



HAL
open science

Le rôle de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien dans la prise en charge des patientes enceintes ayant été victimes de violence sexuelle dans leur passé

Emmanuelle Montaclair

► To cite this version:

Emmanuelle Montaclair. Le rôle de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien dans la prise en charge des patientes enceintes ayant été victimes de violence sexuelle dans leur passé. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00873186

HAL Id: dumas-00873186

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873186>

Submitted on 15 Oct 2013

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

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

Bibliothèque universitaire Santé

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

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

Ecole de Sages-femmes de Caen

*Le rôle de la sage-femme et du
gynécologue-obstétricien dans la prise en
charge des patientes enceintes ayant été
victimes de violence sexuelle
dans leur passé*

Mémoire présenté et soutenu par

Emmanuelle Montclair

Née le 7 Juillet 1989

En vue de l'obtention du

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Promotion 2009-2013

Ecole de Sages-femmes de Caen

*Le rôle de la sage-femme et du
gynécologue-obstétricien dans la prise en
charge des patientes enceintes ayant été
victimes de violence sexuelle
dans leur passé*

Mémoire présenté et soutenu par

Emmanuelle Montclair

Née le 7 Juillet 1989

En vue de l'obtention du

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Promotion 2009-2013

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont guidé dans l'élaboration de mon mémoire :

Le Dr Andro Gwenaelle pour avoir accepté d'être mon directeur de mémoire, pour m'avoir consacré du temps et pour ses conseils avisés.

Madame Bouet Claire, sage-femme enseignante, guidante de mon mémoire pour sa disponibilité et son soutien.

A tous les professionnels pour avoir accepté de participer à mon étude.

Et mon entourage pour m'avoir soutenu tout au long de mon parcours.

Sommaire

Introduction	1
Première partie: Généralités	
1. La violence sexuelle	3
1.1. Définitions de la violence sexuelle.....	3
1.1.1. Le viol.....	3
1.1.2. Les agressions sexuelles.....	3
1.1.3. Les atteintes sexuelles.....	4
1.1.4. Le harcèlement sexuel au travail.....	4
1.1.5. Les circonstances aggravantes.....	6
1.1.6. Cas particulier de l'inceste.....	6
1.2. La violence sexuelle est un traumatisme.....	8
1.2.1. Définition du traumatisme psychique.....	8
1.2.2. Les mécanismes neuro-biologiques.....	9
1.2.2.1. La réponse émotionnelle normale face à un danger.....	9
1.2.2.2. La réponse émotionnelle traumatique.....	10
1.2.3. Les conséquences psycho-traumatiques.....	13
1.2.3.1. Les troubles somatiques.....	13
1.2.3.2. Les troubles psychiatriques, psycho-affectifs et du comportement.....	14
1.2.3.3. Les troubles de la sexualité.....	14
1.2.3.4. Les facteurs de risques.....	15
1.2.3.5. Cas particulier des violences sexuelles sur l'enfant.....	15
2. Les remaniements psychiques de la grossesse	17
2.1. La préoccupation maternelle primaire.....	17
2.2. La maternalité.....	17
2.3. La transparence psychique.....	18
3. Devenir mère après un passé traumatique	18
3.1. Difficultés de l'accès à la maternalité.....	19
3.2. La difficulté du lien mère-enfant.....	20
4. Dépistage et prise en charge	21
4.1 Dépistage.....	21
4.2 L'accompagnement des patientes.....	22

Deuxième partie: L'étude

1. Objectif	24
2. Modalités de l'étude	24
2.1 Population étudiée.....	24
2.2 Recueil des données.....	25
2.3 Exploitation des résultats.....	25
3. Résultats de l'étude	25
3.1 Présentation des professionnels concernés.....	25
3.2 Prise en charge d'une femme enceinte ayant été victime de violence sexuelle.....	26
3.2.1 L'expérience des professionnels.....	26
3.2.2 Modification de leur prise en charge.....	27
3.2.3 L'examen clinique.....	30
3.2.4 Ressenti du professionnel face à la situation.....	31
3.3 Connaissances des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens sur la violence sexuelle.....	33
3.3.1 Les différentes définitions de la violence sexuelle.....	33
3.3.2 Les conséquences de la violence sexuelle.....	33
3.3.3 Définitions de l'inceste.....	34
3.3.4 Connaissances en traumatologie et victimologie.....	35
3.4 La réalité actuelle de la violence sexuelle en France.....	36
3.5 Le dépistage.....	38
3.6 Le rôle des professionnels.....	39
3.7 La formation.....	40

Troisième partie: La discussion

1. Les biais de l'étude	43
2. Les points forts de l'étude	43
3. Analyse	44
3.1 Profil des professionnels.....	44
3.2 La prise en charge des patientes.....	45
3.3 Ressentis des professionnels interrogés.....	45
3.4 Connaissances des professionnels interrogés.....	46
3.5 Rôle dans la prise en charge et dépistage.....	48

4. Propositions	49
4.1 Dépistage et Accompagnements des patientes	49
4.2 La formation.....	53
Conclusion	55
Bibliographie	56
Annexe	59

Introduction

L'objet de ce mémoire est de privilégier une réflexion sur un problème de Santé Publique: la violence sexuelle.

C'est un sujet difficile à aborder, sensible voire même tabou. Mais de nombreuses femmes en sont victimes et en subissent les lourdes conséquences.

Lors de la survenue d'une grossesse, pour la future mère, la maternité devient alors une période très angoissante, loin de l'image souvent idéalisée par notre société.

Je me suis donc interrogée sur ce que pouvait être le rôle de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien dans la prise en charge pluridisciplinaire des patientes ayant été victimes de violence sexuelle dans leur passé.

Deux hypothèses ont été élaborées, la première est que les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens sous-estiment la fréquence et les conséquences de la violence sexuelle. La deuxième est qu'une formation spécifique des professionnels est nécessaire pour un accompagnement optimal des patientes.

Dans un premier temps, nous définirons la violence sexuelle, ses mécanismes psycho-traumatiques, et ses conséquences. Nous verrons ensuite les remaniements psychiques qui s'opèrent pendant la grossesse et le fait de devenir mère après un passé traumatique.

Puis nous étudierons les résultats de l'étude menée auprès des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens de Basse-Normandie, afin de mesurer leurs connaissances générales en matière de violence sexuelle, de connaître leur rôle dans la prise en charge pluridisciplinaire de ces patientes et leur éventuel accompagnement spécifique déjà mis en place.

Enfin les résultats seront analysés et discutés pour ensuite tenter de proposer quelques pistes de réflexion pour l'amélioration de l'accompagnement des patientes ayant été victimes de violence sexuelle dans le passé.

Première partie

Généralités

1. La violence sexuelle

1.1. Définitions de la violence sexuelle

1.1.1. Le viol

Selon l'article 222.23 du Code pénal, le viol constitue un crime. «*Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise, est un viol.* » [1]

Dans la définition, le terme de «*pénétration sexuelle*» est ce qui distingue le viol des autres agressions sexuelles. De «*quelque nature qu'il soit*» signifie que la pénétration peut-être vaginale, anale ou orale, et que la pénétration peut être effectuée avec le pénis, la main ou tout objet. [2]

Le viol est puni de 15 ans de réclusion criminelle.

1.1.2. Les agressions sexuelles

Selon l'article 222.22 du Code pénal: «*Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.* ». [1] Les agressions sexuelles sont des atteintes sexuelles autres que le viol, elles ne sont pas définies avec précision dans le Code pénal. Elles regroupent par exemple, les attouchements, la masturbation imposée, l'exhibitionnisme, la prise de photographies ou le visionnage de vidéos pornographiques sous contrainte. Ces actes sont soit pratiqués par l'agresseur sur sa victime, soit la victime est contrainte de les pratiquer sur son agresseur. [2]

Ce sont des délits, punis de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

1.1.3. Les atteintes sexuelles

Les atteintes sexuelles commises sans violence sur des mineur(e)s constituent aussi des délits. Selon l'article 227.25 du Code pénal, c'est le fait « *par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de moins de quinze ans.* » [1]

Selon l'article 227.27 du Code pénal: si la victime est âgée de 15 à 18 ans, le délit d'atteintes sexuelles n'est constitué que lorsqu'il est commis par un ascendant, une personne ayant autorité ou abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

Si la victime a moins de 15 ans, le délit est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Si la victime a entre 15 et 18 ans, le délit est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. [1]

Les mutilations sexuelles comme l'excision ou l'infibulation font aussi partie des violences sexuelles. Compte tenu du contexte culturel et des enjeux spécifiques liés à ces pratiques, ce sujet mériterait un mémoire à part entière. C'est pourquoi, cette forme de violence sexuelle ne sera pas traitée dans ce mémoire.

1.1.4. Le harcèlement sexuel au travail

La loi sur le harcèlement sexuel a récemment été modifiée dans le code du travail, le 6 août dernier, précisant que les faits soient répétés ou non:

Article L122-46 du Code du travail, version abrogée le 1er Mai 2008«*Aucun salarié, aucun candidat à un recrutement, à un stage ou à une période de formation en entreprise ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat pour avoir subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement de toute personne dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers.*

Aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire pour avoir témoigné des agissements définis à l'alinéa précédent ou pour les avoir relatés.

Toute disposition ou tout acte contraire est nul de plein droit.» [3]

Loi en vigueur du 6 août 2012, article L1153-1 du Code du travail: « *Aucun salarié ne doit subir des faits :*

1° Soit de harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ;

2° Soit assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.» [3]

Et article L1153-2 du Code du travail: «*Aucun salarié, aucune personne en formation ou en stage, aucun candidat à un recrutement, à un stage ou à une formation en entreprise ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat pour avoir subi ou refusé de subir des faits de harcèlement sexuel tels que définis à l'article L. 1153-1, y compris, dans le cas mentionné au 1° du même article, si les propos ou comportements n'ont pas été répétés.» [3]*

Selon le Code Pénal, la peine est de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

[1]

1.1.5. Les circonstances aggravantes

Lorsque le viol, l'agression sexuelle, ou l'atteinte sexuelle sont effectués:

- sur un(e) mineur(e) de moins de 15ans
- sur une personne vulnérable, en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, ou d'une déficience physique ou psychique, ou d'un état de grossesse, par un ascendant légitime, naturel ou adoptif (parents, grands-parents, parents adoptifs) ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime (beaux-parents par exemple)
- par le conjoint, le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte de solidarité
- par une personne agissant en état ou sous l'emprise de produits stupéfiants,
- par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions (enseignant, médecin, agent de police, par exemple...),
- par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice («viol collectif»),
- avec menace ou usage d'une arme,
- lorsque l'agression est accompagnée de séquestration, de tortures, d'actes de barbarie ou qu'elle a entraîné mutilation, infirmité ou mort,

Le code pénal, selon les articles 222.24 et 222.28 à 222.30, les définit comme des circonstances aggravantes dont la peine augmente en fonction de leur gravité, de 7 ans d'emprisonnement jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité. [1]

1.1.6. Cas particulier de l'inceste

L'inceste n'est pas clairement décrit par la loi.

Selon le Code civil, titre 5, chapitre 1, article 161 et 162, l'inceste n'est interdit qu'en terme de mariage: *«En ligne directe, le mariage est prohibé entre tous les ascendants et descendants et les alliés dans la même ligne»*. [4]

Pour la violence sexuelle, l'inceste ne se retrouve qu'en terme de 2 circonstances aggravantes: mineur de moins de 15 ans et ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime. La fratrie ou le cousinage ne sont pas ici énoncés comme élément aggravant et par conséquent la spécificité des conséquences liées à ces violences sexuelles intra-familiales non prises en compte.

Le 26 Janvier 2010, une loi avait été inscrite dans le Code pénal afin d'explicitier le cas particulier de l'inceste, mais celle-ci à été abrogée le 16 Septembre 2011, elle a été déclarée non constitutionnelle car la définition de la famille n'était pas assez précise.

Article 222.31.1, abrogé: *«Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux quand ils sont commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait.»*

«Quand il est commis par une personne ayant l'autorité parentale, la juridiction du jugement doit se prononcer sur le retrait partiel ou total de cette autorité, elle peut statuer sur le retrait de cette autorité en ce qu'elle concerne les frères et les sœurs mineurs de la victime.» [1]

Article 222-31-2, en vigueur: *«Lorsque le viol incestueux ou l'agression sexuelle incestueuse est commis contre un mineur par une personne titulaire sur celui-ci de l'autorité parentale, la juridiction de jugement doit se prononcer sur le retrait total ou partiel de cette autorité en application des articles 378 et 379-1 du code civil.*

Elle peut alors statuer sur le retrait de cette autorité en ce qu'elle concerne les frères et sœurs mineurs de la victime.

Si les poursuites ont lieu devant la Cour d'Assises, celle-ci statue sur cette question sans l'assistance des jurés.» [1]

1.2. La violence sexuelle est un traumatisme

La violence sexuelle, avec la torture et les actes de barbarie, fait partie des traumatismes les plus graves entraînant dans la plupart des cas des troubles psycho-traumatiques.

1.2.1. Définition du traumatisme psychique

Sigmund Freud, neurologue et fondateur de la psychanalyse, dégage la notion de pare-excitation, qu'il définit comme un filtre pour les excitations externes. Cette fonction protectrice du pare-excitation permet de fractionner les excitations, puisque le psychisme ne pourrait pas les traiter en totalité mais seulement par petites quantités. Le pare-excitation dispose de sa propre énergie pour éventuellement contrer un surplus d'excitations potentiellement désorganisateur. Apparaît alors la question du traumatisme, terme grec, qui signifie «*blessure avec effraction*»: ne sont traumatiques que les excitations externes qui font effraction dans le pare-excitation et débordent l'appareil psychique qui ne peut les maîtriser, les lier. Sigmund Freud considère le traumatisme comme un choc violent, surprenant, qui s'accompagne d'effroi. L'effroi se manifeste dans une situation dangereuse sans y être préparé, il met l'accent sur le facteur de surprise. Il se différencie de l'angoisse caractérisée par l'attente du danger, même s'il est inconnu et de la peur qui suppose la présence d'un objet défini dont on a peur. L'effroi traduit la rencontre avec le réel de la mort. Face à cette image impossible de la mort, le traumatisme psychique représente une véritable effraction à l'intérieur de l'appareil psychique du sujet. Il est une menace pour l'intégrité physique et psychique de la personne. [5] [6]

1.2.2. Les mécanismes neurobiologiques

Les mécanismes mis en cause lors d'un traumatisme sont de mieux en mieux connus depuis quelques années grâce à de nombreuses recherches en neurobiologie et en neuro-imagerie. De ces travaux, Muriel Salmona, psychiatre psycho-traumatologue, a élaboré un modèle clinique et théorique pour mieux comprendre les causes et les effets psycho-traumatiques des violences en général, s'appliquant donc aux violences sexuelles. [7]

1.2.2.1. La réponse émotionnelle normale face à un danger

Face à une situation dangereuse, le système limbique met en place toute une série de mécanismes permettant de déclencher une réponse émotionnelle de survie immédiate qui est automatique et non consciente. Cette réaction est sous le contrôle d'une structure sous-corticale, l'amygdale cérébrale, qui va permettre la sécrétion par les glandes surrénales d'hormones du stress: l'adrénaline et le cortisol. Suite à cela une grande quantité d'énergie est mobilisée afin de faire face au danger, de l'éviter ou de le fuir, créant un état d'hyper-vigilance. Dans un deuxième temps, le cortex cérébral va analyser les informations grâce à l'hippocampe, qui est une structure cérébrale qui traite puis stocke les différentes expériences vécues en les mémorisant. De par ces mécanismes, le cortex peut élaborer une stratégie et prendre les décisions les plus adaptées à la situation. Le danger une fois neutralisé, l'hippocampe va émettre un rétrocontrôle négatif afin de diminuer la sécrétion d'hormones. [7]

L'événement est alors mémorisé, intégré et disponible à la pensée. Une mémoire émotionnelle restera sensible comme rappel d'une expérience de danger à éviter.

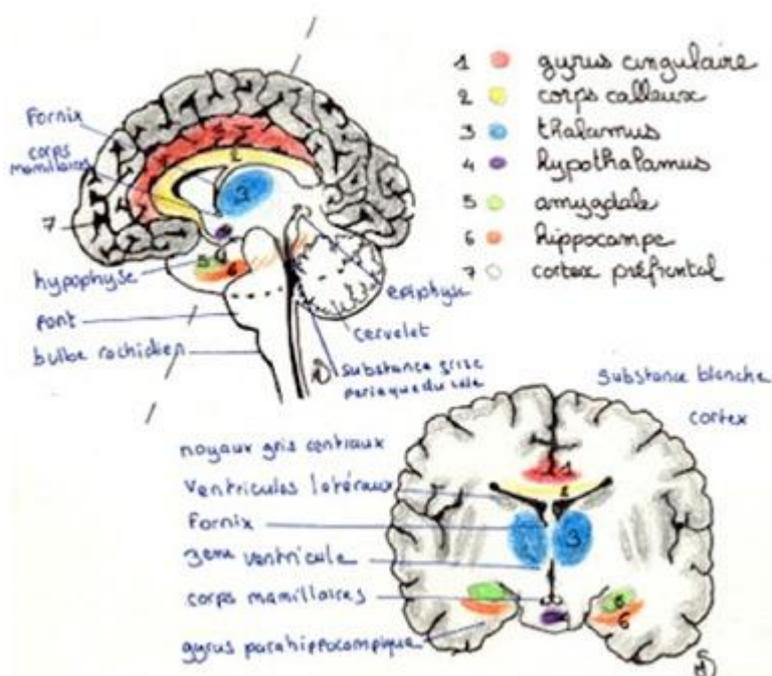


Schéma n°1 : Le circuit émotionnel, Muriel Salmona dans Violences envers les femmes et les filles, fléau mondial. [8]

1.2.2.2. La réponse émotionnelle traumatique

En revanche, notre cerveau n'est pas programmé pour réagir à un danger lorsque celui-ci est effroyable, incohérent, imprévisible, incompréhensible. Les mécanismes mis en place dans une situation de danger vont être très perturbés, ils vont être remplacés par des mécanismes neurobiologiques de survie exceptionnelle.

Devant le danger, l'amygdale s'active, la réaction émotionnelle automatique s'enclenche, mais le cortex face à une situation de non-sens ne va pas être capable d'analyser les informations reçues et ne permettra pas d'élaborer une stratégie adaptée à la situation. La victime va être comme paralysée, elle ne pourra pas réagir de façon rationnelle et se défendre, et ce d'autant plus si l'auteur des violences est censé être un protecteur.

Le cortex ne pouvant répondre, l'hippocampe ne peut pas exercer de rétrocontrôle sur l'amygdale, les sécrétions d'hormones sont donc de plus en plus importantes, entraînant un état de stress extrême.

Cet état représente un risque vital donc, pour y faire face, le cerveau met en place une parade exceptionnelle, la disjonction.

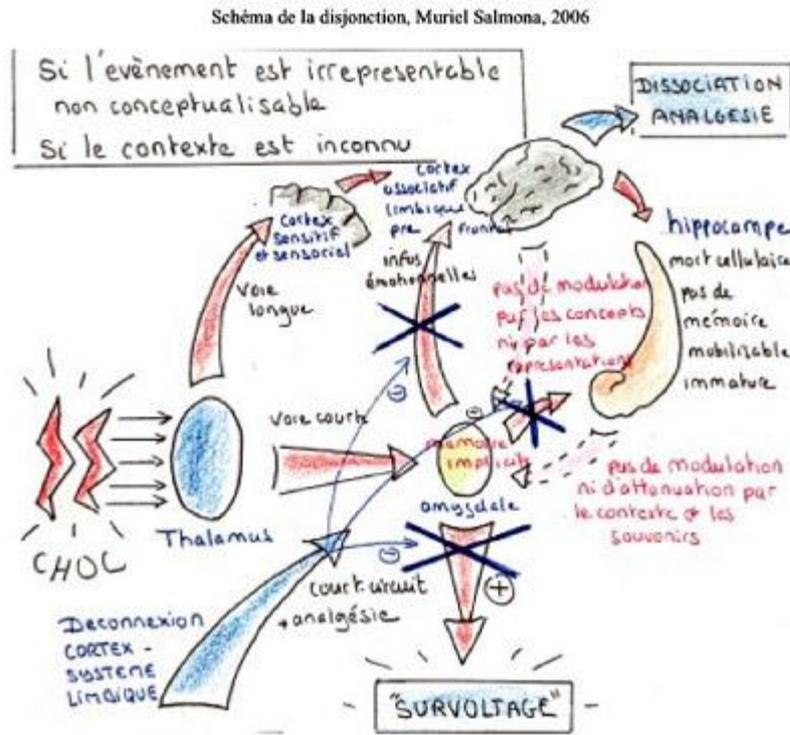


Schéma n°2 : La disjonction, Muriel Salmons dans Violences envers les femmes et les filles, fléau mondial.

[8]

Comme pour un circuit électrique en survoltage, le cerveau fait disjoncter le circuit émotionnel en sécrétant de la morphine-like et de la kétamine-like. Cette disjonction interrompt brutalement les connexions entre l'amygdale et les autres structures. L'amygdale est alors isolée, la réponse émotionnelle va donc «s'éteindre», la victime se retrouve dans un état d'anesthésie émotionnelle et physique. Elle ne ressent plus rien c'est ce qu'on appelle un état de dissociation. Certaines victimes ont décrit un sentiment d'irréalité, d'indifférence voire d'insensibilité, comme si elles étaient devenues simples spectateurs de la scène de violence. La conséquence directe de cette dissociation est que la victime est d'autant plus incapable de se défendre. [7]

La deuxième conséquence de la disjonction est due à la déconnexion entre l'amygdale et l'hippocampe. Ce dernier ne peut pas intégrer l'événement donc le mémoriser. Ce souvenir va rester tel quel dans l'amygdale cérébrale. Cette mémoire émotionnelle et sensorielle non traitée est ce que l'on appelle la mémoire traumatique.

Par la suite lorsque des stimulations susceptibles de rappeler les violences vont apparaître à l'amygdale, celle-ci va recréer à nouveau le même stress émotionnel vécu lors de l'agression sous forme de flashback, de réminiscences ou de cauchemars. La mémoire traumatique fonctionne comme une machine à remonter le temps qui, en envahissant la conscience, va faire revivre à l'identique la scène passée. [7]

Pour échapper à ces souffrances, pour essayer à tout prix d'empêcher une réactivation de cette mémoire traumatique, la victime va mettre en place des stratégies d'évitement, de contrôle et d'hyper-vigilance. Elle va alors essayer d'éviter toutes situations qui pourraient lui rappeler les violences qu'elle a subies, situations de stress, imprévues ou inconnues. Elle va aussi tenter d'échapper à tout ce qui lui rappelle le contexte comme un lieu, une date, mais aussi un regard, une odeur, un bruit, une sensation. Cela est d'autant plus difficile lorsque l'agresseur est une personne de l'entourage de la victime.

Le plus souvent ces stratégies ne sont pas suffisantes pour apaiser les souffrances de la victime, surtout lors de nouvelles violences ou quand de grands changements de vie surviennent, en particulier à l'adolescence ou encore lors d'une grossesse. La victime a alors recours à des conduites dissociantes. La victime va chercher à obtenir une disjonction pour s'anesthésier, en faisant augmenter le taux de morphine-like et de kétamine-like. Pour atteindre cet objectif, la victime aggrave son stress en se mettant en danger ou en exerçant des violences sur elle-même (automutilations, conduite routière à risque, sexualité à risque, jeux dangereux, pratique de sports extrêmes etc...) voire même contre autrui. Elle peut aussi avoir des conduites addictives (alcool, substances psychoactives...), les substances endogènes secrétées lors des disjonctions ne suffisent plus. Ces conduites dissociantes permettent à la victime de s'anesthésier, mais elles rechargent la mémoire traumatique, la rendant toujours plus explosive ce qui entraîne une véritable addiction à la mise en danger et/ou à la violence et/ou aux drogues. [7]

Les conduites d'évitement et de contrôle puis les conduites dissociantes vont entraîner à plus long terme des troubles que l'on appelle troubles psycho-traumatiques.

1.2.3. Les conséquences du traumatisme

Les stratégies décrites ci-dessus (dont l'hypervigilance, les conduites de contrôle et d'évitement) sont responsables de nombreux troubles dits psycho-traumatiques (somatiques, comportementaux, sexuels...), ayant un retentissement sur la vie sociale, familiale, professionnelle de la victime. Et lorsque celle-ci a recours à des conduites dissociantes, les conséquences sont d'autant plus importantes, avec un enjeu vital.

1.2.3.1. Les troubles somatiques

Les troubles somatiques sont très nombreux, liés au stress et à l'état d'hypervigilance.

Le plus souvent la victime se plaint de fatigue et de douleurs chroniques (céphalées, myalgies, lombalgies) s'expliquant par la tension et les contractures musculaires.

Des troubles du sommeil (cauchemars, insomnies, terreurs nocturnes), de l'alimentation (anorexie, crises de boulimie), gastro-intestinaux (nausées, vomissements, troubles du transit), et sphinctériens (énurésie, encoprésie) sont aussi souvent décrits chez les victimes.

D'autres troubles notamment cardio-vasculaires (palpitations, hypertension artérielle, coronaropathies), pulmonaires (asthme, bronchites chroniques, dyspnées), neurologiques (épilepsies), endocriniens (diabète, troubles thyroïdiens), dentaires, ORL (otites à répétition, acouphènes), dermatologiques (eczéma, psoriasis), allergiques sont aussi décrits dans la littérature. [7]

Ces troubles sont des motifs de consultations à répétition voire même d'interventions chirurgicales non nécessaires.

1.2.3.2. Les troubles psychiatriques, psycho-affectifs et du comportement

Après un traumatisme, la victime ressent un sentiment de danger permanent et d'insécurité, une perte de confiance s'installe petit à petit. Surtout, elle ne se sent plus la même, étrangère au monde qui l'entoure et à elle-même.

Divers troubles peuvent alors apparaître tels des troubles anxieux (crises d'angoisse, attaques de panique, apparition de phobies), des troubles dépressifs (modérés à sévères avec même passages à l'acte suicidaire), des troubles cognitifs (trouble de la mémoire, de la concentration, de l'attention).

Des troubles du comportement avec hétéro et auto- agressivité, amenant la victime à se mettre en danger (automutilations, conduites addictives) ou à reproduire la violence qu'elle a subie sont également souvent décrits.

L'intensité de ces différents troubles peut conduire à une désinsertion sociale chez une personne préalablement bien socialisée, voire même à une franche marginalisation. De même, que chez l'enfant il y a un fort risque d'échec scolaire secondaire, pour les mêmes raisons que chez l'adulte. [7]

1.2.3.3. Les troubles de la sexualité

En plus des différents troubles énoncés ci-dessus, des troubles de la sexualité peuvent apparaître. En effet après le traumatisme vécu, les victimes peuvent être amenées à ressentir une confusion entre les violences passées et leur sexualité, aboutissant à plusieurs troubles. Cela peut entraîner une phobie de la sexualité, la victime ressent un dégoût du corps et du sexe, amenant généralement à l'évitement de toute sexualité. Le vaginisme est différent de la phobie car le plus souvent il s'accompagne d'une ébauche de sexualité. Cliniquement cela se traduit par une contraction intense des muscles périnéaux empêchant toute pénétration vaginale. Le vaginisme s'accompagne souvent d'une frigidité, qui est une incapacité à prendre du plaisir au cours de l'acte sexuel. [9] Néanmoins, il faut se garder d'imputer tout vaginisme à un antécédent de violence sexuelle qui ne représente qu'une minorité des étiologies de ce trouble facilement repéré dans la pratique gynécologique.

Les troubles de la sexualité peuvent aussi se développer sous forme de comportements sexuels à risques comme la multiplicité des partenaires, une absence de protection, une sexualité violente, des pratiques sadomasochistes, la prostitution, la pornographie. La victime s'expose alors aux infections sexuellement transmissibles mais aussi à une grossesse non désirée. [7]

1.2.3.4. Les facteurs de risque

Dans 60 à 80% des cas, après un traumatisme, la victime va développer des troubles psycho-traumatiques.

Il existe des facteurs qui vont majorer le risque pour la victime de développer ces troubles:

- La gravité de l'agression. Un viol entraînera, le plus souvent, plus de troubles qu'un attouchement.
- Le caractère répétitif et la durée des violences. Ils n'auront pas les mêmes conséquences si l'acte ne s'est produit qu'une seule fois ou à plusieurs reprises sur de nombreuses années.
- L'âge auquel a eu lieu l'agression. Les conséquences sont aggravées chez l'enfant.
- Le caractère incestueux des violences.
- La cohabitation de la victime avec l'agresseur. [7]

1.2.3.5. Cas particulier de la violence sexuelle sur l'enfant

L'impact de la violence sur les enfants est particulièrement grave du fait de leur grande dépendance face aux adultes, de leur immaturité physiologique, psychologique et sexuelle et de leur situation d'être en devenir, en construction.

D'abord, compte tenu de son immaturité physiologique et psychique, l'enfant est moins armé que l'adulte pour se défendre, il n'a pas tous les outils dont l'adulte dispose, comme notamment les mots. De plus l'immaturité cérébrale fait que l'enfant est plus sensible aux atteintes neuronales liées aux violences directes ayant un retentissement sur ses capacités cognitives, d'apprentissage et d'intégration, générant de lourdes conséquences en terme de difficultés voire d'échec scolaire. De véritables troubles psychiatriques sont décrits à l'âge adulte en raison des troubles de structuration de la personnalité, des pathologies dites «limites».

L'enfant a besoin d'un adulte qui assure ses besoins fondamentaux (besoins nutritifs, affectifs, de sécurité). Toute violence de la part d'un adulte met en péril le développement affectif, psychique, et social de l'enfant. Si les violences viennent des parents et surtout de la mère, l'incompréhension de l'enfant est encore plus grande, l'acte est d'autant plus destructeur. [7]

En plus du traumatisme tel décrit, l'enfant, comme tout être humain a une «connaissance» phylogénétique du tabou de l'inceste qui est un des fondements structurants des sociétés (avec l'interdit du meurtre). [10] Il ne se perçoit pas seulement comme victime d'une violence sexuelle mais aussi comme ayant participé à la transgression d'un tabou. Il a lui-même fait quelque chose de très grave.

Dans le cas de l'inceste, l'agresseur est le plus souvent une personne envers qui il a auparavant nourri des sentiments très tendres voire même de séduction active. Ainsi, il se demande si ce qui est arrivé n'est pas entièrement de sa faute, ce qui peut l'empêcher de révéler l'abus. Il sait aussi qu'il compromettrait l'équilibre de toute la famille si l'agression était révélée. Cela participe à ce que les violences sexuelles durent des années contrairement aux cas où il y a dépôt de plainte et mise à distance de l'agresseur.

Etre victime de violence sexuelle est un véritable traumatisme, qui s'accompagne, dans la plupart des cas, de lourdes conséquences à court et long terme. Pendant la grossesse, il se produit des changements importants qui peuvent s'avérer très compliqués à «gérer» lorsque la femme a une mémoire traumatique.

2. Les remaniements psychiques de la grossesse

La conception d'un enfant entraîne chez la femme une période de crise identitaire et de maturation psychologique. L'accès à la parentalité bascule la femme du statut d'enfant au statut de parent, l'invitant à passer d'une génération à l'autre. Le remaniement psychique gestationnel se manifeste comme une perturbation de l'équilibre psychique antérieur, ce processus normal permet une adaptation à la venue de l'enfant. [11]

Ces modifications psychiques de la grossesse ont été décrites par de nombreux auteurs tels que D. Winnicott, P.C. Racamier et M. Bydlowsky.

2.1. La préoccupation maternelle primaire

Le pédiatre et psychanalyste, Donald Winnicott décrit en 1956 cet état psychologique très particulier d'hypersensibilité, qu'il appelle, la «*préoccupation maternelle primaire*». Celle-ci se développe progressivement au cours de la grossesse pour atteindre son apogée en fin de grossesse et pendant les premières semaines qui suivent la naissance. Cet état fournit un cadre essentiel pour l'enfant, la mère ainsi sensibilisée peut se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins. Il semble qu'un «environnement suffisamment bon» dès ce stade initial permet au petit enfant de commencer à exister, d'avoir des expériences positives et d'édifier ses assises narcissiques. [12]

Il arrive parfois que des mères soient dans l'impossibilité d'atteindre cet état, elles sont dans l'incapacité d'être uniquement préoccupées par leur enfant pour des raisons qui leur sont propres.

2.2. La maternalité

Le psychiatre et psychanalyste, Paul-Claude Racamier, s'est consacré à l'étude des psychoses puerpérales. Suite à ses recherches, il a proposé une analyse du processus mis en œuvre au cours de la grossesse, qu'il désigne sous le néologisme de «*maternalité*».

Durant la grossesse, l'organisation habituelle de la personnalité se modifie. La femme s'oriente progressivement vers une attitude narcissique et fusionnelle qui se concentre autour du fœtus. Elle aime indistinctement l'enfant qu'elle porte et son propre corps. Cette introversion de la mère constitue les prémices de la relation mère-enfant. [13]

2.3. La transparence psychique

De son côté, la psychanalyste Monique Bydlowsky emploie le terme de « *transparence psychique* » pour qualifier l'état de susceptibilité de la femme pendant la grossesse. Les raisons de cette transparence psychique s'expliquent par l'investissement narcissique de l'enfant à venir. Cet état se caractérise par une authenticité particulière de la vie psychique qui est perceptible dès les premières semaines de gestation mais surtout patent à partir du second trimestre. Ce qui était habituellement inconscient parvient à devenir conscient. Des rêves fréquents, en particulier des réminiscences de l'enfance, des souvenirs habituellement «refoulés», des deuils anciens, surgissent à la conscience pour prendre une place importante dans les pensées de la femme enceinte: «*L'état de conscience paraît modifié, et le seuil de perméabilité à l'inconscient comme au préconscient, abaissé.*» [14]

Ces différents mécanismes psychiques évoqués ci-dessus se mettent progressivement en place pendant la grossesse afin de permettre à la femme d'accepter la présence d'un être au sein d'elle-même et de créer avec lui une forme particulière et inhabituelle de relation. Ainsi, la conception d'un enfant entraîne chez la femme un véritable bouleversement psychologique, habituellement bien vécu, mais parfois violent et dont l'expression doit être interprétée dans le contexte singulier.

3. Devenir mère après un passé traumatique

Ainsi, pendant la grossesse, le passé peut surgir à la conscience, réactivant des traumatismes jusque-là «refoulés» et qui dès lors envahissent le psychisme de la femme, ne lui permettant pas une gestation psychique «normale».

3.1. Difficultés de l'accès à la maternalité

La violence sexuelle vécue dans l'enfance complique l'accès à la maternalité. Pour la future mère, la grossesse peut devenir une période très angoissante, opposée à la plénitude prônée par notre société actuelle.

« Tout semble parfois se passer comme si le corps de la femme, sollicité par la grossesse (et par conséquent par l'intrusion de l'enfant dans ses entrailles), était susceptible de se réveiller tout à coup et révélait très violemment et brutalement les traces mnésiques d'événements traumatiques qui étaient jusque-là enfouis. Le psychisme s'emballe, indissociable du corps, plongeant la femme dans les noirceurs du traumatisme passé ».
[15]

Voilà ce qu'exprime Benoît Bayle dans l'avant-propos de son livre, maternité et traumatismes sexuels de l'enfance. [15]

Il reprend la théorie de la psychanalyste Monique Bydlowsky, expliqué plus haut, la grossesse laisserait remonter à la conscience des éléments mal enfouis dans l'inconscient. Ici le traumatisme sexuel revient à la conscience de la future mère dans les rêves, ou lors d'un examen clinique, ou encore lors de l'accouchement, lui faisant revivre à l'identique ce qu'elle a vécu, réveillant la mémoire traumatique.

Le suivi de la grossesse peut s'avérer difficile pour ces femmes, certaines allant jusqu'à refuser le suivi ce qui est plutôt rare. Dans la plupart des cas, elles font suivre leur grossesse car leur souhait d'être une bonne mère l'emporte sur leur souffrance. De plus, doutant de leur capacité à être mères, elles vont essayer de rechercher de l'aide, de l'attention auprès des professionnels de santé. La femme enceinte va mettre en place des moyens de défense pour faire face à cette mémoire traumatique. Certaines femmes vont devenir agressives lors d'un toucher pelvien ou pendant l'accouchement afin de répondre à leur impression de soumission face à la sage-femme ou au gynécologue-obstétricien, leur rappelant ce qu'elles ont vécu. D'autres au contraire, vont se soumettre entièrement, prendre une attitude d'absence, comme si elles étaient à l'extérieur de leur corps. [15]

En plus de leur souffrance physique et psychique liées à la grossesse, la future mère peut éprouver des difficultés à créer un lien précoce avec son enfant.

3.2 La difficulté du lien mère-enfant

Pendant la grossesse, la femme enceinte s'interroge sur sa capacité à être une bonne mère: saura-t-elle prodiguer les soins dont son enfant a besoin? Saura-t-elle le protéger? Saura-t-elle l'aimer? Ce questionnement est présent chez beaucoup de futures mères mais associé aux symptômes post-traumatiques, il peut envahir ces mères victimes de violences sexuelles et altérer leur capacité à offrir un environnement suffisamment bon pour leur enfant, même si ce traumatisme suscite parfois un vif désir de réparation. [16]

A la naissance, la femme peut éprouver des difficultés à créer un lien avec son enfant, en particulier par une appréhension à toucher l'enfant, les gestes de tendresse étant ressentis avec la crainte de leur ambiguïté. Les soins de siège peuvent prendre une dimension très intrusive aux yeux de la mère. Elle est hantée par la crainte de la répétition du traumatisme, surtout lorsqu'elle a été victime d'inceste. [16]

En fonction du sexe de l'enfant, la relation ne sera pas envisagée de la même manière. La psychiatre Michelle Rouyer, dans son ouvrage, *Le devenir à l'âge adulte des enfants victimes d'inceste*, évoque le fait que l'enfant réveille l'histoire passée de la mère: «*une fille comme soi-même, un garçon à l'image de l'homme qui a abusé d'elle.*» [17]

La femme éprouve une trop forte ambivalence entre fusion totale et rejet, pouvant mettre en danger de façon inconsciente son enfant.

Plus tard, elle pourra par exemple l'exposer à son propre agresseur (lors d'inceste). D'autres fois, elle projettera précocement son enfant dans le monde adulte en l'initiant au langage de la sexualité. Par exemple, une mère peut interpréter les mouvements de danse de sa petite fille de 7 ans comme des provocations sexuelles susceptibles d'aguicher les hommes.

A l'inverse, d'autres mères se révéleront hyper-protectrices à l'égard de leurs enfants par crainte qu'ils soient eux-mêmes agressés. Elles ne souhaitent pas les confier à d'autres personnes, ou ne supportent pas que même leur conjoint s'occupe de leur enfant. [15]

4. Dépistage et prise en charge

Aussi, la grossesse ne serait-elle pas un moment propice pour dépister les antécédents de violence sexuelle et permettre à ces femmes de parler de leur souffrance pour ensuite être plus accessibles à la relation avec leur futur enfant? Peut-être que le gynécologue-obstétricien, la sage-femme ou le médecin aurait un rôle prépondérant dans l'accompagnement de ces femmes dès le début de la grossesse afin de réduire au mieux les conséquences possibles sur la relation mère-enfant.

4.1 Dépistage

La question du dépistage de la violence sexuelle pendant la grossesse est très controversée. Beaucoup de praticiens expriment une grande réserve à ce sujet jugeant cette attitude trop intrusive ou invoquant la stigmatisation des traumatismes sexuels et leur fatalité.

Pour certains auteurs, comme Karen Holz, sage-femme américaine, qui a beaucoup travaillé avec des femmes victimes de violence sexuelle pendant leur enfance, le fait d'exclure la question du traumatisme sexuel lors de l'anamnèse médicale serait une erreur. Cette attitude cautionnerait l'idée que ce type de traumatisme importe peu ou serait sans conséquence et n'aurait donc pas de valeur à être mentionné. Pour Karen Holz, la recherche des antécédents de traumatisme sexuel représenterait un facteur étiologique important que le médecin ne pourrait négliger. [16] [18]

Selon Penny Simkin, physiothérapeute et sage-femme américaine, le fait d'éviter de poser la question d'un éventuel traumatisme sexuel, renforcerait la sensation de honte de la victime dans l'idée qu'il faut nier la réalité de son expérience passée. [19]

Dans le cadre de plusieurs études, des outils de dépistage (développés dans la discussion) ont été mis en place par des médecins et des sages-femmes afin de pouvoir repérer les femmes qui ont vécu des violences sexuelles et ainsi mieux accompagner leur maternité.

4.2 L'accompagnement des patientes

L'accompagnement des patientes qui ont vécu de la violence sexuelle est primordial. Il est important de prendre en compte leurs difficultés pendant la grossesse, au cours de l'accouchement et dans le post-partum.

Plusieurs auteurs américains comme Christine Courtois et Claire Courtois Riley, respectivement psychologue et sage-femme, ont évoqué un accompagnement spécifique par les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens et les médecins. Leur rôle serait de les soutenir, de les rassurer, en leur donnant une information plus détaillée au sujet des modifications engendrées par la grossesse. [20]

Karen Holz, illustre bien dans son article l'attention qu'il faudrait porter à ces femmes. Par exemple pour le toucher pelvien, selon elle, l'examineur doit l'effectuer avec une attention particulière. Lorsque la femme éprouve une réticence ou semble effrayée par l'examen, le professionnel doit s'adapter, soit en s'abstenant de l'effectuer si cela est impossible, soit en discutant avec la patiente, en la rassurant, en lui permettant de participer à l'examen. Cela ne signifie pas que toutes les femmes qui craignent l'examen pelvien ont vécu de la violence sexuelle et à l'inverse les femmes qui supportent sans difficulté l'examen ne signifie pas qu'elles ne sont pas victimes de traumatisme sexuel.

De la même manière, lorsque la femme paraît absente pendant l'examen, ne répond plus aux questions de la sage-femme ou du gynécologue-obstétricien, il faut penser à un état dissociatif, l'esprit de la femme n'est plus «rattaché» à son corps. Pendant ces moments, l'examineur peut se trouver en difficulté, il peut donc faire appel à un psychologue ou à un psychiatre pour l'aider. [18]

Les auteurs cités ci-dessus, en travaillant avec des patientes victimes de violence sexuelle ont proposé des «protocoles», (développés dans la discussion de ce mémoire) afin d'aider le praticien dans sa clinique, et par conséquent les patientes. Cependant, ces outils ne se substituent pas, bien évidemment, à l'histoire singulière de chaque femme.

Deuxième partie

L'étude

1. Objectif

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les difficultés pour les praticiens de la prise en charge des femmes enceintes ayant été victimes de violence sexuelle afin de proposer des pistes de travail pour l'améliorer.

Cette étude a permis de dresser un état des lieux auprès des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens de la région sur leurs connaissances générales en matière de violences sexuelles, l'appréciation de leur rôle dans la prise en charge pluridisciplinaire de ces patientes et enfin leur éventuel accompagnement spécifique déjà mis en place.

2. Modalités de l'étude

2.1 Population étudiée

L'étude porte sur les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes:

- du CHU de Caen (salle de naissance, suite de naissance physiologique et pathologique, unité de surveillance intensive de grossesse, consultation),
- des centres hospitaliers de Cherbourg, Bayeux, Flers,
- de la clinique du Parc de Caen,
- libéraux de toute la Basse-Normandie
- des services de Protection Maternelle et Infantile et des Centres de Planification de toute la Manche ainsi que ceux de Bayeux, Caen, et Flers.

2.2 Recueil des données

J'ai effectué une étude prospective en élaborant un questionnaire de 24 questions à réponses ouvertes, fermées, ou à choix multiples. Celui-ci est présenté en annexe.

Sur les 342 questionnaires distribués à la population décrite ci-dessus (dont 262 sages-femmes et 80 gynécologues-obstétriciens), j'ai obtenu un taux de retour de 40% (138 réponses).

2.3 Exploitation des résultats

Les réponses au questionnaire ont été traitées à partir du logiciel Excel. L'exploitation des résultats a été effectuée en utilisant des pourcentages, des moyennes et des écart-types, mais aussi à partir du logiciel de biostatistique IBM-SPSS, version 20.0, afin d'obtenir des tests statistiques du type Chi 2.

3. Résultats de l'étude

Pour les résultats, les pourcentages sont calculés à partir des réponses exprimées.

3.1 Présentation des professionnels concernés

Le taux de réponse obtenu (40%) est homogène entre les 2 professions ciblées: 41% pour les sages-femmes et 38,75% pour les gynécologues-obstétriciens.

L'étude a donc inclus 138 professionnels:

- 118 sont des femmes, 20 sont des hommes,
- 107 sont sages-femmes, 31 sont gynécologues-obstétriciens,
- d'âge compris entre 24 et 73 ans, la moyenne d'âge est de 42, l'écart-type de 11.

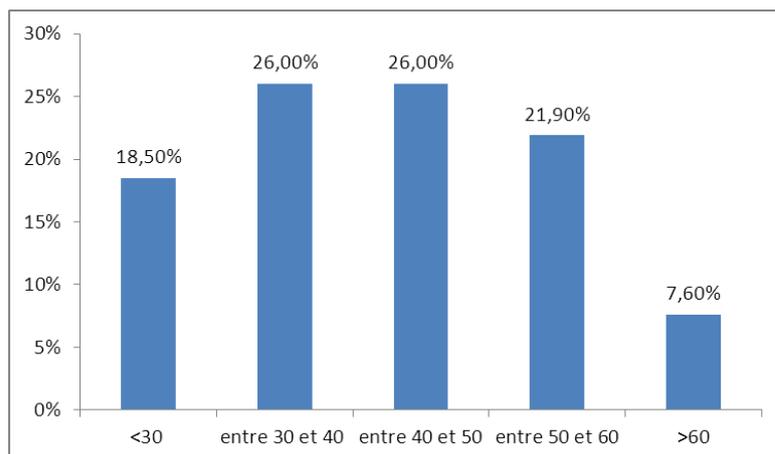


Figure n°1: Répartition de la population en fonction de l'âge.

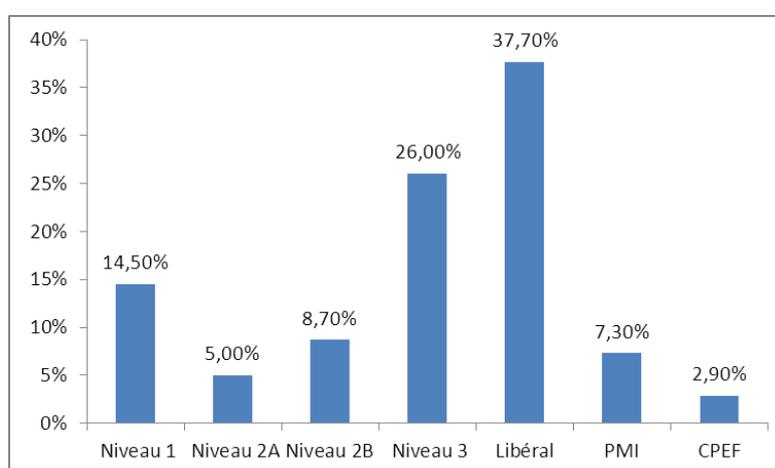


Figure n°2: Répartition de la population en fonction des différents lieux d'exercice.

Tout en rappelant que nombre de professionnels ont plusieurs lieux d'exercice, l'étude a davantage ciblé les libéraux.

3.2 Prise en charge d'une femme enceinte ayant été victime de violence sexuelle

3.2.1 L'expérience des professionnels

Dans leur exercice, les professionnels ont été susceptibles de rencontrer ou non des femmes enceintes ayant été victimes de violence sexuelle dans leur passé, en voici la répartition dans la population interrogée:

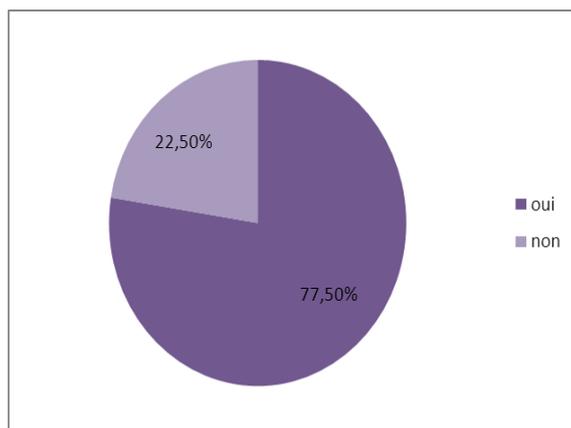


Figure n°3: Répartition des professionnels ayant rencontré ou non une femme enceinte ayant été victime de violence sexuelle dans le passé.

Parmi les professionnels qui n'ont jamais rencontré de patientes victimes de violence sexuelle, on retrouve 17,4% de femmes (n=24) et 5,1 % d'hommes (n=7). D'après le test de Chi 2, la différence n'est pas significative (p=0,156). On retrouve 15,9% de sages-femmes (n=22) et 5,8 % de gynécologues-obstétriciens (n=8), d'après le test de Chi 2, la différence n'est pas significative (p= 0,177).

3.2.2 Modification de leur prise en charge

Les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens, lors de leurs consultations avec ces femmes ont modifié ou non leur prise en charge obstétricale, psychologique et sociale.

Modification de la prise en charge obstétricale:

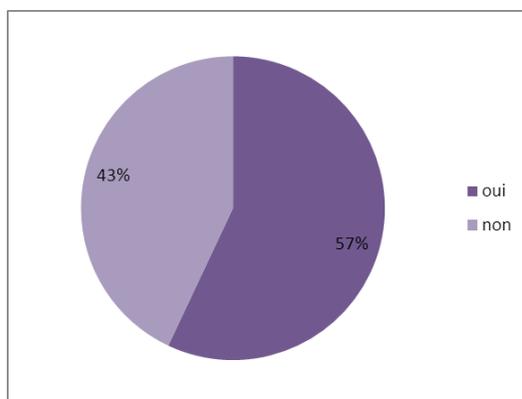


Figure n°4: Répartition des professionnels ayant modifié ou non leur prise en charge obstétricale.

Modification de la prise en charge psychologique:

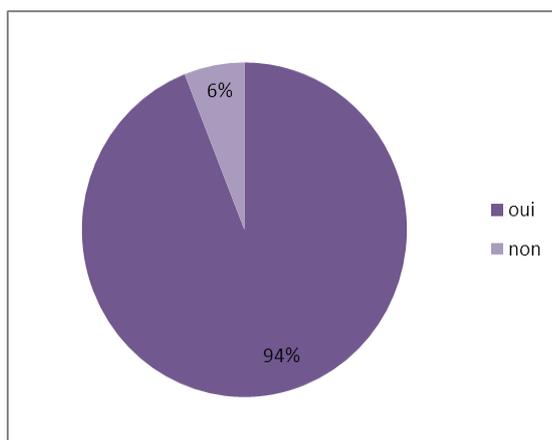


Figure n°5: Répartition des professionnels ayant modifié ou non leur prise en charge psychologique.

Modification de la prise en charge sociale:

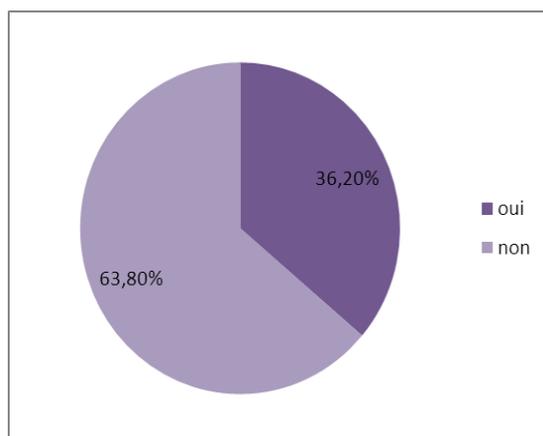


Figure n°6: Répartition des professionnels ayant modifié ou non leur prise en charge sociale.

Dans la majorité des cas, les professionnels ont modifié leur prise en charge obstétricale et psychologique, mais pas leur prise en charge sociale.

Lors des consultations, ils ont essayé de mettre en place pour leur patiente différentes prises en charge par d'autres professionnels:

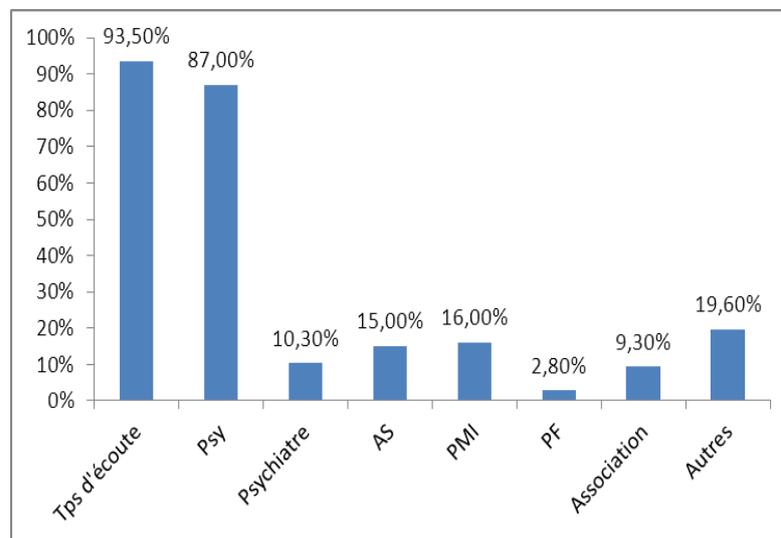


Figure n°7: Répartition des différentes propositions mises en place par le professionnel.

Cette figure montre la manière dont ils ont modifié leur prise en charge psychologique, en leur proposant dans la plupart des cas un temps d'écoute privilégié pendant la consultation (93,5%), ou un entretien avec un(e) psychologue ou psychiatre (respectivement 87% et 10,3%).

Cette figure montre aussi que la prise en charge sociale était moins importante avec dans 15% des cas une proposition de rencontrer un(e) assistant(e) social(e) et dans 16% des cas de rencontrer l'équipe de la PMI (protection maternelle et infantile).

Les associations proposées par les professionnels sont le Collectif Féministe Contre le Viol qui est une association nationale et l'association d'aide aux victimes de violence sexuelle « Sortir du Silence » située à Cherbourg.

Les autres propositions faites sont de rencontrer le ou la cadre du service, un(e) conseiller(e) conjugal, un(e) sexologue, un médecin expert, la police ou l'unité médico-judiciaire (UMJ) pour les inciter à porter plainte, de contacter le centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou le centre national d'information sur les droits des femmes et des familles (CNIDFF) et de présenter leur situation au staff médico-psycho-social dans les établissements où il existe.

3.2.3 L'examen clinique

Lors du premier examen clinique, les médecins et les sages-femmes ont plus ou moins éprouvé des difficultés à effectuer le toucher vaginal pour différentes raisons exposées ci-dessous. Pour d'autres il n'y a pas eu de changement ou encore le toucher vaginal n'était pas nécessaire.

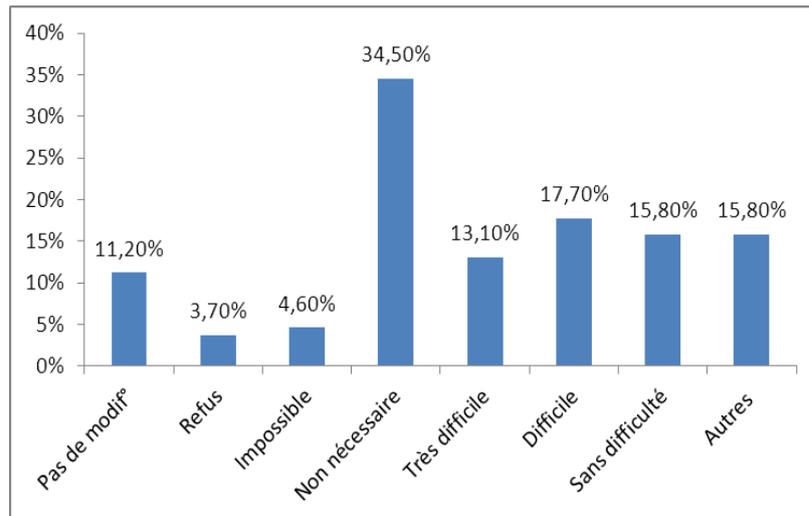


Figure n°8: Le toucher vaginal lors du premier examen clinique.

Dans 39% des cas, le toucher vaginal était un acte compliqué à effectuer.

Dans 15,8% des cas, les professionnels ont discuté longuement avec la patiente, n'ont pas effectué de toucher vaginal pour la mettre en confiance ou l'ont effectué avec son accord et avec beaucoup plus de précaution qu'à l'habitude.

Lors des examens cliniques suivants, le toucher vaginal était-il moins difficile?

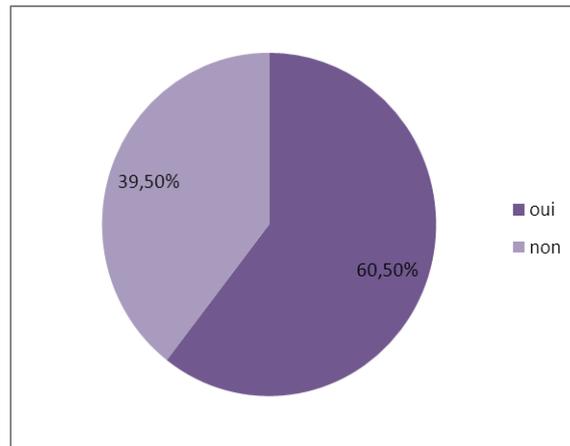


Figure n°9: Répartition des professionnels ayant observé ou non une évolution favorable lors des examens cliniques suivants.

3.2.4 Ressenti du professionnel face à la situation

Le professionnel s'est-il senti démuni devant la prise en charge d'une patiente ayant été victime de violence sexuelle?

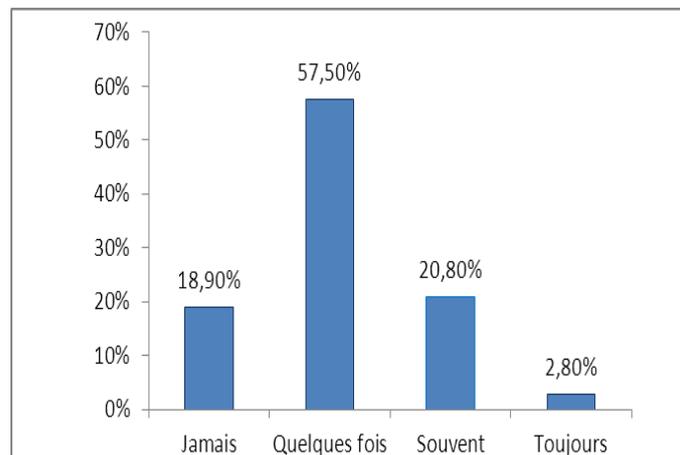


Figure n°10: Fréquence du sentiment de difficulté face à une patiente ayant été victime de violence sexuelle.

On observe que 81,1% des professionnels se sont sentis démunis au moins une fois face à la situation, contre 18,9% qui n'ont jamais éprouvé de difficulté.

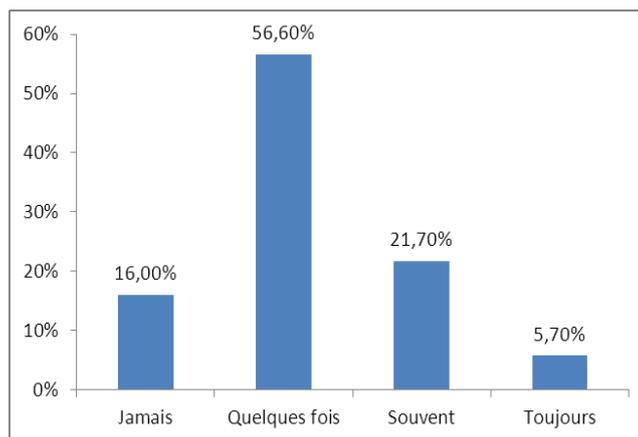


Figure n°11: Fréquence du besoin de parler de la difficulté de la situation.

Parmi les professionnels interrogés, 94% ont ressenti le besoin d'en parler au moins une fois par la suite, 16% n'en ont pas exprimé la nécessité.

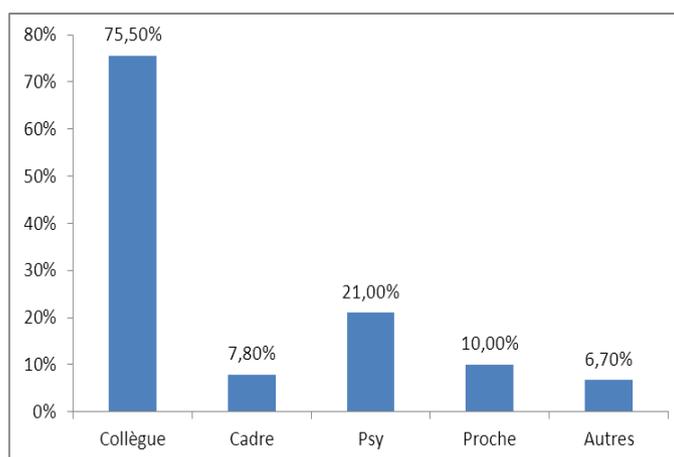


Figure n°12: Répartition des différentes personnes vers lesquelles se sont tournés les professionnels en difficulté face à la situation.

Il est à noter que 6,7% des professionnels se sont tournés vers d'autres personnes comme un psychiatre pour l'un d'entre eux, un sexologue pour un autre, le réseau de périnatalité ou un groupe Balint.

Les groupes Balint sont un outil de supervision et de réflexion sur la relation médecin-malade. Ils sont à l'origine des groupes d'analyse des pratiques, inspirés de la méthode de Michael Balint psychiatre et psychanalyste hongrois du XXème siècle. [21]

3.3 Connaissances des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens sur la violence sexuelle

3.3.1 Les différentes définitions de la violence sexuelle

Définitions	Fréquences	Pourcentages
Acte de pénétration sexuelle commis par violence, contrainte ou surprise.	135	97,80%
Attouchements	131	95,00%
Masturbation imposée	125	90,60%
Photo ou vidéo pornographique sous contrainte	121	87,70%
Exhibitionnisme	86	62,30%
Atteintes sexuelles sans violences sur mineurs	121	87,70%
Rapport contraint au sein du couple	125	90,60%

Tableau n°1: Définitions de la violence sexuelle

Toutes les propositions présentes dans le tableau ci-dessus définissaient la violence sexuelle. Aucune proposition n'a été cochée par tous les professionnels interrogés.

Seulement 62,3% des professionnels ont estimés que l'exhibitionnisme était une forme de violence sexuelle.

3.3.2 Les conséquences de la violence sexuelle

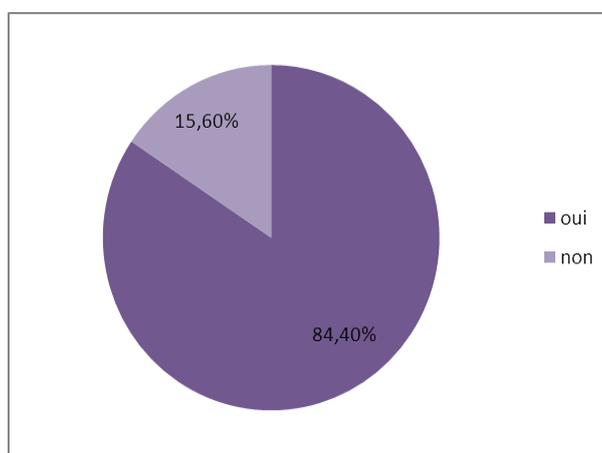


Figure n°13: Répartition des professionnels connaissant ou non les conséquences de la violence sexuelle.

Conséquences	Fréquences	Pourcentage
Troubles somatiques	117	84,80%
Troubles du développement	91	66,00%
Troubles du comportement	123	89,00%
Troubles névrotiques	109	79,00%
Troubles sexuels	122	88,40%
Troubles du lien mère-enfant	94	68,10%
Risque de transmission transgénérationnelle	66	47,80%

Tableau n°2: Les conséquences potentielles de la violence sexuelle

De même que pour la définition de la violence sexuelle, toutes les propositions exposées ci-dessus font partie des conséquences potentielles de la violence sexuelle, et aucune n'a été cochée à 100%, alors que 84,4% des professionnels pensaient les connaître.

Moins de 50% des professionnels connaissent le risque de transmission transgénérationnelle de la violence sexuelle.

3.3.3 Définition de l'inceste

Définitions	Fréquence	Pourcentages
Relation sexuelle entre membres de la même famille	98	71,00%
Transgression d'un tabou universel	26	18,80%
Agression(s) sexuelle(s) ou viol(s) commis par un ascendant légitime, naturel ou adoptif	91	66,00%
Violences sexuelles commises par toute personne ayant autorité sur la victime	41	29,70%
Rapport consenti ou non entre un parent et un enfant, un oncle et une nièce, un grand-parent et un petit-enfant	93	67,40%
Répression sociale des pratiques sexuelles entre individus de même parenté	18	13,00%

Tableau n°3: Propositions de définitions de l'inceste

Il est à noter, respectivement, que seulement 13% et 18,8% des professionnels ont défini l'inceste comme une répression sociale des pratiques sexuelles entre individus de même parenté et comme une transgression d'un tabou universel.

3.3.4 Connaissances en traumatologie et victimologie

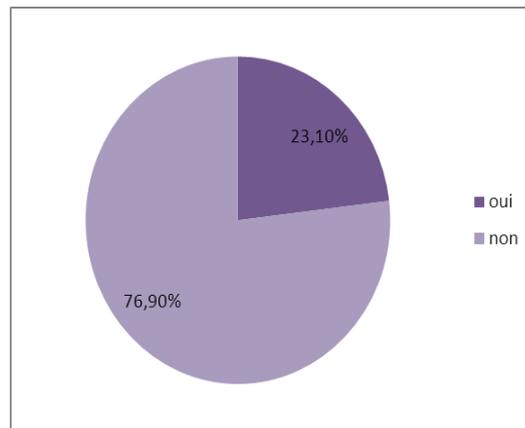


Figure n°14: Répartition des professionnels sur leurs connaissances en traumatologie et victimologie.

Les différents termes exposés ci-dessous sont des termes spécifiques au mécanisme du psycho-traumatisme:

Termes	Fréquences	Pourcentages
Troubles psychotraumatiques	103	74,60%
Sidération psychique	86	62,30%
Etat de stress extrême	87	63,00%
Disjonction	18	13,00%
Etat de dissociation	45	32,60%
Mémoire traumatique	87	63,00%

Tableau n°4: Termes en lien avec le stress post-traumatique

La disjonction et l'état de dissociation sont en effet des termes surtout utilisés en psychiatrie, ils ont été seulement cochés respectivement à 13% et 32,6%.

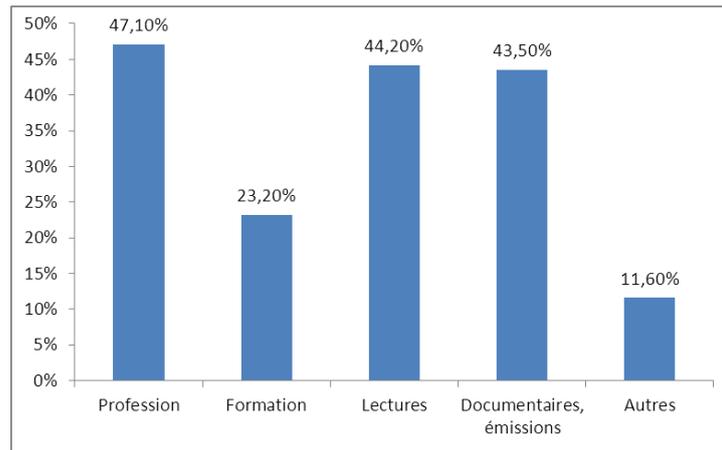


Figure n°15: Répartition des différentes circonstances de découvertes des termes en lien avec le stress post-traumatique.

Dans 11,6% des cas, les professionnels ont découvert ces différents termes dans le cadre de leur formation initiale, à l'école de Sage-Femme ou à la faculté de médecine. D'autres professionnels ont découvert ces termes dans le cadre de formations proposées par l'Association Sortir du Silence.

3.4 La réalité actuelle de la violence sexuelle en France

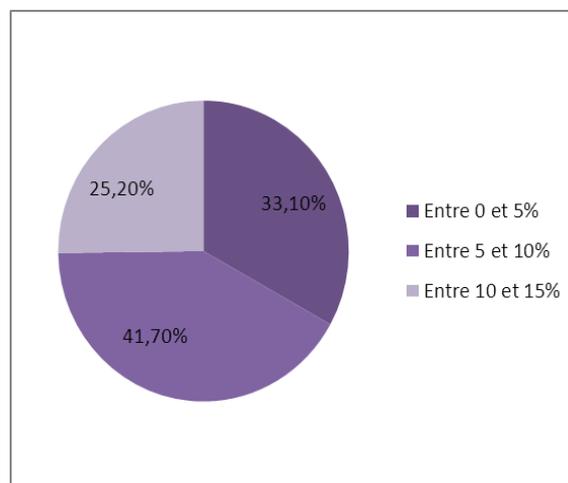


Figure n°16: Répartition des différents pourcentages de l'estimation des agressions sexuelles subies par les mineures, selon les professionnels.

Selon le ministère de la santé, 1 fille/8 soit 12,5% a subi des agressions sexuelles avant 18 ans. L'âge moyen de survenue se situe entre 9 et 12 ans, dans 70 à 80 % des cas par un proche. [22]

Dans l'étude, 74,8% des professionnels ont sous-estimé le pourcentage de filles ayant subi des agressions sexuelles avant 18 ans contre 25,2% d'entre eux qui ont exprimé la bonne estimation.

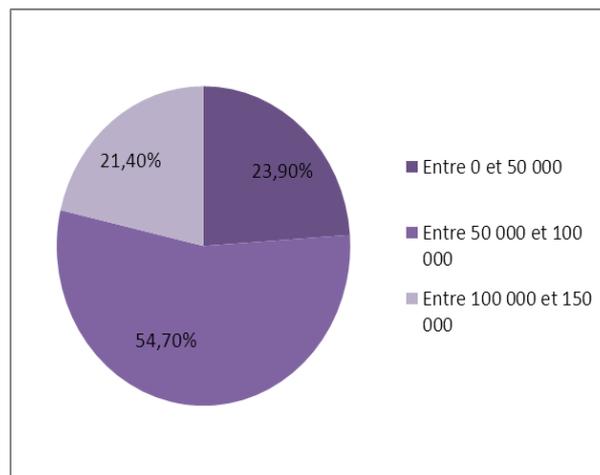


Figure n°17: Répartition des différents pourcentages de l'estimation du nombre de femmes victimes de viol en France sur un an, selon les professionnels.

Selon le rapport annuel de 2009 de l'Observatoire National de la Délinquance, 150 000 femmes ont subi un viol ou un rapport sexuel forcé en 2007- 2008. [23]

Là encore dans l'étude, 78,6% des professionnels ont sous-estimé le nombre de femmes victimes de viol en France par an contre 21,4% d'entre eux qui ont exprimé la bonne estimation.

3.5 Le dépistage

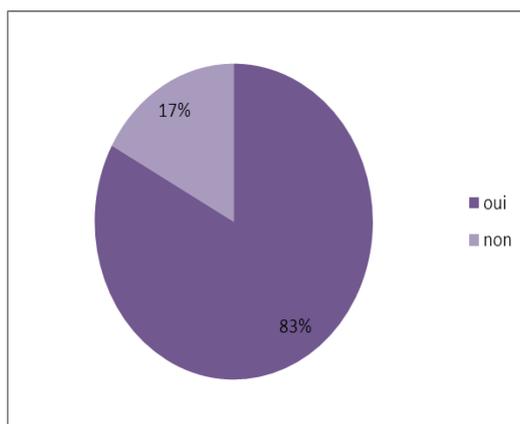


Figure n°18: Répartition des professionnels qui pensent ou non que la grossesse est un moment propice pour dépister les antécédents de violence sexuelle.

Parmi les professionnels qui estiment que la grossesse n'est pas un moment propice au dépistage de la violence sexuelle, on retrouve 12,1% de femmes (n= 16) et 4,5 % d'hommes (n=6). D'après le test de Chi 2 la différence n'est pas significative (p= 0,181). On retrouve 9,1% de sages-femmes (n=12) et 7,6 % de gynécologues-obstétriciens (n=10), d'après le test de Chi 2 la différence n'est pas significative (p= 0,057).

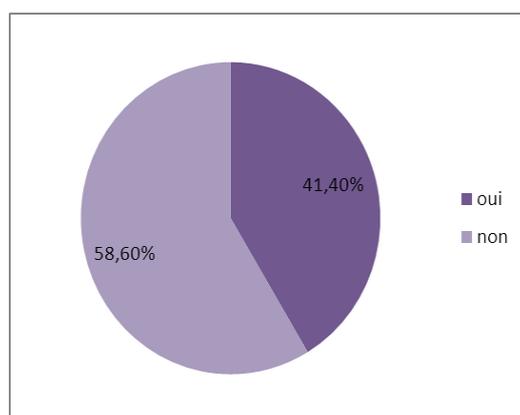


Figure n°19: Répartition des professionnels estimant ou non que la recherche d'antécédents de violence sexuelle devrait faire partie de l'anamnèse systématique.

Parmi les professionnels qui estiment que la recherche d'antécédents ne devrait pas faire partie de l'anamnèse systématique, on retrouve 47,3% de femmes (n= 61) et 10,9 % d'hommes (n=14) . D'après le test de Chi 2 la différence n'est pas significative (p= 0,324). On retrouve 41,9% de sage-femme (n=54) et 15,5 % de gynécologues-obstétriciens (n=20), d'après le test de Chi 2 la différence n'est pas significative (p= 0,346).

Tous les professionnels qui estiment que la recherche d'antécédents devrait faire partie de l'anamnèse systématique, considèrent la grossesse comme un moment propice au dépistage. D'après le test de Chi 2, la différence est significative (p= 0,000).

3.6 Le rôle des professionnels

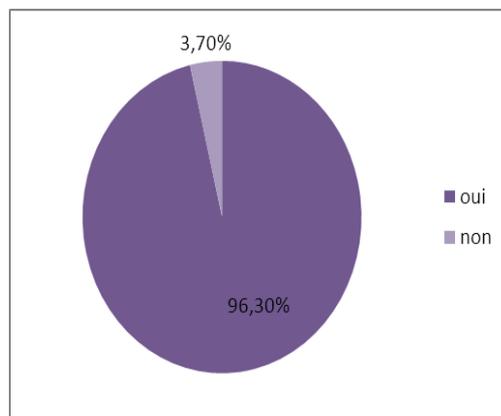


Figure n°20: Répartition des professionnels pensant ou non que la sage-femme et le gynécologue-obstétricien ont un rôle-clé dans la prise en charge pluridisciplinaire des patientes enceintes ayant été victime de violence sexuelle.

3.7 La formation

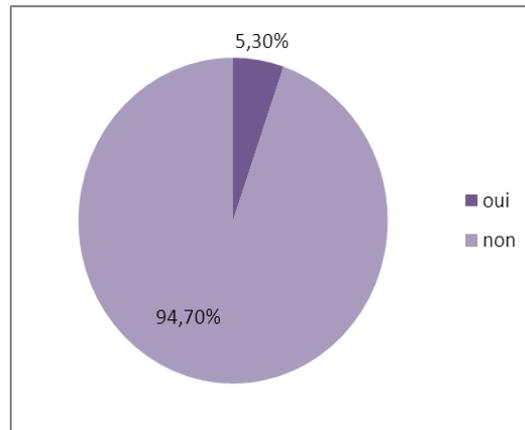


Figure n°21: Répartition des professionnels se sentant suffisamment formés ou non pour prendre en charge ces patientes de façon optimale.

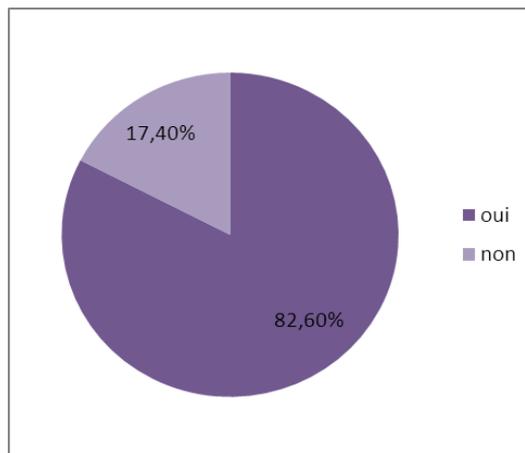


Figure n°22: Répartition des professionnels ressentant ou non le besoin d'une formation plus spécifique pour mieux appréhender ces situations.

Certains estiment avoir d'autres priorités de formation, d'autres sont en fin de carrière donc ne voient pas l'intérêt de s'investir dans une formation spécifique de fait du peu de temps professionnel qu'il leur reste à accomplir.

Parmi les professionnels qui estiment ne pas avoir une formation suffisante, 80,3% souhaiteraient une formation complémentaire contre 14,4% qui ne considèrent pas avoir ce besoin. D'après le test de Chi 2, la différence est significative ($p=0,018$).

Parmi les sages-femmes qui estiment avoir besoin d'une formation, 89,9% se sont senties démunies face à la situation, et pour ceux qui n'ont jamais ressenti de difficulté, 64,3% estiment en avoir besoin.

D'après le test de Chi 2, la différence est significative ($p=0,026$).

Parmi les gynécologues-obstétriciens qui estiment avoir besoin d'une formation, 75% se sont sentis parfois ou souvent démunis, et pour ceux qui n'ont jamais ressenti de difficulté, 100% estiment en avoir besoin.

D'après le test de Chi2 la différence est non significative ($p=0,532$).

Troisième partie

La Discussion

1. Les biais de l'étude

- Le questionnaire comportant 24 questions dont certaines à réponses ouvertes réclamait beaucoup de temps pour le remplir.
- Lors de l'élaboration de ce questionnaire, certaines questions ont été mal formulées. Les questions 7, 8 et 9 portaient sur le recensement des situations rencontrées et la façon dont les professionnels avaient abordé le problème, avec la distinction précise entre les fois où la question de la violence sexuelle avait été abordée par eux et celles où c'était la patiente qui en avait parlé spontanément. De plus, ces questions ne portaient pas sur une durée récente de consultation (type au cours de ces 6 derniers mois), ce qui rendait trop difficile l'effort de mémorisation, compte tenu de l'activité clinique. Il aurait fallu poser ces questions différemment, en proposant soit les items jamais, quelquefois, souvent, toujours, soit des intervalles (entre 0 et 10, 10 et 20, etc...). Ces questions n'ont donc pas été exploitées.

2. Les points forts de l'étude

Le questionnaire a suscité de l'intérêt comme le montre le taux de réponses à 40%. La plupart des professionnels qui ont répondu ont pris le temps de réfléchir et de s'exprimer sur le sujet.

Certains ont émis des commentaires positifs quant au choix du sujet de mon étude.

Cette étude a permis de dresser un état des lieux sur les connaissances des professionnels interrogés et sur leur prise en charge. Elle pourra peut-être permettre d'apporter des solutions pour une prise en charge plus optimale des patientes ayant été victimes de violence sexuelle.

3. Analyse

3.1 Profil des professionnels

Parmi les professionnels interrogés, 77,5% ont rencontré au moins une patiente enceinte ayant été victime de violence sexuelle dans son passé.

Je me suis posé la question de savoir quel était le profil de ces professionnels: sexe, qualification, lieu d'exercice.

Sur les 138 professionnels qui ont répondu 85,5% sont des femmes (n=118); Sont-elles plus sensibles à ce sujet? Ou les victimes sont-elles plus à l'aise avec des femmes pour en parler?

D'après les tests statistiques effectués, les femmes n'ont pas rencontré plus de patientes victimes que les hommes, malgré la majorité de femmes interrogées dans l'étude.

Il en est de même pour la profession, les $\frac{3}{4}$ sont des sages-femmes (n=107 dont 2 hommes) mais les tests statistiques ne montrent pas que les sages-femmes se sentiraient plus concernées que les gynécologues-obstétriciens.

De plus les professionnels ont rencontré ces situations dans tous les lieux d'exercice, que ce soit dans les maternités de différents niveaux, en libéral, en PMI ou en CPEF.

Beaucoup de professionnels ont été confrontés à ces patientes, ce qui montre la fréquence de ces situations et donc l'importance de leur prise en charge.

Mais en ce qui concerne l'estimation du nombre de femmes victimes de viol en France par an, seulement 21,4% des professionnels ont la bonne estimation. Et pour ce qui est de l'estimation du pourcentage de mineures ayant subi une ou plusieurs agressions sexuelles, seulement 25,2% ont exprimé la bonne estimation.

La violence sexuelle n'est pas une situation rare puisque selon le rapport annuel de 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, 200 000 femmes entre 18 et 75 ans ont été victimes de violences sexuelles sans compter la violence conjugale.

[24]

Et selon l'étude 77,5% des professionnels interrogés ont déjà rencontré au moins une patiente enceinte ayant été victime de violence sexuelle dans le passé.

3.2 La prise en charge des patientes

Dans 57% des cas, les professionnels ont modifié leur prise en charge obstétricale. Lors du premier examen clinique, 34,5% ont estimé que le toucher vaginal n'était pas nécessaire, 15,8% ont discuté avec la patiente, n'ont pas effectué de toucher vaginal pour les mettre en confiance, ou l'ont effectué avec leur accord.

Dans 39% des cas, les professionnels ont eu des difficultés à pratiquer l'examen gynécologique.

En ce qui concerne la prise en charge psychologique, 94% des professionnels l'ont modifiée. Dans 93,5% des cas, ils ont accordé à leurs patientes un temps d'écoute privilégié, et dans 87% des cas, ils leur ont proposé un suivi psychologique.

Pour ce qui est de la prise en charge sociale, seulement 36,2% des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes l'ont modifiée. Dans 15 à 16 % des cas, ils ont proposé aux patientes de rencontrer une assistante sociale, ou la PMI. Et seulement dans 2,8% des cas de rencontrer les intervenants du planning familial.

3.3 Ressenti des professionnels interrogés

On constate que 81,1% des professionnels interrogés se sont sentis démunis au moins une fois dans la prise en charge d'une patiente ayant été victime de violence sexuelle par le passé, et 94% d'entre eux ont ressenti le besoin d'en parler, dont 75,5% à un collègue et 21% à un psychologue du service ou autre.

Benoît Bayle exprime l'importance d'un soutien psychologique des soignants car l'accompagnement de ces femmes peut réveiller leurs propres douleurs. [16]

De plus, 94,7% des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens interrogés se sentent insuffisamment formés pour prendre en charge de manière optimale ces patientes, et 82,6% d'entre eux estiment avoir besoin d'une formation spécifique. Certains professionnels qui ont répondu ne pas avoir besoin de formation complémentaire justifient leur réponse en invoquant d'autres priorités de formation, et d'autres étant en fin de carrière estiment ne pas avoir le temps nécessaire pour mettre en pratique une nouvelle formation

D'après les tests effectués dans la partie précédente, on s'aperçoit que ce ne sont pas seulement les professionnels qui se sont sentis démunis face à la situation qui souhaitent une formation spécifique. Parmi les sages-femmes ressentant le besoin d'une formation, 64,3% ne s'étaient jamais senties en difficulté et parmi les gynécologues-obstétriciens qui ne s'étaient pas sentis démunis face à la situation, 100% souhaitent quand même une formation complémentaire.

3.4 Connaissance des professionnels interrogés

Lorsque dans mon questionnaire, j'ai demandé aux sages-femmes et gynécologues-obstétriciens ce qu'était pour eux la définition de la violence sexuelle, personne n'a coché toutes les propositions, pourtant toutes référencées dans le code pénal et développées sur le site du Collectif féministe contre le viol. [1] [2]

De même, 84,4% des professionnels interrogés pensent connaître les conséquences potentielles de la violence sexuelle. Pourtant, respectivement, seulement 66% d'entre eux pensent que la violence sexuelle peut engendrer des troubles du comportement, 68,1% des troubles du lien mère-enfant et 47,8% un risque de transmission transgénérationnelle.

En ce qui concerne les connaissances en traumatologie et victimologie, seulement 23,1% des praticiens interrogés pensent avoir quelques notions dans ce domaine. 13% d'entre eux connaissent le terme de disjonction, 32,6% connaissent la notion d'état de dissociation.

Rappelons que ces termes décrivent les mécanismes mis en place par la victime pour faire face à la violence lors d'une agression. Il est donc possible de rencontrer une femme qui lors de l'examen clinique entre dans un état dissociatif. C'est pourquoi, il me paraît important de connaître ces mécanismes afin de pouvoir les dépister et agir en conséquence.

La plupart d'entre eux ont eu notion de ces termes au cours de leur expérience professionnelle (47,1%), ou au détour de lectures, de visionnage de documentaires (87,7%), donc dans le cadre privé.

Seuls 11,6% (n=15 dont 14 sages-femmes) des professionnels ont eu des notions de traumatologie et victimologie lors de leur formation initiale et 23,2% au cours de leur formation continue.

Je n'ai pas recensé dans la littérature, des données concernant la prise en charge par les praticiens, leur formation et leur connaissance sur le sujet très spécifique de la violence sexuelle, me permettant de comparer les résultats obtenus dans l'étude.

En revanche, le rapport de Roger Henrion au ministre de la santé en 2001, suivi du mémoire de Noémie Rousseau, de l'école de Sage-Femme de Toulouse, en 2008, sur les violences conjugales rapportent des résultats comparables à ceux de mon étude.

Roger Henrion affirme dans son rapport que beaucoup de « *médecins sont inconscients de l'ampleur du problème* » et du fait que la violence peut s'exercer dans n'importe quel milieu. « *Ils sont nombreux à n'avoir reçu aucune formation au cours de leurs études* ». « *Ils ne savent pas comment aborder le problème et prendre de bonnes décisions* » et « *ont tendance à gérer seuls le problème* » (70 % des cas). [25]

Noémie Rousseau s'est interrogée sur les connaissances, les difficultés rencontrées dans leur pratique, les réactions et les sentiments des sages-femmes sur les violences conjugales. Son étude portait sur 20 sages-femmes exerçant dans des secteurs différents (libéral, PMI, consultations en maternité). [26]

En voici les principaux résultats :

- 18 sages-femmes sur les 20 interrogées ont déjà été confrontées à des situations de violence conjugale (90%) - 77,5% des professionnels interrogés dans mon étude ont été confrontés aux situations de violence sexuelle.
- 16 sages-femmes sur 20 disent n'avoir jamais eu de formation sur le thème de la violence conjugale (80%). Sur ces 16 sages-femmes, 15 sont intéressées pour en faire une (94%) - 94,7% des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens interrogés dans mon étude se sentent insuffisamment formés et 82,6% d'entre eux estiment avoir besoin d'une formation spécifique.

Bien que le sujet ne soit pas strictement le même, il est question de la violence faite aux femmes, et l'objectif de ces enquêtes se recoupe amenant à des résultats similaires.

3.5 Rôle dans la prise en charge et dépistage

Les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens interrogés semblent unanimes (96,3%) sur le fait qu'ils ont un rôle clé dans la prise en charge de ces patientes et sur le fait que la grossesse serait un moment propice pour dépister les antécédents de violence sexuelle (83%).

En revanche, leur avis est mitigé sur la recherche systématique des antécédents de violence sexuelle lors de l'anamnèse (41,4% pour – 58,6% contre).

Rencontrer une femme enceinte qui a été victime de violence sexuelle par le passé n'est pas un cas rare, pourtant les professionnels interrogés ont reconnu qu'ils n'étaient pas préparés à ce genre de situation car beaucoup se sont sentis en difficulté face à ces femmes. Beaucoup ont modifié leur prise en charge obstétricale, et psychologique mais beaucoup moins sur le plan social. Néanmoins, leur prise en charge semble encore insuffisante et cela s'explique par leur manque de connaissances générales sur le sujet. La plupart d'entre eux estiment ne pas être assez formés et souhaitent une formation complémentaire. D'ailleurs ils ont émis beaucoup de propositions quant au type de formation, au contenu et aux intervenants.

La plupart des professionnels sont conscients de l'importance de leur rôle et estiment avoir leur place dans la prise en charge de ces femmes. Mais tous ne sont pas d'accord sur la façon de procéder: faut-il ou non rechercher de façon systématique les antécédents de violence sexuelle lors des consultations pré-natales?

4. Propositions

La violence sexuelle est un traumatisme qui peut entraîner des conséquences importantes développées dans la première partie, dont les difficultés du lien mère-enfant et le risque de la répétition à travers les générations (surtout dans les cas d'inceste). Ces conséquences pourraient être limitées si l'on dépistait ces antécédents le plus tôt possible et si l'on accompagnait ces femmes de manière adaptée dès le début de la grossesse.

4.1 Dépistage et accompagnement des patientes

Le dépistage pendant la grossesse suscite un réel intérêt auprès des professionnels interrogés (83%) et cela se confirme dans la littérature avec les écrits de Benoît Bayle, Karen Holz et Penny Simkins. [16] [18] [19]

En revanche les modalités de dépistage restent à être déterminées. Les professionnels interrogés dans mon étude ne semblent pas s'accorder sur le dépistage systématique. Pour certains poser la question serait trop violent et intrusif pour les patientes, ce serait un sujet trop difficile à aborder. Ils proposent plutôt *«d'attendre que cela vienne des patientes, quand elles seront prêtes à en parler»*.

D'autres proposent un dépistage au cas par cas, *«selon certains comportements»*, ou *«lors de l'entretien prénatal»*.

La littérature exprime les mêmes hésitations concernant les modalités de dépistage. Tous ne sont pas pour le dépistage systématique dans le sens où l'on poserait la question directement, des auteurs ont alors mis en place quelques outils.

Benoît Bayle, dans son ouvrage, *Faut-il dépister les antécédents de traumatisme sexuel lors de la grossesse ?*, parle d'un questionnaire simple de 6 questions élaboré par J.A Roussillon, qui a été validé par l'*American college of Nurse-Midwives*. [16] Il aurait été intéressant de retrouver ce travail mais malheureusement je n'ai pas pu y avoir accès. Cet outil pourrait être utilisé en systématique, lors du suivi de grossesse afin de détecter la population concernée.

Une critique à l'égard de ce type de questionnaire pourrait être la banalisation type enquête, revêtant alors un caractère déshumanisé, loin de la relation d'aide au patient. Certaines femmes seraient dans l'incapacité de répondre à ces questions dans le cadre d'une simple enquête, surtout si elles n'entrevoient pas l'aide que ces révélations lui apporteraient.

Une solution alternative, serait de laisser les praticiens recueillir l'information, soit lors de l'anamnèse, soit lors de l'examen gynécologique, par des questions adaptées et rédigées par eux.

Peut-être faudrait-il préférer au dépistage systématique un dépistage au cas par cas avec une grille de lecture qui orienterait le dépistage?

Ainsi, des sages-femmes ont publié des listes de signes d'appel qui doivent faire évoquer un antécédent de traumatisme. Par exemple Penny Simkin a établi une liste de signes à reconnaître au cours du travail, dont voici un extrait «*peu ou pas de suivi anténatal, de nombreuses grossesses non planifiées se terminant par un avortement, utilisation de drogue ou d'alcool, nombreux antécédents de MST, cicatrices d'automutilation, se recroqueville au contact, insiste pour que le soignant soit une femme, obsession de propreté*», etc... [27].

Il est important de savoir repérer les signes qui pourraient nous amener à nous poser la question d'un éventuel antécédent de violence sexuelle le plus tôt possible lors des consultations prénatales ou pendant l'entretien prénatal précoce ou à défaut même en salle de naissance. Néanmoins, il faut savoir qu'aucun de ces signes pris isolément n'est pathognomonique d'un traumatisme sexuel.

Une étudiante sage-femme dans le cadre de son mémoire pour l'obtention du diplôme d'état en 2005 à Marseille, a proposé l'utilisation d'un «*score de maltraitance sexuelle infantile*». Cela se présente sous la forme d'un questionnaire de 10 questions cotées à 0 ou 1.

Age de la mère au 1er enfant	(0 si âge > 25 ans sinon 1)	
Fausse couche spontanée	(0 si 0 FCS sinon 1)	
Interruption volontaire de grossesse	(0 si 0 IVG sinon 1)	
Déclenchement du travail	(0 si début de travail spontanée sinon 1)	
Cauchemars pendant la grossesse	(0 si pas de cauchemars sinon 1)	
Plus de cauchemars qu'avant la grossesse	(0 si moins sinon 1)	
Toucher vaginal angoissant	(0 si pas d'angoisse et sinon 1)	
Accouchement vécu comme un moment sale	(0 si non et 1 si oui)	
Respect de l'intimité	(0 si sensation de respect sinon 1)	
Gêne par la présence d'un soignant homme	(0 si absence de gêne sinon 1)	
SCORE		

Tableau n°1:Présentation du score de maltraitance sexuelle infantile, tiré du mémoire de Sophie Fulachier-Loyal. Quand la petite fille maltraitée sexuellement devient maman. Maltraitance sexuelle infantile, dépistage et initiation de la prise en charge en maternité. Ecole de Sages-Femmes, Marseille, 2005.

En fonction du score obtenu, on estime que la patiente est à risque ou non d'avoir des antécédents de violence sexuelle. En cas de risque avéré (score > 3), il faut lui poser la question concrètement : « *Avez-vous été abusée sexuellement dans votre enfance ?* ». [9]

Il existe des outils de dépistage qui semblent intéressants à utiliser. Mais le fait de poser la question directement ou indirectement de la manière la plus appropriée me semble finalement le plus efficace pour dépister ces femmes. A mon sens, aucun des outils décrits ci-dessus ne permet à lui seul de dépister toutes ces femmes.

De plus le fait de poser la question clairement permettrait peut-être d'atténuer le malaise partagé, du côté des victimes comme des professionnels, qui persiste autour de la violence sexuelle. Les femmes se sentiraient plus reconnues, du moins plus entendues.

On peut comparer ce dépistage à la question de la consommation de l'alcool pendant la grossesse qui, il y a quelques années encore, était un sujet tabou. Aujourd'hui les pratiques ont évolué, les professionnels sont plus à l'aise pour parler de cela, les patientes aussi.

Alors peut être que d'ici quelques années la question de la violence sexuelle ne sera plus taboue.

Le dépistage des antécédents de violence sexuelle pendant la grossesse est essentiel afin que les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens et les médecins puissent adapter leur prise en charge.

La prise en compte des difficultés que rencontrent ces femmes est primordiale pour l'élaboration de leur lien avec leur futur enfant.

Le rôle des professionnels de santé est d'être à l'écoute, de leur livrer de plus amples informations sur les changements physiologiques qu'engendre la grossesse comme le préconise Christine Courtois et Claire Courtois Riley. [20]

Sur le plan clinique, l'examen gynécologique doit être fait avec une plus grande attention, en utilisant du matériel adapté (petit spéculum), en l'insérant très lentement. Il faut rassurer la patiente, notamment en lui expliquant les gestes effectués. Si l'examen est trop difficile, pourquoi ne pas le reporter, bien sûr si le contexte ne l'impose pas. La patiente doit aussi être actrice dans la prise de décision.

Les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens sont en première ligne pour le dépistage de ces femmes, ils doivent être à l'aise avec le sujet et savoir reconnaître les différents signes d'appel pour ensuite adapter leur prise en charge et rediriger les patientes vers d'autres professionnels si elles le souhaitent. Pour cela, la formation occupe une place essentielle.

4.2 La Formation

L'utilisation d'outils et la spécificité de l'accompagnement obligent le professionnel de santé à avoir une connaissance du sujet, ainsi que des qualités d'écoute et d'empathie. Un travail préalable d'information, de formation et de préparation s'impose afin de mieux accompagner ces femmes victimes de violence sexuelle.

Les professionnels interrogés ont émis de nombreuses propositions quant au type de formation qu'ils souhaiteraient et au contenu permettant de répondre à leurs attentes.

Par exemple, des notions de traumatologie et de victimologie pourraient être enseignées au cours de la formation initiale afin d'avoir une certaine connaissance générale sur les différentes expressions de la violence sexuelle et sur leurs potentielles conséquences.

La mise en place de tables rondes ou de conférences où des professionnels comme des traumatologues, victimologues, des psychiatres ou pédopsychiatres, des intervenants des services sociaux pourraient faire part de leurs expériences et donner quelques pistes pour repérer les signes d'appel, et savoir interroger les patientes avec l'impact connu des formulations.

De même dans le cadre de la formation continue, sont demandés des rappels et une mise à jour sur les différents textes de lois et sur les lieux ressources qui existent pour aider les professionnels et les victimes dans leur démarche.

Enfin, une formation à l'écoute semble importante tant pour que le professionnel soit à l'aise avec le sujet que pour la patiente, qu'elle puisse énoncer sans rencontrer de réticence les éléments importants de son vécu, se sentir en sécurité et en confiance tout le long de son parcours.

Les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens semblent occuper une place privilégiée pour dépister les antécédents de violence sexuelle et permettre ensuite à ces femmes l'accès à une prise en charge pluridisciplinaire. Leur rôle n'est pas de remplacer les psychologues et les psychiatres, mais de repérer les signes d'appel pour adapter leur conduite obstétricale et pour diriger les patientes victimes vers d'autres professionnels si besoin. C'est pour cela qu'une formation spécifique est fondamentale.

De plus, une collaboration entre les différents professionnels qui vont s'occuper de ces patientes est essentielle pour élaborer une prise en charge optimale. Une supervision des professionnels doit aussi être envisagée car ces accompagnements peuvent déstabiliser intimement les soignants, voire entrer en résonance avec des douleurs personnelles ou familiales. Des réactions défensives chez le soignant sont alors souvent notées (tel que la banalisation ou le rejet) ou à l'opposé des confusions de rôle avec une trop grande proximité avec la patiente.

Conclusion

La violence sexuelle est un véritable problème de santé publique. Les chiffres déjà cités le confirment, sans compter les 600 000 femmes qui ont subi en 2012 des violences (sexuelle, physique et morale) au sein même de leur couple.

Elle fait partie des traumatismes les plus graves entraînant dans 60 à 80% des cas des conséquences parfois irréversibles.

Et pendant la grossesse, la transparence psychique peut faire resurgir à la conscience des souvenirs jusque-là «refoulés». Dans les cas de reviviscence de traumatismes sexuels plus ou moins «enfouis» la femme vit sa grossesse, son suivi voire l'accouchement avec beaucoup plus de difficulté. L'angoisse de ne pas être une «bonne mère», avec notamment toute la difficulté de confrontation à venir avec l'intimité d'un bébé, peut surgir.

Les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens sont en première ligne pour dépister les antécédents de violence sexuelle et permettre à ces femmes l'accès à une prise en charge pluridisciplinaire. Pourtant ils sous-estiment souvent sa fréquence et ses conséquences.

En revanche, ils sont conscients de leur rôle qui est de repérer les signes d'appel pour adapter leur conduite obstétricale et de diriger les patientes victimes vers d'autres professionnels si besoin.

Mais, la majorité d'entre eux reconnaissent ne pas être assez formés et souhaitent y remédier.

Une approche de la violence sexuelle au cours de la formation initiale et continue paraît primordiale pour permettre aux jeunes diplômés et aux professionnels de se sentir plus sereins dans la prise en charge de ces femmes.

Quand d'une façon évidente pour tous, la violence sexuelle apparaît comme un véritable « mal » à identifier, en tant que professionnels de santé, proches des femmes, il est de notre devoir d'y participer activement.

Bibliographie

- [1] Code pénal. www.legifrance.gouv.fr, 3 octobre 2012.
- [2] Collectif féministe contre le viol. Viols Femmes Information. www.cfcv.asso.fr/viols-femmes-informations, 3 octobre 2012.
- [3] Code du travail. www.legifrance.gouv.fr, 3 octobre 2012.
- [4] Code civil. www.legifrance.gouv.fr, 3 octobre 2012.
- [5] Freud S. Au delà du principe de plaisir. Payot. Paris. 1968. 280 p.
- [6] Geopsy: la psychologie interculturelle.
http://www.geopsy.com/cours_psycho/le_trauma_psychique.pdf, 20 Octobre 2012.
- [7] Salmona M. La mémoire traumatique. In Kédia M. L'aide mémoire en psychotraumatologie. Dunod, Paris, 2008, p 153-59.
- [8] Salmona M. Violences envers les femmes et les filles, fléau mondial. Bourg la Reine, 2010, 24 p.
- [9] Fulachier-Loyal S. Quand la petite fille maltraitée sexuellement devient maman. Maltraitance sexuelle infantile, dépistage et initiation de la prise en charge en maternité. Ecole de Sages-Femmes, Marseille, 2005.
- [10] Freud S. Totem et tabou. Payot, Paris, 2004, 240 p.
- [11] Bayle B. L'enfant à naître, identité conceptionnelle et gestation psychique. Eres, Ramonville Saint-Agne, 2005, 391 p.
- [12] Winnicott D. De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot, Paris, 1969.
- [13] Racamier P.C. La maternité psychotique, de psychanalyse en psychiatrie, études psychopathologiques. Payot et rivages, Paris, 1998.
- [14] Bydlowsky M. La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité. PUF, Paris, 1997.
- [15] Bayle B. Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance, une clinique de l'interface soma-psyché. L'Harmattan, Paris, 2006.
- [16] Bayle B. Faut-il dépister les antécédents de traumatisme sexuel lors de la grossesse? In Missonier S, Golse B, Soule M. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. PUF, Paris, 2004, p 395-425.
- [17] Rouyer M. Le devenir à l'âge adulte des enfants victimes d'incestes. In Castro D. Incestes. L'esprit du temps, Le Bouscat, 1995, p305-11.
- [18] Holz K. A practical approach to clients who are survivors of childhood sexual abuse. Journal of Nurse-Midwifery 1994; 39: p 13-8.

- [19] Simkin P. Violences et abus sexuels. Les dossiers de l'Obstétrique 1999; 269: p 25.
- [20] Courtois C, Courtois Riley C. Pregnancy and childbirth as triggers for abuse memories: Implications for care. Birth 1992; 19: p 222-23.
- [21] Encyclopédie universalis. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/michael-balint/>, 3 Janvier 2013.
- [22] CRIFIP. Centre de recherches internationales et de formation sur l'inceste et la pédocriminalité. <http://www.crifip.com/s-informer/les-chiffres/statistiques-chiffres.html/>, 9 Mars 2013.
- [23] Rapport de l'Observatoire national de la délinquance 2009. La criminalité en France. CNRS éditions, Paris, 2009, 710 p.
- [24] Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, synthèse. La criminalité en France. CNRS éditions, Paris, 2012, 60 p.
- [25] Henrion R. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. La documentation française, Paris, 2001, 81 p.
- [26] Rousseau N. Les Sages-Femmes face aux violences conjugales pendant la grossesse. Ecole de Sage-Femme, Toulouse, 2008.
- [27] Simkin P. Aider les victimes d'abus sexuel pendant le travail. Les dossiers de l'Obstétrique 1999; 269: p 16-8.

Annexe

QUESTIONNAIRE

1- Votre âge:

2- Sexe: Femme Homme

3- Nombre d'années d'expérience:

4- Vous êtes: Sage-femme Gynécologue-obstétricien

5- Dans quel service travaillez-vous?

- En établissement hospitalier, précisez niveau 1 2A 2B ou 3
- En libéral
- En PMI
- En centre de planification

6- Avez-vous déjà pris en charge une patiente enceinte ayant été victime de violence sexuelle par le passé?

- Oui Non

Si oui, combien approximativement?

Si la réponse est non, veuillez passer directement à la question 15.

7- Est- ce vous qui avez posé la question?

- Oui, pour combien d'entre elles: Non

8- Est- ce la patiente qui en a parlé spontanément?

- Oui, pour combien d'entre elles: Non

9- Était-ce la première fois qu'elle en parlait à un professionnel?

- Oui, pour combien d'entre elles : Non

10- Avez-vous modifié votre prise en charge?

- Obstétricale : oui non
Psychologique: oui non
Sociale: oui non

Si oui, qu'avez-vous mis en place? (le plus souvent)

- Vous lui avez accordé un temps d'écoute privilégié
- Vous l'avez orienté vers d'autres professionnels ou autres services.
Lesquels ?
 - Un(e) psychologue
 - Un(e) psychiatre
 - Un(e) assistant(e) sociale
 - La PMI
 - Le planning familial
 - Une association, laquelle:.....
 - Autres:
- Autres:.....

11- Lors du premier examen clinique: (le plus souvent)

- Vous n'avez rien modifié dans vos pratiques
- Vous n'avez pas effectué de toucher vaginal
Pour quelle raison?
 - Refus de la patiente
 - Impossible à réaliser
 - Non nécessaire
- Vous avez effectué un toucher vaginal
 - Très difficilement
 - Difficilement
 - Sans difficulté
- Autres:

12- Lors des examens cliniques suivants, avez-vous constaté une évolution favorable? (le plus souvent)

- Oui
- Non

Commentaires libres si besoin pour les questions 10,11 et 12:

.....
.....
.....
.....
.....

13- Vous êtes-vous senti(e) démuni(e) face à la situation?

- Jamais
- Quelques fois
- Souvent
- Toujours

14- Avez-vous ressenti le besoin d'en parler par la suite?

- Jamais
- Quelques fois
- Souvent
- Toujours

Si oui, vers quelle personne vous êtes vous tourné(e)? (le plus souvent)

- Un(e) collègue
- Un(e) cadre de service
- Un(e) psychologue
- Un proche
- Autre:

15- La grossesse est-elle selon vous un moment propice pour dépister les antécédents de violence sexuelle?

- Oui
- Non

Pourquoi?

.....
.....
.....
.....
.....

16- A votre avis, la recherche d'antécédents de violence sexuelle devrait-elle faire partie de l'anamnèse systématique ?

- Oui
- Non

17- Quelle est votre définition de la violence sexuelle? Parmi les propositions suivantes, cochez le ou les items de votre choix.

- Acte de pénétration sexuelle, de quelle que nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise
- Attouchements
- Masturbation imposée
- Prise de photos ou visionnage pornographique sous contrainte
- Exhibitionnisme
- Harcèlement au travail
- Atteintes sexuelles sans violence sur mineur(e)s
- Rapport contraint au sein du couple
- Autres: ...

18- Connaissez-vous les conséquences de la violence sexuelle?

- Oui
- Non

Si oui, cochez le ou les items ci-dessous qui définissent selon vous les conséquences potentielles de la violence sexuelle:

- Troubles somatiques (troubles du sommeil, alimentaires, abdominaux, sphinctériens...)
- Troubles du développement: atteinte des fonctions cognitives et psychologiques
- Troubles du comportement (agressivité, anxiété, dévalorisation, attitude de sidération, repli sur soi, conduite addictive, tentative de suicide...)
- Troubles névrotiques (angoisse, phobie, hystérie, état dépressif...)
- Troubles sexuels (comportements à risque, trouble du plaisir: soumission/domination, vaginisme, dyspareunie, frigidité)
- Troubles du lien mère-enfant
- Risque de transmission transgénérationnelle

19- Selon vous, quelle est la définition de l'inceste? Parmi les propositions suivantes, cochez le ou les items de votre choix.

- Relation sexuelle entre membres de la même famille
- Transgression d'un tabou universel
- Agression(s) sexuelle(s) ou viol(s) commis par un ascendant légitime, naturel ou adoptif
- Violences sexuelles commises par toute personne ayant autorité sur la victime
- Rapport consenti ou non entre un parent et un enfant, un oncle et une nièce, un grand-parent et un petit-enfant
- Répression sociale des pratiques sexuelles entre individus de même parenté

20- Pensez-vous avoir des connaissances en traumatologie et en victimologie?

- Oui
- Non

21- Quels termes exposés ci-dessous en lien avec le stress post traumatique connaissez-vous?

- Troubles psychotraumatiques
- Sidération psychique
- État de stress extrême
- Disjonction
- État de dissociation
- Mémoire traumatique

Dans quelles circonstances les avez-vous découverts?

- Dans l'exercice de votre profession
- En formation, la ou lesquelles:.....
- Dans vos lectures
- Dans des émissions, documentaires
- Autres:

22- Selon vous, quelle est le pourcentage de filles ayant subi des agressions sexuelles avant 18ans ?

- Entre 0 % et 5 %
- Entre 5 % et 10 %
- Entre 10 % et 15 %

23- Selon vous quelle est l'estimation du nombre de femmes victimes de viol en France sur une année?

- Entre 0 et 50 000
- Entre 50 000 et 100 000
- Entre 100 000 et 150 000

24- Pensez-vous que la sage-femme ou le gynécologue obstétricien ait un rôle-clé dans la prise en charge pluridisciplinaire des patientes enceintes ayant subi des violences sexuelles dans leur passé?

- Oui
- Non

Si oui:

Pensez-vous être suffisamment formé pour prendre en charge ces patientes de façon optimale?

- Oui
- Non

Ressentez-vous le besoin d'une formation plus spécifique pour mieux appréhender ces situations?

- Oui
- Non

Si oui, comment et par qui?

.....

.....

.....

.....

.....

Résumé :

La violence sexuelle est une question de santé publique qui concerne beaucoup de femmes. Pendant la grossesse, les souvenirs refoulés reviennent à la conscience, rendant difficile la maternité. Les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens sont donc concernés par cette problématique. Une étude par questionnaire a été réalisée auprès de ces praticiens en Basse-Normandie. Elle a révélé qu'ils sous-estimaient cette réalité et ne sont pas assez préparés pour prendre en charge ces femmes de manière optimale. Une approche de la violence sexuelle dans le cadre de la formation initiale et continue ainsi qu'une formation à l'écoute semble nécessaire.

Mots-clés : Violence sexuelle, Difficulté de la maternité, Rôles des professionnels, Formation.

Titre : Le rôle de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien dans la prise en charge des patientes enceintes ayant été victimes de violence sexuelle dans leur passé.

Abstract:

Sexual abuse is a public health matter affecting many women. During pregnancy, repressed memories return to the conscious, making « maternity » difficult. Midwives, obstetricians and gynaecologists are thus concerned by this issue. A questionnaire study was conducted with these practitioners from Basse-Normandie. It revealed that they underestimate this reality and are scarcely prepared to care optimally for these women. An approach of sexual abuse as part of initial and continuing training, as well as a training in listening skills seem to be necessary.

Keywords: Sexual abuse, Difficulty of maternity, Professional roles, Training.

Title: The role of the midwife, gynecologist and obstetrician in the management of pregnant patients who have been victims of sexual abuse in their past.

Auteur : Emmanuelle Montaclair

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Ecole de Sage-Femme de Caen

Promotion 2009-2013