



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Violences verbales, physiques et sexuelles faites aux femmes :
Etude en consultation de gynécologie en milieu hospitalier, dans des
cabinets de médecine générale et en milieu carcéral**

Présentée et soutenue publiquement le 07 Mai 2019 à 16 heures
Au Pôle Formation
Par Alicia ARGENTEL

JURY

Président :

Madame le Professeur CATTEAU-JONARD Sophie

Assesseurs :

Monsieur le Professeur HEDOUIN Valéry

Monsieur le Docteur ROBIN Geoffroy

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur MARTIN Carine

AVERTISSEMENT

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

ABREVIATIONS

AAP : Association d'accompagnement psychologique

AAV : Association d'aides aux victimes

CH : Centre Hospitalier

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Commission de protection des personnes

CVS : Cadre de vie et sécurité

ENVEFF : Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

FCS : Fausse couche spontanée

FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femmes

ITT : Interruption temporaire de travail

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et de la Réponse Pénale

ONVF : Observatoire National des Violences faites aux Femmes

ONU : Organisation des Nations Unies

PEC : Prise en charge

SSPT : Syndrome de stress post-traumatique

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

VB : Violence verbale

VP : Violence physique

VS : Violence sexuelle

TABLE DES MATIERES

RESUME	2
INTRODUCTION	3
MATERIELS ET METHODES	12
1.Contexte	12
A. Les critères d'inclusion	13
B. Les critères d'exclusion	13
2.Déroulement de l'étude	14
3.Analyse statistique	16
4.Ethique	17
RESULTATS	18
1.Caractéristiques des patientes	18
2.Caractéristiques des violences	20
3.Facteurs de risques des violences physiques et sexuelles	24
4.Descriptif des violences dans la population carcérale	26
5.Mécanisme de répétition de la violence	30
6.Évaluation de l'image du corps et de la sexualité et la dyspareunie	31
DISCUSSION	33
1.Caractéristiques des violences	33
2.Prise en charge médicale et paramédicale	35
3.Démarches effectuées	36
4.L'âge de début des violences	37
5.Consommations de toxiques	39
6.Conséquences des violences	39
7.Population étudiée et biais lié au type de questionnaire	41
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	51

RESUME

Contexte La violence à l'encontre des femmes est un problème de santé majeur. Elle est malheureusement encore bien présente dans notre société. Elle est représentée par des violences verbales, physiques et sexuelles dont font partie les violences conjugales. Les femmes victimes de violences ont très rarement recours à une consultation médicale ou psychologique et dans très peu de cas elles entreprennent des démarches sociales ou judiciaires. Or, les violences faites aux femmes engendrent des répercussions psychologiques, addictives, gynécologiques et sexuelles à court et à long terme. L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la prévalence des violences faites aux femmes ainsi que faire leur descriptif. Les objectifs secondaires de cette étude sont tout d'abord d'évaluer les facteurs de risque des violences physiques et sexuelles, de faire un descriptif des violences faites aux femmes dans une population carcérale, et enfin, d'évaluer leurs répercussions.

Matériels et méthodes Nous avons mené une étude épidémiologique, transversale, descriptive, multicentrique pendant huit mois du 01 Avril 2018 au 30 novembre 2018 avec distribution d'un questionnaire anonyme et standardisé.

Résultats Au total, 251 questionnaires ont été recueillis, 59 en milieu pénitentiaire, 86 en cabinets de médecine générale et 106 dans les services de consultation gynécologique. Nous avons retrouvé 73.7% de violences verbales, 40.8% de violences physiques et 23.9% de violences sexuelles. Dans le cadre des violences physiques et sexuelles, nous retrouvons une aggravation de la consommation de toxiques ainsi que plus de dépression. Les violences sexuelles sont à l'origine d'une moindre estime de son corps avec apparition de dyspareunies. Il n'existe pas d'altération de l'image de la sexualité.

Conclusion Notre étude montre que les violences faites aux femmes font partie intégrante de notre société et qu'elles sont malheureusement peu exprimées par les femmes avec des conséquences sur la santé. Un dépistage systématique des violences est nécessaire afin de réduire leurs répercussions. Une étude relative à la qualité de la prise en charge des femmes victimes pourrait être utile. Celle-ci aurait pour but d'évaluer l'impact des campagnes de dépistage ainsi que les programmes de prise en charge.

INTRODUCTION

Insultes, menaces, chantage, humiliations, coups, blessures, attouchements, violences conjugales, agressions sexuelles, viols, les violences faites aux femmes sont encore bien présentes dans notre société. Dans la plupart des cas, l'auteur est connu de la victime (le plus souvent son conjoint). Et malheureusement, très peu de plaintes sont déposées par les victimes. Pourquoi ce silence ? Dans quel contexte surviennent ces violences ? Quels en sont les conséquences et quels sont les freins à leur prise en charge ?

La violence à l'encontre des femmes est un problème de santé majeur. À tout moment de leur vie, les femmes peuvent être exposées à des violences physiques, sexuelles ou psychologiques, trop souvent subies dans le silence comme une fatalité voire même déniées par les victimes elles-mêmes. En 1993, l'assemblée générale de l'ONU (Organisation des Nations Unis) adopte la déclaration des Nations Unis sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes et en donne la définition suivante : « Tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (1). Selon les estimations mondiales de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), près d'une femme sur trois indique avoir été exposée à des violences physiques ou sexuelles au cours de sa vie (2).

L'enquête nationale sur les violences envers la femme (3) est la première étude statistique réalisée en France sur ce thème. Selon cette étude, 13 % des femmes interrogées disent avoir été victimes de violences verbales au cours des douze derniers mois. Dans 25% des cas, les femmes connaissent la personne qui a proféré l'insulte (dont les trois quarts des auteurs sont des hommes). Les violences physiques ou sexuelles sont la seconde violence qu'elles subissent. On

estime que chaque année, 84000 femmes subissent des viols ou tentatives de viol, alors que seuls 31825 faits de violences sexuelles ont été comptabilisés sur un an (de novembre 2014 à octobre 2015 par les forces de sécurité) (4).

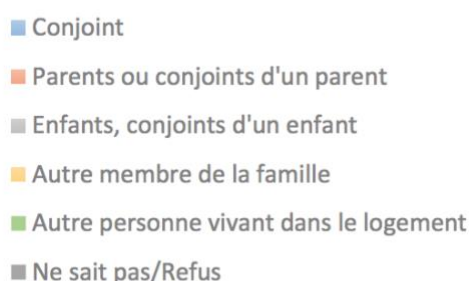
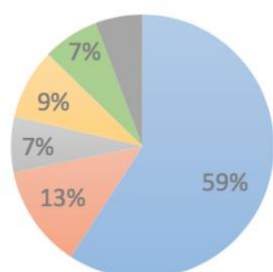
En 2016, selon l'enquête Cadre de vie et Sécurité, 1,5 % des femmes déclaraient avoir subi des violences physiques en dehors du ménage. 44 % de ces femmes ont moins de 30 ans (5).

Selon cette même enquête, chaque année, entre 2012 et 2016, environ 0,8 % des femmes ont déclaré avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'une (ou plusieurs) personne(s) vivant avec elles. 83 % des victimes rapportent avoir subi exclusivement des violences physiques, 6 % exclusivement des violences sexuelles et 12 % des violences à la fois physiques et sexuelles. Qu'il s'agisse de violences physiques ou de violences sexuelles, le conjoint est majoritairement l'auteur des violences subies au sein du ménage : il est désigné par la victime dans 59 % des cas de violences physiques et 61 % des cas de violences sexuelles. À l'origine des violences physiques, on retrouve ensuite un parent ou le conjoint d'un parent (13 %) ou un autre membre de la famille (9 %). Cette répartition n'est pas très différente pour les violences sexuelles (5).

Auteur des violences au sein du ménage

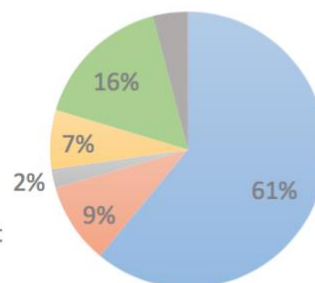
Auteur des violences physiques

(en % des victimes de violences physiques)



Auteur des violences sexuelles

(en % des victimes de violences sexuelles)



Champ : individus de 18 à 75 ans de France métropolitaine, incident le plus récent dans l'année.

Source : enquêtes Cadre de vie et sécurité 2013 à 2017, Insee-ONDRP-SSMSI.

Lecture : en moyenne entre 2012 et 2016, le conjoint est l'auteur des violences physiques dans 59 % des cas.

La violence conjugale concerne « Tout comportement au sein d'une relation intime qui inclut des violences réalisées, tentées ou simplement menacées qui impactent la santé physique, psychologique, sexuelle, économique ou le simple sentiment de bien-être de la victime »(6). Elle constitue une atteinte volontaire à l'intégrité de l'autre, une emprise (7). Les violences conjugales s'inscrivent dans une problématique familiale, économique ou sociale. Elles évoluent à travers ce qu'on appelle le cycle de la violence qui comportent quatre phases distinctes : l'escalade, l'explosion, la projection de culpabilité et enfin la lune de miel (8). Ce cycle permet de comprendre combien il est difficile pour la victime d'entreprendre des démarches jusqu'au bout.

Le cinquième plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (9) traduit l'engagement de l'État pour permettre aux femmes victimes de violences d'accéder à leur droit, d'être protégées et accompagnées, pour sortir des violences et se reconstruire. Il fixe trois objectifs :

1. Sécuriser et renforcer les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences et assurer l'accès à leurs droits.
2. Renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants.
3. Déraciner les violences par la lutte contre le sexisme, qui banalise la culture des violences et du viol.

On évalue le coût économique des violences à 2,5 milliards d'euros et ce problème engendre de nombreuses répercussions sanitaires, psychologiques et sociales.

Les violences que subissent les femmes peuvent être de différentes formes. Tout d'abord, il existe la violence verbale comprenant les violences sexistes, les menaces de mort, le chantage,

les insultes, le harcèlement, les humiliations. Ensuite, nous retrouvons les violences physiques avec les coups ou blessures et enfin les violences sexuelles qui comprennent l'obligation de réaliser ou de recevoir des caresses intimes ou encore des actes de pénétrations imposés. Dans le cadre des violences sexuelles, l'auteur oblige sa victime à avoir des rapports sexuels avec lui ou d'autres partenaires selon ses propres fantasmes. Il est important de rappeler que le « viol » est défini par le code pénal (article 222-23) comme tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise. Celui-ci est considéré comme un crime passible de la Cour d'Assise. On distingue le viol des autres agressions sexuelles à travers l'existence d'un acte de pénétration qui peut être vaginal, anal ou buccal. L'absence de consentement constitue un axe central dans cette définition (10)(11). Les agressions sexuelles sont considérées comme un délit passible du Tribunal Correctionnel. Elles regroupent de multiples infractions tels que les attouchements, l'exhibition, le harcèlement... Il faut noter également que la notion de viol entre époux n'a été reconnue par les magistrats, avec la même définition que pour tout autre personne que depuis 1980. Le viol entre époux représente une circonstance aggravante auprès de la Cour d'Assise. Il fait partie du cadre plus général des violences conjugales qui, elles, constituent un délit passible du Tribunal Correctionnel, même si elles n'ont entraîné aucune interruption temporaire de travail (ITT)(nouveau code pénal 1992) (12)(13).

Toutefois, la distinction entre ces violences verbales, physiques et sexuelles est artificielle car dans de nombreux cas ces multiples formes d'agressions s'entrecroisent (3).

Contrairement aux idées reçues, les violences conjugales (verbales et physiques), les violences sexuelles et le harcèlement de rue touchent l'ensemble des milieux sociaux. Selon les statistiques nord-américaines, ou les données françaises des statistiques de police, de gendarmerie, du droit des femmes (ENVEFF) ou des permanences téléphoniques, 10% des

femmes subiraient des violences conjugales, dans tous les milieux (10% des femmes cadres supérieures, 10% des femmes au foyer, 9% des employées et environ 9% des ouvrières) (3)(13).

Néanmoins, certains facteurs font qu'une personne risque plus d'être contrainte d'avoir des relations sexuelles que d'autres (14) :

- Âge : les femmes jeunes risquent plus d'être violées que les femmes plus âgées. Selon L'ENVEFF (3), les 20-24 ans sont deux fois plus touchées que les femmes plus âgées.
- La consommation d'alcool et de drogue : après consommation, les femmes ont plus de mal à interpréter les signes de danger et à agir en conséquence pour se protéger. Une forte proportion des femmes ayant une dépendance à un produit sont ou ont été victimes de violences conjugales, viols, incestes ou violences physiques pendant l'enfance (15)(16).
- Les antécédents de viols ou victimes de violences sexuelles : il existe un lien entre les expériences de violences sexuelles pendant l'enfance et l'adolescence et un schéma de victimisation à l'âge adulte. Les femmes victimes de violences dans l'enfance sont cinq fois plus exposées que les autres aux violences conjugales (3)(7).
- L'existence de multiples partenaires sexuels.
- La pauvreté.

Il faut noter que les répercussions de ces violences sont majeures et à l'origine de conséquences psychologiques, médicales, sexologiques et addictologiques à court et à long terme.

Sur le plan psychologique, on retrouve des états anxio-phobiques avec des conduites obsessionnelles compulsives, un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) qui correspond à un trouble anxieux sévère et non spécifique qui survient en réaction à une situation traumatique qui menace ou altère l'intégrité physique ou psychologique de l'individu. Il traduit un débordement des capacités d'adaptation du sujet agressé. Cet état se caractérise par le développement de symptômes à type de reviviscence, conduite d'évitement, des altérations cognitives ou émotionnelles (17). On retrouve également des états dépressifs majeurs (18), des comportements suicidaires et la faible estime de soi (19)(20)(21). Selon l'ONVF en novembre 2015, 76% des victimes de viols estiment que cette agression a des conséquences importantes à très importantes sur leur état de santé psychique (22). Ce taux est de 95% pour les victimes de l'enquête Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte réalisée en 2015 (23).

Sur le plan gynécologique et sexologique, on peut retrouver des symptômes de type saignements, dyspareunies, irrégularités menstruelles, infections vaginales, baisse de libido, irritations génitales, douleurs pelviennes chroniques ou des rapports sexuels douloureux (24)(21). La pathologie douloureuse vient en tête des affections gynécologiques observées chez les femmes ayant subi des violences sexuelles. De plus, la fréquence de ces manifestations douloureuses gynécologiques spécifiques a également été signalée plus importante chez les femmes ayant été agressées sexuellement dans l'enfance, qu'il s'agisse de dysménorrhées, de syndrome prémenstruel ou de dyspareunies (17). Les femmes victimes de violences physiques et sexuelles de la part de partenaires intimes risquent davantage de connaître des problèmes de santé de manière générale que celle qui subissent uniquement des violences physiques (14).

Sur le plan addictologique, une addiction peut être retrouvée chez les victimes de violences (24). Le Dr Sharon Kingston (2009), du Département de psychiatrie du Centre d'étude de l'enfance de l'université de New York, propose trois explications possibles concernant les liens

entre la consommation de substances psychoactives et les violences subies au cours de la vie (25):

- Certains cas de violences subies dans la vie conduisent à développer des troubles post-traumatiques. La consommation de substances est ainsi considérée comme une automédication pour atténuer les symptômes post-traumatiques.
- La consommation de substances peut augmenter les risques de victimisation ou d'autres événements traumatiques, et ces expériences peuvent conduire au développement de troubles post-traumatiques.
- Les violences ainsi que la consommation de substances surviennent dans un contexte d'environnement familial particulier.

Des liens peuvent être faits entre les violences subies et les situations d'addictions, dont les conséquences sont plus fréquemment rencontrées chez les femmes (26):

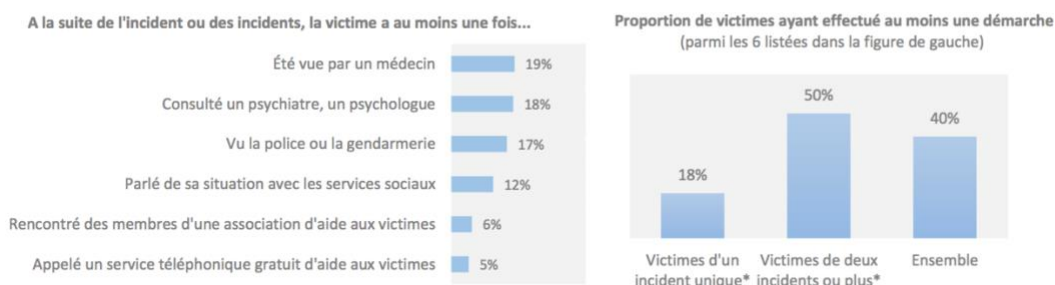
- les consommations de produits ont une fonction anesthésiante, de dissociation, qui permet de supporter l'insupportable, et sont une conséquence fréquente des violences subies.
- la consommation de produits illicites impose la fréquentation d'un milieu plus violent, où le chantage sexuel et les violences physiques sont nombreux.
- lorsque l'un des conjoints du couple est dépendant à l'alcool, le niveau de violences conjugales est plus élevé.
- l'état de conscience altéré peut renforcer les prises de risque et réduire le contrôle de la situation, favorisant notamment les violences sexuelles.
- l'addiction chez une femme peut la rendre plus vulnérable aux yeux des hommes, ce qui favorise les menaces et les violences à son encontre.

La révélation des violences constitue une étape cruciale et difficile pour les femmes. Entre 2012 et 2016, 1 victime sur 5 de violences conjugales a été vue par un médecin à la suite de l'incident. Environ 18 % des victimes ont consulté au moins une fois un psychiatre ou un psychologue, 17 % se sont rendues au commissariat ou à la gendarmerie, 12 % ont parlé de leur situation avec les services sociaux, 6 % ont rencontré les membres d'une association d'aide aux victimes et 5 % ont appelé un service téléphonique gratuit (« numéro vert ») d'aide aux victimes. Ainsi environ 40 % des victimes de violences au sein du ménage ont effectué au moins une des 6 démarches qui viennent d'être citées.

Le numéro d'appel unique 3919 « Violences femmes Info », créé en 2007 et géré par la Fédération Nationale Solidarité Femme (FNSF) a pour but d'écouter, d'informer et d'orienter les femmes victimes de violences ainsi que les témoins de violences faites aux femmes de manière anonyme. 46449 appels ont été pris en charge par le 3919 en 2017 (27).

Au-delà des démarches « formelles », la majorité des victimes a déjà parlé à des amis ou des proches des violences qu'elles subissent au sein de leur ménage (59 % des victimes en moyenne). Néanmoins, près d'une victime sur quatre déclare qu'elle n'en avait jamais parlé avant l'enquête (5).

Démarches entreprises par les victimes de violences au sein du ménage



* Au cours des 24 mois précédant l'enquête.

Champ : individus de 18 à 75 ans ou plus de France métropolitaine, incident le plus récent dans l'année.

Source : enquêtes Cadre de vie et sécurité 2013 à 2017, Insee-ONDRP-SSMSI.

Lecture : en moyenne entre 2012 et 2016, seulement 5 % des victimes de violences au sein de leur ménage ont appelé un numéro vert ou un service téléphonique gratuit d'aide aux victimes. Parmi les victimes ayant subi un seul incident au cours des 24 mois précédant l'enquête, 18 % déclarent avoir effectué au moins une des 6 démarches listées dans la figure de gauche.

Un dépistage précoce de ces violences permet d'arrêter le processus au moment où il commence. Un certain nombre de femmes victimes ont ainsi assuré que si quelqu'un (professionnel, ami, membre de la famille) avait deviné leur situation plus tôt, elles en auraient parlé (28). Le rapport HENRION, en 2011, décrivait que les premiers interlocuteurs des femmes victimes de violences sont : les urgentistes, les médecins généralistes et les gynécologues (2). C'est pourquoi, la question « avez-vous vécu dans votre vie des violences physiques, morales ou sexuelles ? » devrait faire partie de l'interrogatoire médical systématique. Cette question devrait être également posée par les thérapeutes qui sont amenés à croiser le chemin d'un grand nombre de victimes de violences sexuelles (12). Cette prise en charge systématique par les professionnels de santé permettrait de réduire considérablement les risques d'apparition des complications de ces violences au cours de la vie. Bien sûr, une réponse « non » à cette question ne veut pas dire que la personne est indemne de toute violence, mais dans tous les cas, poser cette question permet à la patiente de savoir que ce sujet pourra être abordé à un moment plus favorable (12).

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la prévalence des violences faites aux femmes pour les violences verbales, physiques et sexuelles ainsi que faire le descriptif des violences (auteurs, prise en charge et démarches effectuées).

Les objectifs secondaires de cette étude sont tout d'abord d'évaluer les facteurs de risque des violences physiques et sexuelles. Ensuite, de faire un descriptif des violences faites aux femmes dans notre population carcérale. Et enfin, d'évaluer la répercussion des violences physiques et sexuelles sur l'image qu'ont les femmes de leur corps et de leur sexualité ainsi que souligner les répercussions sexuelles qu'elles peuvent engendrer.

MATERIELS ET METHODES

1.Contexte

Nous avons mené une étude épidémiologique, transversale, descriptive, multicentrique pendant huit mois du 01 Avril 2018 au 30 novembre 2018 inclus. Cette étude s'est déroulée dans le Nord. Il faut noter que la région des Hauts de France est la 5^{ème} région à concentrer le plus d'appels vers le 3919 (27).

Cette étude a été réalisé dans trois groupes :

- en milieu pénitentiaire : au centre pénitentiaire de SEQUEDIN et de VALENCIENNES.
- en milieu hospitalier, dans le service de consultation gynécologique du centre hospitalier de DOUAI et de SECLIN.
- en milieu libéral, dans deux cabinets de médecine générale : le cabinet du Docteur CAPELLE à BOIS GRENIER et celui du Docteur DURAND-CHEVAL à HERLIES.

Cette étude était basée sur la distribution d'un questionnaire concernant les violences verbales, physiques et sexuelles.

Nous avons créé un questionnaire court, anonyme, incluant les différentes formes de violences (verbales, physiques et sexuelles) ainsi qu'une partie sur les différentes démarches entreprises et les conséquences à court et à long terme (sur le plan addictologique, psychologique et sexologique). Nous avons également évalué le ressenti des patientes concernant l'image de leur corps ainsi que l'image qu'elles avaient de leur sexualité sur une échelle de 0 à 10 (0 = pauvre estime et 10 = très bonne estime).

Ce questionnaire s'est inspiré d'un questionnaire de police dédiée aux femmes victimes de violences conjugales (possible de retrouver sur sosfemmes.com onglet violences conjugales) ainsi que celui tiré de cabaret-avocate.fr. Nous avons ensuite ajusté notre

questionnaire en fonction des questions principales que nous voulions soulever avec le Dr Carine Martin.

Ce questionnaire a été relu et corrigé par le Dr Carine Martin, gynécologue médicale et sexologue clinicienne à l'Hôpital Jeanne de Flandre ainsi que tous les principaux acteurs de cette étude : le Professeur Hédouin, chef de service de médecine légale du CHU de Lille et président de la société française de médecine légale, le Dr Lizak, responsable médical du centre pénitentiaire de Sequedin, le Dr Kalumba, chef de service de gynécologie obstétrique du CH de Douai, le Dr Lefakouong, médecin référent du centre pénitentiaire de Valenciennes, le Dr Monsarrat, chef de pôle et responsable de service de gynécologie obstétrique du CH de Seclin et les médecins généralistes participant à cette étude : Dr Capelle et Dr Durand-Cheval.

A. Les critères d'inclusion

Nous avons inclus l'ensemble des patientes majeures, acceptant de remplir le questionnaire dans chaque centre. Pour le milieu hospitalier, le questionnaire était distribué à chaque patiente majeure admise pour une consultation gynécologique pure (hors suivi obstétrical et consultation de médecine de reproduction) et acceptant de remplir le questionnaire de manière anonyme.

B. Les critères d'exclusion

- patientes mineures.
- _ patientes enceintes de plus de 20 semaines d'aménorrhées consultant pour un suivi obstétrical.
- patientes ne pouvant pas donner leur consentement et comprendre le questionnaire (handicap mental, démence, et/ou syndrome confusionnel).
- patientes ne parlant pas français ou ne sachant pas lire (anonymat non préservé).

2.Déroulement de l'étude

La distribution des questionnaires s'est déroulée sur une période de huit mois du 01 Avril 2018 au 30 Novembre 2018 inclus. La distribution du questionnaire et son recueil était différent selon les centres.

Pour les cabinets de médecine générale, 100 questionnaires ont été distribués aux médecins généralistes au début de l'étude (avec une répartition de 75 questionnaires au Dr Capelle et 25 questionnaires au Dr Durand-Cheval). Pour le premier, la distribution du questionnaire a directement été gérée par sa secrétaire et pour le second, le médecin lui-même informait sa patientèle correspondante aux critères d'inclusion et d'exclusion. La patiente avait donc le libre choix de répondre au questionnaire de manière anonyme et de le mettre dans une urne pour son recueil. Chaque médecin généraliste a ensuite transmis l'ensemble des questionnaires remplis au Dr Martin.

Pour les centres hospitaliers de Douai et Seclin, un questionnaire était distribué à toutes les patientes s'adressant aux agents médico-administratifs du centre hospitalier pour une consultation purement gynécologique (étaient exclues les consultations de suivi obstétrical ainsi que les consultations de médecine de reproduction) en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion. Il a donc été impossible pour nous de connaître le nombre exact de questionnaire distribué au vu du flux de patientes et également du nombre d'agents médico-administratifs différents distribuant le questionnaire. La patiente pouvait choisir de le remplir de manière anonyme en attendant de rencontrer son gynécologue. Et bien sûr, elle pouvait questionner le gynécologue en cas de problème de compréhension. La patiente remettait le questionnaire dans une boîte aux lettres dédiée à sa sortie de consultation. L'ensemble des questionnaires remplis m'a ensuite été transmis.

Pour les centres pénitentiaires de Sequedin et Valenciennes, le fonctionnement était également différent. Un nombre limité de 50 questionnaires a été distribué à chaque centre au début de l'étude. Pour le centre pénitentiaire de Valenciennes, un questionnaire a directement été donné en main propre à chaque patiente incarcérée du centre présente au début de l'étude en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion, afin de leur expliquer l'enjeu de cette étude et également son caractère anonyme. Chaque patiente avait donc le libre choix de le remplir et de le rendre au personnel soignant du centre. Le reste des questionnaires a été associé aux questionnaires d'entrées des nouvelles arrivantes. Une aide à la compréhension de certaines questions ainsi que le but du questionnaire pouvaient être donné par le personnel soignant. Chaque questionnaire rempli était ensuite transmis au cadre de santé, Monsieur Beghin.

Pour le centre pénitentiaire de Sequedin, après une réunion d'information sur l'étude à l'ensemble de l'équipe médicale, il a été décidé que le questionnaire serait directement rempli par l'équipe médicale (Dr Carine Martin, psychologue et moi-même) au cours d'une consultation afin de pouvoir répondre pleinement aux questions des patientes et de limiter le choc psychologique lié à la remise à la surface de souvenirs potentiellement traumatisants pour certaines d'entre elles. Néanmoins le questionnaire restait complètement anonyme puisqu'aucune identité n'était demandée à la patiente.

De plus, au vu du traumatisme psychologique que peuvent avoir subi les patientes dans le cadre des violences et également du risque de reviviscence que pouvait amener le questionnaire, un suivi psychologique (en milieu carcéral) ou sexologique (par le Dr Carine Martin à l'hôpital Jeanne de Flandre ou au centre pénitentiaire de Sequedin ainsi que par le Dr Basile Kalumba au centre hospitalier de Douai) pouvait être proposé rapidement à l'ensemble des patientes demandeuses quel que soit le centre.

Ce choix de distribution anonyme nous semblait plus adéquat pour que la patiente réponde avec franchise aux questions posées et se sente en confiance, avec une plus grande

confidentialité. L'ensemble de l'équipe paramédicale et médicale a été informée des modalités de réalisation de cette étude. Un grand nombre du personnel a pu être rencontré pour discuter du déroulement de l'étude, de leur rôle dans celle-ci et ainsi répondre aux questions de chacun.

3.Analyse statistique

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ou par la médiane et l'intervalle interquartile. La normalité des distributions a été vérifiée graphiquement ainsi que par l'intermédiaire du test de Shapiro-Wilk. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage.

Si les effectifs étaient suffisants, les variables qualitatives ont été comparées entre les groupes grâce à des tests de Khi-Deux en cas d'effectifs suffisants. En cas de non validité de ces tests (effectifs théoriques < 5), des tests exacts de Fisher ont été utilisés.

Si les effectifs étaient suffisants, les variables quantitatives ont été comparées entre les groupes par l'intermédiaire de tests de Student. En cas de non normalité des données, des tests non paramétriques de Wilcoxon ont été utilisés.

La comparaison de la consommation de toxiques avant et après une violence physique ou sexuelle a été effectuée par l'intermédiaire de tests de Bhapkar.

Le seuil de significativité a été fixé à 0.05. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute, Cary NC, USA).

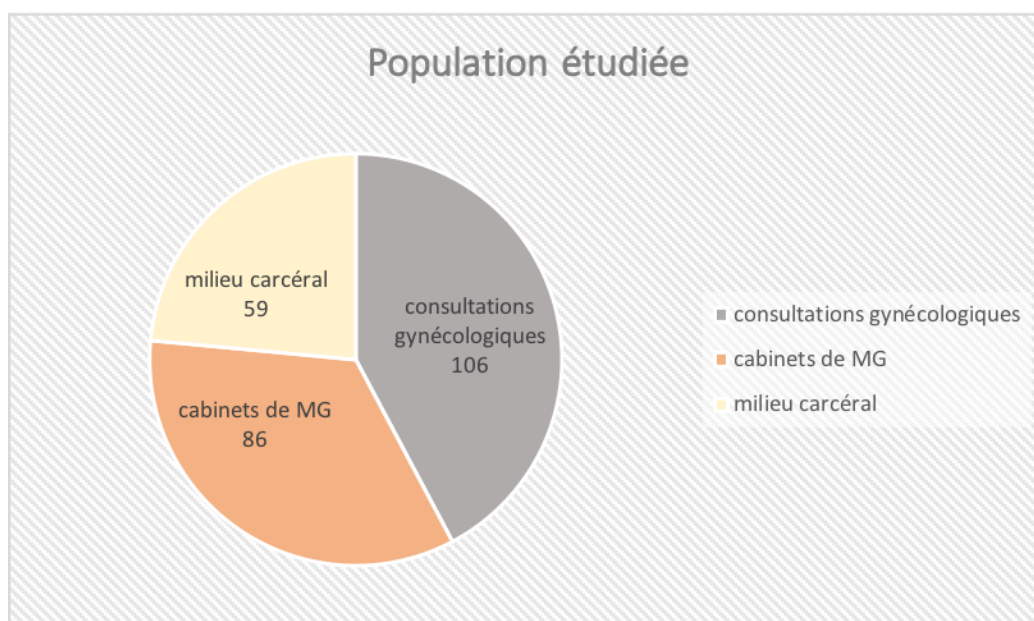
4.Ethique

Le Comité de Protection des Personnes a été sollicité, mais il apparaissait que cette étude n'entrait pas dans le champ des recherches impliquant la personne humaine au sens de l'article R.1121-1 du code de la santé publique (29). Par conséquent, elle ne relevait pas d'un avis auprès du CPP.

Une demande auprès de la CNIL a été envoyée mais aucune réponse de leur part n'a été réceptionné.

RESULTATS

Au total, 251 questionnaires ont été recueillis pendant 8mois, 59 en milieu pénitentiaire, 86 en cabinets de médecine générale et 106 dans les services de consultation gynécologique.

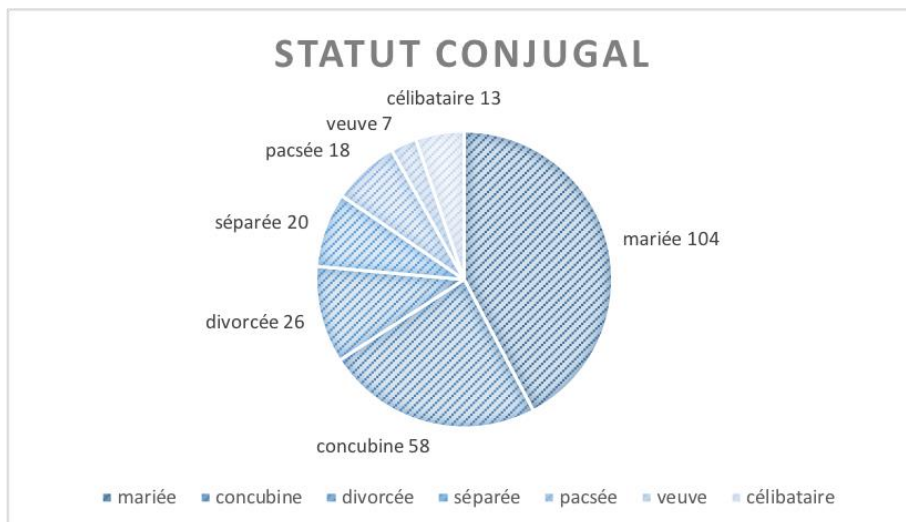


1.Caractéristiques des patientes

Les femmes incluses dans cette étude étaient âgées de 18 à 85 ans avec une médiane à 38 ans. La moyenne d'âge était de 39,7 ans avec un écart-type de 12,2 ans.

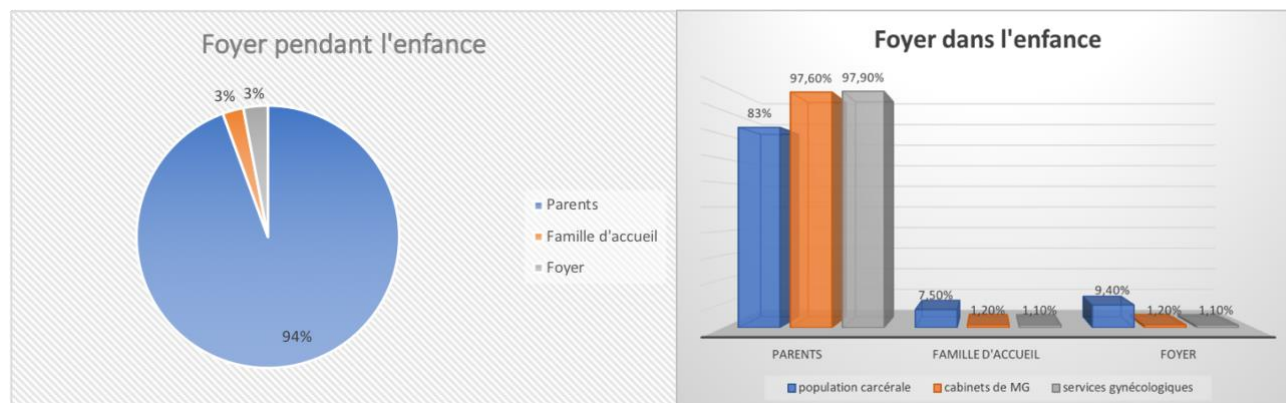
a. Statut conjugal

104 femmes étaient mariées, 58 en concubinage et 18 étaient pacsées. Ensuite, 26 femmes étaient divorcées, 20 séparées et 7 femmes veuves. Enfin, 13 femmes se déclaraient célibataires. Seulement 5 patientes n'ont pas répondu à cet item.



b. Foyer dans l'enfance

94% des femmes ont vécu chez leurs parents. 3% des patientes déclaraient avoir vécu en famille d'accueil et 3% des femmes avaient vécu en foyer. 18 patientes n'ont pas répondu à cet item.



c. Nombre d'enfant

Sur notre série de données, le nombre d'enfant moyen était de 2,1 avec un écart-type de 1,5. La médiane était de 2 enfants avec un 1^{er} quartile à 1 et un 3^{ème} quartile à 3. Nous retrouvons un antécédent d'IVG chez 65 femmes interrogées avec une médiane à 1 IVG. 62 patientes ont un antécédent de FCS. La moyenne du nombre de FCS est de 1,5 avec un écart-type de 0,8. Enfin,

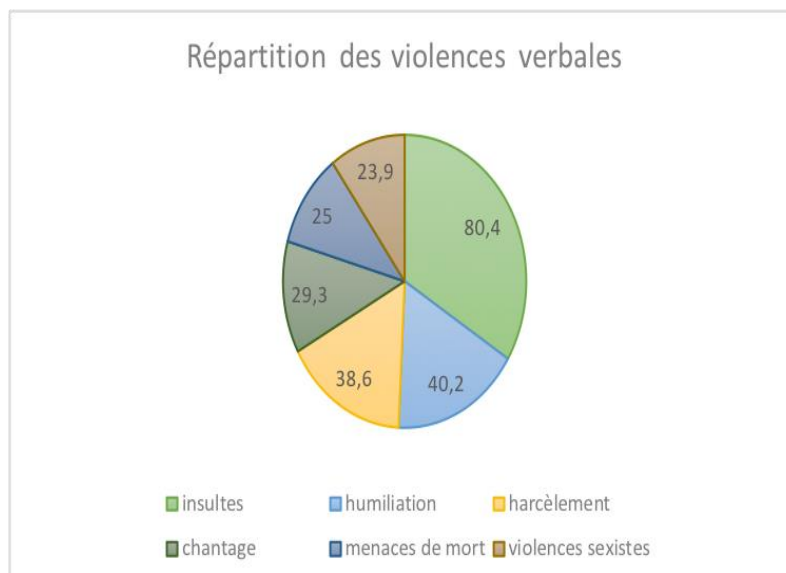
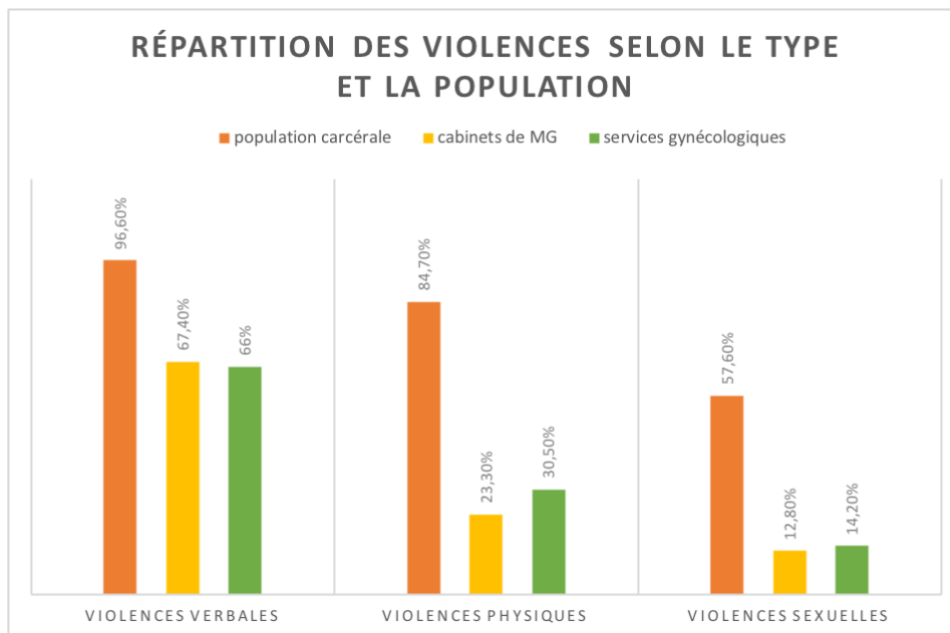
nous avons retrouvé un antécédent de GEU chez 6 patientes et 7 enfants décédés (5 en population carcérale et 2 dans la population appartenant aux services de consultation gynécologique).

2.Caractéristiques des violences

Des violences verbales ont été retrouvées chez 185 patientes avec une répartition suivante selon les populations : 57 en population carcérale (96,6%), 58 patientes interrogées en cabinets de médecine générale (67,4%) et 70 patientes des services de consultation gynécologique (66%). Ces violences verbales étaient représentées essentiellement par des insultes (80,4%), de l'humiliation (40,2%), du harcèlement (38,6%), du chantage (29,3%), des menaces de mort (25%) et des violences sexistes (23,9%).

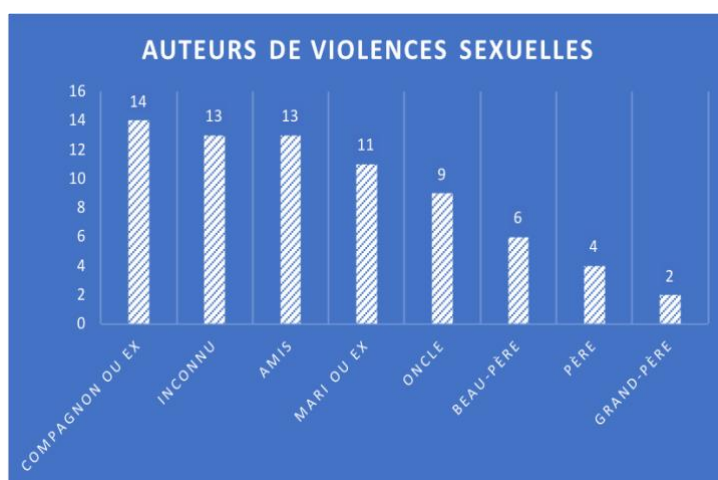
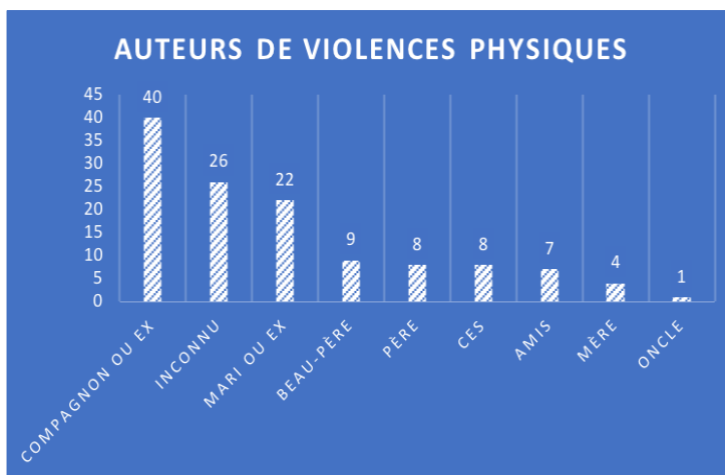
Des violences physiques sont retrouvées chez 102 femmes interrogées avec la répartition suivante : 50 dans notre population carcérale (84,7%), 20 pour celle de médecine générale (23,3%) et 32 dans les services de consultation gynécologique (31%). L'âge du début de ces violences retrouve une médiane à 19 ans avec un 1^{er} quartile à 13 ans et un 3^{ème} quartile à 28,5 ans. Ces violences sont surtout caractérisées par des coups (92,2%) à main nue (78,4%).

Et enfin, les violences sexuelles représentent 23,9% de notre population totale soit 34 femmes des centres pénitentiaires, 15 femmes des services de consultation gynécologique et 11 patientes des cabinets de médecine générale. L'âge de début est plus précoce avec une médiane à 13 ans, un 1^{er} quartile à 9 ans et un 3^{ème} quartile à 20 ans. Ces violences sexuelles sont définies par l'obligation de recevoir des caresses (70%), des actes de pénétrations imposés (61,7%) et l'obligation de réaliser des caresses intimes (53,3%).

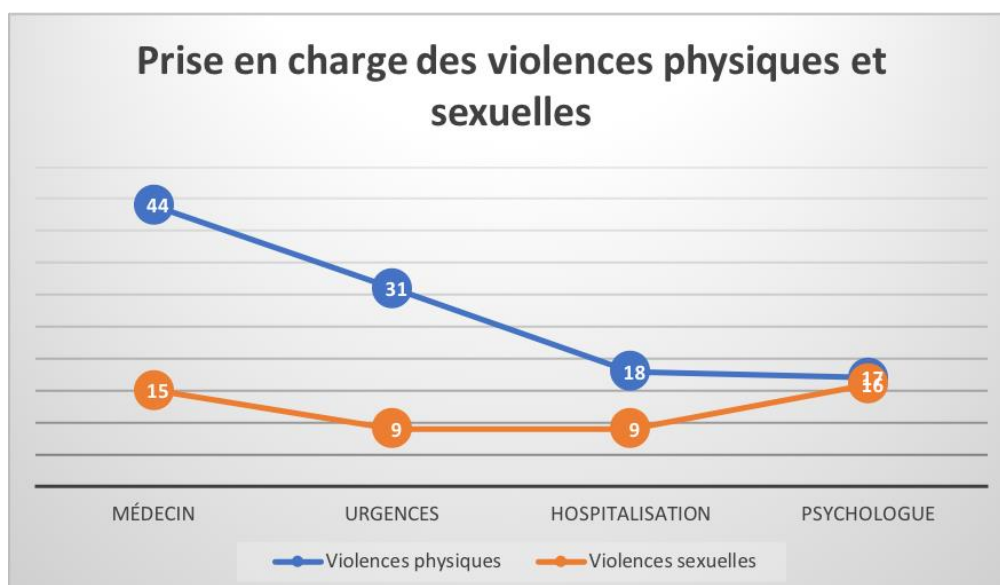


a. Auteurs des violences physiques et sexuelles

Les deux tableaux suivants nous montrent la répartition des auteurs selon le type de violences. Majoritairement nous retrouvons les mêmes auteurs dans les violences physiques et sexuelles : le compagnon ou ex-compagnon est le principal auteur suivi ensuite d'un inconnu. Le père est cité 8 fois dans le cadre des violences physiques contre 4 dans les violences sexuelles. Cette répartition est différente pour l'oncle qui est retrouvé 1 fois dans les violences physiques contre 9 dans les violences sexuelles. Le grand-père quant à lui est un auteur retrouvé uniquement dans un contexte de violence sexuelle.



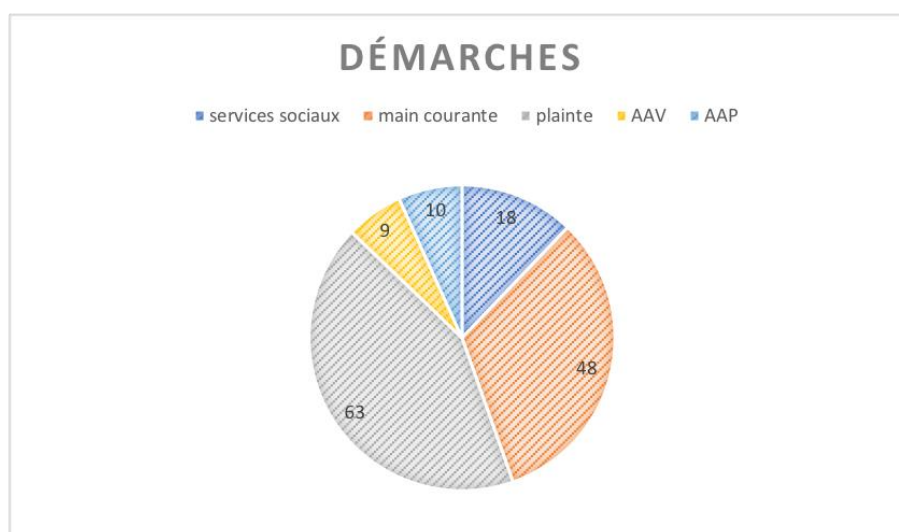
b. Prise en charge des femmes victimes de violences physiques et sexuelles



Sur 102 femmes victimes de violences physiques, seulement 44 ont consulté un médecin, 31 se sont dirigées vers les urgences d'un centre hospitalier et seulement 18 ont bénéficié d'une hospitalisation. Ces chiffres sont moindres dans le cadre de violences sexuelles. Dans ces deux types de violences autant de femmes ont consulté un psychologue et uniquement 11 patientes atteintes de violences physiques ont gardé une prise en charge psychologique à distance.

Seules 11 victimes de violences physiques présentent une satisfaction de leur prise en charge médicale. Ces données n'ont pas pu être analysé pour les violences sexuelles par manque de réponse.

c. Démarches effectuées



Dans notre étude, peu de femmes victimes de violences verbales, physiques ou sexuelles décident de porter plainte ou de déposer une main courante, encore moins se dirigent vers des associations d'aide aux victimes (AAV) ou des associations d'accompagnement psychologique (AAP). Les réponses majoritairement retrouvées quant à l'absence de démarches effectuées sont : la peur des représailles, la honte, les menaces des auteurs ou de la famille des auteurs

voire même de sa propre famille, l'absence de confiance pour les autorités compétentes ou encore la peur d'être rejetée, de ne pas être crue.

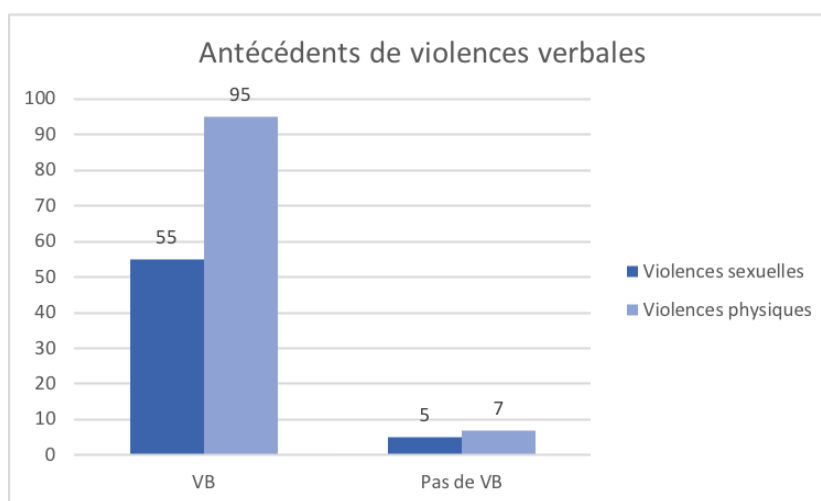
3.Facteurs de risques des violences physiques et sexuelles

a. Niveau d'étude

Notre étude révèle que plus le niveau d'étude est bas plus le risque de violences physiques est élevé : 48,8% de femmes victimes de violences physiques avec un niveau d'étude au Brevet contre 30,2% des femmes de niveau d'études supérieures avec $p < 0,001$. Cette notion est identique dans le cadre de violences sexuelles avec 49% de femmes victimes de violences sexuelles ont un niveau d'étude de type Brevet contre 30,6% des femmes ayant fait des études supérieures $p = 0,002$.

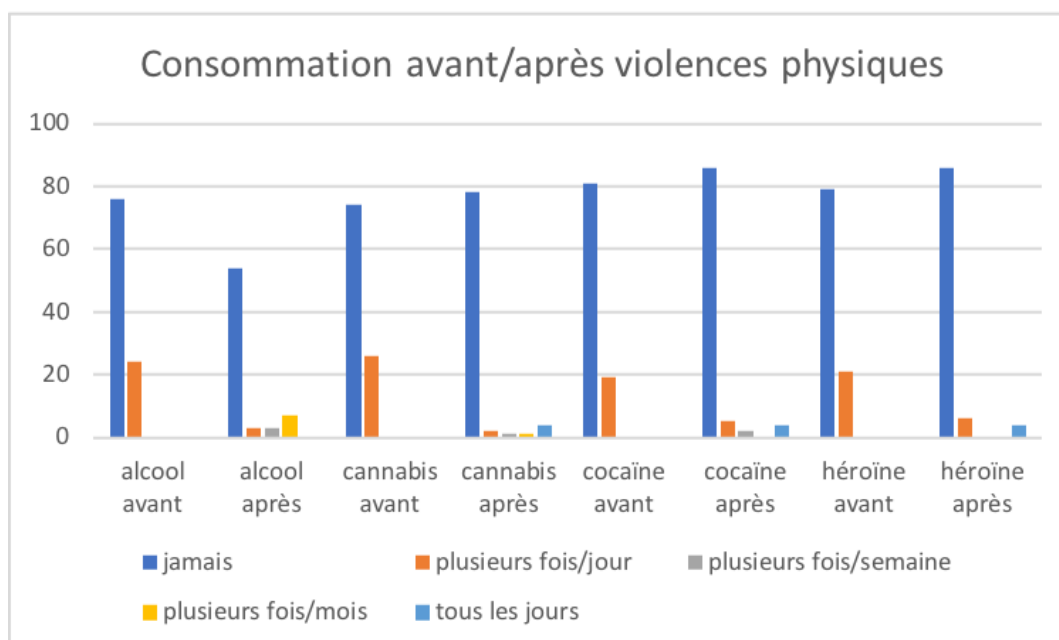
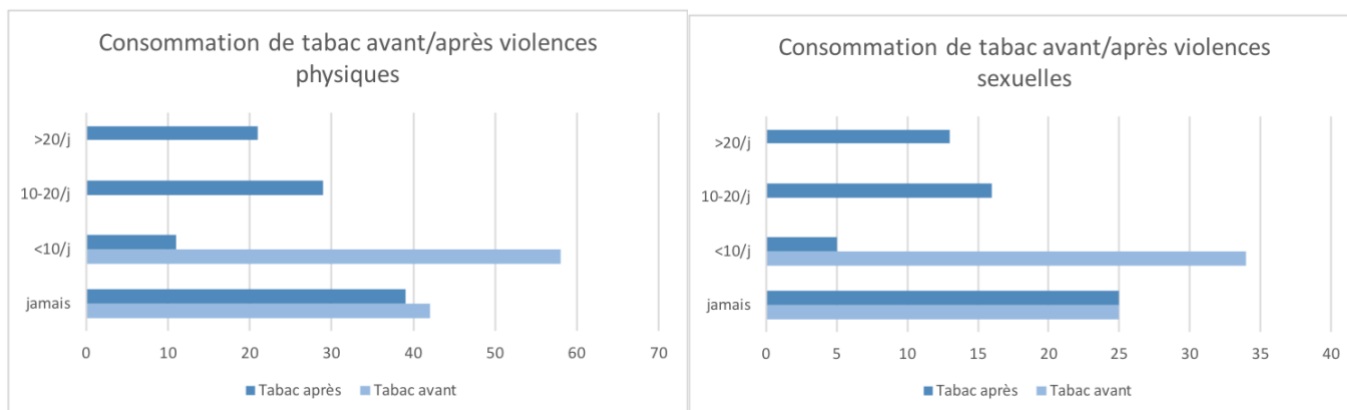
b. Antécédents de violences verbales

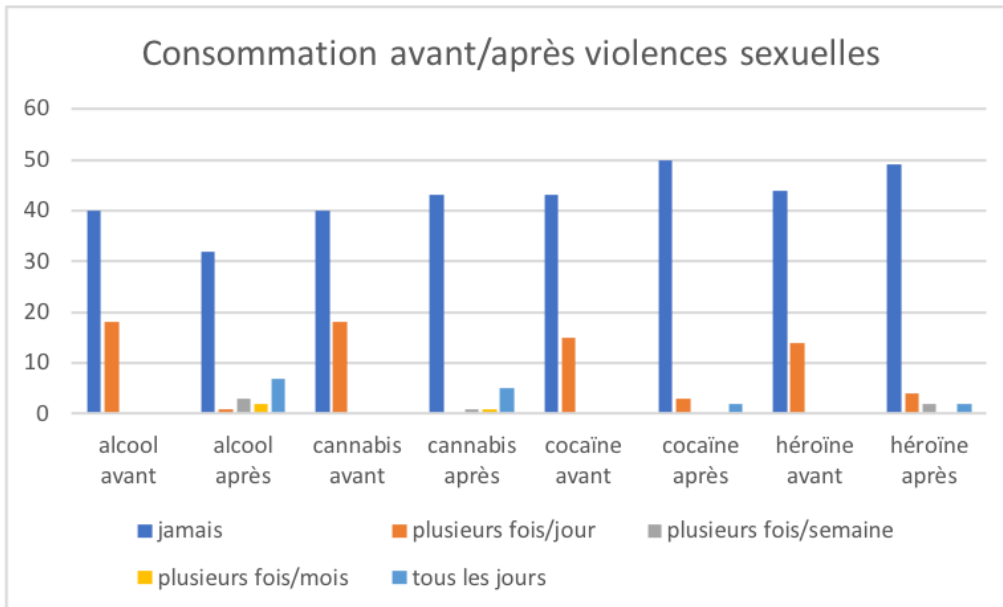
Nous retrouvons des antécédents de violences verbales chez les femmes victimes de violences sexuelles (91,7%) ou de violences physiques (93,1%) de manière significative ($p < 0,001$).



c. Consommation de toxiques

Nos données montrent qu'avant les violences physiques ou sexuelles, il existait parfois déjà une consommation de toxiques (tabac, alcool, héroïne, cocaïne, cannabis) à une fréquence de plusieurs fois par jour. Un test de tendance montre que l'on retrouve une aggravation des consommations de toxiques après les violences pour tous types de consommations de manière significative ($p < 0,001$) avec l'apparition de nouvelles consommations.





d. Dépression

Notre étude révèle que 9,2% des femmes qui n'ont pas été victime de violences physiques ont des antécédents de dépression alors que 30,9% des femmes victimes de violences physiques sont sujettes à une dépression ($p < 0,001$). Ces résultats se retrouvent également chez les femmes victimes de violences sexuelles : 42,9% de femmes victimes de violences sexuelles ont connu la dépression contre seulement 10,9% des femmes non victimes de violences sexuelles ($p < 0,001$).

4.Descriptif des violences dans la population carcérale

Nous avons récupéré les questionnaires de 59 femmes issues de la population carcérale (centre pénitentiaire de Sequedin et de Valenciennes). Ces femmes étaient âgées de 18 à 62 ans avec une médiane à 36 ans (ce qui est comparable avec l'âge du reste de la population étudiée puisque que l'âge médian est de 38 ans). Elles avaient un nombre d'enfant moyen de 2,7 enfants/ femme avec un écart-type de 1,8. Ces données sont plus élevées que dans le reste de notre population interrogée avec respectivement un nombre d'enfant moyen de 1,9

enfants/femme en cabinet de médecine générale et 1,8 enfants/femme dans les services de consultation gynécologique.

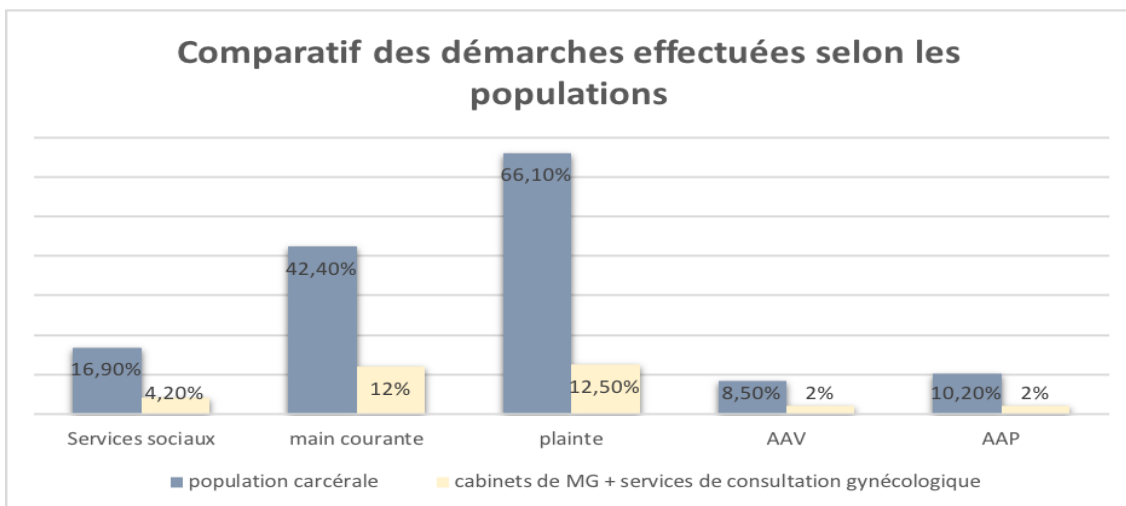
46,3% d'entre-elles avaient des enfants de pères différents et 54,2% de ces femmes avaient subi au moins 1 IVG.

96,6% avaient des antécédents de violences verbales et 84,7% des antécédents de violences physiques essentiellement par leur compagnon ou ex-compagnon.

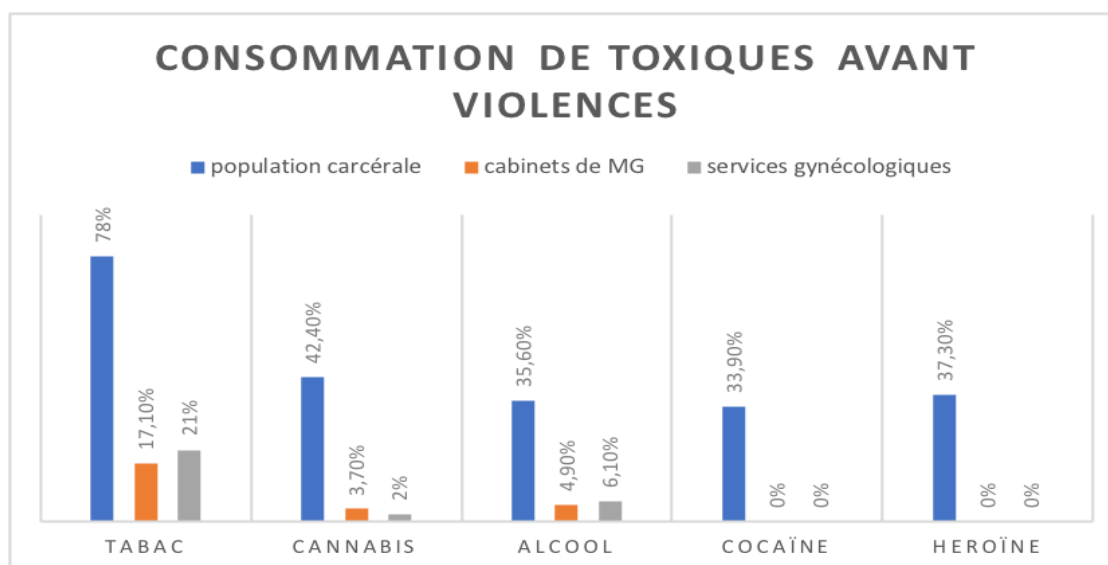
Nous retrouvons des faits de violences sexuelles chez 34 patientes (soit 57,6% de la population carcérale). Plus d'1/3 des violences sexuelles ont été reçues pendant l'enfance et/ou l'adolescence avec comme auteurs principaux : l'oncle ou un ami. 69,7% des femmes incarcérées ont connu des violences sexuelles à l'âge adulte principalement commises par le compagnon ou ex-compagnon.

Dans cette population, l'âge de début des violences (toutes violences confondues) se situe entre 17,2 et 20,8 ans.

16,9% des femmes interrogées en prison, victimes de violences avant leur incarcération, ont fait appel aux services sociaux, 42,4% ont déposé une main courante, 66,1% ont déposé une plainte, 8,5% se sont tournées vers une AAV et 10,2% vers une AAP. Nous remarquons dans ce graphique ci-dessous que les femmes actuellement incarcérées ont effectué plus de démarche judiciaire ou sociale que le reste de notre population étudiée.

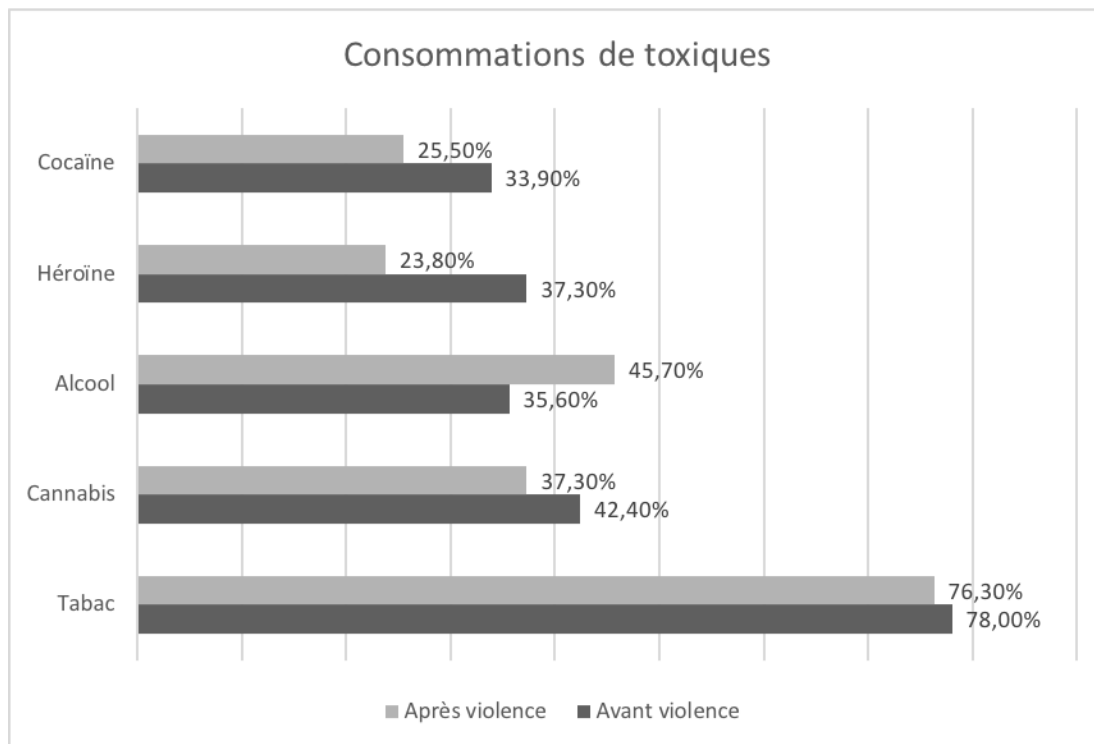


Concernant la consommation de toxiques, il semblerait que la population carcérale présente une consommation de toxiques variée plus importante avant l'apparition de violences comparativement à la population de médecine générale et des services de consultation gynécologique.



Dans cette population carcérale, 78% des femmes avaient une consommation de tabac inférieur à 10 cigarettes / j avant les violences. Cette consommation est sensiblement équivalente après les violences avec une consommation de tabac chez 76,3% des victimes. Pour les autres consommations (alcool, cocaïne, héroïne, cannabis), plus d'un tiers des femmes avaient une consommation de toxiques avant les violences à une fréquence de plusieurs fois par jour. Cette

consommation s'est aggravée pour l'alcool. Mais il existe une réduction de la consommation de cannabis, cocaïne et héroïne après les violences.



Concernant la sexualité, 1,8% de notre population est homosexuelle, 83,9% est hétérosexuelle et 14,3% est bisexuelle. 39% des femmes incarcérées se plaignent de dyspareunies contre 12% pour le reste de la population étudiée. L'évaluation de la médiane de l'image de leur corps est de 5 contre 6 pour le reste de la population et l'image de la sexualité est de 7, ce qui est identique aux populations des cabinets de médecine générale et des services de consultation gynécologique.

La sexualité est également connotée positivement avec 68,5% de plaisir, 63% d'échange, 66,7% de respect alors que la douleur et la violence sont décrites pour seulement 22% de notre

population en milieu carcéral. Cette représentation tranche avec notre pourcentage de violences sexuelles puisqu'il faut rappeler qu'elles concernent 57,6% de cette population.

5.Mécanisme de répétition de la violence

Les femmes qui ont connu des violences physiques avant l'âge de 15 ans (n=7) ont toutes connu des violences verbales essentiellement pendant l'adolescence (6 femmes) et/ou à l'âge adulte (7 femmes) et surtout dans un cadre familial (père, mère, oncle, beau-père, grand-père). Elles sont 5 à avoir subi des violences sexuelles :4 pendant l'enfance et/ou l'adolescence et 1 à l'âge adulte.

Pour les femmes ayant subi une ou plusieurs violences sexuelles avant l'âge de 15 ans (n=7), les auteurs principaux font également parti de la sphère familiale proche avec le père, la mère, le beau-père et l'oncle mais on retrouve également une connaissance d'établissement scolaire, un ami (dans deux cas) et également un inconnu (n=2). Elles ont toutes également subi des violences sexuelles à l'âge adulte et le mari/compagnon ou ex-mari/compagnon est l'auteur de 5 cas/7.

Chez ses femmes, la consommation de toxiques était déjà présente avant la violence (c'est à dire avant 15 ans) avec de la consommation de tabac, alcool, cocaïne, héroïne et cannabis plusieurs fois par jour. On retrouve une aggravation de la consommation pour 4 d'entre elles.

Les patientes ayant vécu des violences physiques avant l'âge de 15 ans sont actuellement toutes hétérosexuelles alors que sur les 7 femmes ayant connu des violences sexuelles avant l'âge de 15 ans, 5 d'entre elles sont aujourd'hui bisexuelles et 2 sont hétérosexuelles.

Les femmes ayant été victimes de violences sexuelles pendant l'enfance présentent des antécédents de dépression pour 6 d'entre elles. Ceci n'est pas retrouvé dans le cadre des violences physiques pendant l'enfance. Et une seule victime de violences sexuelles pendant l'enfance présente des douleurs pendant les rapports sexuels.

Pour ce qui est de la représentation de la sexualité, seulement deux victimes de violences sexuelles évoquent la sexualité comme « une douleur » ou « une violence » alors que pour les 5 autres victimes, la sexualité garde une connotation positive.

6.Évaluation de l'image du corps et de la sexualité et la dyspareunie

Il existe une différence de l'évaluation de l'image du corps entre le groupe femmes non victimes de violence n=54 et celui des femmes victimes de violences physiques et sexuelles n=40. Pour le premier groupe, la médiane donnée à l'image du corps est de 7 avec un 1^{er} quartile à 5 et un 3^{ème} quartile à 8. Pour le deuxième groupe, la note médiane donnée à l'image du corps est de 5 avec un 1^{er} quartile à 3 et un 3^{ème} quartile à 7. Cette différence est significative selon le Dunn's test avec p=0,038.

Il n'existe pas de différence significative du ressenti de la sexualité selon ces deux mêmes groupes puisque dans le premier groupe nous retrouvons une médiane à 7 avec un 1^{er} quartile à 6 et un 3^{ème} quartile à 8 et dans le second groupe nous retrouvons une médiane à 6 avec un 1^{er} quartile à 5 et un 3^{ème} quartile à 8. Ainsi selon le test de Kruskal-Wallis, ces résultats ne sont pas significatifs avec un p à 0,14.

	Non victimes de violences	Victimes de violences physiques et sexuelles	p
image du corps	7(5;8)	5(3;7)	0,038*
ressenti de la sexualité	7(6;8)	6(5;8)	0,14**

Tableau : Évaluation de l’image du corps et de la sexualité

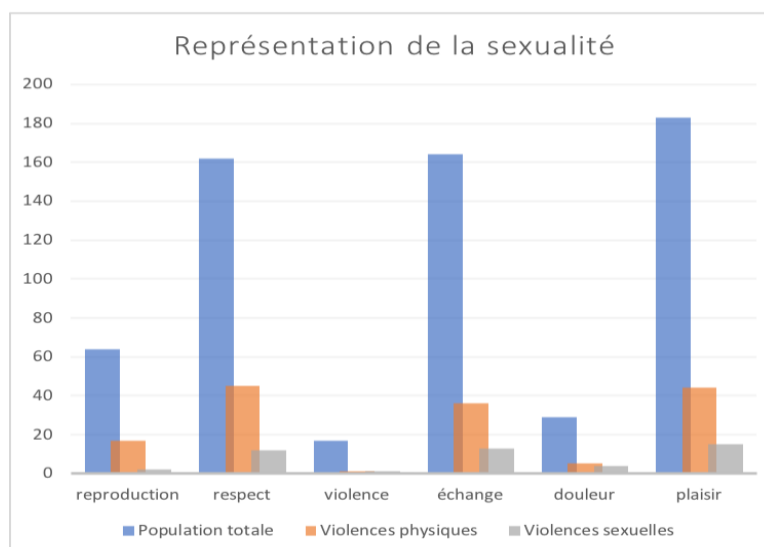
Les résultats sont exprimés en médiane avec les 1^{ers} et 3^{èmes} quartiles.

*Dunn’s test

**Kruskal-Wallis

De plus, il est évident que la violence sexuelle entraîne des répercussions sur le plan sexuel et notamment la survenue de dyspareunies. Effectivement notre étude montre que 28 femmes victimes de violences sexuelles présentent des dyspareunies contre seulement 18 non victimes de ce type de violences. Ce résultat est significatif avec $p < 0,001$.

Enfin, la dernière question de notre questionnaire était d’évaluer les trois mots qui représentaient le plus leur sexualité actuelle avec ou sans antécédents de violences. Ces résultats sont marquants puisque malgré des violences parfois terribles, ce sont des mots à connotations positives qui ressortent le plus.



DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la prévalence des violences faites aux femmes (violence verbales, physiques et sexuelles) ainsi que de décrire ces violences. Nous avons recueilli les informations de 251 patientes dans trois catégories de populations différentes (population carcérale, femmes consultant en cabinet de médecine générale et des patientes admises en consultations gynécologiques hospitalières). Nous avons retrouvé 73.7% de violences verbales, 40.8% de violences physiques et 23.9% de violences sexuelles.

1.Caractéristiques des violences

Les violences verbales sont majoritairement retrouvées dans notre étude. Selon l'enquête ENVEFF, 13% des femmes interrogées disent avoir été victimes de violences verbales (insultes ou menaces verbales) au cours de l'année (3). Un peu moins de $\frac{3}{4}$ des femmes ayant rempli notre questionnaire ont déjà été victime de ce type de violence. Cette différence de résultat peut être liée au fait que nous avons étudié les violences verbales sur l'ensemble de leur vie (et non pas sur les 12 derniers mois) et également à notre population comportant des femmes incarcérées (96.6% d'entre-elles affirment avoir été victime de violences verbales contre 67.4% et 66% respectivement en cabinet de médecine générale et en consultation gynécologique).

De plus, la violence verbale est peut-être plus souvent extériorisée par les victimes par le fait qu'elle est souvent prise à la légère et qu'elle aboutit à très peu de plaintes (30). L'auteur majoritaire des violences verbales est un inconnu suivi du compagnon ou ex-compagnon. Ces résultats sont semblables à ceux de l'enquête ENVEFF qui retrouve essentiellement des violences verbales dans les espaces publics ou lieu de travail. Il faut noter que dans les $\frac{3}{4}$ des cas les auteurs sont des hommes (3).

Nous avons retrouvé 40.8% de violences physiques. Ces violences sont essentiellement exécutées par le compagnon/mari ou ex-compagnon/mari puis par un inconnu, donc toujours par la sphère masculine. Une enquête a récemment été effectuée pour une thèse, celle-ci retrouvait 77 femmes victimes de violences physiques consultant à l'UMJ de Boulogne-sur-Mer en vue de se faire établir un certificat médical de coups et blessures (soit plus de $\frac{3}{4}$ des femmes interrogées victimes de tous types de violences) (31). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les victimes de violences physiques s'ancrent plus dans des démarches de plaintes comme le révèle l'enquête CVS: 26% des victimes de violences physiques en dehors du ménage portent plainte contre 8% pour les injures et 2% pour les menaces (22).

Enfin, nous avons recensé 23.9% de violences sexuelles pour une population de femmes ayant entre 18 à 85 ans avec la répartition suivante : 42.4% au cours de l'enfance, 32.2% pendant l'adolescence et 57.6% à l'âge adulte. Selon l'enquête Virage, 2.9% des femmes déclarent avoir vécu au moins une forme de violence sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête et 0,10 % des femmes de 20 à 69 ans déclarent avoir subi au moins une forme de violence sexuelle dans le cadre de relations avec leur famille ou leurs proches au cours des douze derniers mois (30). Cette proportion peut sembler faible, mais il faut noter que la plupart des violences sexuelles intrafamiliales se produisent pendant la jeunesse.

De plus, les auteurs sont différents en fonction de la période des premières violences sexuelles. Avant l'âge de 15 ans, nous retrouvons essentiellement l'oncle, le beau-père, le grand-père ou un ami alors qu'à l'âge adulte c'est essentiellement le compagnon/mari ou ex-compagnon/mari. Ces résultats sont plus élevés que dans les autres études effectuées sur ce thème. Et cela peut être lié aux différentes populations constituant notre étude puisqu'il semble y avoir un biais avec 57.6% de violences sexuelles dans notre population carcérale.

2.Prise en charge médicale et paramédicale

Les violences faites aux femmes restent sous-diagnostiquées en France (2).

Dans notre étude, sur 102 femmes victimes de violences physiques, seulement 44 ont consulté leur médecin traitant, 31 ont consulté les urgences d'un centre hospitalier et 18 ont bénéficié d'une hospitalisation. Ces chiffres sont encore plus importants pour les violences sexuelles (60 victimes) avec 15 consultations du médecin traitant, 9 consultations aux urgences et 9 hospitalisations. Dans les deux types de violences, 6% des femmes ont reçu une prise en charge psychologique. Au niveau national, 50% des victimes de violences conjugales n'ont jamais fait de démarches (32) et selon l'enquête CVS, 3 victimes sur 10 déclarent avoir consulté un psychiatre et un psychologue à la suite de cet événement et ¼ avoir consulté un médecin (22). D'où l'importance de mettre en place un dépistage systématique des violences envers les femmes.

De plus, une enquête pour une thèse a récemment été menée concernant la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant au centre hospitalier de Lens. Celle-ci montre que suite à des violences conjugales, les femmes ont consulté dans 25.3% des cas le médecin généraliste et les urgences, 9.6% des cas uniquement le médecin généraliste, 32.5% des cas uniquement les urgences et enfin dans 32.5% des cas aucune consultation médicale. Parmi les 48 femmes ayant consulté aux urgences pour des violences conjugales, seulement 11 ont bénéficié d'une consultation avec une psychologue ou psychiatre (33).

Le médecin généraliste reste le premier interlocuteur vers qui les femmes se tournent et notamment lorsqu'il s'agit de viols (22)(3). Il peut être consulté dans une démarche de soins ou médico-judiciaire et a également un rôle d'orientation des patientes. Or, trois catégories de médecins sont en première ligne pour recueillir les doléances des femmes et dépister les signes de violences : les médecins généralistes, les urgentistes et les gynécologues soit lors des visites

de contrôle soit lors de la grossesse. Selon le Dr Guérin, il est nécessaire de poser systématiquement en consultation la question des violences (morales, verbales, physiques et sexuelles) au même titre que la consommation d'alcool ou de tabac, afin de pouvoir dépister l'ensemble des patientes et de prendre en charge les conséquences des violences. Si la personne est consciente de son traumatisme, donner l'autorisation de parler est le meilleur moyen de favoriser son émergence à un moment donné (24). L'identification des victimes pourrait être améliorée si toutes les femmes étaient interrogées sur les violences conjugales (34).

Effectivement, la seule possibilité de découvrir des violences, en l'absence de signes évocateurs, est le dépistage systématique. Ce dépistage est déjà bien intégré pour les auteurs américains et canadiens mais très peu effectué en France (7). L'étude effectuée aux urgences de Lens avait également pour but d'évaluer si les femmes consultant aux urgences étaient favorables à un dépistage systématique des violences conjugales et plus de la moitié des femmes incluses sont très favorables à ce dépistage (33). Mais pour pouvoir mettre en œuvre ce dépistage systématique de manière optimale, il faut développer la formation des médecins de première ligne à ce sujet afin de leur donner des outils efficaces et sensibles aux plaintes des patientes. Il est nécessaire que les professionnels de santé aient une meilleure connaissance des comportements et des pathologies en lien avec les violences faites aux femmes (35)(2).

3.Démarches effectuées

Nous montrons par notre étude que sur l'ensemble des femmes victimes de violences verbales, physiques ou sexuelles seulement 26% ont déposé une plainte, 19,8% une main courante, 7,4% ont fait appel aux services sociaux, 4,1% se sont dirigées vers une AAP et 3,7% vers une AAV. De plus, la majorité des démarches ont été effectuées par la population carcérale (comparativement à la population de médecine générale et des services de consultation gynécologique). Ceci peut être expliqué par le fait que nous ne connaissons pas exactement le moment pendant lequel les femmes ont entrepris leur démarche et qu'il se peut que les

démarches des femmes incarcérées aient débutées en prison. Effectivement, il existe un certain nombre de ressources en prison dont les femmes peuvent bénéficier pour les aider dans toutes démarches sociales ou judiciaires. Cette accessibilité peut faciliter à mener à bout leur combat. Dans la littérature, la police et la gendarmerie nationale sont les institutions que les femmes contactent le plus souvent (2) et seul 5% des viols de femmes majeures feraient l'objet d'une plainte (3).

L'absence de démarches est généralement liée à la peur des représailles, la honte, la menace des auteurs, l'absence de confiance envers les autorités compétentes, la peur d'être rejetée ou de ne pas être crue. De plus, très peu de femmes sont au courant des différents dispositifs mis en place au niveau départemental et national (AAV, AAP, numéro gratuit, stopauxviolencessexuelles.com).

4.L'âge de début des violences

Le début des violences dans notre étude retrouvait une moyenne de 20 ans pour les violences verbales, 20,9 ans pour les violences physiques et 15,9 ans pour les violences sexuelles. Ces résultats sont concordant avec les données des études d'ampleur nationale puisque l'enquête ENVEFF retrouvait un âge des victimes entre 20 et 24 ans (3) et l'enquête CVS déclarait un âge de victimes de moins de 30 ans (22). De plus, une étude descriptive, rétrospective réalisée dans le service de médecine légale du CHU de Lille sur une série de cas de violences sexuelles montrait qu'un âge inférieur à 15 ans apparaissait comme un facteur de vulnérabilité de violences sexuelles juste après le genre féminin (36).

L'enquête Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte montre que 81% des répondants qui ont renseigné la question déclarent avoir subi les premiers faits avant l'âge de 18 ans, 68% avant l'âge de 15 ans, 51% avant 11 ans et 21% avant 6 ans. Une écrasante majorité des auteurs de violences sexuelles sont de genre masculin : 96% des

agresseurs sont des hommes lorsque la victime est mineure, et 98% quand la victime est majeure. Les violences sexuelles faites aux mineures sont rarement perpétrées par des pédocriminels inconnus de la victime. Ainsi, dans 94% des cas les agresseurs sont des proches, voire même des membres de la famille dans plus de la moitié des cas. Hors situation d'inceste, les agressions sexuelles et les viols sont le plus souvent commis par des personnes faisant partie du cercle de connaissances de la victime, dans respectivement 59% et 55% des cas (23).

Nous avons également voulu montrer qu'il y avait une possible répétition des violences à l'âge adulte pour celles qui en ont déjà subi pendant l'enfance. Effectivement dans notre étude, sur les 7 femmes qui avaient subi des violences sexuelles avant l'âge de 15 ans (essentiellement par le père, beau-père, oncle, ami ou inconnu), toutes ont de nouveau connu des violences sexuelles à l'âge adulte (par leur compagnon/mari pour 5 d'entre elles). Et sur les 7 femmes qui déclaraient avoir subi des violences physiques avant l'âge de 15 ans, elles sont 6 à avoir également subi des violences sexuelles avant l'âge de 15 ans et 1 à en avoir été victime à l'âge adulte. Une étude avait montré les mêmes résultats, les sujets agressés lorsqu'ils sont enfants ont un grand risque de l'être à nouveau à l'âge adulte (37).

Une association existe entre le fait d'avoir vécu des mauvais traitements pendant l'enfance et être victime de violences conjugales à l'âge adulte (38–40). Une étude réalisée en 2006 au Canada a montré qu'environ 1/3 des répondants rapportaient avoir vécu au moins une forme de violence au cours de leur enfance et que les femmes déclaraient essentiellement de la violence sexuelle (41).

En effet, une récente thèse de psychiatrie montre qu'il n'est pas rare que les victimes au sein d'un couple où sévissent des violences conjugales ont eux-mêmes été des enfants exposés aux violences conjugales de leurs parents. Ce phénomène est représenté par trois mécanismes distincts : l'introjection (dans le cas des violences conjugales, l'enfant étant très fortement dépendant de ses parents, il peut introjecter les mauvais objets parentaux en

assimilant leur caractéristiques : mal et culpabilité), l'imitation (l'enfant grandit en pensant que la violence est une façon de résoudre les conflits, la contrainte et la force font parties de son modèle d'imitation) et enfin l'identification (lorsque l'enfant visualise la violence de ses parents, une partie de son cerveau agit comme si c'était lui qui réalisait cette action ce qui participe aux mécanismes de répétition) (42). L'inverse est également possible puisqu'un enfant qui a vécu dans la violence pendant son enfance peut lui-même reproduire ce schéma plus tard et donc être violent avec son entourage.

5. Consommations de toxiques

Une aggravation des consommations de toxiques après les violences a été retrouvée dans cette étude, pour tous types de consommation de manière significative avec l'apparition de nouvelles consommations. D'autres études retrouvaient les mêmes résultats, notamment l'étude du Dr Guérin (24) ou l'étude de Lamy en 2009, qui associe les violences conjugales psychologiques traumatiques à une augmentation de la prévalence des addictions (tabac, alcool, cannabis et consommations de psychotropes) (43).

6. Conséquences des violences

a. Dépression

Notre étude montre de manière significative qu'il existe plus de dépression chez les femmes victimes de violences physiques ou sexuelles contre celles qui n'ont pas été victimes de ce type de violences. Les dépressions sont fréquentes et frappent plus de 50% des femmes victimes de violences conjugales (2). Le Dr Violaine Guérin montre que des antécédents psychiatriques sont quasi constants chez les victimes de violences sexuelles avec 79,5% de femmes victimes suivi pour dépression avec un traitement adapté (24). Une autre étude confirme que le fait d'avoir vécu de la violence pendant l'enfance est associé à diverses conséquences

psychologiques à long terme indépendamment de la présence ou non de violence conjugale à l'âge adulte (41). Une étude réalisée en 1985 sur des victimes de violences sexuelles révélait qu'un tiers à un quart des sujets avaient développé sur un mode chronique et invalidant des états anxiphobiques avec des conduites obsessives compulsives et ou des états dépressifs majeurs (18). Il est donc nécessaire de proposer de manière systématique une prise en charge psychologique après ce type d'agression (13). Diverses études, même anciennes, ont montré l'importance d'une prise en charge de type « Psychothérapie comportementale ou de relaxation » ainsi qu'un soutien psychologique afin de lutter précocement et efficacement contre les séquelles essentielles des agressions sexuelles que sont les troubles psychosexuels et les troubles phobiques (44–46).

b. Dyspareunies et image du corps et de la sexualité

Dans notre étude, il existe plus de dyspareunies chez les femmes victimes de violences sexuelles de manière significative avec également une moindre estime de l'image du corps après violences physiques et sexuelles. Effectivement, les violences sexuelles elles-mêmes ou l'impact des autres formes de violences sur l'image que la femme a de son propre corps entraîne divers troubles gynécologiques, notamment des troubles de la sexualité (dyspareunies, vaginisme et anorgasmie) ou encore des douleurs pelviennes chroniques inexplicées ou des troubles de règles (2)(47). Nous n'avons pas retrouvé de différence significative sur l'image de la sexualité.

c. Grossesse et enfants

Nous retrouvons dans notre étude 26,4% d'IVG avec la répartition suivante : 54,2% en milieu carcéral, 12,8% en cabinets de médecine générale et 21,3% dans les services de consultation gynécologique. De plus, nous avons retrouvé 24,9% de FCS et 2,8% d'enfants décédés (dont 8,5% en milieu carcéral). Nous ne connaissons pas exactement le mode de

survenue ni la raison de ces conséquences obstétricales mais il est important de rappeler que la violence conjugale et notamment la violence sexuelle ou viol entre époux peut être à l'origine d'IVG. Effectivement, selon l'enquête ENVEFF, dans ce cas, les IVG sont deux fois plus fréquentes et plus tardives (3). Elles sont généralement réalisées sous la pression du partenaire ou sans que celui-ci n'en soit informé. De plus, les violences conjugales pendant la grossesse peuvent avoir des conséquences graves avec l'augmentation du risque de: FCS, accouchements prématurés, rupture prématurée des membranes, retard de croissance intra-utérin, faible poids de naissance, mort maternelle, foetale et néonatale (48).

Enfin, il faut noter que la violence dont l'enfant est témoin a les mêmes effets sur lui que s'il en était victime, qu'il soit présent ou non lors des violences. De plus, la mortalité est plus élevée chez les enfants des victimes de violence conjugale (3).

7.Population étudiée et biais lié au type de questionnaire

Au total, 100 questionnaires ont été distribués en milieu carcéral et en cabinet de médecine générale et nous en avons récupéré 155 (dont 10 ont été exclus pour données manquantes trop importantes). Par contre, il était impossible de connaître le nombre exact de questionnaires distribués en consultation gynécologique au vu du flux important de patientes et du nombre important de secrétaires différentes chargées de la distribution. En consultation gynécologique, nous avons recueilli 122 questionnaires dont 16 ont été exclus.

Ainsi, 251 patientes ont été analysées dans notre étude. Nous ne connaissons malheureusement pas le nombre de patientes qui n'ont pas rempli le questionnaire, qui ont refusé de le remplir ou qui présentaient des critères d'exclusion.

Le questionnaire utilisé dans notre étude n'a pas été évalué scientifiquement mais il a cependant été soumis à l'unité de méthodologie Biostatistique du Centre Hospitalier et

Universitaire de Lille du Pr Duhamel afin d'améliorer sa validité interne ainsi qu'à l'ensemble des interlocuteurs afin d'établir un questionnaire adapté à nos patientes dans nos trois grandes populations.

Il est essentiellement composé de questions fermées afin d'homogénéiser les réponses mais néanmoins il reste long et contraignant pour les patientes.

1/Biais de sélection

Ce biais est présent dans notre étude puisque la distribution et le recueil des questionnaires sont différents selon les centres. De plus, nous pouvons retrouver un biais de Berkson lié au recrutement de témoins en milieu hospitalier qui n'est pas représentatif de la population générale. Ce biais a pu être contrôlé par notre questionnaire unique et standardisé pour chaque centre.

Il existe également de nombreuses données manquantes dans notre recueil. Cela s'explique par le fait que le questionnaire soit trop long et donc difficile à remplir avant la consultation du médecin (dans le cadre du cabinet de médecine générale et des consultations gynécologiques hospitalières). Le nombre de questionnaires récupéré nous semble faible (surtout pour les deux services de consultations gynécologiques où le nombre de consultations journalières est important). Ceci s'explique par le fait qu'il n'y avait pas un seul et unique interlocuteur dédié à la distribution du questionnaire dans chaque établissement. Un grand nombre de questionnaires n'a pas été distribué lors de l'entrée des patientes. De plus, certaines femmes n'ont pas rempli le questionnaire car elles ne se sentaient pas concernées par cette problématique, or nous recensons l'ensemble des patientes (victimes ou non de violences) afin d'évaluer la prévalence des violences faites aux femmes.

2/Biais de classement

Nous retrouvons dans cette étude un autre biais, qui est le biais de mémorisation qui a pu sous-estimer les données à cause du mode de recueil rétrospectif. Néanmoins, ce mode de recueil était nécessaire car nous recherchions des faits antérieurs.

Il existe également un biais de prévarication dans notre étude liée au thème sensible. Il a cependant pu être limité par l'anonymat de notre questionnaire.

De plus, un biais de subjectivité peut être émis dans le cas de la population carcérale.

3/Validité externe

C'est une étude multicentrique dans des populations socialement différentes effectuée sur une période de 8 mois. Ces caractéristiques nous permettent d'avoir une population globale avec des milieux sociaux différents ce qui permet d'améliorer la validité externe de notre étude. Néanmoins, l'échantillon reste petit avec 251 patientes incluses, ce qui ne nous permet pas d'avoir un recul suffisant sur la prévalence des violences et leurs conséquences à court et à long terme.

Il serait intéressant de poursuivre cette étude à plus grande échelle et sur une période plus longue afin de montrer que la violence faites aux femmes est malheureusement encore bien présente dans notre société et qu'elle est la cause de troubles somatiques divers pour lesquels une prise en charge rapprochée et adaptée réduirait leur fréquence.

Un des objectifs secondaires de cette étude était de montrer que de nombreuses conséquences font suites aux violences. Nous retrouvons essentiellement une aggravation des consommations toxiques (tabac, alcool, cocaïne, héroïne, cannabis) avec l'apparition de nouvelles consommations à des fréquences plus importantes après les violences ainsi que des

conséquences somatiques tels que la dépression ou des troubles gynécologiques.

Un des problèmes majeurs est le manque de prise en charge en réseau multidisciplinaire (48).

Là encore, le dépistage systématique a toute sa place puisqu'un suivi rapproché et adapté par un professionnel formé permettrait de réduire ses troubles.

Le gynécologue fait partie intégrante de ce dépistage. Il est un des interlocuteurs (en association avec le médecin généraliste) à connaître parfaitement la femme et à la suivre tout au long de sa vie (adolescence, jeune femme, grossesse et ménopause). Il doit pouvoir lui poser la question à chaque consultation et même si la femme répond de manière négative à cette question, elle doit pouvoir entendre qu'il est à son écoute et prêt à la prendre en charge de manière individualisée.

Très souvent, la femme victime de violence se dirige vers les urgences ou le médecin traitant pour une prise en charge médicale ou vers des unités médico-judiciaires afin d'établir un certificat médical de coups et blessures pour évaluer une ITT et poursuivre les démarches judiciaires. Or, c'est le plus souvent une consultation unique et il existe malheureusement très peu de suivi et de prise en charge à distance de ces femmes vulnérables. Une hypothèse de prise en charge serait de prévoir un réseau de professionnels formés et adaptés pour effectuer un suivi à distance de manière prolongé afin d'essayer de réduire les pathologies secondaires des violences. De plus, l'aide pratique inclut également de les informer des recours possibles et des ressources disponibles, notamment les centres d'aides ou les refuges et d'accompagner les femmes dans les démarches pratiques qu'elles désirent entreprendre (21). Il est nécessaire d'insister sur les AAV ou AAP et également le numéro d'appel gratuit 3919 ou les sites internet dédiés. Enfin, il est important de former l'ensemble des équipes médicales pouvant être confrontées à ces patientes et de créer un questionnaire unique et standardisé qui pourrait être utilisé comme outil de dépistage par l'ensemble des professionnels de santé.

CONCLUSION

Notre étude multicentrique montre que les violences verbales, physiques et sexuelles faites aux femmes sont encore bien présentes dans notre société. Ces violences arrivent à tout âge et malheureusement aboutissent à peu de démarches (51% de nos patientes ont effectué une démarche sociale ou judiciaire).

De plus, nous avons montré que de nombreuses conséquences résultent des violences subies notamment sur le plan psychologique avec une dépression plus fréquente chez les femmes ayant vécu des violences physiques et / ou sexuelles, des conséquences addictologiques avec une aggravation des consommations toxiques de tout genre et enfin des conséquences gynécologiques et sexologiques avec une altération de l'image du corps après violences physiques et sexuelles ainsi que des dyspareunies plus fréquentes après violences sexuelles.

Or, un grand nombre de ces répercussions pourrait être diminuées si les professionnels de santé tels que les gynécologues intégraient un dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours d'une consultation. Une simple question « Avez-vous déjà été victime de violence ? » pourrait peut-être aider ces nombreuses victimes.

De plus, il serait nécessaire de mettre à jour les protocoles de prise en charge des victimes de violences verbales, physiques, sexuelles dont les violences conjugales dans l'ensemble des centres hospitaliers de notre région voire de manière nationale afin que toutes les femmes bénéficient d'une prise en charge optimale, pluridisciplinaire, standardisée avec un suivi à distance adapté. Dans notre région, seul le Centre Hospitalier et Universitaire de Lille bénéficie d'un protocole mis à jour avec les dernières recommandations avec une équipe soignante formée, expérimentée et multidisciplinaire comprenant un gynécologue et un médecin légiste disponible 24 heures / 24. Effectivement, il existe malheureusement trop de disparité entre les différents centres hospitaliers de notre région. Les protocoles ne sont pas à jours et les professionnels de santé ne sont pas formés à la prise en charge aigue des femmes violentées.

Il est important que l'on suive nos patientes de manière assidue. Enfin, une prise en charge à distance comprenant un suivi psychologique et sexologique est essentielle chez les femmes victimes de violences sexuelles.

Une étude relative à la qualité de prise en charge des femmes victimes pourrait être utile. Celle-ci aurait pour but d'évaluer l'impact des campagnes de dépistage ainsi que les programmes de prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. Declaration on the Elimination of Violence against Women, 1993.
2. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé, La documentation française, 2001.
3. Jaspard M., Brown E., Équipe Enveff. La première enquête nationale française sur les violences envers les femmes : l'enquête Enveff. Colloque Unesco 16; 2001.
4. La lettre de l'observatoire nationale des violences faites aux femmes. stop-violences-femmes.gouv.fr. 2018.
5. Rapport d'enquête cadre de vie et sécurité, INSEE ONDRP. interieur.gouv.fr. 2017.
6. Ferguson CJ. Violent Crime : Clinical and Social Implications. SAGE Publications ; 2009. 417 p.
7. Benoit M, Rolland B. Pour un meilleur dépistage médical des violences faites aux femmes : une revue de littérature. 2016.
8. Hirigoyen M-F. Femmes sous emprise : les ressorts de la violence dans le couple. Paris, France: Oh ! éditions, impr. 2005; 2005. 299 p.
9. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites envers les femmes (2017-2019). 2016.
10. Viol d'une personne majeure | service-public.fr
11. Traité de médecine légale | De Boeck Supérieur - 2^e Édition / Août 2011.
12. Guérin V. Comment guérir après des violences sexuelles ? Paris : Tanemirt Éditions, impr. 2014, DL 2014.; 2014.
13. Guillet-May F, Thiebaugeorges O. Médecine judiciaire : Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol. Médecine Droit. 1 janv 2006 ;2006 :35-43.
14. Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio. Rapport mondial sur la violence et la santé. 2002.

15. PhD PCO, PhD RK, BA JS, PhD RHM. Physical and Sexual Abuse Among Women and Men with Substance Use Disorders. *Alcohol Treat Q.* 29 nov 2000 ;18(3):7-17.
16. Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems : A review. *Clin Psychol Rev.* 1 févr 2002 ;22(1):27-77.
17. J-L Thomas. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. *Rev Fr Dommage Corp* 2015-3, 253-69.
18. Monnet FP, Soussy A, Monnet PB, Diamant-Berger O. Approche psychopathologique de victimes de violences sexuelles à partir de l'expérience du service médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu à Paris. *Déviance Société.* 1989 ;13(4) :339-51.
19. Kolko DJ. Clinical monitoring of treatment course in child physical abuse : Psychometric characteristics and treatment comparisons. *Child Abuse Negl.* 1 janv 1996 ;20(1) :23-43.
20. Childhood Sexual Abuse : Long-Term Sequelae and Implications for Psychological Assessment - JOHN BRIERE, MARSHA RUNTZ, 1993.
21. Boucher S, Lemelin J, McNicoll L. Viol conjugal et trauma relationnel. *Sexologies.* 1 avr 2009 ;18(2) :141-6.
22. INSEE-ONDRP, enquêtes « Cadre de vie et sécurité » de 2010 à 2015. Questionnaire auto- administré par ordinateur (méthode audio-CASI) auprès de 13 500 (moyenne) répondants, hommes et femmes âgés de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.
23. Salmona L et al. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte, Paris, Association Mémoire traumatique et victimologie, Mars 2015.
24. Guérin. Conséquences chroniques des violences sexuelles dans une consultation d'endocrinologie et de gynécologie médicale. Comment guérir après des violences sexuelles. Tanemirt édition. 2014.
25. Kingston S, Raghavan C. The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use, and adolescent trauma to PTSD. *J Trauma Stress.* 14 janv 2009 ;22(1) :65-8.

26. Fédération Addiction. Guide de la collection Repères : Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD. Fédération Addiction. 2016
27. Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au « 3919-Violences Femmes Info » Année 2017- FNSF
28. Coutanceau R. Auteurs de violences au sein du couple : prise en charge et prévention. La documentation française. 2006/03, 27p
29. Code de la santé publique - Article L1121-1 | Legifrance
30. Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Mazuy M, Charruault A, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. Popul Sociétés. nov 2016;(538):1-4.
31. Lefebvre P, Chochois S, Violences faites aux femmes dans le Pas-de-Calais : étude prospective - UMJ de Boulogne-sur-Mer. 2018.
32. MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains) – Secrétariat d'État chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations.
33. Detavernier L, Masse J, Estimer la fréquence et la prise en charge des violences conjugales chez les femmes consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Lens. 2018.
34. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. Series: The health-systems response to violence against women. The Lancet. 18 avr 2015 ;385:1567-79.
35. Lebas J, Morvant C, Chauvin P. [Consequences of domestic violence on women's health and their management in primary health care]. 2002.
36. Le Tourneur T, Le Garff E. Agressions sexuelles dans la région lilloise : étude descriptive rétrospective sur 3 ans. 2016.
37. Arias I. The Legacy of Child Maltreatment: Long-Term Health Consequences for Women | Journal of Women's Health. 2004 Jun ; 13(5):468-73

38. Coid J, Petrukevitch A. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey - Lancet. 2001 Aug 11;358(9280):450-4.
39. Bensley L. Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health - Am J Prev Med. 2003 Jul;25(1):38-44.
40. Pico Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women - Neurosci Biobehav Rev. 2005 Feb;29(1):181-93. Epub 2004 Dec 8.
41. Bouchard E-M. Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance - Revue d'Épidémiologie et de santé publique. Volume 56. Issue5. October 2008, Pages 333-344.
42. Cariou A, Salomé É. Parentalité et violences conjugales. Quelle parentalité lorsqu'il existe des violences dans le couple ? 2015.
43. Lamy C, Dubois F, Jaafari N, Carl T, Gaillard P, Camus V, et al. Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques. Rev d'Épidémiologie Santé Publique. 1 août 2009;57(4):267-74.
44. Kilpatrick DG, Veronen LJ, Resick PA. The aftermath of rape: Recent empirical findings. Am J Orthopsychiatry. oct 1979;49(4):658-69.
45. Resick PA, Calhoun KS, Atkeson BM, Ellis EM. Social adjustment in victims of sexual assault. J Consult Clin Psychol. 1981;49(5):705-12.
46. Elizabeth M. A review of empirical rape research: Victim reactions and response to treatment - Clinical psychology review. Volume 3, Issue 4, 1983, Pages 473-490.
47. Kilpatrick. Rape in marriage and in dating relationships: how bad is it for mental health? Volume528, Issue1- Human sexual aggression: current perspectives - August 1988 Pages 335-344
48. World Health Organization. La violence à l'encontre des femmes

ANNEXES

Madame,

Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Il a été conçu dans le cadre d'une thèse de médecine par une interne de gynécologie médicale, afin d'étudier les violences verbales, physiques et sexuelles subies par les femmes dans leur passé. Son but est aussi de préciser le contexte, le retentissement et les éventuels freins à la prise en charge de ces violences.

Ce questionnaire est strictement anonyme, il vous a été remis par nos secrétaires.

Vous pouvez le remplir avant ou juste après votre consultation de gynécologie et le remettre dans la boîte de recueil prévue à cet effet au niveau du bureau de l'infirmière (en face du secrétariat, panneau « bilans consultations prénatales ») ou en cas d'absence de celle-ci au niveau du secrétariat.

N'hésitez pas à nous signaler d'éventuelles difficultés personnelles que pourrait soulever le remplissage de ce questionnaire.

Nous vous remercions par avance de votre collaboration.

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. J'ai souhaité, dans le cadre de ma thèse de gynécologie médicale, étudier les violences verbales, physiques et sexuelles subies par les femmes dans leur passé. Quel contexte, quel retentissement et quels freins à la prise en charge de ces violences?

Date _____

Document rempli par : PATIENTE IDE MEDECIN

ETAT-CIVIL DE LA PATIENTE :

Age : _____

Niveau d'étude: BREVET DES COLLEGES BACCALAUREAT ETUDES SUPERIEURES

Profession: _____

SITUATION DE FAMILLE :

Dans votre enfance, chez qui habitiez-vous? (parents, famille d'accueil, foyer..): _____

Etes-vous:

MARIEE CONCUBINE DIVORCEE SEPAREE PACSEE VEUVE

Nombre d'enfants :

- Garçon : _____ âgé(s) de : _____

- Fille : _____ âgée(s) de : _____

Où vivent vos enfants? (chez vous, chez leurs grands-parents, en famille d'accueil, en foyer, majeur indépendant.....) : _____

Les enfants ont-ils le même papa? OUI NON si non, combien de pères différents? _____

Nombre de grossesse:

Avez-vous eu des IVG? OUI NON si oui, combien: _____

Avez-vous eu des fausses couches? OUI NON si oui, combien: _____

Avez-vous eu des grossesses extra utérines? OUI NON si oui, combien: _____

Avez-vous des enfants décédés? OUI NON si oui, combien: _____

Personnes composant votre foyer : _____

1. VIOLENCES VERBALES

Avez-vous déjà été victime de:

VIOLENCES SEXISTES INSULTES CHANTAGE MENACE DE MORT HARCELEMENT HUMILIATION
 AVEC UNE ARME AUTRE MENACE si oui, lesquelles: _____

Qui est/sont l(es) auteur(s) de ces violences:

Pourriez-vous relier d'un trait chaque auteur à chaque violence (ci-dessus) en cas de plusieurs formes de violences

PERE / MERE / BEAU-PERE / BELLE-MERE

FRERE / SOEUR / COUSIN / COUSINE

GRAND MERE / GRAND PERE / ONCLE / TANTE

MARI / COMPAGNON

AMIS / CONNAISSANCE D'ETABLISSEMENT SCOLAIRE / COLLEGE

EMPLOYEUR / ENSEIGNANT / MEDECIN

INCONNU

Les violences verbales sont arrivées:

DANS L'ENFANCE PENDANT L'ADOLESCENCE A L'AGE ADULTE
 préciser l'âge du début des violences: _____

Cela est arrivé: UNE FOIS PLUSIEURS FOIS TOUS LES MOIS TOUS LES JOURS
 En quel lieu(x): _____

Avez-vous pu vous confier à quelqu'un dans votre entourage: OUI NON
 SI OUI, qui? (famille, médecin traitant, amis....): _____

La prise en charge des violences:

- Avez-vous consulté un médecin: OUI NON
- Avez-vous consulté aux urgences: OUI NON
- Avez-vous été hospitalisé: OUI NON
- Avez-vous bénéficié d'une prise en charge psychologique: OUI NON
- Y-a t-il eu une prise en charge au long cours: OUI NON si oui, par qui? _____
- La prise en charge vous a t-elle satisfaite?: OUI NON si non, pourquoi? _____

Dans votre entourage, connaissez-vous quelqu'un qui a été victime de violences verbales: OUI NON
 si oui, qui par rapport à vous? _____

- a t'elle pu se confier à quelqu'un? OUI NON
- y-a t'il eu une prise en charge médicale?: OUI NON

2. VIOLENCES PHYSIQUES :

Avez-vous déjà été victime :

- DE COUPS DE BLESSURES AUTRES : _____
- A MAIN NUE AVEC OBJET AVEC UNE ARME

Qui est/sont l(es) auteur(s) de ces violences:

Pourriez-vous relier d'un trait chaque auteur à chaque violence (ci-dessus) en cas de plusieurs formes de violences

- PERE / MERE / BEAU-PERE / BELLE-MERE
- FRERE / SOEUR / COUSIN / COUSINE
- GRAND MERE / GRAND PERE / ONCLE / TANTE
- MARI / COMPAGNON
- AMIS / CONNAISSANCE D'ETABLISSEMENT SCOLAIRE / COLLEUE
- EMPLOYEUR / ENSEIGNANT / MEDECIN
- INCONNU

Les violences physiques sont arrivées:

- DANS L'ENFANCE PENDANT L'ADOLESCENCE A L'AGE ADULTE

préciser l'âge du début des violences: _____

- Cela est arrivé : UNE FOIS PLUSIEURS FOIS TOUS LES MOIS TOUS LES JOURS

En quel(s) lieu(x) : _____

Avez-vous pu vous confier à quelqu'un dans votre entourage: OUI NON
 SI OUI, qui? (famille, médecin traitant, amis....): _____

La prise en charge des violences:

- Avez-vous consulté un médecin: OUI NON
- Avez-vous consulté aux urgences: OUI NON
- Avez-vous été hospitalisé: OUI NON
- si oui, quelle a été la prise en charge: EXAMEN CLINIQUE RADIOGRAPHIES PRISE DE SANG
- Y-a t-il eu un traitement? OUI NON
- Avez-vous bénéficié d'une prise en charge psychologique: OUI NON
- Y-a t-il eu une prise en charge au long cours: OUI NON si oui, par qui? _____
- La prise en charge vous a t-elle satisfaite?: OUI NON si non, pourquoi? _____

Dans votre entourage, connaissez-vous quelqu'un qui a été victime de violences physiques : OUI NON
 si oui, qui par rapport à vous? _____

- a t'elle pu se confier à quelqu'un? OUI NON
- y-a t'il eu une prise en charge médicale?: OUI NON

3.VIOLENCES SEXUELLES

- Avez-vous déjà été victime d'une sexualité forcée :
- Par l'obligation de réaliser des caresses intimes OUI NON
 - Par l'obligation de recevoir des caresses intimes OUI NON
 - Par des actes de pénétrations imposés OUI NON
 - autres?: _____

Qui est/sont l(es) auteur(s) de ces violences:

Pourriez-vous relier d'un trait chaque auteur à chaque violence (ci-dessus) en cas de plusieurs formes de violences

- PERE / MERE / BEAU-PERE / BELLE-MERE
- FRERE / SOEUR / COUSIN / COUSINE
- GRAND MERE / GRAND PERE / ONCLE / TANTE
- MARI / COMPAGNON
- AMIS / CONNAISSANCE D'ETABLISSEMENT SCOLAIRE / COLLEGUE
- EMPLOYEUR / ENSEIGNANT / MEDECIN
- INCONNU

Les violences sexuelles sont arrivées:

- DANS L'ENFANCE PENDANT L'ADOLESCENCE A L'AGE ADULTE

préciser l'âge du début des violences: _____

- Cela est arrivé : UNE FOIS PLUSIEURS FOIS TOUS LES MOIS TOUS LES JOURS
 En quel(s) lieu(x) : _____

Avez-vous pu vous confier à quelqu'un dans votre entourage: OUI NON
 Si OUI, qui? (famille, médecin traitant, amis....): _____

La prise en charge des violences:

- Avez-vous consulté un médecin: OUI NON
- Avez-vous consulté aux urgences: OUI NON
- Avez-vous été hospitalisé: OUI NON

si oui, quelle a été la prise en charge: EXAMEN CLINIQUE PRELEVEMENTS VAGINAUX PRISE DE SANG

Y-a t-il eu un traitement? OUI NON

- Avez-vous bénéficié d'une prise en charge psychologique: OUI NON
- Y-a t-il eu une prise en charge au long cours: OUI NON si oui, par qui? _____
- La prise en charge vous a t-elle satisfaite?: OUI NON si non, pourquoi? _____

Dans votre entourage, connaissez-vous quelqu'un qui a été victime de violences sexuelles: OUI NON
 si oui, qui par rapport à vous? _____

- a t'elle pu se confier à quelqu'un? OUI NON
- y-a t'il eu une prise en charge médicale?: OUI NON

4. DEMARCHES REALISEES SUITE AUX VIOLENCES VERBALES, PHYSIQUES OU SEXUELLES

Services sociaux : OUI NON
 Main courante : OUI NON
 Plainte : OUI NON
 Contacter une association d'aide aux victimes : OUI NON
 Contacter une association d'accompagnement psychologique : OUI NON

Autres : _____

Si non, pourquoi ? Quels ont été les freins à ces démarches ? (menaces, peur de représailles, peur de la famille, hospitalisation...): _____

5. MODE DE VIE

Prenez-vous des médicaments en ce moment? Si oui, lesquels? _____

Aviez-vous une prise de toxiques avant les violences :

TABAC: OUI NON âge de début de la consommation? _____
 CANNABIS OUI NON âge de début de la consommation? _____
 ALCOOL OUI NON âge de début de la consommation? _____
 HEROINE OUI NON âge de début de la consommation? _____
 COCAINE OUI NON âge de début de la consommation? _____
 ECSTASY OUI NON âge de début de la consommation? _____

Votre consommation s'est-elle aggravée ? OUI / NON si oui, à quel moment? _____

Actuellement, quelle est votre consommation?

TABAC: 0 < 10cig/j entre 10 et 20cig/j >20cig/j
 ALCOOL plusieurs fois/jour tous les jours plusieurs fois/semaine plusieurs fois/mois occasionnel
 CANNABIS plusieurs fois/jour tous les jours plusieurs fois/semaine plusieurs fois/mois occasionnel
 HEROINE plusieurs fois/jour tous les jours plusieurs fois/semaine plusieurs fois/mois occasionnel
 COCAINE plusieurs fois/jour tous les jours plusieurs fois/semaine plusieurs fois/mois occasionnel
 ECSTASY plusieurs fois/jour tous les jours plusieurs fois/semaine plusieurs fois/mois occasionnel

Avez-vous eu un suivi pour dépression ou anxiété sévère ou syndrome post traumatique? si oui, le(s)quel(s)? _____

De 0 à 10, quelle note donnez-vous à l'image de votre corps? _____

Vous sentez-vous plutôt homosexuelle ou hétérosexuelle? _____

De 0 à 10, quelle note donnez-vous à l'image de votre sexualité dans sa globalité? _____

Avez-vous des difficultés au moment des rapports sexuels ? OUI NON si oui, de quel type: _____

Avez-vous des douleurs au moment des rapports?

Si oui : DOULEURS D'INTROMISSION DOULEURS AU FOND DU VAGIN

Cochez trois mots représentant le mieux votre vécu de la sexualité: REPRODUCTION RESPECT VIOLENCE
 ECHANGE DOULEUR PLAISIR

Merci de votre coopération pour ce projet

AUTEUR : ARGENTEL Alicia

Date de Soutenance : 07 Mai 2019

Titre de la Thèse : Violences verbales, physiques et sexuelles faites aux femmes : Etude en consultation de gynécologie en milieu hospitalier, dans des cabinets de médecine générale et en milieu carcéral

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Gynécologie médicale

DES + spécialité : DES de gynécologie médicale

Mots-clés : violences faites aux femmes, violences physiques, violences sexuelles, milieu carcéral

Résumé : Contexte La violence à l'encontre des femmes est un problème de santé majeur. Elle est malheureusement encore bien présente dans notre société. Elle est représentée par des violences verbales, physiques et sexuelles dont font partie les violences conjugales. Les femmes victimes de violences ont très rarement recours à une consultation médicale ou psychologique et dans très peu de cas elles entreprennent des démarches sociales ou judiciaires. Or, les violences faites aux femmes engendrent des répercussions psychologiques, addictives, gynécologiques et sexuelles à court et à long terme. L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la prévalence des violences faites aux femmes ainsi que faire leur descriptif. Les objectifs secondaires de cette étude sont tout d'abord d'évaluer les facteurs de risque des violences physiques et sexuelles, de faire un descriptif des violences faites aux femmes dans une population carcérale, et enfin, d'évaluer leurs répercussions.

Matériels et méthodes Nous avons mené une étude épidémiologique, transversale, descriptive, multicentrique pendant huit mois du 01 Avril 2018 au 30 novembre 2018 avec distribution d'un questionnaire anonyme et standardisé.

Résultats Au total, 251 questionnaires ont été recueillis, 59 en milieu pénitentiaire, 86 en cabinets de médecine générale et 106 dans les services de consultation gynécologique. Nous avons retrouvé 73.7% de violences verbales, 40.8% de violences physiques et 23.9% de violences sexuelles. Dans le cadre des violences physiques et sexuelles, nous retrouvons une aggravation de la consommation de toxiques ainsi que plus de dépression. Les violences sexuelles sont à l'origine d'une moindre estime de son corps avec apparition de dyspareunies. Il n'existe pas d'altération de l'image de la sexualité.

Conclusion Notre étude montre que les violences faites aux femmes font partie intégrante de notre société et qu'elles sont malheureusement peu exprimées par les femmes avec des conséquences sur la santé. Un dépistage systématique des violences est nécessaire afin de réduire leurs répercussions. Une étude relative à la qualité de la prise en charge des femmes victimes pourrait être utile. Celle-ci aurait pour but d'évaluer l'impact des campagnes de dépistage ainsi que les programmes de prise en charge.

Composition du Jury :

Président : Professeur S. CATTEAU-JONARD

Assesseurs : Professeur V. HEDOUIN, Docteur G. ROBIN, Docteur C. MARTIN