figure 7 : Représentation graphique de la recherche du point de rupture dans l'analyse de la corrélation entre le taux d'indemnisation (indemnisation/DFP) et l'âge chez les hommes (Figure 7a) et les femmes (Figure 7b)

4. Influence du DFP sur l'indemnisation du préjudice sexuel :

L'indemnisation augmente de façon significative avec le DFP dans les deux groupes. On note sur le graphique que pour les DFP plus importants, les femmes sont légèrement moins indemnisées que les hommes (Tableau 5, Figure 8).

Tableau 3 : Résumé des analyses des régressions étudiant la corrélation entre l'indemnisation du préjudice sexuel et le DFP dans les deux groupes de sexe

| | P-value | R ² | Coefficient de corrélation |
|-------------------|---------|----------------|----------------------------|
| Population | < 0,01 | 0,41 | 0,64 |
| Hommes | < 0,01 | 0,36 | 0,63 |
| Femmes | < 0,01 | 0,39 | 0,61 |

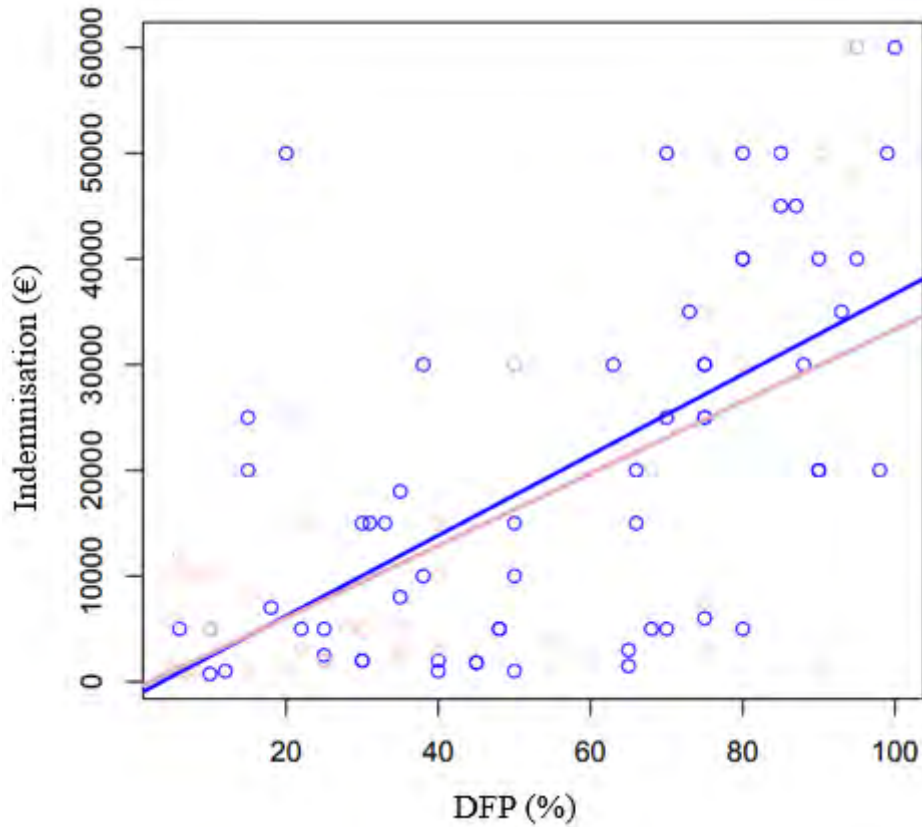


Figure 8 : Représentation graphique de la corrélation entre l'indemnisation du préjudice sexuel et le DFP dans les deux groupes de sexe. La courbe bleue représente les hommes et la rose les femmes.

L'ANOVA étudiant les variations de l'indemnisation en fonction de groupes de DFP faibles (<30%), modérés (30-60%) et élevés (>60%), met en exergue une influence significative du DFP sur l'indemnisation (p-value<0,01 ; F-value = 29,7) et du sexe (p-value = 0,01 ; F-value = 6,9). Cependant, il n'y a pas de différence significative d'indemnisation entre les hommes et les femmes dans ces trois tranches de DFP (<30 % : p-value = 0.99 ; 30-60 % : p-value = 0.99 ; >60 % : p-value = 1) (Figure 9).

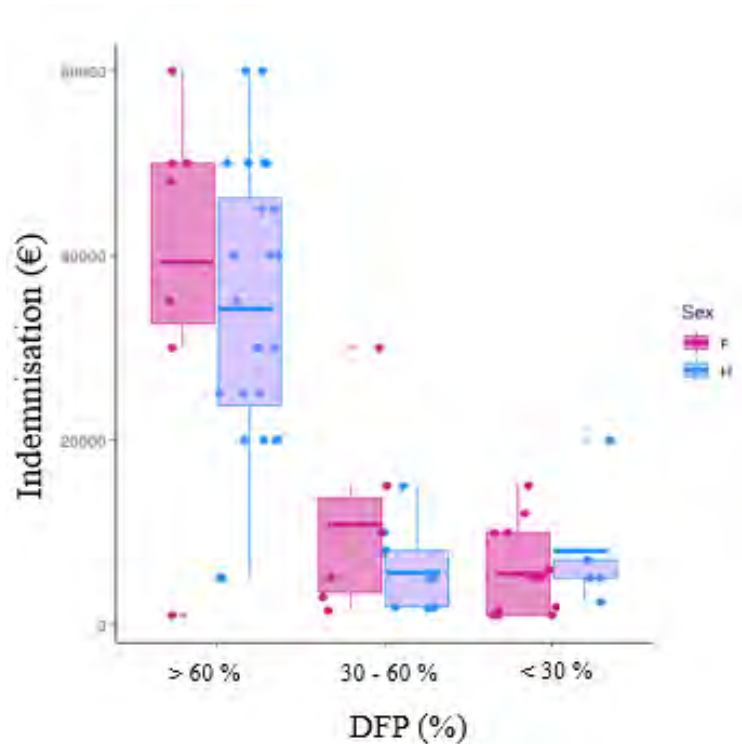


Figure 9 : Boxplots de répartition des montants d'indemnisation du préjudice sexuel des individus par groupes de sexe en fonction des tranches de DFP. Les boxplots bleus représentent les hommes, les roses les femmes.

La recherche de point de rupture dans les variations de l'indemnisation du préjudice sexuel par rapport DFP a mis en évidence une augmentation brutale de l'indemnisation à partir de 56,2 % de DFP chez les hommes (erreur estimée : 8,8%) contre 89.5% chez les femmes (erreur estimée 1,8%) (Figure 10).

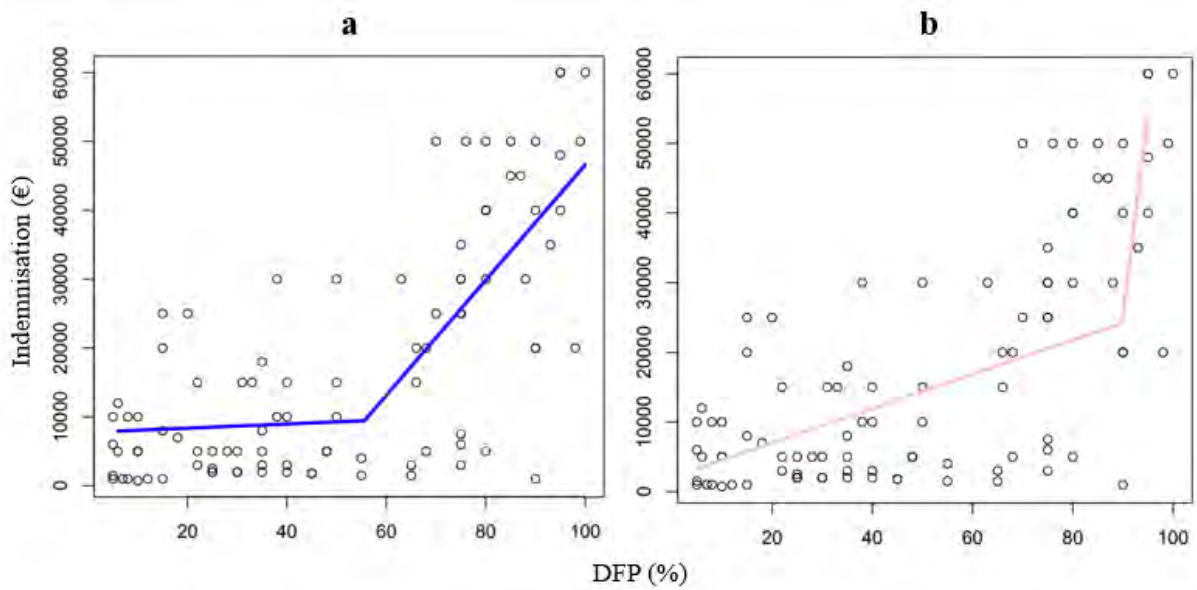


Figure 10 : Représentation graphique de la recherche du point de rupture dans l'analyse de la corrélation entre les montants d'indemnisation du préjudice sexuel et le DFP chez les hommes (Figure 10a) et les femmes (Figure 10b)

5. Influence du type de tribunal :

À l'étude graphique des régressions linéaires de l'indemnisation en fonction du DFP dans les deux tribunaux, on remarque une augmentation significative de l'indemnisation avec le DFP. Cependant, les arrêts issus du tribunal judiciaire sont associés à des indemnisations du préjudice sexuel plus importantes pour un même taux de DFP (Tableau 6, Figure 11).

Tableau 4 : Résumé des analyses des régressions étudiant la corrélation entre l'indemnisation du préjudice sexuel et le DFP dans les deux types de tribunaux

| | P-value | R² | Coefficient de corrélation |
|----------------------|----------------|----------------------|-----------------------------------|
| Judiciaire | < 0,01 | 0,51 | 0,72 |
| Administratif | < 0,01 | 0,31 | 0,57 |

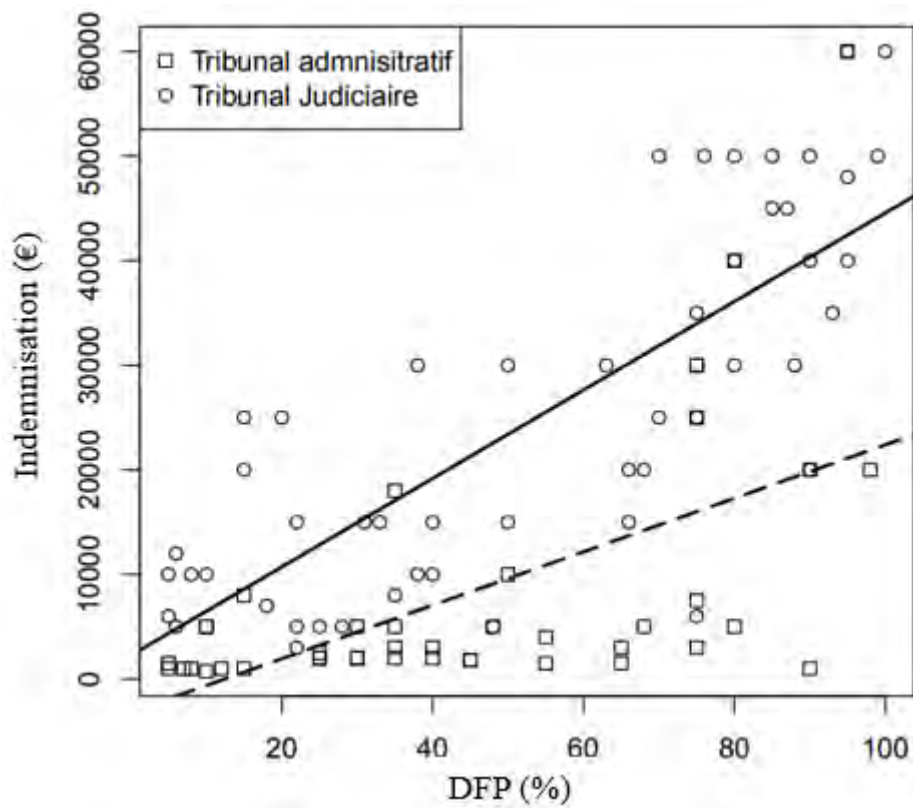


Figure 11 : Représentation graphique de la corrélation entre l'indemnisation du préjudice sexuel et le DFP dans les deux tribunaux. La courbe orange représente le tribunal judiciaire et la verte le tribunal administratif.

Les analyses par ANOVA montrent qu'en cas de prise en charge dans un tribunal judiciaire, les taux d'indemnisation en fonction du DFP sont significativement supérieurs (p -value < 0.01 ; F -value = 35,76). En considérant le sexe, à DFP égaux (Taux d'indemnisation), il n'y a pas de différence au tribunal administratif ; en revanche, les femmes sont statistiquement mieux indemnisées que les hommes au tribunal judiciaire (p -value = 0,029 ; F -value = 5,45) (Figure 12).

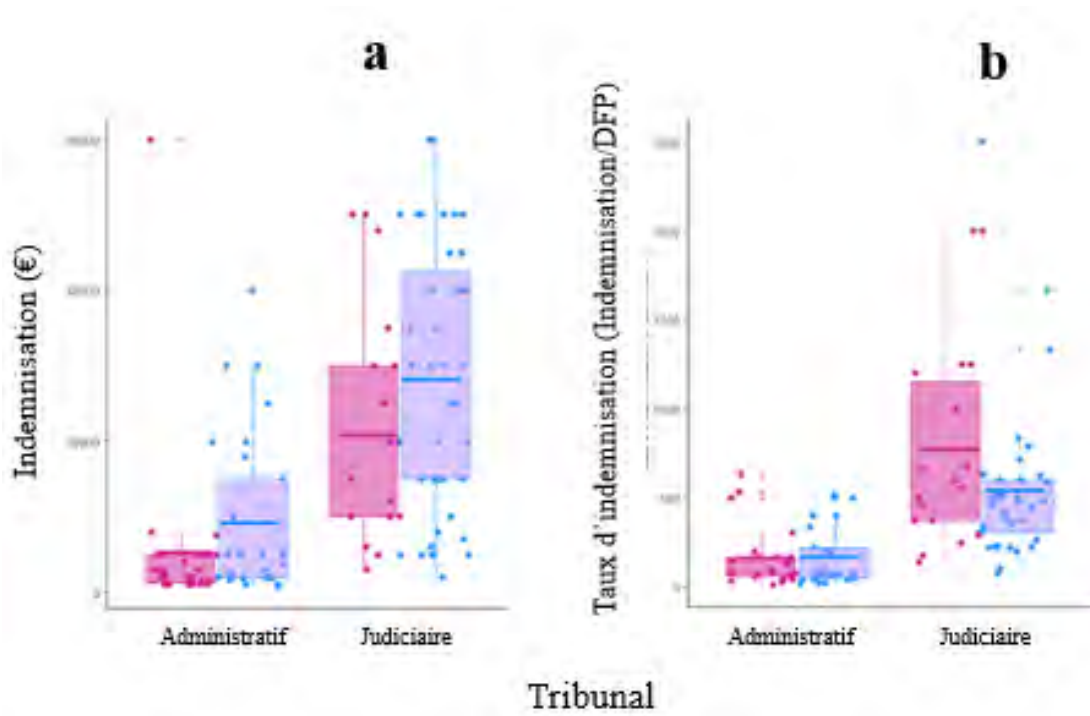


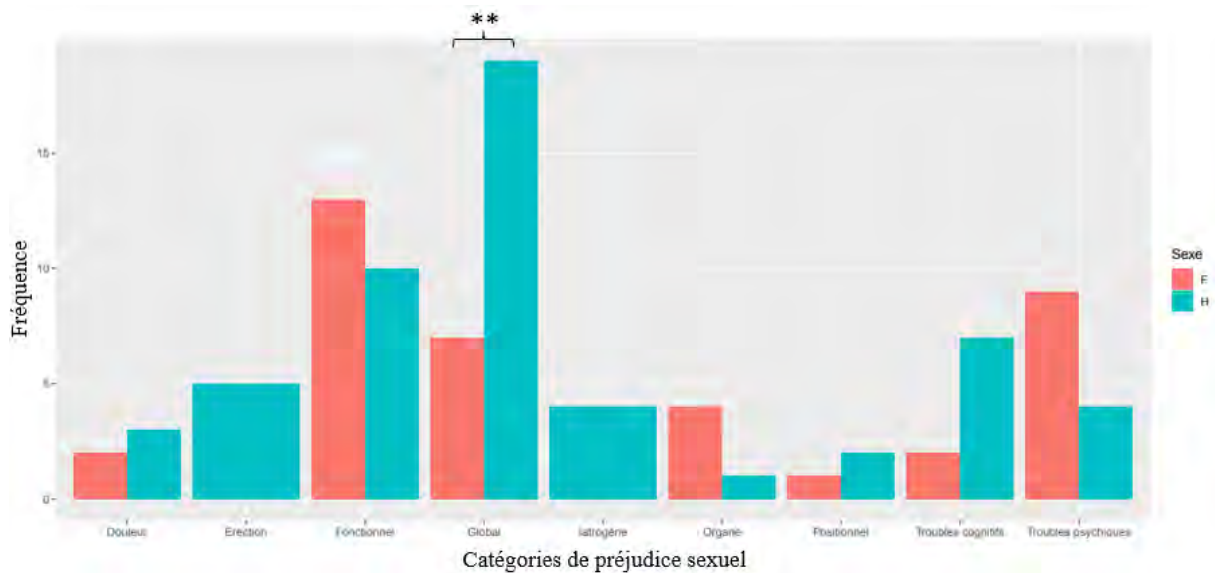
Figure 12 : Boxplots de distribution des montants d'indemnisation (Figure 12a) et du taux d'indemnisation en fonction du DFP (Figure 12b) du préjudice sexuel par tribunal dans les deux groupes de sexe

6. Influence des catégories de préjudice sexuel :

L'étude des variabilités intra et interobservateurs a montré une correspondance modérée à forte entre les catégorisations des différents observateurs, avec des valeurs de Kappa respectivement de 0,87 (intraobservateur) et 0,79 (interobservateur).

Il n'y a pas de différence significative de répartition dans les différentes catégories de préjudice sexuel en fonction du sexe, en dehors de la catégorie « Global » qui est statistiquement plus représentée chez les hommes (p -value = 0,005) (Figure 13).

Figure 13 : Histogramme de répartition des proportions d'hommes et de femmes par catégorie



La distribution des individus en fonction de leur indemnisation et du DFP par catégorie a été représenté graphiquement dans chacun des groupes (Figure 14).

À l'étude de ces graphiques, on note que :

- La catégorie « Douleur » est retrouvée chez les victimes avec un faible DFP et une faible indemnisation chez les hommes comme chez les femmes.
- La catégorie « Global » est plutôt retrouvée pour les fortes indemnisations et les forts DFP chez les hommes comme chez les femmes. On note cependant que pour deux individus de sexe féminin, des DFP élevés et un retentissement « Global » ont eu moins de 5000€ d'indemnisation au titre du préjudice sexuel.
- La catégorie « Fonctionnel » est peu indemnisée chez les hommes même si le DFP augmente. Chez les femmes, l'indemnisation de cette catégorie augmente proportionnellement au DFP.
- Les catégories « Organe » et « Positionnel » sont très peu représentées dans les deux groupes, et semblent associées à des DFP et des indemnisations peu importantes pour les hommes et les femmes.
- Les « Troubles cognitifs » sont essentiellement représentés chez les hommes, et leur indemnisation augmente proportionnellement au DFP.
- Les « Troubles psychiques », sont très représentés chez les femmes et associés à de faibles DFP et de faibles indemnisations. Chez les hommes, seulement 4 individus

rentrent dans cette catégorie et sont répartis plus uniformément sur le graphique et leur indemnisation augmente avec le DFP.

- Enfin les catégories « Iatrogénie », et « Érection » ne sont présentes que dans le groupe des individus de sexe masculin.

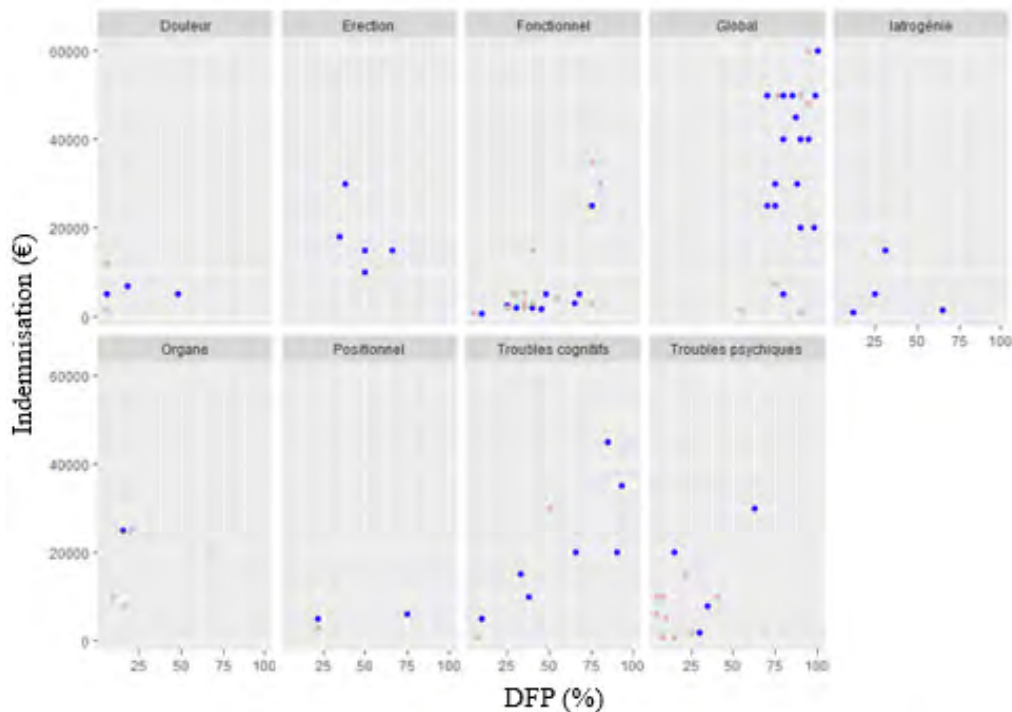


Figure 14 : Représentation de la distribution des individus de sexe masculin (points bleus) et féminin (points roses) en fonction des montants d'indemnisation du préjudice sexuel et du DFP pour chaque catégorie

Une analyse par ANOVA de l'influence de la catégorie de préjudice sexuel et du sexe de la victime sur le taux d'indemnisation du préjudice sexuel a été réalisée, et met en exergue une influence significative des catégories (p -value $< 0,01$; F -value = 4,99) mais pas du sexe (p -value = 0,244 ; F -value = 1,48). Par ailleurs, il n'existe pour aucune des catégories une différence d'indemnisation entre les hommes et les femmes. La distribution des individus selon ces variables est représentée dans la figure 15.

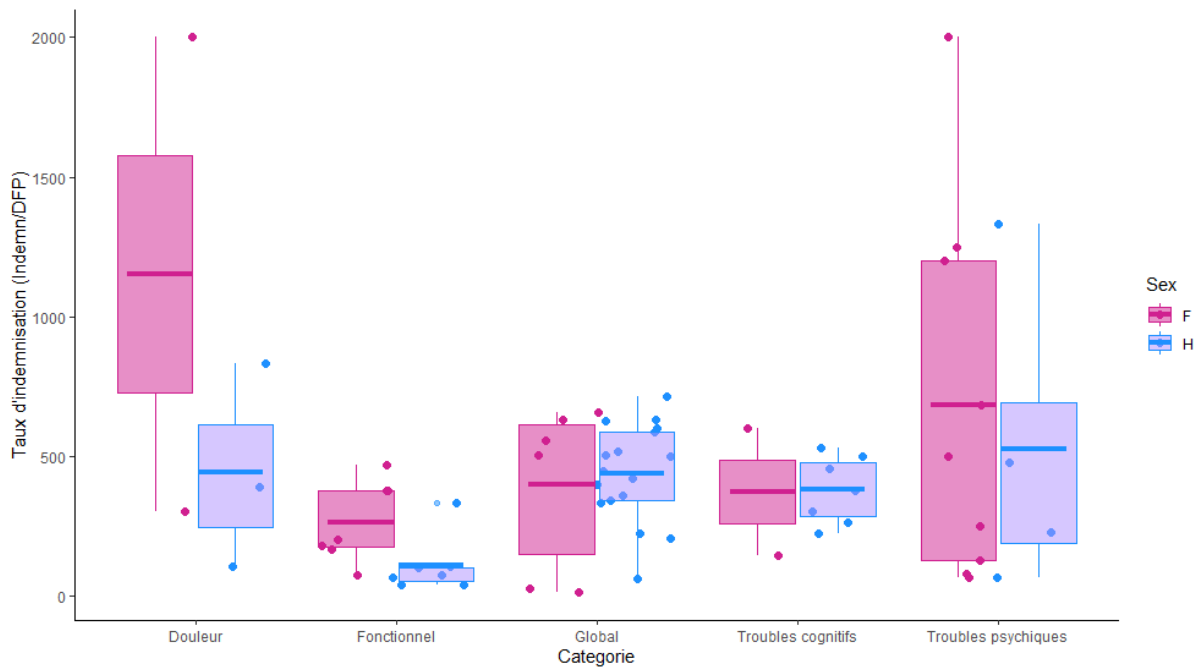


Figure 15 : Boxplot de distribution des montants d'indemnisation du préjudice sexuel par catégorie dans les deux groupes de sexe

7. Influence de la présence de troubles psychiques :

La distribution de la présence ou non de troubles psychiques en fonction de l'indemnisation et du DFP a été représentée graphiquement dans chacun des groupes sexe (Figure 16).

Chez les femmes, lorsque les troubles psychiques sont décrits, c'est essentiellement pour les victimes avec de faibles DFP et de faibles indemnisations. De plus, l'indemnisation augmente peu malgré l'augmentation du DFP associée. Chez les hommes, la répartition de la présence de troubles psychiques est homogène sur le graphique.

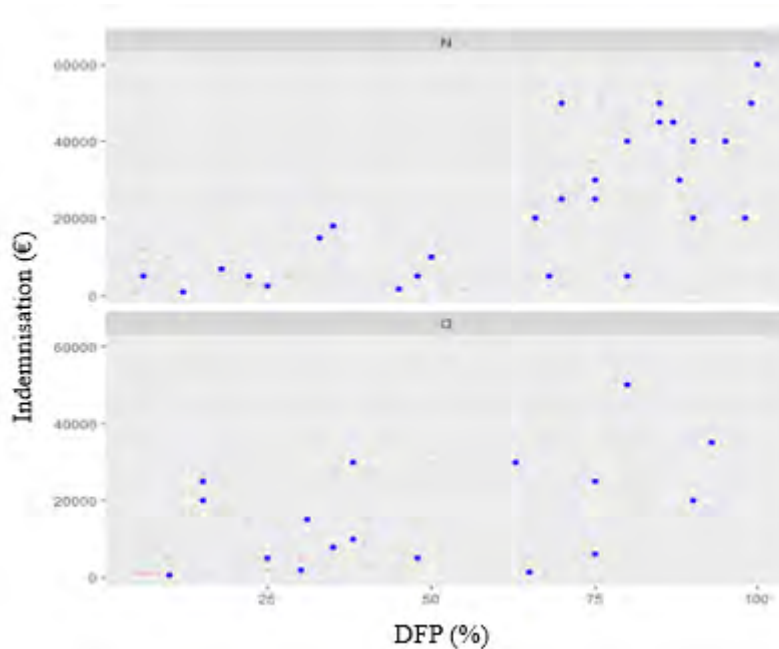


Figure 16 : Distribution des individus en fonction de la présence de troubles psychiques (O) ou non (N) en fonction du montant d'indemnisation du préjudice sexuel et du DFP. Les points bleus représentent les hommes, les roses les femmes.

Nous avons effectué une ANOVA de la relation entre le taux d'indemnisation, de l'inclusion des troubles psychiques dans l'indemnisation du préjudice sexuel et du sexe de la victime. Cette analyse montre une influence significative des troubles psychiques (p -value = 0,04 ; F -value = 3,26) sur le taux d'indemnisation, mais pas du sexe (p -value = 0,298 ; F -value = 3,26). De plus, il n'y a pas de différence significative d'indemnisation du préjudice sexuel pour des troubles psychiques entre les hommes et les femmes (p -value = 0,99 ; ; F -value = 0,05) (Figure 17).

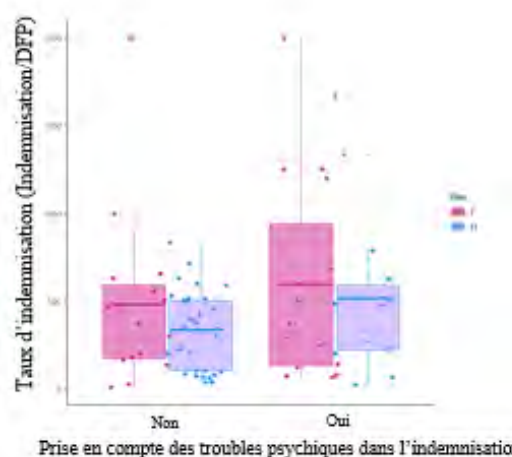


Figure 17 : Boxplots de répartition du taux d'indemnisation du préjudice sexuel en fonction de la prise en compte de troubles psychiques dans l'indemnisation du préjudice sexuel (O) ou non (N) dans les deux groupes de sexe

8. Analyse des correspondances multiples (ACM) :

Pour plus de lisibilité des graphiques, l'ensemble des données manquantes a été supprimé. Ces analyses ont donc été sur 70 individus, 46 hommes et 24 femmes.

Après plusieurs essais de représentations graphiques en changeant les dimensions utilisées, nous avons utilisé les graphiques avec les dimensions 1 et 2, qui nous semblaient être les plus pertinentes et expliquaient dans tous les cas plus de 30 % de la variabilité totale.

La figure 25 représente la distribution de l'ensemble des variables sur les dimensions 1 et 2. Des ellipses ont été tracées pour les deux catégories de sexe, afin de mettre en évidence quelles variables étaient plus fortement représentées chez les hommes et les femmes.

On remarque tout d'abord une proximité entre certaines variables (Figure 18) :

- Un DFP>60 %, une indemnisation au titre du préjudice sexuel de plus 40 000€ et la catégorie « Globale » de préjudice sexuel
- Un DFP<30 % et une indemnisation inférieure à 10 000€
- La présence de troubles psychiques, l'inclusion des troubles psychiques dans l'indemnisation, les catégories « Troubles psychiques » (présents sans autre atteinte somatique), « Iatrogénie », « Troubles cognitifs » et « Organe »
- Les deux catégories « Positionnel » et « Douleur » (des organes sexuels) présentent une grande proximité, mais sont éloignées de toutes les autres variables.

Concernant les groupes de sexe, on note qu'il se situe de part et d'autre de l'axe des ordonnées. La variable « Sexe » semble donc très corrélée à la dimension 2 et peu à la dimension 1. Les variables situées à droite de l'axe des ordonnées seraient donc plus proches de la variable « être une femme », et celles situées à gauche plus proche de la variable « être un homme » (Figure 18).

- Le profil des femmes serait donc : âge de plus de 50 ans, avec un DFP compris entre 30 et 60 %, une indemnisation inférieure à 10 000€, présence de troubles psychiques et leur inclusion dans l'indemnisation, et un préjudice sexuel concernant les atteintes d'organes.
- Le profil des hommes serait quant à lui : âge de moins de 50 ans, avec un DFP supérieur à 60 %, une indemnisation de plus de 40 000€ avec une atteinte globale de leur fonction sexuelle, sans prise en compte des troubles psychiques associés.

Les variables se situant sur l'axe des ordonnées et donc n'étant pas influencé par un groupe de sexe sont : une indemnisation entre 10 000 et 40 000€, les catégories « Fonctionnels », « Positionnel » et « Douleur », ainsi que les troubles de l'érection.

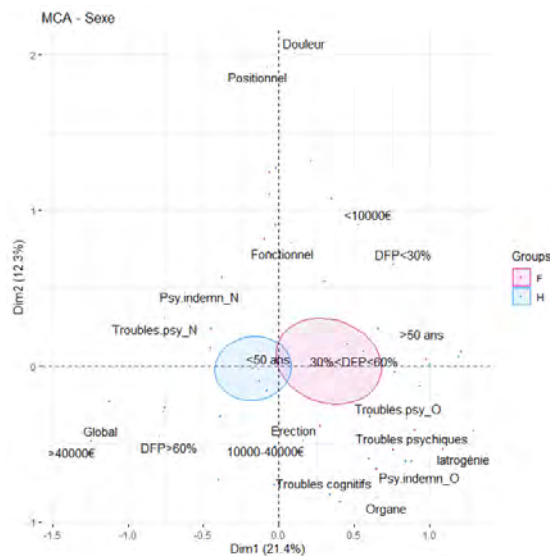


Figure 18 : Représentation graphique de l'ACM des différentes variables en considérant leur proximité en fonction du sexe des individus

En considérant la proximité des variables en fonction de la présence ou non de troubles psychologiques, on remarque qu'ils sont plus souvent stipulés dans la description des séquelles pour les femmes, les individus âgés de plus de 50 ans (homme ou femme), pour des DFP inférieur à 30 % et une indemnisation de moins de 10 000€. De plus, la présence de troubles psychiques est associée à certaine catégorie de préjudice sexuel : les troubles psychiques, les atteintes d'organes, les troubles cognitifs, les causes médicamenteuses (Figure 19).

En revanche, les DFP supérieurs à 60 %, les indemnisations de plus de 40 000€, et la catégorie globale, ne sont pas associé à la présence de troubles psychiques.

On remarque que les individus de sexe masculin, ceux avec un DFP intermédiaire (30-60%) et la catégorie « Fonctionnelle » se trouvent dans le recoupement des deux ellipses et ne sont donc pas particulièrement associées à la description ou non de troubles psychiques dans l'arrêt.

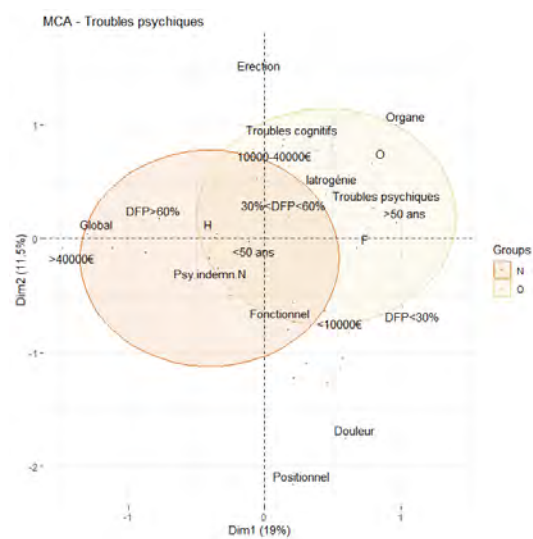


Figure 19 : Représentation graphique de l'ACM des différentes variables en considérant leur proximité en fonction de la présence (O) ou non (N) de troubles psychiques

Discussion :

1. Justifications de l'étude :

Peu d'études ont été réalisées dans le domaine de l'évaluation et de l'indemnisation du préjudice sexuel (5,8,17). Aucune de ces études, dont la plus récente est celle de Carayon et al. en 2017, n'a mis en évidence de différence significative de l'indemnisation du préjudice sexuel entre les hommes et les femmes, bien que les hommes aient des montants plus élevés. Néanmoins, dans l'ensemble de ces travaux, de nombreux facteurs n'ont pas été pris en compte.

Notre étude a consisté à analyser les arrêts de jurisprudence mentionnant l'indemnisation d'un préjudice sexuel, nous permettant de recueillir plusieurs variables : le type de tribunal ayant rendu l'arrêt, le déficit fonctionnel permanent, l'âge à la consolidation, la présence de troubles psychiques. Nous avons catégorisé le préjudice sexuel en dix types, afin de mettre en évidence d'éventuelles différences dans le montant de l'indemnisation du préjudice sexuel en fonction des séquelles. Notre objectif était de déterminer si certaines variables influent sur l'indemnisation du préjudice sexuel chez les hommes et les femmes, afin de mettre en exergue d'éventuelles différences dans leur impact sur le montant de l'indemnisation en fonction du sexe de la victime.

En effet, de récentes études françaises laissent à penser que les stéréotypes culturels de la sexualité, notamment en matière de genre, pourraient transparaître en expertise (8,17). La Cour Européenne des Droits de l'Homme a rappelé en 2018 dans une note concernant une réduction de l'indemnisation du préjudice moral d'une femme portugaise compte tenu de son âge et de son genre que les stéréotypes constituent une discrimination et ne sauraient justifier une telle décision (10). Pourtant ces conceptions et stéréotypes seraient présents également en France. La sexualité des femmes s'est historiquement retrouvée détachée de son rôle procréatif avec la légalisation de la pilule contraceptive en 1967, permettant une reconnaissance des rapports récréatifs dans une dimension d'affirmation de leur désir. Ces changements se ressentent dans le domaine scientifique et médical : la littérature scientifique traitant de la sexualité féminine ayant été multiplié par 2 à 4 au cours des dernières décennies (12) (21). La tolérance d'une sexualité récréative surtout pour les femmes s'est manifestée par une augmentation du nombre de partenaires sexuels au cours de la vie, qui est passé de 3,3 en 1992 à 6 en 2016 pour les femmes, et de 11,6 à 13,9 pour les hommes (22). Malgré une augmentation du nombre de partenaires pour les femmes, la différence qui subsiste entre les deux sexes reste de témoin de conceptualisations de la sexualité qui reste stable malgré les évolutions actuelles. La majorité des femmes continuent de concevoir leur sexualité dans le cadre de relations affectives, pérennisant le schéma social du couple, alors qu'un nombre croissant d'hommes séparerait sexualité et affectivité : chez les 18-24 ans, les jeunes hommes seraient deux fois plus nombreux que les femmes à considérer que l'on peut avoir des rapports sexuels sans affect pour la

partenaire. Une majorité de femmes (72%, contre 65 % des hommes) considérerait d'ailleurs que la sexualité est un besoin « par nature » plus important pour les hommes, les femmes considérant leur sexualité comme importante, mais pas indispensable à leur équilibre personnel (23). Dans la culture occidentale, une sexualité libérée continue de rentrer en contradiction avec l'image de la féminité, qui est définie comme une sexualité dédiée purement à la maternité (12).

Ces stéréotypes liés au genre, surtout en matière de sexualité, pourraient également peser sur les décisions juridiques françaises, comme le mentionne Carayon dans son article (8). L'exploration de ces conceptions de la sexualité en fonction du sexe nous a permis de les mettre en lien avec nos résultats pour tenter de les expliquer.

2. Conception de la santé sexuelle et impact sur la réparation en expertise :

La santé sexuelle a été définie par l'Organisation mondiale de la santé au début des années 2000 comme « *un état de bien être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse (...) sans coercition, ni discrimination, ni violence* » (24). Une sexualité humaine satisfaisante comprend donc trois dimensions : un aspect anatomique et biologique, un aspect psychoaffectif, et enfin une dimension sociale. Cette dernière passe par le biais de textes de lois, posant les interdits et les normes socio-culturelles, qui diffèrent selon les cultures et évoluent dans le temps (24). Dans le domaine de l'expertise, on note une évolution parallèle de la considération de la sexualité, avec une reconnaissance du préjudice sexuel jusqu'à aboutir à une autonomisation de ce chef de préjudice. Sa définition évolue et est de plus en plus détaillée, en prenant en compte par exemple, les troubles psychologiques, afin de coller à la définition de la santé sexuelle (6).

2.1 Impact du genre

Les résultats de notre étude montrent une différence significative dans les montants d'indemnisation, les hommes étant mieux réparés au titre du préjudice sexuel que les femmes. Ces données sont partiellement contradictoires avec les résultats de l'étude de Carayon et al. (8) et avec la première étude réalisée dans les années 90, qui ne montraient pas de différence en fonction du sexe bien que les montants soient supérieurs pour les hommes (5). Cependant, nos résultats mettent en évidence une différence significative du DFP entre les sexes, les hommes ayant des taux supérieurs à ceux des femmes. Ces résultats peuvent être mis en lien avec les données de la littérature, qui rapportent que les hommes sont plus sujets aux accidents graves et donc pourvoyeurs de séquelles plus importantes, sans pour autant qu'il n'existe de statistiques réalisées sur le DFP (8). Étant donné que, théoriquement, les difficultés liées à la sexualité, et

donc leur indemnisation, augmentent avec le taux d'infirmité, la différence d'indemnisation entre les hommes et les femmes au titre du préjudice sexuel peut être directement mise en lien avec la différence de DFP. Pour pallier à ce biais, nous avons donc considéré le « Taux d'indemnisation », correspondant au rapport « Indemnisation/DFP » : cette nouvelle variable nous a permis de nous affranchir de la différence de DFP observée dans les deux groupes. Ainsi, en considérant le taux d'indemnisation, il n'y avait pas de différence d'indemnisation du préjudice sexuel, à DFP égaux, entre les hommes et les femmes.

Dans un second temps, nous avons mis en évidence des différences de répartition des catégories de préjudice sexuel entre les hommes et les femmes sans qu'il n'existe de différence significative : les hommes sont proportionnellement plus représentés pour les troubles cognitifs. Seul le préjudice sexuel d'origine globale est significativement plus fréquent chez les hommes. Ce point peut être mis en relation avec la différence significative de DFP retrouvée entre les deux sexes : le préjudice « Global » étant le témoin de séquelles majeures et les troubles cognitifs étant généralement secondaires à des traumatismes crâniens graves, les hommes sont plus représentés dans ces catégories du fait de leur DFP statistiquement plus élevé. À l'inverse, les femmes sont proportionnellement plus souvent réparées pour des troubles psychiques au titre du préjudice sexuel.

Alors qu'il n'existe pas de différence sur l'ensemble de la population, en étudiant plus spécifiquement les représentations graphiques, nous avons mis en évidence des patterns d'indemnisation différents selon le sexe. En effet, en réalisant une régression linéaire, les hommes semblent mieux indemnisés que les femmes pour les DFP élevés. Par contre, sur les boxplots de répartition des individus, pour les DFP de plus de 60 %, les femmes paraissent mieux indemnisées. Ces résultats mettent en exergue une différence dans la répartition des montants d'indemnisation des hommes et des femmes en fonction du DFP : chez les individus de sexe masculin, l'indemnisation augmente de façon linéaire avec le DFP. Chez les femmes, l'indemnisation du préjudice sexuel augmente également avec le DFP mais les individus sont distribués de façon moins linéaire. Ces résultats posent la question de freins à l'exploration systématique par le personnel soignant des difficultés réelles expérimentées par les femmes en médecine clinique et expertale. En effet, bien que la santé sexuelle des femmes soit plus considérée depuis les années 70, elle reste conçue le plus souvent selon un angle purement médical et somatique par l'atteinte des organes sexuels (menstruation douloureuse ou irrégulière, cancers, endométriose, fibromes...) ou par celui des violences sexuelles (agression, mutilation). Pourtant, les événements traumatiques non sexuels peuvent avoir un retentissement sur la sexualité (12). Une étude américaine a montré que 42 % des femmes présentaient des dysfonctionnements sexuels (dyspareunie, perte de désir, diminution de l'excitation) contre 31 % des hommes (12). L'indemnisation pour des troubles psychiques seuls, même pour des DFP élevés et en l'absence d'atteinte directe des organes sexuels chez les femmes, pourrait trouver son origine dans des difficultés à l'expression de doléances liées à la sexualité. Leur

préjudice sexuel reste reconnu, mais pourrait être trop souvent réparé au titre de troubles psychologiques, sans évaluation poussée des dysfonctions sexuelles qui en résultent. Ces disparités d'évaluation pourraient être dues à une pudeur de la victime, mais aussi de l'expert.

Cette hypothèse avait été émise par Carayon et al. (8). En effet, dans son étude, des questionnaires ont été envoyés à des experts pour évaluer leur aisance à explorer le préjudice sexuel. 8 experts sur 19 ne notent pas de difficulté particulière dans leur évaluation, quel que soit le genre de la victime. Pour 8 d'entre eux, l'évaluation est plus facile lorsque la victime est un homme et pour 2, quand il s'agit d'une femme. Un seul expert a rapporté des difficultés d'évaluation lorsque la victime était du sexe opposé au sien, or la plupart des experts recensés sont des hommes (8). Ce dernier point est intéressant et fait évoquer la pudeur liée aux conceptions stéréotypées de la sexualité. Dans les arrêts sélectionnés pour notre étude, le sexe de l'expert ayant réalisé l'expertise n'était pas précisé. Cependant, il a été mis en exergue une différence des montants d'indemnisation en fonction des tribunaux où les décisions sont prises. En effet, à DFP égaux, les hommes et les femmes sont réparés de façon égalitaire au titre du préjudice sexuel au tribunal administratif. Au tribunal judiciaire, les femmes sont significativement mieux indemnisées que les hommes. Il n'existe pas de données dans la littérature pour discuter ces résultats. Cependant, en nous appuyant sur une des réflexions de Carayon et al. (8), le sexe de l'expert pourrait rentrer en considération dans la facilité qu'a ce dernier à évaluer le préjudice sexuel, une piste de réflexion pourrait être que le sexe du juge pourrait influencer la décision. Or, depuis 2014, plus de 60 % des magistrats sont des femmes, sans que des données soient disponibles sur les statistiques précises par type de tribunal (25,26).

Les conceptions de la sexualité en fonction du genre pourraient donc alimenter une pudeur, qui n'aurait pas lieu de s'arrêter à la porte de l'expertise ou du tribunal, et pourrait être à l'origine d'une disparité dans l'évaluation et la réparation du préjudice sexuel en dommage corporel. La sexualité est une fonction biologique vieillissante, marquée notamment par la fin de la vie reproductive chez les femmes. Après l'impact du genre, nous nous sommes donc intéressés à l'impact de l'âge sur l'indemnisation du préjudice sexuel.

2.2 Impact du vieillissement

L'étude de la variation de l'indemnisation du préjudice sexuel a montré une nette diminution des montants avec l'avancée en âge des victimes dans les deux groupes de sexe. L'indemnisation plus importante des jeunes victimes peut être expliquée par le fait que ce préjudice va se prolonger toute la vie durant (17). Cette période serait donc d'autant plus courte que la victime est consolidée à un âge élevé. Cependant, vieillissement de la population induit des changements nécessaires dans les représentations sociales, notamment en matière de sexualité. En effet, 40 % des Français sont âgés de plus de 50 ans en 2021 (27). Or 74 % des

hommes et 64 % des femmes pensent que les capacités à avoir des rapports sexuels diminuent avec l'âge (28), alors que les données épidémiologiques montrent que 71 % des hommes et 65 % des femmes de 59 à 69 ans considèrent leur sexualité comme une dimension importante de leur vie (29). La sexualité peut donc être perçue comme une période de la vie, s'étendant de la puberté jusqu'à la ménopause pour les femmes, et jusqu'à une limite moins bien définie pour les hommes, correspondant à l'apparition inéluctable des troubles de l'érection (28)(30). Pourtant, dans une étude épidémiologique récente, les femmes de 18 à 60 ans seraient de plus en plus satisfaites de leur sexualité, du point de vu du plaisir, du désir et des dyspareunies avec l'avancée en âge, notamment après 40 ans. Les hommes, verraient la fréquence des troubles de l'érection augmenter, mais seraient globalement plus satisfait sexuellement, auraient des orgasmes plus intenses et moins d'éjaculations précoces (31).

Par ailleurs, en étudiant les variations de l'indemnisation du préjudice sexuel avec l'âge, on remarque que les montants augmentent jusqu'à 51 ans chez les hommes et jusqu'à 40 ans chez les femmes, puis diminuent. Ces résultats sont intéressants, mais restent à traiter avec prudence, l'erreur absolue du point de rupture chez les femmes étant de 13 ans et de 8 ans pour les hommes. Bien qu'une réduction des montants d'indemnisation trouve une logique, l'épanouissement sexuel, quel que soit l'âge, doit être pris en compte. En nous intéressant alors aux catégories indemnisées au titre du préjudice sexuel au-delà de ces limites d'âge, on remarque également des différences entre les sexes. En effet les hommes de plus de 50 ans sont indemnisés pour la « Iatrogénie » essentiellement et dans une moindre mesure pour un préjudice « Global », et les troubles cognitifs. La catégories la plus représentée chez les femmes de plus de 40 ans reste les troubles psychiques. Les résultats de notre étude peuvent donc confirmer le manque de considération des victimes plus âgées, mais aussi le fait que les femmes soient considérées comme « vieilles » plus tôt, avant même l'âge moyen de la ménopause (50 ans) (29), pouvant mettre ce résultat en lien avec une image de la femme dans son rôle maternant, la plupart des femmes ayant déjà réalisé leur projet familial à cet âge. Une série de travaux féministes a mis en exergue une inégalité entre les sexes : les hommes sont plus longtemps considérés comme légitimes à avoir des échanges sexuels, érotiques et conjugaux (29). Le fait que les femmes ne soient qu'exceptionnellement plus âgées que leurs partenaires dans les couples hétérosexuels, et que la proportion de femmes sans conjoints ni partenaires croît avec l'âge en sont deux témoins (29).

Une meilleure évaluation de l'épanouissement sexuel devrait être réalisée, quel que soit l'âge, surtout chez les femmes. Malgré le vieillissement cellulaire physiologique, toute sexualité n'est pas interdite, même pour les plus âgés. L'investissement de la sexualité reste subjectif et dépendant de chaque individu et se modifie avec l'âge, il convient donc à l'expert de l'apprécier sans jugement et sans l'influence de ses propres conceptions de la sexualité. La diminution de la réponse des organes sexuels aux stimuli sensoriels décale dans le temps les manifestations physiologiques d'excitation, sans pour autant qu'elles ne disparaissent. Ces modifications physiologiques obligent à entrevoir autrement les rapports pour les sujets âgés, pour qui la

sexualité doit avoir plus de résonance émotionnelle (28,31). L'évaluation de la fonction et de l'investissement sexuel de la victime reste donc à rechercher à tout âge par l'expert.

3. Composantes de la santé sexuelle et évaluation en expertise :

3.1 Fonction sexuelle

Notre étude a permis de mettre en évidence une augmentation progressive du montant de l'indemnisation du préjudice sexuel avec le DFP, chez les individus de sexe masculin et féminin. Néanmoins, on note la présence d'une cassure différente selon le sexe sur les courbes graphiques. Chez les hommes, l'indemnisation est stable à un montant moyen d'environ 10 000€ jusqu'à un taux de DFP de 56,2 %, au-dessus duquel les chiffres d'indemnisation augmentent nettement. Chez les femmes en revanche, le montant d'indemnisation augmente progressivement pour atteindre environ 25 000€, mais que l'augmentation brutale de cette indemnisation survient pour un taux d'incapacité bien plus élevé que pour les hommes : 89,5 %. À titre d'exemple, dans le barème du concours médical, un taux de DFP de 55 à 60 % peut correspondre à une paraparésie avec autonomie complète pour les actes de la vie courante, à l'amputation du membre supérieur dominant, à l'amputation non appareillable d'un membre inférieur, à une paralysie complète du plexus brachial, à des troubles cognitifs avec incapacité de gestion de situations complexes. Un DFP de plus de 85 à 90 % regroupe les états végétatifs et paucirelationnels, les tétraplégies complètes, et les troubles cognitifs majeurs avec perturbations graves du comportement compromettant toute sociabilisation.

Les catégories de préjudice sexuel représentées chez les hommes pour les DFP supérieurs à 56 % sont les catégories « Global », « Troubles cognitifs » et dans une moindre mesure « Fonctionnel » et « Iatrogène ». Pour les femmes, seule la catégorie « Globale » est logiquement représentée pour les DFP de plus de 90 %.

Ces constatations mettent en lumière une différence d'évaluation des troubles de la sexualité au cours des expertises. Il existe un grand nombre d'études évaluant le retentissement sexuel chez les traumatisés médullaire (correspondant à des taux de DFP de 20 à 90 % pour les deux sexes selon le barème du concours médical). On note cependant dans la littérature une discordance dans la façon de concevoir les troubles des fonctions sexuelles dans cette population. Les troubles de l'érection et leur accessibilité aux thérapeutiques chez les hommes sont très documentés (4,32,33). Toutefois, chez les femmes, les études semblent se concentrer sur les perturbations de l'image du corps par leurs partenaires et leur capacité à pouvoir avoir des rapports (34,35). Cette différence pourrait être due au fait que la perte de la fonction sexuelle chez l'homme, se manifestant par les troubles de l'érection, est facilement constatable par le patient, et accessible à une prise en charge thérapeutique (implants pénien, traitement par inhibiteurs de la phosphodiesterase...). Chez la femme, les réactions physiologiques de

l'excitation sexuelle sont moins explorées, et rarement décrites. Pourtant, on a prouvé la persistance de manifestations fonctionnelles sexuelles réflexes à la stimulation physique des organes génitaux (masturbation, attouchements, pénétrations) si la lésion est située au-dessus de la 11^e vertèbre thoracique et aux stimulations psychiques et psychogènes, mais pas aux stimulations physiques, si la lésion se situe au niveau du circuit sacré (de la 2^e à la 4^e vertèbre sacrée) (36). Si l'atteinte médullaire se situe entre ces deux niveaux (de la 12^e vertèbre thoracique à la 1^{ère} vertèbre sacrée), le patient conserve les réactions physiologiques sexuelles à la fois aux stimulations physiques et psychogène (36). Pour autant, peu d'études objectivent les manifestations sexuelles de la femme en évaluant l'érection clitoridienne, l'engorgement des petites lèvres et la lubrification vaginale chez la femme (36,37).

Les réactions physiologiques de désir sexuel féminin étant rarement recherchées, ce manque pourrait expliquer pourquoi les femmes voient leur indemnisation augmenter brutalement pour des DFP très élevés, témoignant d'un handicap majeur avec un retentissement sexuel global, qui, au-delà de se manifester par des symptômes objectivables sur les organes sexuels, empêche surtout les interactions avec un partenaire (troubles cognitifs majeurs, état végétatif, tétraplégie complète).

Sensibiliser les femmes à l'auto-évaluation de leur fonction sexuelle pourrait être le rôle du médecin conseil de victime, pour permettre une évaluation objective optimale (36,37). De plus, au même titre que les thérapeutiques favorisant l'érection, les thérapeutiques et adjuvants favorisant ou suppléant la lubrification vaginale devraient être pris en charge au titre des frais de santé futurs. Il s'agit donc de perspectives intéressantes d'évaluation par l'expert pour aboutir à une indemnisation égalitaire entre les hommes et les femmes au titre du préjudice sexuel entre autres. Pour autant, l'atteinte des fonctions sexuelles physiologiques ne se limite pas aux atteintes neurologiques. En effet, la santé sexuelle est un équilibre fragile entre différentes composantes, la dimension psychologique pouvant causer les mêmes symptômes qu'une atteinte nerveuse.

3.2 Troubles de la libido :

Le mot libido, vient du latin qui signifie désir. Elle englobe l'énergie liée aux pulsions sexuelles (38). Il s'agit d'une pulsion psychobiologique prenant sources dans des stimulations sensorielles exogènes (odorat, touché, vue) et endogènes (fantasmes, idées sexuelles) (39). Ces stimuli entraînent des réactions biologiques, neuroendocriniennes, et dans l'espèce humaine une composante particulière psychoaffective, régulant en stimulant ou en inhibant la précédente. En cas de stimulations, l'individu est poussé vers un comportement sexuel, dont l'objectif est d'accéder au plaisir par activation du circuit de la récompense (39).

La diminution de la libido est considérée comme un trouble sexuel en lui-même, répertorié dans le DSM-5, qui se définit comme une diminution des fantasmes et du désir d'activité sexuelle, responsable d'une souffrance et de difficultés dans les relations interpersonnelles (40) (39). Par une diminution de l'intérêt pour les stimulations sexuelles, des troubles fonctionnels apparaissent : troubles de l'érection, dyspareunie, diminution de la lubrification vaginale... Ces deux composantes s'alimentent mutuellement, aboutissant à une pérennisation du trouble. Il s'agit d'un trouble fréquent, qui concernerait surtout les femmes (24 à 43 % des femmes contre 15 % des hommes) (41,42). L'hypoactivité sexuelle peut se manifester dans le plaisir dyadique uniquement (sexualité avec un ou une partenaire) mais aussi dans la vie sexuelle individuelle (masturbation, fantasmes, pensées sexuelles) (42). Le plus souvent, il trouve son origine dans une cause psychologique : choc, psychologique, lassitude vis-à-vis du partenaire, tabou lié à la sexualité, ou psychiatrique notamment avec l'anhédonie de la symptomatologie dépressive. Des étiologies exogènes peuvent entraîner une hypoactivité libidinale : les médicaments (antidépresseurs, antipsychotiques, bêta bloquants), des pathologies neurologiques, vasculaires ou tumorales (43).

Dans leurs travaux, Carayon et al. ont conclu que la perte de la libido était le principal motif d'indemnisation du préjudice sexuel en dommage corporel, sans pour autant préciser où ce trouble sexuel prenait sa source (8). Dans notre étude, nous avons volontairement choisi de ne pas faire une catégorie « Libido », compte tenu de la multitude d'étiologies pouvant conduire à ce trouble.

3.2.1 Troubles sexuels d'origine psychogène :

Il est admis que les événements stressants ou traumatiques ont un impact négatif sur la sexualité (44,45). Cependant, les capacités d'attachement et de mise en relation sont au cœur des thérapies, mais pas la sexualité, en dehors de la prise en charge des traumatismes de nature sexuelle (44). Pourtant, discuter de la prise en charge de la sexualité en thérapie permet à la victime de légitimer son droit d'accès au plaisir et à la sensorialité du corps érogène, la sexualité étant un signe d'engagement dans le social et la vie relationnelle (44). Dans le domaine expertal, la reconnaissance des troubles psychologiques dans l'évaluation du préjudice sexuel (6) représente une avancée considérable dans la reconnaissance de la complexité et le caractère très personnel de ce chef de préjudice.

Dans notre étude, il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les hommes et les femmes, concernant la présence de troubles psychologiques ayant un impact sur la vie sexuelle, ni dans leur prise en compte dans l'indemnisation du préjudice sexuel. Néanmoins, on remarque que lorsque les troubles psychiques sont seuls responsables du préjudice sexuel (Catégorie « Troubles psychiques »), sans participation somatique ou iatrogène associée, les femmes sont

proportionnellement plus nombreuses que les hommes (69,2 % contre 30,8 %), sans pour autant que la différence soit significative. On remarque en revanche que les femmes se situent dans cette catégorie de façon homogène par rapport à l'âge, pour des DFP de moins de 40 % et des indemnisations du préjudice sexuel jamais supérieures à 20 000€. A contrario, les hommes sont essentiellement représentés dans cette catégorie après 40 ans, et pour des DFP allant jusqu'à 75 % et des indemnisations pouvant s'élever à 30 000€.

L'analyse des correspondances multiples met en avant une association entre la présence de troubles psychiques et le fait d'être une femme, d'avoir plus de 50 ans, des DFP de moins de 30 %, des indemnisations de moins de 10 000€, le fait de présenter des troubles cognitifs et à la iatrogénie. À l'inverse, l'absence de troubles psychiques est en rapport avec des DFP (>60 %) et indemnisations (>40 000€) élevées, correspondant à un préjudice sexuel « Global ». Être un homme ne présage pas de la présence ou non de troubles selon cette analyse. Certaines catégories ne sont étonnamment pas en lien avec les troubles psychiques : les douleurs génitales lors des rapports et les troubles de l'érection. Pourtant la dyspareunie chez la femme et les troubles de l'érection chez l'homme, trouvent fréquemment leur origine dans une cause psychogène, manifestation première et de la perte de la libido (43,46).

En s'intéressant de plus près à la lecture des arrêts des victimes indemnisées pour les catégories « Erection » et « Douleur », on remarque que, dans la majorité des cas, ces troubles ne sont associés à aucun retentissement psychologique. Pour seulement une femme rapportant des rapports douloureux et pour un homme ayant renoncé à toute vie sexuelle malgré des troubles de l'érection résolutifs sous traitement, la dimension psychologique est décrite.

Bien que peu représentée dans notre échantillon, l'absence d'association entre les troubles psychiques et les douleurs vaginales ou les troubles de l'érection peut être expliquée par des biais culturellement admis concernant les représentations de genre. Une diminution de la libido se traduira par des troubles de l'érection chez l'homme, que le patient osera plus facilement exprimer, notamment compte tenu de l'accessibilité à un traitement symptomatique, sans pour autant le mettre en lien avec des troubles psychologiques préexistants : en effet, le motif de consultation principal chez les hommes concerne l'érection, mais pas la diminution du désir (43). On peut reconnaître ici, un des aspects de la masculinité, selon lequel l'érection est synonyme de virilité, contrairement à l'expression de difficultés psychologiques (47) (48). Les stéréotypes de virilités, transmis dès le plus jeune âge chez les garçons, pour qu'ils collent à l'image masculine valorisée, peuvent les pousser à réprimer des comportements dits féminins et à nier certaines émotions (« ne pleure pas, soit un homme »...) (49). Ces comportements ne sont pas sans conséquences à l'âge adulte : la répression des émotions est corrélée à une augmentation des troubles psychologiques et psychiatriques (anxiété, dépression, addictions...). Les hommes expriment difficilement leurs doléances, particulièrement en termes de santé mentale, même auprès des professionnels de santé et auraient donc des difficultés à

demander une aide qui impliquerait d'exprimer une vulnérabilité, pour ne pas trahir une image de la masculinité basée sur les valeurs de l'autosuffisance et de la bravoure (49) (50). Ces conclusions peuvent être mises en lien avec la faible représentation des troubles psychiques chez les hommes jeunes dans notre étude. Pour les hommes de plus de 40 ans, il pourrait s'observer un changement de la mentalité concernant leur ressenti, en s'éloignant de l'image de la virilité représentée par un homme jeune et puissant, considérant de façon plus mature leurs émotions. Il n'existe pas de données précises à propos de la relation des hommes à leur santé psychique. Cependant, après 30 ans, les hommes auraient plus tendance à se tourner vers des spécialistes de la santé mentale (51).

À l'inverse, dans nos résultats, les femmes ont une répartition des troubles psychiques homogènes selon l'âge. Or, comme vu précédemment, le retentissement fonctionnel sexuel des femmes semble être peu recherché par les soignants, et donc potentiellement par les experts. De plus, les femmes pourraient avoir des difficultés à exprimer ou à identifier une diminution de leurs réactions physiologiques de désir, compte tenu de la vision qu'elles peuvent avoir de leur propre sexualité. Une étude a d'ailleurs fait état de plus grandes difficultés à s'exprimer sur leur désir, qui serait pourtant source d'inquiétude et d'anxiété pour les femmes, plus que pour les hommes. Cette inquiétude trouverait ses origines dans les stéréotypes de genre, selon lesquels les hommes devraient être actifs et à l'initiative des rapports et les femmes réactives et passives face à la sexualité, objet du désir masculin plutôt qu'actrices de leur propre désir (52). L'expression du mal-être psychologique pourrait donc être facilitée sans pour autant que les femmes en rapportent les conséquences sur leur épanouissement sexuel où les troubles fonctionnels sexuels qui en résultent (52). Ces données pourraient expliquer la surreprésentation des troubles psychiques chez les femmes dans notre étude.

3.2.2 *Image de soi*

L'estime de soi est un concept récent qui a surtout été défini et étudié sous un prisme féminin (surpoids, agressions sexuelles, handicap). Des chercheurs ont remarqué que malgré une estime de soi positive, un certain nombre d'individus se sentait néanmoins en insécurité dans leur sexualité : l'estime de soi sexuelle est un concept qui a émergé de ces données (14). Il s'agit d'un aspect distinct, mais contributif, de l'estime de soi globale, définie comme « *des évaluations positives de sa propre sexualité, y compris des évaluations de la pensée sexuelle, des sentiments et comportements, ainsi que les perceptions de son corps dans le contexte sexuel* » (14,53) . C'est en immense majorité sur les femmes qu'ont été réalisées les études de l'estime sexuelle, qui a été divisée en plusieurs dimensions, dont l'une est l'attractivité, correspondant au sens de l'attractivité sexuelle de l'individu, quelle que soit la perception des autres (14). L'image du corps à, quant à elle, été définie comme « *une représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique, mais renvoyant également à la notion de libido et la signification sociale du corps* » (54). Les

troubles de l'image du corps ont des répercussions affectives touchant à la perception de l'apparence physique, de l'intégrité corporelle et au sentiment de séduction (54).

Dans notre étude, parmi les trois arrêts où l'image dévalorisée du corps était prise en compte dans l'indemnisation du préjudice sexuel, deux victimes sont des hommes, contre une femme, alors que la plupart de ces victimes présentent des répercussions esthétiques et fonctionnelles. Or, les études réalisées sur le dysfonctionnement sexuel féminin font état de la préoccupation centrale de l'image de leur corps chez les femmes. Ainsi, l'image de leur corps, leurs performances sexuelles, la crainte du désengagement de leur partenaire ou encore l'échec du rapport se manifestent sous forme des pensées négatives automatiques, plus prégnantes que les stimulations érotiques (55). Cette distraction cognitive conduit à une diminution de l'excitation et du désir : la fréquence des rapports diminue, mais le plaisir et la satisfaction semblent conservés (55). Les normes de beauté renforcent l'oppression des femmes handicapées par la distance entre leurs corps et le modèle normatif, ces dernières se retrouvant donc au croisement de deux discriminations (56). Ces troubles vont différer selon l'investissement subjectif de chaque femme dans l'atteinte de son intégrité corporelle. Ils peuvent avoir des conséquences majeures sur la vie sexuelle de la victime, qui peut se sentir destituée de sa féminité, selon l'investissement libidinal et narcissique de son corps (57). Malgré tout, dans la réalité de l'expertise, cette dimension ne semble pas assez explorée, alors qu'elle semble être déterminante, surtout pour la population féminine.

Le fait que l'image dévalorisée du corps était peu retrouvée, particulièrement chez les femmes de notre étude, peut être expliqué par deux principales hypothèses : cette doléance n'était pas exprimée par la victime ou pas explorée par l'expert.

Chaque victime investit son corps et sa sexualité d'une façon qui leur sont propres. La peau et le corps sont des enveloppes qui nous mettent en contact et en relation avec l'autre, la présence de cicatrices chirurgicales ou de brûlures, de déformations, en dehors des séquelles fonctionnelles associées, altère l'image de soi de façon très variable d'un individu à l'autre (58). D'où la nécessité de prendre en compte cette dimension psychoaffective, que certains experts avaient nommé préjudice sexuel « indirect » (58), indépendant du préjudice esthétique en réparant l'impact des modifications du corps sur la sexualité. Cette avancée semble très bénéfique, surtout aux femmes, dont la déformation et la mutilation du corps est synonyme d'anxiété concernant leurs capacités de séductions et à d'être désirable (56). Les résultats de notre étude pourraient être le témoin que cet aspect du préjudice sexuel, bien que plus reconnu, ne semble pas assez recherché ou pris en compte.

3.2.3 *Libido et effet indésirables médicamenteux :*

De nombreux médicaments, notamment ceux prescrit pour traiter le retentissement psychologique, sont à l'origine de perturbations de la libido. Dans notre étude, l'ensemble des victimes représentées dans cette catégorie était des hommes, de plus de 40 ans, présentant un retentissement psychologique associé. Ils présentaient des troubles de l'érection plus ou moins associés à une diminution du désir secondaire à la prise d'antalgiques, d'antidépresseur ou d'antipsychotiques. Aucune femme de notre échantillon n'a été indemnisée pour des effets indésirables médicamenteux sur la sexualité, même si elles sont proportionnellement plus nombreuses à présenter des troubles psychologiques et donc un possible traitement antidépresseur par exemple. D'ailleurs, dans la population générale française, les femmes ont plus souvent recours aux soins psychologiques (51) et sont plus nombreuses à prendre un traitement antidépresseur (66 %) (59). Pourtant, les effets indésirables sexuels des traitements utilisés en psychiatrie sont un des principaux motifs d'inobservance et de modification thérapeutique, majoritairement chez les hommes (60).

La grande majorité des travaux étudiant les effets indésirables iatrogènes sur la sexualité se centrent sur la survenue de troubles de l'érection. Chez les femmes, ils évoquent essentiellement sur la diminution ou la perte du désir, en dehors de quelques études, sur les antipsychotiques notamment, qui démontrent une diminution de la lubrification vaginale (61).

Ces constatations pourraient être en relation avec la recherche moins systématique du retentissement sur la libido et le désir chez les femmes. Rejoignant à la fois l'idée selon laquelle la sexualité féminine est moins importante dans notre société et que les hommes sont plus à même de rapporter des troubles de l'érection, alors qu'une diminution de la lubrification vaginale n'est que rarement alléguée par la victime ou recherchée par le médecin. Les résultats de notre étude montrent donc qu'une évaluation plus systématique des effets indésirables sexuels des traitements liés aux séquelles devrait être réalisée par l'expert lorsque la victime est une femme.

4. Atteintes des organes procréateurs et expertises :

4.1 Sexualité et infertilité :

Dans notre étude, on remarque que le préjudice sexuel n'est jamais retenu devant l'atteinte des fonctions de procréation. Les difficultés à procréer sont évoquées dans 3 arrêts, sans être la motivation centrale de l'indemnisation. L'atteinte de la procréation en mentionné comme suit dans ces cas :

- « *Compte tenu des difficultés à procréer* » chez une patiente en état végétatif avec un préjudice sexuel total ;
- « *Incapacité à gérer une relation et une vie sexuelle normale... Ne lui interdit pas toute sexualité (...) Ne peut assurer ses fonctions parentales ni une vie de couple normale* » chez un patient avec des troubles cognitifs majeurs ;
- « *(les séquelles) réduisent notablement les chances (...) de réaliser un projet familial* » chez un homme paraplégique.

On remarque donc que, dans ces trois arrêts, la perte des fonctions de procréation ou l'impossibilité totale d'accéder à une sexualité et donc de procréer, est décrite comme l'impossibilité à fonder une famille, qui est l'une des définitions du préjudice d'établissement. Cette atteinte n'est pas secondaire à une lésion directe des organes reproducteurs.

La question de l'atteinte de la procréation au titre du préjudice sexuel, bien que bien défini dans le rapport Dintilhac, reste floue (3). En effet, la stérilité et l'hypofertilité sont réparées dans le DFP (jusqu'à 25% selon le barème du concours médical), et les répercussions dans la vie affective future de l'individu le sont, « *in concreto* », dans le préjudice d'établissement. Dans l'échelle ESKA d'évaluation du préjudice sexuel de la société française de médecine légale (SFML), l'atteinte de la procréation est cotée en fonction de l'accessibilité aux techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP). Cependant, la part de l'indemnisation de l'infertilité dans le préjudice sexuelle ne doit en effet pas faire doublons avec l'indemnisation du DFP ou du préjudice d'établissement. C'est pourquoi il nous semble nécessaire de cerner précisément les problématiques réelles qu'expérimentent les victimes avec une atteinte des fonctions procréatrices en matière de sexualité.

L'ensemble des études réalisées à ce sujet s'accordent pour dire que la AMP et l'infertilité sont la cause d'une souffrance liée à la sexualité pour l'individu, et donc, la fonction sexuelle de l'un étant un facteur déterminant de celle de l'autre, celle du couple. 90 % des couples diminueraient la fréquence de leurs rapports sexuels pendant la procédure d'AMP secondairement à l'infertilité ou au fait d'avoir des relations à « date fixe ». Une femme sur cinq refuserait les rapports en dehors de la période ovulatoire, considérant le désir de grossesse comme seule motivation de sa sexualité (62). Les préoccupations seraient centrées sur un désir de grossesse, et non plus un désir de plaisir, devenant obsessionnelles, les rapports étant alors désérotisés, se déroulant donc sans autres désirs que celui d'être enceinte (63). Ces symptômes s'aggraveraient avec la durée de la période d'infertilité. Selon une étude, l'incidence de la survenue d'une souffrance dans la vie sexuelle serait très fréquente, et légèrement plus élevée chez les femmes : 75 % des femmes contre 70 % des hommes (64). Cette population présente une souffrance morale dépassant le domaine de la sexualité, avec une altération de l'estime de soi, un sentiment de honte ou de culpabilité, des préoccupations centrées sur la virilité ou la féminité, allant parfois jusqu'à un épisode dépressif (63). De plus, professionnels de santé ne se pencheraient pas sur la question de la sexualité des patients qu'ils suivent dans un parcours d'AMP (64).

Devant les données de la littérature concernant le retentissement sur la sphère intime dans les couples hypofertiles, une évaluation du préjudice sexuel suite à une infertilité nécessite donc un dialogue empathique et non intrusif sur le vécu des procédures d'AMP et les attentes du couple concernant une sexualité en partie dénuée de son rôle reproductif. Les conséquences pour ces couples dépassent les seules difficultés d'accéder à la parentalité, déjà indemnisée dans le préjudice d'établissement, et envahissent leur intimité. Une piste de réflexion pour mieux cerner cette problématique serait de sensibiliser les experts au retentissement de l'infertilité ou de la médicalisation de la procréation sur la vie sexuelle de l'individu. Le plaisir est en effet intimement lié à la reproduction, rendant indissociables la santé sexuelle et la santé reproductive (24). De plus, de récentes avancées éthiques et juridiques bousculent le schéma classique de la parentalité. A notre époque, il est possible de fonder une famille malgré une impossibilité biologique : ouverture très récente de l'AMP et de l'adoption aux femmes célibataires, mais la reproduction aussi peut être envisagée en dehors d'un cadre familial : don de gamètes.

Il est par ailleurs important de notifier qu'une démarche d'AMP « réussie » n'améliorerait pas la vie sexuelle du couple. En effet, les couples continueraient d'avoir des difficultés dans leur sexualité après la naissance de l'enfant (64). Le retentissement sur la vie sexuelle de l'individu du fait de l'infertilité, revêtirait alors bien un caractère permanent, et donc indemnisable après la consolidation au titre du préjudice sexuel, et pas seulement au cours de la période de prise en charge en AMP.

4.2 Répercussions de l'atteinte morphologique des organes reproducteurs :

Nous nous sommes intéressés à l'atteinte des organes reproducteur, en dehors des lésions mécaniques empêchant les rapports (lésions du vagin ou de la verge).

4.2.1 *Chez les femmes :*

Dès l'antiquité, le rôle de l'utérus sur la fonction sexuelle féminine était pressenti. Hippocrate disait que l'atteinte des organes génitaux féminins pouvait retentir sur leur psychisme, et qu'à l'inverse, un mal-être psychique pouvait avoir une répercussion sur l'appareil gynécologique (65). L'hystérie, issu de la même racine étymologique, était d'ailleurs considérée comme des mouvements utérins se répercutant sur l'ensemble du corps.

En France actuellement, l'hystérectomie est une technique chirurgicale fréquente, représentant 700000 opérations par ans et 8.5% des femmes (66). Cependant, ses conséquences psychosexuelles ont peu été étudiées et les résultats des différents travaux sont controversés. En effet, l'utérus tient un place particulière dans l'inconscient féminin, et son ablation peut avoir des conséquences, symboliques ou réelles, sur la vie de la patiente (65). L'hystérectomie aurait le plus souvent des conséquences positives ou neutres sur la qualité de vie et la sexualité. Néanmoins, 32% des patientes décriraient une baisse de leur libido, 27% une diminution de

leur plaisir et 15% des rapports douloureux en postopératoire (66). Ces chiffres sont d'autant plus importants que la patiente est jeune (moins de 40 ans), et que l'hystérectomie est associée à une ovariectomie bilatérale, sans pour autant que la chute des taux hormonaux puisse expliquer à eux seuls ces résultats (65,66). En effet, malgré les progrès des techniques chirurgicales qui ne laissent pas de cicatrices, le délai d'hospitalisation réduit à quelques jours, pour certaines patientes, le vécu subjectif de la perte de cet organe revêt une dimension symbolique. Plus la femme considère la sexualité et la féminité dans sa dimension procréatrice, plus elle est à risque de considérer la perte de son utérus comme une amputation de sa féminité ayant des conséquences sur son désir et sa satisfaction sexuelle (65–67). Ainsi, les plaintes des patientes en post opératoire sur leur vie sexuelle seraient essentiellement dues à des manifestations anxieuses, d'autant plus en cas d'état antérieur psychologique ou dépressif avant la prise en charge (67).

Bien que l'utérus ne soit pas un organe indispensable au bon fonctionnement de la sexualité des femmes, son ablation peut avoir des conséquences psychologiques sur la sexualité de la patiente si cette dernière présente un état antérieur psychologique, et d'autant plus qu'elle assimile étroitement la fonction procréatrice de cet organe à la sexualité et la féminité.

4.2.2 *Chez les hommes :*

Il s'agit d'une situation bien moins fréquente que chez les femmes. L'ablation des testicules peut correspondre à des prises en charge de pathologies tumorales (cas le plus fréquent) ou traumatiques, l'amputation de la verge reste exceptionnelle et dans 87% des cas en lien avec des automutilations dans un contexte de décompensation psychotique (68–71). Les fractures péniennes sont le plus souvent d'origine accidentelle et peuvent avoir des conséquences sur la sexualité (douleurs lors des rapports essentiellement) (72). La bibliographie est assez pauvre dans ce domaine concernant le retentissement sur la sexualité, et surtout sur le vécu des patients.

Dans le cas des orchidectomies, il est rapporté des troubles sexuels, essentiellement dans les 3 premières années après l'intervention, à type de troubles de l'éjaculation et de l'érection, chez un tiers des patients (73). Dans le cadre de la prise en charge de cancer des testicules, suite à l'ablation, 50 à 60% des hommes souffriraient d'un retentissement psychologique, lié à une modification et d'image et du schéma corporel (73). C'est pourquoi des prothèses testiculaires sont mises en place, avec de bons résultats concernant le vécu du patient (71,74). Dans la majorité des cas, les troubles de l'érection trouveraient leur origine dans une cause psychosomatique (sauf en cas d'orchidectomie bilatérale) (70). De plus, les patients subissant des traumatismes de la région génitale consulteraient dans un délai très court (moins de 3 heures), témoignant de l'inquiétude autour de l'intégrité de cette partie de leur corps en liant avec leur virilité et leur fertilité (72). La fertilité reste conservée dans la majorité des cas, bien qu'on note une hypofertilité pour la moitié des patients, sans que les préoccupations de ces derniers concernant cette conséquence ne soit détaillée (73,75).

5. Perspectives :

5.1 Amélioration de l'évaluation en expertise :

D'après les résultats de notre étude, dans le cadre du dommage corporel, bien qu'il n'existe pas de différence significative dans les montants d'indemnisation du préjudice sexuel à DFP égaux, on peut noter des disparités dans l'évaluation du préjudice sexuel entre les sexes. L'évaluation ne paraît pas être totale et systématique en fonction du genre ou de l'âge de la victime. En effet, pour les femmes, la recherche de dysfonctions dans les réactions physiologiques de désirs (lubrification vaginale, érection clitoridienne...), semble peu rechercher, pouvant être à l'origine de leur surreprésentation de l'indemnisation pour des troubles psychiques ou de l'absence d'individu de sexe féminin indemnisé pour un retentissement sexuel d'origine médicamenteux. D'un autre côté, les hommes, notamment les plus jeunes, semblent présenter une limitation de l'expression de leurs difficultés psychologiques en dehors de toute répercussion somatique. Certaines conceptions normatives de la sexualité en fonction du genre pourraient être à l'origine de ces constatations. Par ailleurs, dans l'ensemble des arrêts étudiés, il n'était pas précisé si un avis sapiteur par un sexologue avait été ou non diligenté. Il semble que cette pratique soit souvent conseillée (2,58), mais peu souvent réalisée, sans que les données de la littérature puissent nous en donner une estimation.

En médecine clinique, les études montrent que les patients s'attendent à ce que le médecin pose les questions relatives à leur sexualité (76), surtout pour les hommes, les femmes pouvant plus facilement être à l'initiative de ce genre de conversation, d'autant plus si le soignant est une femme (75). Il nous semble donc du rôle de l'expert, ou du moins du médecin conseil, d'explorer l'ensemble des facettes du retentissement de façon systématique. Interroger la victime de façon exhaustive, et avec d'autant plus de tact si la victime est du sexe opposé au sien, pour l'aider à exprimer des plaintes qu'elle n'aurait pas alléguées spontanément. Une évaluation systématique, par le biais de d'autoquestionnaires identiques pour les deux sexes, nous semble être la meilleure option pour éviter à la victime d'alléguer ses doléances sexuelles, particulièrement si le nombre d'auditeurs au cours de l'expertise est important. Des questionnaires identiques pour les hommes et les femmes, explorant les aspects difficilement exprimables pour la victime compte tenu des stéréotypes de genre, permettraient de s'en affranchir pour une évaluation plus complète et non limitée par les normes culturelles.

Plusieurs autoquestionnaires existent, en médecine clinique et en sexologie, et sont assez complets. Le questionnaire FSFI (Femal sexual fonction index) pour les femmes (41,77) et le MSHQ (male sexual health questionnaire) pour les hommes explorent les fonctions sexuelles (érection, lubrification, orgasme...), la satisfaction et le désir sexuel (77). Ces deux échelles permettent une évaluation générale du fonctionnement sexuel du patient et ont été largement utilisées dans la littérature scientifique et validée en langue française. Cependant, dans l'immense majorité de ces questionnaires, l'érection clitoridienne, la turgescence des petites et les réactions à la stimulation clitoridienne ne sont pas recherchées. Au-delà du fait d'oublier cet organe essentiel au plaisir féminin, questionner les victimes à ce sujet pourrait permettre aux

femmes de voir que leur sexualité purement récréative, y compris en dehors des rapports avec pénétration, est considérée comme une dimension normale de leur vie sexuelle, leur permettant d'exprimer plus facilement leurs doléances et donc de permettre une réparation adaptée.

Par ailleurs, des questionnaires plus spécifiques existent, offrant à l'expert une évaluation sur mesure de la séquelle à réparer. Par exemple, le questionnaire MENQOL permet une évaluation complète de la multitude de symptômes, notamment sexuels, que peuvent ressentir les femmes après une ménopause provoquée par le traitement d'un cancer gynécologique (78). Pour les atteintes du sein, le questionnaire BREAST-Q permet une évaluation du ressenti esthétique, psychologique et sexuel de la victime (57), ou encore le questionnaire PISQ-R, pour l'évaluation du retentissement du prolapsus génital chez les femmes (79). La mesure du désir sexuel par l'échelle de Trembay et al. Ou encore le système multiaxial d'évaluation des dysfonctions sexuelles offre une évaluation très centrée sur la dimension du désir, aussi bien individuelle (fantasmes, rêves érotiques, masturbation) que dyadique (41). Ces échelles souffrent malheureusement d'un manque de validation en langue française. Elles pourraient cependant être intéressantes pour l'évaluation du préjudice sexuel, notamment en cas de séquelles psychologiques isolées ou pour l'exploration de la sexualité des victimes hypofertiles en parcours d'AMP.

Cependant, ces questionnaires n'explorent pas certains aspects à rechercher au cours de l'expertise en dommage corporel, comme la gêne positionnelle, les douleurs des organes non sexuels ou encore les impotences fonctionnelles gênant les rapports. Nous avons donc pensé un autoquestionnaire, volontairement mixte, dans le but d'aboutir à une évaluation standardisée, qu'importe le sexe ou l'âge de la victime (Annexe 1).

Le médecin conseil pourrait avoir un rôle intéressant à jouer dans l'accès à la victime à ce type de questionnaires. En effet, si la victime arrive à l'expertise avec un autoquestionnaire bien rempli et documenté, l'évaluation sera plus globale et ne sera pas entravée par une pudeur en réunion d'expertise. Il sera alors du ressort de l'expert d'orienter son interrogatoire en fonction des doléances qu'il aura recueillies au préalable, et d'en discuter l'imputabilité en fonction des séquelles somatiques ou psychologiques, ou des effets secondaires d'un traitement, dont les répercussions sur la sexualité seront donc systématiquement explorées, peu importe le sexe de la victime et de l'expert.

De plus, les avancées en matière de reconnaissance de la sexualité des personnes présentant des incapacités risquent de poser de nouvelles questions dans le domaine de l'expertise. Par exemple, l'assistance sexuelle, service d'aide à la réalisation de pratiques sexuelles pour les personnes en situation de handicap par des professionnels formés, déjà autorisée dans plusieurs pays d'Europe est au cœur des débats en France. En effet, en cas de légalisation de l'assistance sexuelle, l'indemnisation en dommage corporel de ce service pour les victimes qui en bénéficieraient se fera-t-il au titre du préjudice sexuel ? De la tierce personne ?

5.2 Limites :

Notre étude a été réalisée sur un nombre limité d'arrêts de jurisprudence, parfois peu étayés concernant les motivations précises de l'indemnisation du préjudice sexuel et parfois même des séquelles. Une étude sur un plus grand nombre d'arrêts, mais aussi sur la lecture de rapports d'expertises, comparée à la lecture des arrêts, pourraient être intéressante dans l'objectif de documentée de façon plus précise les résultats et de mieux cerner les points à améliorer concernant l'évaluation du préjudice sexuel par l'expert et son indemnisation par le juge.

Une étude centrée sur des arrêts concernant une atteinte de la procréation serait intéressante, afin de déterminer comment est indemnisée cette sous-catégorie de préjudice sexuel sans faire doublon avec l'indemnisation du déficit fonctionnel permanent ou du préjudice d'établissement, et si le retentissement psychologique de l'infertilité ou du parcours d'AMP est correctement évalué.

De plus, en recherchant spécifiquement des arrêts où le préjudice sexuel a été pris en compte par le juge, nous nous sommes affranchis d'un ensemble de données : en effet, si les conceptions culturelles de la sexualité se vérifient, il est possible qu'un certain nombre de femmes, notamment à cause de diminution isolée du désir d'origine psychogène, ne soit pas indemnisée. Une étude similaire, mais recueillant l'ensemble des arrêts où un préjudice sexuel et/ou un préjudice d'établissement ont été retenus permettrait de déterminer s'il existe des différences d'indemnisation entre les hommes et les femmes relevant de stéréotypes culturels de conception de la sexualité.

Notre revue de la littérature concernant les stéréotypes de genre se base essentiellement sur une vision hétéronormée de la sexualité et des rapports homme/ femme. Dans les arrêts étudiés, il n'était jamais précisé l'orientation sexuelle de la victime. Une étude dans cette population, sujette aux discriminations, pourrait être réalisée pour mettre en lumière d'éventuelles discriminations dans les populations homosexuelle ou transgenre, encore aujourd'hui trop sujettes aux discriminations et considérées par certains comme des déviances.

La multiplication de travaux déterminant les facteurs qui influencent la réparation des différents chefs de préjudices est une perspective intéressante pour l'amélioration de la pratique expertale.

Conclusion :

Notre étude originale, basée sur des arrêts de jurisprudence, nous a permis de mettre en évidence les facteurs influençant la réparation du préjudice sexuel chez les hommes et les femmes. Malgré l'absence de différence significative entre les sexes dans les montants d'indemnisation, à DFP égaux, certaines tendances se dégagent dans les motivations de l'indemnisation du préjudice sexuel.

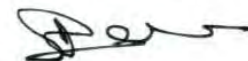
Il nous semble donc important de mettre en place une évaluation systématique, notamment par le biais d'un questionnaire explorant les différents aspects de la sexualité, identique chez les hommes et les femmes et quel que soit l'âge de la victime. L'utilisation de ce questionnaire permettrait une évaluation totale du préjudice sexuel. En effet, les réactions physiologiques du désir féminin devraient être systématiquement recherchées. Le plaisir et la sexualité à visée récréative considérés sans jugement, en dehors de tout contexte affectif ou reproductif, particulièrement pour les femmes de plus de 40 ans. Chez les hommes, une évaluation plus poussée et bienveillante des troubles du désir, de l'image de leur corps et de leurs capacités de séduction, en dehors de troubles de l'érection patents, faciliterait l'expression de doléances émotionnelles, surtout chez les plus jeunes.

Les différences objectivées pourraient être en lien avec des freins culturels, liés aux concepts de féminité et de masculinité. Le sexe de la victime, mais aussi de l'expert, voire du juge, pourrait donc interférer dans l'expression des doléances sexuelles, dans l'évaluation ou la réparation du préjudice sexuel en dommage corporel. Une étude tenant compte du sexe des différents intervenants pourrait être informative.

Nos résultats pourraient permettre une amélioration des pratiques expertales afin de tendre vers une réparation totale et équitable entre hommes et femmes, en ciblant certains points à approfondir en fonction du sexe de la victime et qui semblent faire défaut lors de l'évaluation du préjudice sexuel. La sensibilisation des experts et des juges, mais aussi l'investissement du médecin conseil, semble être des pistes prometteuses pour une évaluation totale, s'inscrivant dans une démarche progressiste à l'image des changements actuels qui opèrent depuis plusieurs années dans notre société.

Professeur Norbert TELMON
N° ADELI : 311076731
Hôpital RANGUEIL
1, avenue Jean Poulhès - TSA 50032
31052 TOULOUSE Cedex 9

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse - Purpan



Didier CARRIÉ

Bibliographie :

1. Définitions "dommage" - Larousse.
2. Collard P. Dommage et préjudice sexuel: L'importance de la médecine expertale. *Sexologies* [Internet]. 2014;23(3):130–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2014.04.002>
3. Dintilhac JP. Les travaux du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels. *J Med Leg Droit Med*. 2007;50(3):161–74.
4. Harchi W, Ben Ammar N, Lebib S, Miri I, Ben Salah FZ, Dziri C. Genito-sexual sequelae in spinal cord injury after road accident. *J Readapt Med*. 2013;33(3):86–92.
5. M.Bourrié-Quenillet. Le préjudice sexuel : preuve, nature juridique et indemnisation 1997;(23).
6. ANADOC. Préjudice sexuel. 2020;1–4.
7. ANADOC. Préjudice sexuel. Comparaison AREDOC-ANADOC 2019;2019.
8. Carayon L, Mattiussi J, Dalloz R. Réflexions autour du préjudice sexuel. 2017;1–18.
9. Bloch L. le préjudice sexuel d'une femme vaut bien celui d'un homme. 2005;(17484).
10. Carayon L, Mattiussi J. Le prix du genre. *Rev des droits l'homme*. 2018;
11. Guide sur l'article 1 de la Convention européenne des droits de l'homme Obligation de respecter les droits de l'homme – Notions de «juridiction». 2018;1–30.
12. Amaro H, Raj A, Reed E. Women's sexual health: The need for feminist analyses in public health in the decade of behavior. *Psychol Women Q*. 2001;25(4):324–34.
13. E. Joly, L excision : une violence sexiste sur fond culturel - 2017 Gratuit.
14. Hannier S, Baltus A, De Sutter P. The role of physical satisfaction in women's sexual self-esteem. *Sexologies* [Internet]. 2018;27(4):184–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2017.09.011>
15. Denimal M, Denimal M. La réparation intégrale du préjudice corporel : réalités et perspectives To cite this version : HAL Id : tel-01447888 ComUE Lille Nord de France. 2017;
16. Barème Indicatif D'Invalidité (Accidents Du Travail). 2017;1–57.
17. Mor G. Réparation du préjudice corporel 2021/2022 - 3e ed. *Stratégies d'indemnisation. méthodes d'évaluation*. 2020.
18. Mor G. Réparation du préjudice corporel 2014/2015 - 2e édition. *Stratégies d'indemnisation, méthodes d'évaluation*. 2014.
19. Muggeo VMR. Estimating regression models with unknown break-points. *Stat Med*. 2003;22(19):3055–71.
20. Sébastien Lê, Julie Josse FH. FactoMineR: An R Package for Multivariate Analysis. *Environ Int*. 2009;35(2):253–8.
21. Normes, SEXUALITÉ DES JEUNES ET ÉVOLUTION DES NORMES Entrée dans la sexualité : évolution des normes et des pratiques fi ches repères. 2019;1–2. Available from: www.injep.fr
22. Santé sexuelle _ Données – Santé publique France.
23. Évolution sociétale de la sexualité | Urofrance [Internet]. Available from: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/evolution-societale-de-la-sexualite>
24. Mignot J. Santé sexuelle et droits humains. Un enjeu pour l'humanité. 2015.

25. Duval V, Usm P De. La parité au sein de la magistrature. 2015;63–6.
26. Etude sur la parité dans les nominations aux postes de chefs de cour et de juridiction et sur les postes du siège à la Cour de cassation. 2020;1–8.
27. Insee. Population par sexe et groupes d'âges quinquennaux [Internet]. 2016. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150
28. Henri Chabrol. Chronique droit médical/Dommage corporel 1 / 1. How Lang are Learn. 2013;12:27–40.
29. Bozon M, Rennes J. Histoire des normes sexuelles: L'emprise de l'âge et du genre. *Clio Hist Femmes Soc.* 2015;42(2):7–23.
30. B. Quentin. Fondation Nationale de Gérontologie. GRAND ÂGE ET SEXUALITÉ : D ' UNE MODERNITÉ À L ' AUTRE. 2012;35.
31. Colson MH. Sexualité après 60 ans, déclin ou nouvel âge de vie ? *Sexologies.* 2007;16(2):91–101.
32. Courtois F, Charvier K, Leriche A, Vézina JG, Jacquemin G. Sexual response and orgasm in spinal cord injured patients: A rehabilitation model. *Sexologies.* 2009;18(2):114–20.
33. Alexander CJ, Sipski ML, Findley TW. Sexual activities, desire, and satisfaction in males pre- and post-spinal cord injury. *Arch Sex Behav.* 1993;22(3):217–28.
34. Beckwith A, Yau MKS. Sexual recovery: Experiences of women with spinal injury reconstructing a positive sexual identity. *Sex Disabil.* 2013;31(4):313–24.
35. Ferreira-Velasco ME, Barca-Buyo A, Salvador De La Barrera S, Montoto-Marqués A, Miguéns Vázquez X, Rodríguez-Sotillo A. Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury. *Spinal Cord.* 2005;43(1):51–5.
36. Courtois F, Charvier K, Leriche A, Côté M, Lemieux A. L'évaluation et le traitement des troubles des réactions sexuelles chez l'homme et la femme blessés médullaires. *Sexologies.* 2009;18(1):51–9.
37. Willmuth ME. Sexuality after spinal cord injury: A critical review. *Clin Psychol Rev.* 1987;7(4):389–412.
38. Définitions Libido - Dictionnaire de français Larousse.
39. Lejeune H, Huyghe É, Droupy S. Diminution du désir sexuel et déficit en testostérone chez l'homme. *Prog en Urol* [Internet]. 2013;23(9):621–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.01.019>
40. DSM-5.
41. Géonet M, De Sutter P, Zech E. Quelles mesures pour évaluer la baisse du désir sexuel chez la femme ? *Sexologies* [Internet]. 2017;26(2):103–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2016.06.005>
42. Géonet M, De Sutter P, Zech E. Les facteurs cognitifs dans le désir sexuel hypoactif féminin. *Sexologies* [Internet]. 2013;22(1):10–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2012.01.006>
43. Goetz P. Traitement des troubles de la libido masculine. *Phytothérapie.* 2006;4(1):9–14.
44. Zoldan Y, Rambeaud-Collin D, Rousseau C. Sexualities in the aftermath of trauma: Clinical and political issues. *Sexologies.* 2021;(xxxx).
45. Josse E. Le développement des syndromes psychotraumatiques Quels sont les facteurs de risque ? 2006;
46. Consoli SG. Approche psychosomatique des vulvodynies. *Gynecol Obstet Fertil.* 2003;31(11):948–53.
47. Dulac G. Masculinité et intimité germain dulac. 2011;35(September):9–34.

48. Wunsch S. Etiology of sexual disorders. Clinical prospects for neuroscientific data. *Sexologies* [Internet]. 2017;26(1):44–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2016.12.005>
49. Himmelstein MS, Sanchez DT. Masculinity impediments: Internalized masculinity contributes to healthcare avoidance in men and women. *J Health Psychol*. 2016;21(7):1283–92.
50. Guillaume S, Courtet P. Qu'est-ce qui distingue les femmes des hommes ? Suicides et tentatives de suicide. 2010. p. 160.
51. Anguis M, Peretti C. Les personnes suivies régulièrement pour des troubles mentaux- DREES. 2002.
52. Gouvernet B, Guérolé N, Rebelo T, Combaluzier S. Defensive styles and sexual motives. *Sexologies*. 2020;29(4):155–65.
53. Hannier S, Baltus A, de Sutter P. L'implication des facteurs cognitifs, corporels et sociétaux dans la compréhension de l'estime de soi sexuelle féminine. *Sexologies* [Internet]. 2017;26(2):65–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2016.04.004>
54. Brédart A, Swaine Verdier A, Dolbeault S. Traduction/adaptation française de l'échelle "Body Image Scale" (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho-Oncologie*. 2007;1(1):24–30.
55. Géonet M, De Sutter P, Zech E. Do stressful life events impact women's sexual desire? *Sexologies* [Internet]. 2018;27(4):196–202. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2017.09.013>
56. Rizzuti I, Enseignant F, Juin JR. « Culture et image du corps : une lecture de la sexualité des femmes handicapées ». 2009;
57. Afonso E, Serrão DO, Silva MT, Ferreira TR, Paulo V De, Sousa FDS De, et al. ur l P of. *Sci Total Environ* [Internet]. 2020;140981. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.140981>
58. Costagliola R, Cantaloube D, Costagliola M, Foyatier JL. Medico-legal assessment in burns sequelae. *Ann Chir Plast Esthet*. 2011;56(5):484–7.
59. Fond G, Lancon C, Auquier P, Boyer L. Prevalence of major depression in France in the general population and in specific populations from 2000 to 2018: A systematic review of the literature. *Press Medicale* [Internet]. 2019;48(4):365–75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.12.004>
60. Tastet F, Léonard MA, Esposito E, Dumas M, Delbrouck P, Ricoux A, et al. Impact des effets secondaires sexuels sur l'observance en population psychiatrique de secteur. Vol. 1, *French Journal of Psychiatry*. 2019. p. S163–4.
61. Grandvallet A. Influence des médicaments sur la libido féminine Aurélie Grandvallet To cite this version : HAL Id : hal-01732026 soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr. 2018;
62. Collier F. Quand le désir d'enfant est là: Quelle sexualité pour le couple? *Sexologies*. 2010;19(3):170–4.
63. Ohl J, Reder F, Fernandez A, Bettahar-Lebugle K, Rongièrès C, Nisand I. Impact de l'infertilité et de l'Assistance médicale à la procréation sur la sexualité. *Gynecol Obstet Fertil*. 2009;37(1):25–32.
64. Gamet ML. À propos d'une étude sur la sexualité des femmes et des hommes pendant la grossesse issue d'une Assistance médicale à la procréation (AMP). *Sexologies*. 2008;17(2):102–12.
65. Yazbeck C. La fonction érotique après hystérectomie Sexual function following hysterectomy. 2004;32:49–54.
66. Graesslin O, Martin-Morille C, Leguillier-Amour MC, Darnaud T, Gonzales N, Bancheri F, et al. Enquête régionale sur le retentissement psychique et sexuel à court terme de l'hystérectomie. *Gynecol Obstet Fertil*. 2002;30(6):474–82.

67. Beltran L. Hystérectomie : le point de vue du psychologue. 2013;378–9.
68. Engelman ER, Polito G, Perley J, Bruffy J, Martin DC. Traumatic amputation of the penis. *J Urol*. 1974;112(6):774–8.
69. Latabi A, Erraihan M, Errai A, Talha H, Moudouni S, Sarf I. Traitement chirurgical du traumatisme des organes génitaux externes masculins (à propos de 321 cas). *Progrès en Urol* [Internet]. 2018;28(13):692. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2018.07.153>
70. Simonin O, Carcenac A, Delapparent T, Karsenty G, Serment G. Traumatisme de la verge et des organes génitaux. *Andrologie*. 2006;16(3):187–96.
71. Pontonnier F, Souilil M. Impact de la chirurgie carcinologique . Ses effets sur la reproduction et la sexualité de l ' homme. 1995;486–91.
72. Diao B, Fall P.A, Bah I. Lésions des organes génitaux externes par arme à feu : à propos de six observations. 2006;131–4.
73. Barkatz J, Kleinclauss F, Rigaud J, Bouchot O, Orillard É, Thiery-vuillemin A, et al. Dysfonctions sexuelles des patients traités par orchidectomie , chimiothérapie et curage lombo-aortique , nécessité d ' un suivi andrologique systématique ? *Bull Cancer* [Internet]. 2019;106(10):915–22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2019.03.020>
74. Amsellem-ouazana D, Saighi D, Peyromaure M, Descazeaud A. Prothèses testiculaires après orchidectomie : enquête de satisfaction auprès des patients et de leurs partenaires &. 2008;1082–6.
75. Méric C. Penser et reconstruire sa sexualité après une tumeur testiculaire. Available from <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2189>
76. Wisard M. Cancer et sexualité masculine. *Rev Med Suisse*. 2008;4(182):2618–23.
77. Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Prog en Urol* [Internet]. 2013;23(9):811–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.01.006>
78. Dolye C, Adams L, McAndrew A, Burlein-hall S, Dasgupta T, Blake J. Validation du questionnaire MENQOL avec les femmes ayant été traitées pour un cancer gynécologique ou du sein. 2018;28(3):234–9.
79. Fatton B, Hermieu JF, Cour F, Wagner L, Jacquetin B, De Tayrac R. Validation linguistique en français du Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire - Révisé IUGA (PISQ-IR). *Prog en Urol* [Internet]. 2013;23(17):1464–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2013.10.004>

Annexe :

Autoquestionnaire d'évaluation du préjudice sexuel définitif

Les questions qui suivent visent à évaluer la qualité de votre vie sexuelle. Indiquez si vous avez remarqué des modifications dans les différents aspects de votre sexualité énoncés ci-dessous depuis l'évènement traumatique, en dessinant une croix où vous vous situez sur les échelles.

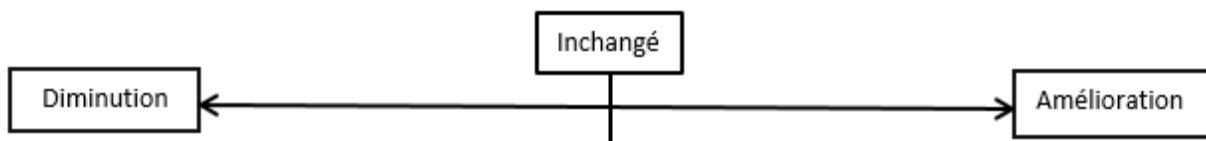
Satisfaction :

Le désir peut se manifester par différentes sensations physiques et psychologiques. Sur le plan psychologique, il peut s'agir de pensées sexuelles, fantasmes, rêves érotiques... Sur le plan physique : de picotements dans les organes génitaux, d'une sensation de chaleur, chez les hommes d'une érection du pénis, chez les femmes d'une turgescence du clitoris et des petites lèvres ou d'une lubrification vaginale.

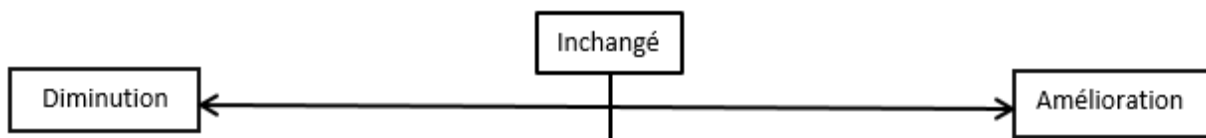
Concernant la satisfaction que vous éprouvez dans votre vie sexuelle en général ?



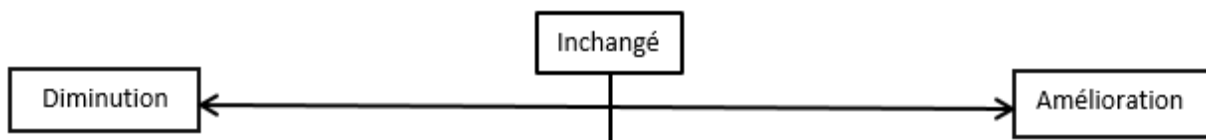
Avez-vous remarqué des modifications dans le plaisir que vous éprouvez lors de la réalisation d'activités sexuelles (masturbation, préliminaires, rapports...)?



Avez-vous remarqué des modifications dans la fréquence de la survenue de désir (pensées sexuelles, fantasmes, rêves érotiques...)?



Avez-vous remarqué des modifications dans votre capacité à atteindre l'orgasme au cours d'activités sexuelles (masturbation, préliminaires, rapports...)?



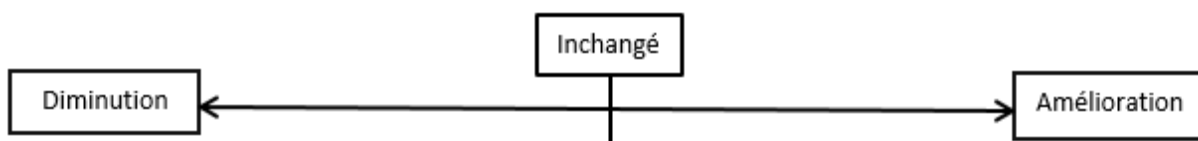
Précisions/commentaires :

Acte sexuel :

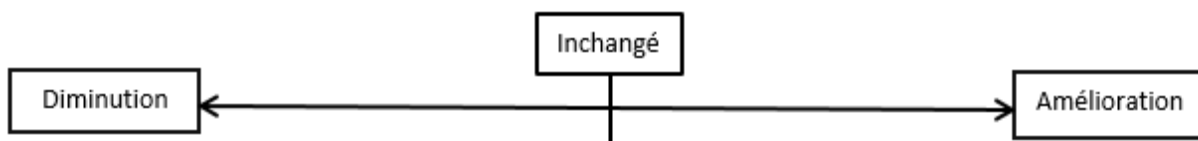
Avez-vous remarqué des modifications dans la fréquence de vos activités sexuelles (masturbation, préliminaires, rapports...) ?



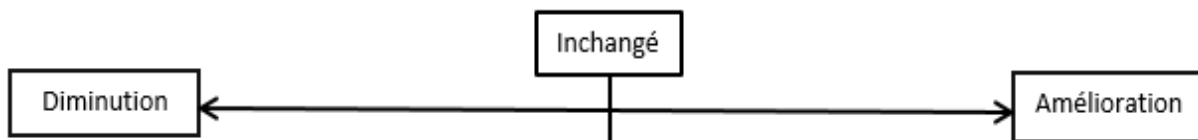
Avez-vous remarqué des modifications dans les manifestations physiques du désir (difficultés d'érection ou d'éjaculation ; une diminution de la lubrification vaginale et de la turgescence du clitoris ou des petites lèvres) ?



Ressentez-vous des douleurs dans les organes génitaux au cours de vos activités sexuelles (érections ou éjaculations douloureuses, douleurs testiculaires ; douleurs vaginales notamment lors de la pénétration, douleur ou inconfort vulvaire ; douleurs anales) ?

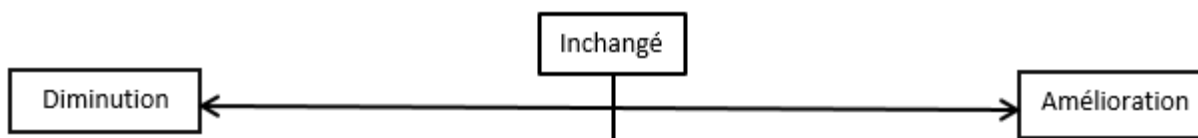


Si vous devez avoir recours à une aide pour pallier à des dysfonctions sexuelles (aide pour l'érection ou la lubrification), avez-vous remarqué des modifications dans leur fréquence d'utilisation ?



Si oui, lesquelles :

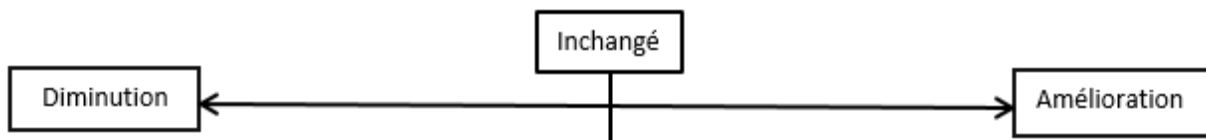
Êtes-vous limité par des douleurs ou des séquelles fonctionnelles lors de vos activités sexuelles (en dehors de douleurs dans les organes génitaux : pénis et testicules ; vulve, vagin) ?



Précisions/commentaires :

Image de soi :

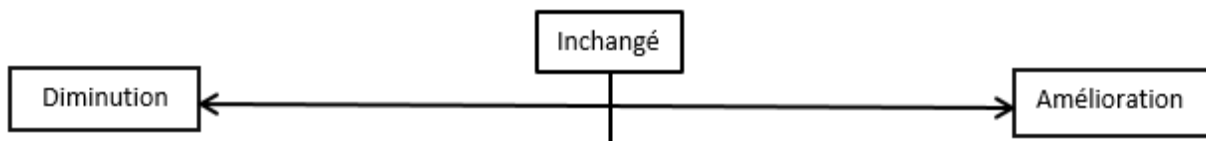
Vous sentez-vous aussi désirable ?



Vous sentez-vous aussi féminine/viril ?



Êtes-vous gêné(e) par l'image de vous au cours de votre sexualité avec un ou une partenaire ?



Précisions/commentaires :

Autres gênes :

Préciser :

AUTEUR : Eulalie PEFFERKORN

TITRE : FACTEURS INFLUENÇANT L'INDEMNISATION DU PRÉJUDICE SEXUEL EN DOMMAGE CORPOREL

DIRECTEUR DE THÈSE : Frédéric SAVALL

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 20 octobre 2021

Résumé en français :

Dans le domaine de l'expertise médicale en dommage corporel, le préjudice sexuel englobe tous les préjudices touchant à la sphère sexuelle. Les répercussions sur la sexualité de la victime ne se limitent pas à l'atteinte morphologique des organes sexuels, et une évaluation spécifique et complète doit être effectuée pour cerner le retentissement sur la vie sexuelle de l'intéressé, puis retranscrite par l'expert dans son rapport. De récentes études ont émis l'hypothèse selon laquelle l'évaluation neutre du préjudice sexuel se heurtait à des conceptions normatives de la sexualité et aux rapports de genre. L'évaluation du préjudice sexuel, compte tenu de son caractère très personnel, pourrait donc se heurter à la subjectivité de l'expert, du juge et de la victime, entraînant des disparités d'indemnisation et d'évaluation en fonction du sexe des différents protagonistes.

Dans ce contexte, nous avons cherché à déterminer s'il existait des différences dans l'indemnisation du préjudice sexuel, tant sur un mode quantitatif (montant de l'indemnisation) que qualitatif (motivation de cette indemnisation) entre les hommes et les femmes et quels facteurs influençaient cette indemnisation. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur des arrêts de jurisprudence dans lesquels un préjudice sexuel avait été retenu. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative dans les montants d'indemnisation entre les sexes. Cependant, certaines tendances, qui diffèrent entre les sexes, semblent se dégager concernant les motivations de cette indemnisation. Nous proposons donc un autoquestionnaire pour permettre une évaluation globale de ce chef de préjudice, quel que soit le genre de la victime.

Titre et résumé en anglais :

FACTORS INFLUENCING COMPENSATION FOR SEXUAL DAMAGES IN MEDICAL EXPERTISE

Mots-clés : expertise médicale, préjudice sexuel, dommage corporel, médecin légiste, médecin expert, jurisprudence, stéréotypes de genre, sexualité, handicap, indemnisation

Keywords : sexual damages, medical expertise, sexual injury, forensic medicine, expert physician, case law, gender stereotypes, sexuality, disability, compensation

Discipline administrative : MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Université Toulouse III — Paul Sabatier — Faculté de Médecine Toulouse-Purpan — 37 Allée Jules Guesde — 31000 TOULOUSE — France