

Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes

Mathilde Palisse

▶ **To cite this version:**

Mathilde Palisse. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-01131510

HAL Id: dumas-01131510

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01131510

Submitted on 13 Mar 2015

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2013 N°165

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes

Présentée et soutenue publiquement
le 10 octobre 2013

Par

PALISSE, Mathilde
Née le 26 novembre 1985 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Docteur Lazimi, Gilles

Jury :

Mme Le Professeur Magnier, Anne-Marie..... Présidente

M. Le Professeur Duguet, Alexandre ..... Membre

Mme Le Docteur Broisin-Doutaz, Frédérique ..... Membre

M. Le Docteur Ferreri, Florian ..... Membre

Except where otherwise noted, this work is licensed under
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

" À raconter ses maux, souvent on les soulage. "
Pierre Corneille, *Polyeucte,* Acte I scène 3

Remerciements

Madame le Professeur Anne-Marie Magnier,
Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury. Soyez assurée de ma gratitude.

Monsieur le Professeur Alexandre Duguet,
Merci de m'avoir fait l'honneur de participer au jury. Soyez assuré de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Gilles Lazimi,
Merci de m'avoir fait partager vos recherches et d'avoir accepté de diriger ce travail, merci pour votre aide et votre soutien.

Madame le Docteur Frédérique Broisin-Doutaz,
Merci de m'avoir fait prendre conscience de l'importance du repérage et de la prise en charge des violences, mais surtout merci pour ton soutien et tout ce que tu m'as appris pendant mon premier semestre.

Monsieur le Docteur Florian Ferreri,
Merci de l'attention que vous avez porté à l'étude et d'avoir accepté de juger mon travail.

Merci aux internes et maîtres de stage ayant accepté de participer à l'étude.

Merci à mes maîtres de stage qui m'ont confortée dans mon choix de médecine générale, Madame le Docteur Brigitte Surget, Messieurs les Docteurs Joël Blanche, Laurent Delesalle, Hervé Pérétout, Jean-Jacques Poulain et Didier Resche-Rigon.

Merci à mes compagnons de galère : Emilie, Stéphanie, Xavière, Jean-Charles, Marie-Sarah, Delphine, Elodie, Anne-Claire et les autres… Incroyable mais vrai : on arrive au bout !

« Misaotra » à Elodie pour cette échappée belle au dispensaire Mahasoa à Mahajanga, Madagascar.

Merci à Bich-Thu, Caroline et Céline pour les « Soirées-Bonheur ».

Merci à mes amis Aurélia, Christèle, Julien, Kévin, Perrine, Pierre, Valentine pour leur soutien et leur patience pendant toutes ces années où j'étais moins disponible.

Merci à mes oncles et tantes, notamment Annick, Philippe et Randy qui m'ont fait découvrir la médecine sous différents abords.

Merci à mes parents pour leur soutien sans faille depuis toujours. Merci aussi pour leurs relectures acharnées ces derniers mois.

Merci à mes sœurs Virginie, Sophie et tout particulièrement Emilie, merci d'être là, grâce à vous je suis plus forte. A Manu et Souche qui ont la chance de partager vos vies et tentent de masculiniser un peu la famille.

Merci à Jules, Léonie et Adèle, qui rendent la vie encore plus belle.

A Vincent, merci pour tout, le meilleur est à venir.

Table des matières

Remerciements **3**

Introduction **7**

Définition et contexte des violences sexuelles **8**

1. Définition des violences sexuelles **8**

2. Le cadre historique **9**

3. Le cadre législatif **10**

4. Epidémiologie en France **12**

5. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé **13**

a. Traumatisme physique 13
b. Conséquences somatiques chroniques 13
c. Conséquences gynécologiques 14
d. Conséquences obstétricales 14
e. Conséquences psychiatriques 15
f. Consommation de substances 18

6. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles **19**

a. Les difficultés pour le médecin généraliste 19
b. La formation des médecins généralistes 19
c. Le rôle du médecin 20
d. L'intérêt du dépistage 22
e. Le repérage systématique 23
f. Comment parler des violences 25

Déroulement de l'étude **32**

1. Problématique et hypothèse **32**

2. Matériel et méthode **32**

a. Critères d'inclusion et population étudiée 32
b. Méthodologie d'élaboration du questionnaire 33
c. Déroulement de l'étude 34
d. Problèmes rencontrés 35

Résultats **37**

1. Les internes **37**

2. Les patientes interrogées **38**

3. Résultats du questionnaire 42

a. Résultats par question 42
b. Analyse en sous-groupes en fonction du sexe du médecin traitant. 49
c. Analyse en sous-groupe en fonction de l'antécédent de violences ou non 55

4. Résultats de la fiche jointe 59

Discussion 61

1. Les caractéristiques des participants à l'étude 61

a. Les internes 61
b. Les patientes interrogées 62

2. Le médecin et les violences sexuelles 64

a. Les violences sexuelles, un thème peu présent en consultation 64
b. Le point de vue des médecins, un sujet difficile à aborder 65
c. Le point de vue des patientes : la prise en charge des violences sexuelles, un des rôles du médecin généraliste 68

3. Biais de l'étude 71

4. Confrontation à l'hypothèse 73

Conclusion 74

Bibliographie 77

Annexes 84

1. Questionnaire 85

2. Fiche jointe au questionnaire 89

3. Pôles de références – Associations d'aide aux victimes – Consultations de psycho traumatologie. 91

4. Diaporama de présentation aux internes (27 novembre 2012) **..... 96**

Introduction

Dès le début de mon internat, j'ai été sensibilisée au sujet des violences sexuelles mais également des violences en général, grâce à certains médecins particulièrement impliqués.
J'ai participé à une étude de repérage réalisée d'avril à juin 2011 aux urgences du Centre Hospitalier Robert Ballanger (Aulnay-sous-Bois, 93) sous la supervision du Docteur Broisin-Doutaz et de Madame Le Griguer (psychologue). 80 patientes consultant aux urgences médicales ou chirurgicales entre 18 et 65 ans, quel que soit le motif de consultation, ont été interrogées. Parmi elles, 17,5% ont répondu avoir subi des violences sexuelles.
J'ai alors pris conscience de la fréquence de ce type de violences.

En échangeant avec mon entourage professionnel et personnel, j'ai observé que ce sujet entraînait toujours une réaction vive. Personne n'est indifférent à ce sujet : il entraîne une réaction d'étonnement, de rejet, d'empathie, parfois des témoignages.

J'ai donc eu le sentiment que les victimes avaient besoin d'en parler mais que leurs interlocuteurs n'étaient pas toujours prêts à les entendre. Certains actes sont trop violents pour seulement les concevoir.

La fréquence des violences et leurs conséquences sur la santé en font un véritable enjeu de santé publique et le médecin généraliste a un rôle à y jouer dans le repérage, la prise en charge et le suivi.
Il est souvent le premier interlocuteur vers qui peuvent se tourner les femmes victimes.
L'objet de cette étude est de connaître le point de vue des patientes sur le repérage des violences sexuelles en consultation de médecine générale afin d'évaluer son acceptabilité.

Définition et contexte des violences sexuelles

1. Définition des violences sexuelles

Dans le rapport mondial sur la violence et la santé *(44),* l'organisation mondiale de la santé (OMS) définit les violences sexuelles comme suit *: « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. »*

Ainsi, sont inclus :

- le viol ou tentative de viol,
- les avances sexuelles importunes ou le harcèlement sexuel, y compris le fait d'exiger des relations sexuelles contre des faveurs,
- la violence sexuelle à l'encontre des handicapés physiques ou mentaux,
- la violence sexuelle exercée contre des enfants,
- le mariage ou la cohabitation forcés y compris le mariage d'enfants,
- la négation du droit d'utiliser la contraception ou de se protéger contre des maladies sexuellement transmissibles,
- l'avortement forcé,
- les actes de violence contre l'intégrité sexuelle des femmes, y compris la mutilation génitale féminine et les inspections imposées pour s'assurer de la virginité,
- la prostitution forcée et la traite d'êtres-humains à des fins d'exploitation sexuelle.

Nous étudierons dans cette étude le repérage des violences sexuelles faites aux femmes, telles que les attouchements, les tentatives de viol ou viols, le harcèlement sexuel. Nous ne parlerons pas des violences en contexte de guerre, de l'interdiction de la contraception, des mutilations sexuelles.

2. Le cadre historique

La première notion de viol apparaît dans l'Antiquité, dans le code d'Hammourabi en 1750 avant JC *(10).* Il s'agit d'un code de loi établi en Mésopotamie antique. Si un homme et une femme mariée sont retrouvés ensemble, les deux doivent être noyés à moins que l'époux ne décide de pardonner sa femme. Si l'homme est retrouvé avec une femme vierge, lui seul est condamné à mort.

Chez les hébreux, la condamnation du viol est inscrite dans les dix commandements : « *Tu ne convoiteras ni la femme, ni la maison, ni rien de ce qui appartient à ton prochain ».* Si une femme fiancée ou mariée est violée par un homme, tous deux seront lapidés, tandis que s'il s'agit d'une femme non mariée et non fiancée, l'agresseur peut l'épouser : il s'agit du « mariage réparateur ».

Au Moyen-Age, le début du Christianisme est marqué par la protection de la chasteté et le respect de la virginité. Les ravisseurs ou agresseurs de femmes mariées seront punis de l'anathème (réprobation) et ceux de femmes vierges d'excommunication. Mais si le viol a pour but d'obtenir le consentement des parents pour une union, on observe une certaine indulgence *(52).*

En France, en 1810, le viol apparaît en tant que crime dans le code pénal (Article 331, puis article 332 du Code pénal de 1810).

Depuis 1980, le viol est passible de 15 ans de réclusion criminelle.

En 1992, le viol conjugal est reconnu et la qualité de conjoint est reconnue comme un facteur aggravant (article L.222-23 du Code pénal).

3. Le cadre législatif

L'agression sexuelle, définie par l'article 222-22 du code pénal comme *« une atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise »,* est considérée comme un délit pouvant entraîner une peine allant jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et à une amende de 75000 Euros.

Loi du 6 août 2012 sur le harcèlement sexuel :
Art. 222-33.-I. — « *Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui, soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante* ».
Est assimilé au harcèlement sexuel « *le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers* ».
Les faits de harcèlement sexuel sont punis de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 Euros d'amende, qui sont majorés à 3 ans et 45 000 Euros, s'il s'agit d'une personne qui « *abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions* ».

Le viol, défini par l'article 222-23 du Code Pénal comme « *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 crime pouvant entraîner une peine allant jusqu'à 15 ans d'emprisonnement.

L'article 222-24 du Code Pénal définit les circonstances aggravantes du viol :
« Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle :
1° Lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;
2° Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ;
3° Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ;

4° Lorsqu'il est commis par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;

5° Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;

6° Lorsqu'il est commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

7° Lorsqu'il est commis avec usage ou menace d'une arme ;

8° Lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communication électronique ;

9° Lorsqu'il a été commis en raison de l'orientation sexuelle de la victime ;

10° Lorsqu'il est commis en concours avec un ou plusieurs autres viols commis sur d'autres victimes ;

11° Lorsqu'il est commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ;

12° Lorsqu'il est commis par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ».

L'article 132-80 du Code Pénal inclut également les anciens conjoints : *« La circonstance aggravante prévue au premier alinéa est également constituée lorsque les faits sont commis par l'ancien conjoint, l'ancien concubin ou l'ancien partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité. Les dispositions du présent alinéa sont applicables dès lors que l'infraction est commise en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime ».*

<u>Délai de prescription :</u>

Pour les agressions sexuelles à l'âge adulte, les victimes ont 3 ans pour porter plainte.

Pour les viols à l'âge adulte, le délai de prescription est de 10 ans.

Dans le cas des violences subies dans l'enfance : pour les faits commis depuis la loi n°2004-204 du 9 mars 2004, le délai est de 20 ans à partir de la majorité (soit jusqu'à l'âge de 38 ans) pour les viols, et de 10 ans pour les autres types d'agressions sexuelles.

4. Epidémiologie en France

Le sujet des violences sexuelles reste un sujet tabou, difficile à évoquer. Les chiffres sont donc variables selon les études et probablement sous-estimés.

Ainsi, en 2000, l' ENVEFF – Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France *(27)* – est réalisée à la demande du Service des droits des femmes et du Secrétariat d'Etat des droits des femmes, auprès de 6970 femmes entre 20 et 59 ans. 0,3% des femmes déclarent avoir subi un viol dans les 12 derniers mois et 1,2% des femmes déclarent avoir été victimes de tentative de viol ou d'attouchement sexuel au cours de la même période. En extrapolant ce chiffre à la population féminine française selon le recensement INSEE de 2009 (18 563 923 femmes de 20 à 64 ans), plus de 56 000 femmes seraient violées chaque année et plus de 226 000 subiraient une tentative de viol ou des attouchements chaque année.

L'enquête « Evènements de vie et santé » de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques *(15)*, retrouve les résultats suivants : 7% des 18-75 ans – 11% des femmes et 3% des hommes – déclarent avoir subi dans leur vie des attouchements, des tentatives ou des rapports forcés. Sont exclus de ces résultats les violences subies dans les deux dernières années.

Par ailleurs, dans une enquête intitulée « Cadre de vie et santé » réalisée par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) en 2008 *(59),* 1,5% des femmes déclarent avoir été victimes de viol en dehors du ménage, 0,7% au sein du ménage, et 5,9% victimes de *« baisers, caresses ou autres gestes déplacés »,* au cours des deux dernières années.

Enfin, dans une dernière étude réalisée en 2006 « Contexte de la sexualité en France » *(3),* des rapports forcés ou des tentatives de rapport forcé sont signalés par 16% des femmes et 5% des hommes. Une minorité des violences sont subies chez la femme avant l'âge de 18 ans (8,8%), tandis que chez les hommes elles sont pour 67% subies par

des mineurs.

8% seulement des violences sont signalées à un médecin, 4% à la police ou la gendarmerie.

49% des femmes et 62% des hommes n'en ont jamais parlé avant cette étude.

5. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé

a. Traumatisme physique

Une étude américaine *(56)* réalisée dans un service d'urgences a montré que sur 892 femmes ayant consulté pour agression sexuelle, 52% présentaient des lésions traumatiques physiques et 20% des lésions traumatiques anales ou génitales.

Les lésions les plus fréquentes sont des ecchymoses ou des dermabrasions. Un traumatisme crânien sévère a été observé chez 1,3% des patientes, des fractures chez 2,2% des patientes (principalement du massif facial). 5% ont dû être hospitalisées dans un service de médecine ou chirurgie et 4% en psychiatrie.

b. Conséquences somatiques chroniques

Le journal américain JAMA *(Journal of the American Medical Association*) a publié une méta-analyse réalisée en 2008 concernant 23 études *(45).*

Dans les études portant sur les agressions sexuelles, on observe une association significative entre un antécédent d'agression sexuelle dans la vie et des douleurs chroniques non spécifiques, troubles fonctionnels intestinaux, désordres psychologiques et douleurs pelviennes chroniques. Dans les études ne concernant que le viol, on retrouve une association significative entre la violence subie et la fibromyalgie (Odds-Ratio (OR) : 3.35 [1.51-7.46]), les troubles fonctionnels intestinaux (OR 4.01 [1.88-8.57]) et les douleurs pelviennes (OR 3.27 [1.02-10.53]).

Les douleurs chroniques sont plus fréquentes chez les femmes ayant subi une violence sexuelle dans l'enfance *(20).*

Les troubles gastro-intestinaux, notamment la constipation chronique, les difficultés à la défécation et les troubles dyspeptiques seraient plus fréquents chez les patients agressés dans l'enfance *(58)*.

c. Conséquences gynécologiques

Le rapport de l'OMS « Violences et santé » de 2002 *(44)* établit un lien entre les violences sexuelles et les saignements, les infections vaginales, les fibromes, la baisse de la libido, l'irritation génitale, les rapports sexuels douloureux, les douleurs pelviennes chroniques, les infections urinaires et le syndrome prémenstruel.

Des infections sexuellement transmissibles peuvent être contractées *(7)* : infections par gonocoques, chlamydiae trachomatis, trichomonas, herpès, syphilis, mais également infection à VIH et virus de l'hépatite B.

A plus long terme, on observe des troubles de la fertilité (conséquence d'une salpingite) et des cancers cervicaux *(6).*

Ces risques sont présents d'une part au cours du rapport sexuel mais sont également liés à un comportement à risque induit par le traumatisme psychologique de l'agression.

d. Conséquences obstétricales

Une étude américaine *(26)* portant sur plus de 4 000 femmes suivies pendant trois ans conclut que le taux de grossesses imputables à des agressions sexuelles est de 5% des viols, soit plus de 32 000 par an.

En France, le collectif féministe contre le viol publie ces chiffres : entre 1998 et mi-2007, 555 appels à la permanence téléphonique « SOS viols-femmes information » ont mentionné une grossesse après un viol soit 2,6% des appels.

Les conséquences peuvent être une grossesse non désirée, un avortement non médicalisé, une interruption volontaire de grossesse, une baisse de la fertilité.

En 2009, une étude néozélandaise *(5),* est effectuée sur une cohorte de 1265 patients (dont 603 femmes) suivis de la naissance à l'âge de 25 ans. Elle révèle qu'une agression sexuelle dans l'enfance multiplie par 2 le recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) entre 15 et 25 ans.

Une seconde étude de cohorte *(60)* suit 465 femmes de la naissance à l'âge de 32 ans. Parmi elles, 30 femmes signalent des agressions sexuelles dans l'enfance. On retrouve

chez ces femmes un plus grand nombre de « comportements sexuels à risque » : plus grand nombre de partenaires, grossesses non désirées. Plus particulièrement, on note chez les 18 à 21 ans des infections sexuellement transmissibles plus fréquentes ainsi que plus de recours à une interruption volontaire de grossesse (Odds-Ratio 2). Ces hypothèses sont confirmées par d'autres études *(57)* : les femmes ayant subi des violences ont plus de partenaires sexuels, de rapports non protégés, d'infections sexuellement transmissibles, de grossesses non désirées. Il en est de même pour les femmes ayant subi des agressions sexuelles dans l'enfance *(30).*

Une méta-analyse américaine de 2007 sur les violences conjugales (qu'elles soient verbales, physiques ou sexuelles) met en évidence les mêmes résultats *(11).*

23% des demandes d'IVG sont en rapport avec des violences subies (viol, violences conjugales, violences familiales)*(54).*

e. Conséquences psychiatriques

La prévalence de signes ou de symptômes évoquant une pathologie psychiatrique est de 33% chez les femmes ayant subi des violences sexuelles, contre 6% chez celles n'ayant jamais été maltraitées. On retrouve notamment des symptômes dépressifs, anxieux et phobiques. La plupart s'intègrent dans un état de stress post-traumatique. Ces symptômes peuvent s'exprimer jusqu'à 50 ans après l'agression *(40).*

Le fait d'avoir subi des agressions sexuelles dans l'enfance, augmente le risque de troubles du comportement alimentaire avec un Odds-Ratio (OR) à 1.75 [1.15-2.59], de baisse de l'estime de soi 1.53 [1.08-2.14], de syndrome dépressif 1.80 [1.29-2.51], de tentative de suicide 3.57 [2.11-5.99] et d'abus d'alcool 1.77 [1 22-2.56] *(39).*

On retrouve un syndrome de stress post-traumatique chez 65 % des hommes victimes de viol, et chez 45,9% des femmes *(29).*

La définition du DSM IV (1)

Le syndrome de Stress Post Traumatique : (DSM IV)
*Le sujet a été exposé à un **évènement traumatique pour lequel les deux éléments suivants étaient présents :*** *- le sujet a été **témoin de ou a été confronté** à un (des) évènement(s) durant le(s)quel(s) un (des) individu(s) ont pu mourir ou être gravement blessé(s), ont été menacé(s) de mort ou de grave blessure, ou bien durant le(s)quel(s) son intégrité physique ou celle d'autrui ont pu être menacées.* *- La réaction du sujet s'est traduite par une **peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.***
*L'événement traumatique est **constamment revécu**:* *- **souvenirs** répétitifs et envahissants de l'évènement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.* *- **rêves** répétitifs concernant l'événement.* *- impressions ou agissements soudains "comme si" l'évènement traumatique allait se reproduire (incluant **le sentiment de revivre l'évènement**, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).* *- sentiment intense de **détresse psychique lors de l'exposition** à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.* *- **réactivité physiologique** lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique.*
***Évitement** persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (non présente avant le traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes:* *- efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.* *- efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.* *- incapacité à se rappeler un aspect important du traumatisme.* *- réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la*

participation à ces mêmes activités. *- sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.* *- restriction des affects (par ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres).* *- Sentiment d'avenir "bouché" (par ex., penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).*
*Présence de **symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative** (non présente avant le traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes:* *- difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.* *- irritabilité ou accès de colère.* *- difficultés de concentration.* *- hypervigilance.* *- réaction de sursaut exagérée.*

Le Dr M. Salmona (psychiatre) *(53)* parle de mémoire traumatique. La réponse émotionnelle est induite par l'amygdale cérébrale. En cas de stress, elle commande la sécrétion via les surrénales de cortisol et d'adrénaline. Si le stress est intense et le cortex sidéré, il n'y a pas de rétrocontrôle. Cela présente un risque de souffrance myocardique (par l'hypersécrétion d'adrénaline) et de souffrance neuronale (par l'hypersécrétion de cortisol) : crise comitiale, ischémie lacunaire, perte de connaissance.

Cela impose au système nerveux central d'isoler l'amygdale cérébrale, via la libération de neuromédiateurs : « morphine et endorphine-like » (sécrétion par l'hypophyse). Cette disjonction entraine une anesthésie émotionnelle et physique.

Par ailleurs, cela crée la mémoire traumatique. Les émotions ressenties ne peuvent être traitées dans l'hippocampe pour former ce qu'on appelle la mémoire autobiographique. La charge émotionnelle va rester vive, immuable et chargée de l'émotion initiale. Elle est hypersensible et susceptible de « s'allumer » en cas de stimulus rappelant le fait initial et de déclencher à nouveau l'état d'alerte.

Cela induit des conduites d'évitement et de contrôle. Le patient peut chercher à

déclencher de nouveau la « disjonction » pour atteindre une anesthésie : en pratiquant des « conduites dissociantes » : consommation de drogues, conduites à risque, mises en danger.

Chez les adolescents, l'antécédent de viol augmenterait le nombre de troubles du comportement, de fugues et d'idées suicidaires *(9).*

Le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie apparaît comme un facteur de risque de suicide. Parmi les 15-64 ans, concernant les tentatives de suicide *(4),* on retrouve un Odds-Ratio de 1,5 [0,6-4,1] chez les hommes et de 2,7 [1,7-4,3] chez les femmes.

Parmi les 15-75 ans, concernant les pensées suicidaires, chez les hommes l'Odds-Ratio est de 3,1 [2,3-4,2], et chez les femmes 2,7 [2,2-3,2]

Le risque de tentative de suicide est majoré chez les femmes ayant subi des violences sexuelles, particulièrement si elles sont subies avant l'âge de 16 ans. *(13)(40)*

f. Consommation de substances

Une étude américaine réalisée auprès de 145 femmes dans un service d'urgences met en évidence le fait qu'avoir subi des violences dans l'enfance ou à l'âge adulte augmente la consommation alcoolique ainsi que l'abus de substances *(57).*

Les adolescentes victimes de viol auraient une consommation tabagique plus importante que les autres.

Une étude *(19)* auprès de 17 000 patients américains fait apparaître une association significative entre les ACE (« adverse childhood events », ou évènements négatifs dans l'enfance : agressions physiques ou sexuelles, environnement familial violent, négligences…) et la consommation de substances à l'âge adulte (tabac, alcool et drogues).

Selon un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé *(43),* les femmes ayant subi des agressions sexuelles ont un risque 2,3 fois plus élevé que les autres d'avoir une consommation d'alcool excessive.

6. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des violences sexuelles

a. Les difficultés pour le médecin généraliste

Dans une étude qualitative sur la prise en charge des violences sexuelles *(34),* 17 médecins généralistes sont interrogés et évoquent certaines difficultés : leur manque de formation sur le sujet, la difficulté d'aborder la sexualité qui peut sembler une intrusion dans la vie privée, le problème du manque de temps et de l'isolement face à ces problématiques, l'absence de travail en réseaux spécialisés.

Une étude qualitative auprès de 30 médecins, dont 27 médecins généralistes *(46),* a recherché les raisons données par ceux-ci sur le non-abord de la question des violences auprès des femmes consultant pour une interruption volontaire de grossesse. Parmi ces raisons figurent « la faible fréquence des violences », le caractère « stéréotypé » (milieu défavorisé…), le manque de temps, la méconnaissance de la prise en charge ultérieure, mais également la peur d'être intrusif et la crainte d'éventuelles retombées négatives pour la patiente.

Une étude américaine *(23)* auprès de 610 médecins de premier recours, a mis en évidence le fait que les violences étaient bien moins dépistées que les autres facteurs de risque (alcool, tabac, comportements sexuels à risque). Ceci s'expliquerait par le fait que les médecins pensent ne pas savoir dépister ni intervenir et que les interventions dans ces circonstances sont moins efficaces. Les auteurs estiment que ceci pourrait être amélioré en formant les médecins sur le dépistage mais surtout sur le rôle qu'ils peuvent jouer.

b. La formation des médecins généralistes

Elle reste encore limitée. Durant le second cycle, un item fait partie du programme de l'Examen National Classant depuis 2007 « accueil d'un sujet victime de violences sexuelles ». Il ne prend en compte que les violences récentes de moins de 3 jours.

Le programme du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale contient un item « la maltraitance et les violences » dont l'enseignement varie selon les universités.

Une étude britannique publiée dans *The Lancet* en 2011 *(18)* est réalisée auprès de 48 médecins. Parmi eux, 24 reçoivent une formation sur les violences conjugales. Les médecins ayant reçu une formation dépistent 3 fois plus de femmes victimes de violences, même sans pratiquer de dépistage systématique.

Une étude *(28)* a été réalisée aux Etats Unis auprès de résidents (équivalent d'internes) de première année. Quatre cas cliniques leur étaient proposés dépeignant une femme divorcée d'âge variable avec une symptomatologie douloureuse abdominale diffuse et chronique. Les internes de sexe féminin et ceux formés sur les violences étaient plus enclins à dépister des violences sexuelles dans ce contexte.

En France, une étude est réalisée en 2007 auprès de 51 médecins *(31).* Il leur était demandé de réaliser un dépistage des violences verbales, physiques et sexuelles chez 10 patientes. 96% des médecins considèrent qu'il est pertinent de poser ces trois questions que ce soit pour le suivi des patientes mais également pour leur pratique professionnelle. Mais plus de deux médecins sur trois indiquent ressentir le besoin de formation complémentaire sur le thème des violences.

c. Le rôle du médecin

Une enquête a été réalisée au sein d'une association d'aide aux victimes auprès de 23 femmes *(47).* Dans 1/3 des cas, la femme ne révèle pas à son médecin le problème de violences conjugales. Les motifs invoqués sont la crainte du conjoint (3 femmes), le sentiment de honte (2), la peur de l'incompréhension du médecin (1) et le manque de temps pour s'exprimer en consultation (1).

Quand les femmes ont pu en parler à son médecin : 3/4 estiment qu'elles ont été écoutées (soit 13 femmes sur 16). Dans plus de la moitié des cas, les femmes ont été orientées vers un psychologue (2), une association (6), la gendarmerie ou la police (5).

Les attentes des femmes lors de la consultation du médecin traitant étaient l'écoute pour 6 femmes : pour sortir de l'isolement et pour nommer cette violence, obtenir des conseils (2), voire une orientation (4). Deux des femmes souhaitaient un signalement à la justice. D'autres se sont adressées à leur médecin pour la rédaction d'un certificat médical (2), une demande de prise en charge du conjoint (2). 3 femmes ne savaient pas quoi attendre de leur médecin.

Une étude sur un échantillon de 214 femmes victimes de viol *(50),* a montré que seules 26,2% des victimes avaient consulté après leur agression. Les motivations à consulter étaient le souhait de porter plainte ou la crainte des infections sexuellement transmissibles.

D'après l'ordre des médecins, le médecin a également un rôle dans la prévention *(41),* notamment le repérage et l'éducation des parents sur les climats incestueux à proscrire. Il doit être vigilant aux intrusions physiques de la part de l'entourage (inspection des organes génitaux d'un enfant à un âge où il doit être autonome, l'exhibitionnisme des parents, l'interférence des parents dans la vie sentimentale et amoureuse de leur enfant).

Le rôle du secteur de la santé face aux violences faites aux femmes est défini par l'Organisation des Nations Unies *(42)* :

- prévention primaire : par l'attention de la communauté portée sur les violences faites aux femmes et enfants,
- prévention secondaire : repérage précoce des victimes, soutien, surveillance et prise en charge médicale adaptée (physique, mentale…),
- prévention tertiaire : suivi à long terme, prise en charge des conséquences sur la santé physique et mentale,
- orientation pour une aide pluridisciplinaire : psychologique, sociale et judiciaire.

Le rapport Henrion *(25)* définit les rôles du médecin face à une femme victime de violences. Ce rapport concerne les violences conjugales mais les recommandations sont applicables aux violences sexuelles :

- accueillir et être à l'écoute,
- dépister les violences : par un dépistage systématique ou orienté en fonction d'éléments indicateurs de celles-ci (syndrome dépressif, anxieux, trouble du sommeil, trouble du comportement alimentaire…),
- évaluer la gravité : conséquences somatiques, gynécologiques, psychiques, l'agresseur fait-il partie de l'entourage ? S'agit-il du conjoint ?
- assurer les soins,
- rédiger le certificat,
- informer et orienter la patiente :
    - si urgence immédiate : hospitalisation,
    - convaincre la patiente de porter plainte,
    - l'orienter vers les Unités Médico-Judiciaires,
    - l'orienter vers des associations.

d. L'intérêt du dépistage

Une étude australienne de 1996, auprès de 3026 femmes, confirme que la plupart n'ont jamais été interrogées sur les violences et que seules 9% des victimes de violences sexuelles en ont parlé à leur médecin *(36).*

En Europe, notamment au Royaume-Uni, le dépistage est discuté *(49).*
En effet, il est estimé que le dépistage systématique augmenterait le nombre de violences déclarées mais il n'existerait pas de preuves établissant que cela améliorerait la prise en charge, diminuerait l'exposition de ces femmes à la violence et améliorerait leur qualité de vie.

Pourtant, en 1992, une étude américaine a été effectuée auprès de 164 patients et 27 médecins *(21).* Seulement 6% des patients déclarent qu'on leur a posé la question, alors que 68% des patients seraient favorables à un dépistage de « routine ». La même étude a montré que 89% de ces patients estiment que leurs médecins pourraient les aider à faire face aux répercussions des sévices. Par ailleurs, 74% des médecins s'estimeraient capables de gérer ce genre de situation. Cependant, ils n'interrogent que très peu leurs

patientes à ce sujet.

Dans la fin des années 1980, deux études qualitatives (37)(38) auprès de 62 hommes et 56 femmes avaient pour but d'établir les attentes des patients face à leur médecin. Le médecin apparaît en 3ème position après le partenaire ou les proches pour discuter de problèmes sexuels. 84% des sujets souhaiteraient que ce thème soit abordé plus souvent par leur médecin généraliste et que ce soit lui qui initie les questions sur le sujet.

Une étude suédoise a été réalisée en 2007 auprès de 413 femmes consultant chez des sages-femmes ou dans des centres de planification familiale. 92% des femmes trouvent approprié *(61)* d'être interrogées sur la sexualité en général et 72% sur les agressions sexuelles. Cependant, plus de 75% des femmes n'avaient jamais été interrogées sur le sujet, aussi bien les femmes ayant subi des violences que celles n'en ayant pas subi. La plupart des femmes ayant subi des violences auraient aimé être interrogées.

e. Le repérage systématique

Les violences en général sont méconnues par les médecins.
A titre d'exemple, dans l'étude de Chambonnet *(8),* les médecins interrogés estimaient ne voir qu'une à deux femmes victimes de violences (toutes violences confondues) par an.

Une étude américaine *(17)* a évalué le dépistage des violences conjugales chez 600 médecins internistes, 600 médecins généralistes, 600 gynécologues obstétriciens et 600 urgentistes. Les médecins estiment qu'ils ont un rôle à jouer mais pourtant dépistent peu de femmes victimes parmi leurs patientes. Les plus forts taux de dépistage sont retrouvés chez les gynécologues-obstétriciens mais également chez les médecins femmes et ceux ayant reçu une formation sur les violences. Parmi les freins au dépistage, on retrouve la peur d'offusquer le patient et l'oubli de poser la question.

En France, toute une série d'études de repérage a été réalisée depuis 2004.

En 2004 *(32),* trois questions ont été posées de manière systématique à 100 patientes entre 18 et 92 ans en consultation dans un centre municipal de santé. Les trois questions sont :

1. au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants, injures, menaces ?
2. au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences physiques ? Avez-vous reçu des coups, des gifles? Avez-vous été battue, bousculée par un homme ?
3. au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles : attouchements, viol, rapports forcés ?

Parmi ces 100 patientes, 21 avaient subi des violences sexuelles. 90% d'entre elles en parlaient pour la première fois.
En 2007 *(31),* 51 médecins et 2 sages femmes ont posé ces mêmes questions à 557 patientes : 17,8% disent avoir subi des violences sexuelles.

Dans une autre étude effectuée en 2007, ces trois questions ont été posées par des sages-femmes *(14)* auprès de 90 femmes enceintes : on retrouve alors 12% de violences sexuelles.

Une étude de 2008 *(22)* concerne 100 femmes consultant aux urgences hospitalières. On retrouve 19% de violences sexuelles.

Les questions sont ensuite posées à 100 femmes par 15 conseillères conjugales lors de l'entretien préalable à l'interruption volontaire de grossesse *(54)* : 30% des femmes ont subi des violences sexuelles et 23% des avortements sont en lien avec des violences (viols : 6% ; violences conjugales : 14% ; violences familiales graves : 3%).

f. Comment parler des violences

L'ordre des médecins a édité en 2000 un fascicule adressé aux médecins pour la prise en charge des violences sexuelles *(41).* Tout d'abord, un certain nombre de symptômes doit faire rechercher la présence de violences sexuelles :

- *troubles somatiques chroniques : céphalées, insomnies, douleurs digestives, pulmonaires ou dorsales,*
- *troubles psychologiques : sentiment de dévalorisation, dépression, anxiété, abus d'alcool ou de psychotropes, voire tentative de suicide,*
- *troubles gynécologiques : métrorragies, douleurs pelviennes, leucorrhées, troubles sexuels avec perte de la libido, frigidité, dyspareunie.*

Certaines recommandations ont été formulées :

Ce qu'il ne faut pas dire
– Vous n'aviez jamais pensé que vous pouviez vous faire violer ?
– Ça vous est arrivé quand, ce problème ?
– Ce qu'il faut, avant tout, c'est vous déculpabiliser.
– Ce n'est pas aussi grave que vous le dites.
– Maintenant, il va falloir essayer d'oublier.
– Vous êtes sûr que vous ne pouviez pas vous défendre ?
– Sachez bien que je vous comprends.

Ce qu'il ne faut pas faire	Ce qu'il faut faire
– Parler d'interrogatoire, mais de consultation ou d'entretien. *– Dire « se faire violer » au lieu d'être violé ou agressé.* *– Mettre en doute ou corriger la parole de la victime. L'écoute dubitative constitue une nouvelle agression morale. Croire ce que l'autre vous dit, c'est reconnaître son existence.* *– Conseiller l'oubli.* *– Chercher à dédramatiser et banaliser.*	*– Reconnaître que la victime a subi un traumatisme réel et ainsi lui laisser exprimer son effroi et son bouleversement.* *– Aider la victime à reprendre confiance en son propre jugement et lui rappeler qu'elle sait ce dont elle a besoin : sur quel ami ou proche peut-elle compter pour la soutenir?* *– Verbaliser la contrainte qu'elle a subie pour l'aider à comprendre ses réactions.* *– Permettre à l'entourage de la victime d'exprimer pour son propre compte, sa souffrance, sa colère et son désarroi. La prise en charge de l'entourage permettra aussi de soulager la victime qui vit parfois douloureusement les effets de son agression sur ses proches.* *– Rappeler la loi : possibilité pour la victime de porter plainte, de se faire aider dans ses démarches par une association d'aide aux victimes ou un avocat.*

Prise en charge d'une personne victime d'une agression sexuelle récente :

Contrairement à la prise en charge de violences anciennes pour lesquelles on ne retrouve pas de protocole, la prise en charge de violences sexuelles de moins de 72h est très standardisée.

Tout d'abord, il existe des pôles régionaux d'accueil des victimes de violences sexuelles créés par la circulaire n° 97-380 du 27 mai 1997, à qui le médecin généraliste peut adresser les victimes. En Ile-de-France il en existe trois : l'hôpital Jean Verdier à Bondy (93), le centre hospitalier de Poissy (78) et l'unité de consultation médico-judiciaire d'Evry : centre hospitalier sud francilien (91).

Le médecin peut donner des conseils à la victime : *(24)* ne pas procéder à une toilette, conserver les vêtements portés pendant l'agression (dans un sac en papier). Il peut inciter les victimes à porter plainte.

Le conseil de l'ordre *(41)* recommande certains examens complémentaires :

a) Bilan initial

Bilan initial
- sérologie VIH 1 et 2, antigénémie p24 - TPHA/VDRL - HTLV - sérologie de l'hépatite B : Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti HBs - sérologie de l'hépatite C - prélèvement vaginal avec recherche de gonocoque, trichomonas, PCR Chlamydiae Trachomatis, culture pour recherche HSV2 (*Herpes Simplex Virus 2)* - frottis cervico-utérin à la recherche de l'HPV (*Human Papilloma Virus*) - test de grossesse - prélèvements à la recherche de toxiques (soumission chimique ?)

b) Suivi biologique et sérologique ultérieur :

Bilan à 1 mois de l'agression	Bilan à 3 mois	Bilan à 6 mois
- Sérologies VIH 1 et 2 - Ag HBs, Ac anti-HBc : inutile si Ac anti-HBs positif sur le bilan initial - Hépatite C - Transaminases - Chlamydia, Herpès si les prélèvements initiaux sont positifs.	- Sérologies VIH 1et 2 - En cas de traitement antirétroviral : contrôle de la sérologie VIH trois mois après l'arrêt du traitement, soit quatre mois après l'agression si la victime a pris son traitement pendant un mois - HTLV - VDRL-TPHA - Ag HBs, Ac anti-HBc : inutile si Ac anti-HBs positif sur le bilan initial - Hépatite C - Transaminases.	- Sérologies VIH 1et 2 - Hépatite C - Transaminases.

c) Adaptation du bilan en fonction du délai écoulé depuis l'agression :

- En cas d'agression récente :
    - Bilan sérologique initial
    - Contrôle du bilan sérologique et des transaminases à 1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois.

- En cas d'agression ancienne de moins de 1 an :
    - Bilan sérologique initial
    - Contrôle sérologique adapté en fonction du délai écoulé depuis l'agression.

- En cas d'agression ancienne de plus de 1 an :
    - Bilan sérologique initial unique

Il faut toujours penser à la réalisation d'un certificat médical initial descriptif, avec une Incapacité Totale de Travail (ITT). A noter qu'il n'existe pas de définition pénale de l'ITT. Le Pr DURIGON, Professeur de médecine légale *(16),* la définit comme suit : *« Durée de la période pendant laquelle la victime de violences ne peut remplir la totalité des fonctions basiques normales de la vie courante du fait de son état : habillement, déplacement, toilettes...».* Notons qu'il s'agit d'un travail « personnel » et non « professionnel ».

Assistance psychologique immédiate *(41)*

Bien qu'il puisse être utile par la suite, le recours à un professionnel psychologue ou psychiatre n'est pas recommandé de façon systématique dans l'immédiat. Il faut laisser le temps à la victime d'élaborer sa demande.

Le médecin généraliste peut effectuer le soutien psychologique initial. Il sera utile de proposer des visites régulières pour évaluer l'évolution qui peut aller vers une certaine « cicatrisation ». L'agression n'est pas oubliée mais la symptomatologie traumatique s'estompe. Il faut rester vigilant car certaines étapes de la vie peuvent faire ressurgir le traumatisme (grossesse, installation en couple...).

Dans d'autres cas, la résurgence d'une symptomatologie traumatique nécessitera l'orientation vers un suivi spécialisé : consultations d'un psychiatre ou d'un psychologue, suivi psychothérapeutique, etc.

La prise en charge de violences sexuelles plus anciennes

Elle est bien moins codifiée *(48).*

Dans un premier temps, l'écoute paraît indispensable : une écoute empathique sans remise en cause de la parole de la patiente. Il convient de ne pas oublier le sentiment de culpabilité de la plupart des victimes et la difficulté pour elles d'en parler, principalement si l'agresseur fait partie de l'entourage ou de la famille. Par ailleurs, il s'agit d'évaluer la dangerosité de l'environnement des femmes.

Dans un second temps, il faut évaluer les conséquences. On évalue d'abord le retentissement sur la vie de la patiente : sur le plan physique (douleurs chroniques,

infections…) mais aussi sur le plan psychique (recherche d'un état de stress post traumatique, d'une symptomatologie anxieuse, phobique ou encore dépressive, d'une consommation de psychotropes ou de drogues).

Enfin, il faut proposer une orientation vers des associations de victimes. On peut notamment les orienter vers le numéro d'appel « SOS viols femmes informations »:
0 800 05 95 95. Il s'agit d'une permanence nationale mise en place par le Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV). Les associations l'aideront notamment si elle souhaite effectuer des démarches judiciaires et pourront l'informer sur ses droits.
On peut proposer également un suivi : il existe de nombreuses consultations spécialisées dans la prise en charge du psycho-traumatisme (*Cf. annexe*).

En 2005, l'auteur américain Stevens définit l'acronyme SAVER qui résume les rôles du médecin généraliste, évoqués précédemment *(55)* :

- Screen all female patients for violence
- Ask direct questions in a nonjudgmental way
- Validate the patient
- Evaluate survivors and educate all female patients
- Refer survivors

S*creen all female patients for violence :*
Dépister toutes les femmes. Chaque femme est susceptible d'avoir subi des violences. Poser la question est une intervention en soi.

A*sk direct questions in a nonjudgmental way :*
Poser des questions directes, sans jugement. Il faut laisser le temps à la patiente et ne pas passer à côté de certaines réponses même si la patiente minimise ce qui s'est passé.

V*alidate the patient :*
Ne pas remettre en doute la parole de la patiente. Il faut lui dire qu'elle n'est pas responsable de ce qui s'est passé.

***E**valuate survivors and educate all female patients :*

Il faut ensuite évaluer la situation de la patiente : est-elle actuellement en danger ? Est-elle toujours en contact avec son agresseur ? A –t-elle des idées suicidaires ?

Par ailleurs, il faut éduquer les patientes. On peut expliquer à celles qui n'en ont pas subi, que ces violences existent et qu'elles peuvent avoir des conséquences physiques et psychologiques. On peut les aider à reconnaître et prendre conscience de certaines violences.

***R**efer survivors :*

Orienter la patiente pour une prise en charge globale. La prise en charge doit être médicale et psychologique mais il ne faut pas oublier la prise en charge sociale et judiciaire.

Déroulement de l'étude

1. Problématique et hypothèse

En France, 16% des femmes déclarent avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie.

Or, seules 8% de ces femmes en ont déjà parlé à leur médecin généraliste.

D'après les études évoquées précédemment *(34)(46),* certains médecins sont réticents à poser ces questions d'une part du fait de leur manque de formation et de leur sentiment d'impuissance mais aussi du fait du caractère intrusif de ces questions qui peuvent sembler déplacées et ne relever que de la vie sexuelle ou intime des patientes.

Des études étrangères, notamment suédoises et américaines citées auparavant *(21)(37)(61)* mettent en évidence le fait que les femmes révèleraient les violences subies si la question leur était posée par leur médecin et estiment que celui-ci pourrait les aider à faire face aux conséquences de ces agressions.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'acceptabilité d'un repérage systématique des violences sexuelles et de vérifier le caractère non intrusif de telles questions.

2. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude quantitative avec pour outil de recueil des données un questionnaire proposé aux patientes en fin de consultation de médecine générale. Les réponses sont anonymes, seul l'interne recueillant les données connaît l'identité de la patiente.

a. Critères d'inclusion et population étudiée

Ce questionnaire s'adresse aux patientes de 18 à 65 ans parlant français et consultant seules au cabinet de médecine générale.

Les femmes doivent accepter de participer à l'étude. Le consentement est recueilli à l'oral.

Toutes les femmes vues en consultation quel que soit le motif, sur une période de 7 jours, (définie par l'interne enquêteur) doivent se voir proposer le questionnaire.
Le questionnaire est passé en fin de consultation après une phrase d'introduction rappelant le contexte et l'objet de l'étude ainsi que la définition des violences sexuelles. L'interne interroge la patiente et remplit lui-même le questionnaire.

Les internes ayant participé sont issus de la faculté Paris Descartes. Ils sont en situation de SASPAS ou de remplacement dans des cabinets de médecine générale de la région Ile-de-France.

b. Méthodologie d'élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été établi à partir du questionnaire du Dr Lazimi précédemment cité, en se concentrant sur les violences sexuelles.
En effet, entre mars et avril 2007 *(31),* il a été proposé à 500 médecins généralistes et sages-femmes de dépister les violences auprès de 10 patientes à l'aide d'un questionnaire :

1– Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, de propos sexistes, humiliants, dévalorisants, d'injures, de menaces ?
2– Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences physiques ? Avez-vous reçu des coups, des gifles ? Avez-vous été battue, bousculée par un homme ?
3– Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles : attouchements, viol, rapports forcés ?
557 femmes ont été interrogées parmi lesquelles 18,7% ont subi des violences sexuelles.

La question sur les violences sexuelles a été retenue et ont été ajoutées des questions concernant la vision qu'ont les femmes sur le rôle que le médecin traitant peut jouer dans la prise en charge de ces violences.

J'ai rencontré des psychologues d'une association de victimes : « le monde à travers un regard », afin de recueillir leur avis sur le questionnaire. Sur leurs conseils, certaines

questions ont été reformulées afin de ne pas culpabiliser les femmes interrogées. L'ordre des questions a été modifié : en effet, il leur paraissait moins brutal de commencer par demander quand ont eu lieu les violences puis de les questionner sur le type de violence subie.

Cf. questionnaire en annexe.

c. Déroulement de l'étude

Le sujet de thèse et le questionnaire ont été acceptés par la commission des thèses de la faculté du 13 septembre 2012 par le Dr Brami.

J'ai réalisé un pré-test du 14 au 17 novembre 2012 lors de mon stage de SASPAS afin de vérifier la faisabilité du questionnaire et la compréhension des questions.
Le questionnaire a été réalisé en fin de consultation auprès de 9 patientes. Aucune patiente n'a refusé de participer.
Parmi ces 9 patientes, 3 ont répondu avoir subi des violences. La première femme a subi des attouchements par un membre de la famille dans son enfance, la deuxième un harcèlement sexuel au travail, la dernière une tentative de viol par un membre de l'entourage.
J'ai constaté le bon accueil du questionnaire, les questions ont été bien perçues avec une relative facilité à répondre pour les patientes.
Une des questions a été reformulée car mal comprise par les patientes. En effet, à la question *« pensez-vous que cela fait partie du rôle du médecin généraliste **d'interroger** les patientes sur la question des violences sexuelles ? »* posée initialement en début de questionnaire, certaines patientes répondaient *« non »*. Ces mêmes patientes répondaient ensuite que les questions de dépistage leur semblaient normales. J'ai supposé que leur première réponse était liée au caractère surprenant de cette question qui reste assez inhabituelle, tandis qu'en fin de questionnaire, elles reconnaissent le rôle que le médecin peut jouer. J'ai donc intégré une question plus vaste en début du questionnaire : « *pensez vous que la **prise en charge** des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste? »* pour finir par *« finalement, que pensez-vous d'un **dépistage** des violences sexuelles par le médecin généraliste ? ».*

Le 27 novembre 2012, une présentation de la thèse aux internes de SASPAS est faite lors d'un groupe d'échange de pratique *(Cf. diaporama de présentation en annexe).*
Les questionnaires leur sont remis ainsi que les coordonnées des pôles de références, des associations d'aides aux victimes et des consultations spécialisées de psycho-traumatologie *(Cf. annexe).*
Une relance par courrier électronique est réalisée chaque semaine et de vive-voix lors des groupes d'échange de pratique tous les 15 jours.
Les internes en remplacement ont été contactés par mail et rencontrés pour ceux qui souhaitaient plus d'informations.

Le recueil des résultats s'est terminé fin avril 2013.
Les résultats ont été entrés dans le logiciel Excel. Une analyse statistique descriptive est réalisée avec calcul de pourcentages, médianes et moyennes.
Le logiciel R a été utilisé pour réaliser les tests de Khi 2 et de Fisher dans l'analyse en sous-groupes (selon le sexe du médecin traitant et selon l'antécédent ou non de violences sexuelles).

d. Problèmes rencontrés

J'ai noté une importante réticence de la part des maîtres de stage dont certains se sont opposés à la réalisation du questionnaire dans leur cabinet. Les arguments évoqués sont le caractère « violent » et « extrêmement intrusif » de la question ainsi que le fait de mélanger la « recherche et l'intime ». Certains ont proposé de reformuler la question « je vais vous poser une question extrêmement intrusive, vous n'êtes pas obligé de répondre », d'autres que le cadre soit plus « approprié pour parler de sexualité, comme une consultation de gynéco ou au planning familial ». Un autre pense que « le sujet est trop sensible pour être abordé pour une étude, le recueil devrait se faire en dehors de la consultation, entretiens téléphoniques par exemple ».

D'autres maîtres de stage ont évoqué le risque « d'induire des faux ressentis ou des faux souvenirs » en posant de façon abrupte la question des violences sexuelles chez des personnes fragiles.

Le problème du manque de temps est aussi noté.

Enfin, un des maîtres de stage soulève le nombre d'études pour lesquels ils sont sollicités « nos patients ne doivent pas être des cobayes pour les thèses des étudiants ».

Certains pensent que cette question ne devrait pas être posée de façon systématique.

Résultats

1. Les internes

Les 17 internes du groupe de SASPAS ont été sollicités ainsi que 2 internes en situation de remplacement.

6 internes n'ont pas souhaité participer : parmi eux, 3 ont évoqué le refus de leur(s) maître(s) de stage (7 MDS au total), les 3 autres n'ont pas fourni de raison.

13 internes ont participé dont les 2 internes en situation de remplacement. Le groupe est constitué de 10 femmes et 3 hommes.

Les internes sont en fin d'internat (5ème semestre : 8 internes ; 6ème semestre : 5 internes).

L'âge médian des internes est de 27 ans [25-38 ans].

Tableau 1 : Aspect démographique des internes et maîtres de stage / médecins remplacés

	Interne				**Maître de stage / médecin remplacé**			**nombre de questionnaires**
	Sexe	*Age*	*Semestre*	*Stage/remplacement*	*Sexe*	*Age*	*Ville d'installation*	
1	Féminin	27	6ème	SASPAS	féminin	45	Noisy-le sec (93)	23
					masculin	50	Noisy-le sec (93)	17
					masculin	55	Noisy-le sec (93)	21
2	Féminin	27	5ème	SASPAS	masculin	55	Saint-Ouen (93)	6
					féminin	55	Paris XX (75)	5
3	Féminin	26	5ème	SASPAS	féminin	50	Paris XIV (75)	3
					masculin	50	Brunoy (91)	5
4	Féminin	25	5ème	SASPAS	masculin	55	Paris XV (75)	5
5	Féminin	27	5ème	SASPAS	féminin	57	paris XIII (75)	5
6	Féminin	28	6ème	SASPAS	féminin	55	Dourdan/ Arpajon (91) PF	3
					masculin	58	Ollainville (91)	1
					masculin	63	Boissy-sous-saint-Yon (91)	2
7	Féminin	26	5ème	SASPAS	masculin	50	Paris III (75)	7
8	masculin	26	5ème	SASPAS	masculin	65	Paris IV (75)	3
9	masculin	38	5ème	SASPAS	masculin	60	Paris XV (75)	7
10	Féminin	29	6ème	remplacement	masculin	65	Taverny (95)	9
11	Féminin	28	6ème	remplacement	féminin	56	Gennevilliers (92)	15
12	masculin	27	5ème	SASPAS	masculin	50	Longjumeau (91)	3
13	Féminin	28	6ème	SASPAS	masculin	44	paris XIV (75)	5

Les questionnaires ont été passés dans le cabinet de 19 maîtres de stage ou médecins remplacés, dont 6 femmes et 13 hommes.

L'âge moyen est de 54,5 ans et l'âge médian de 55 ans [44-65 ans].

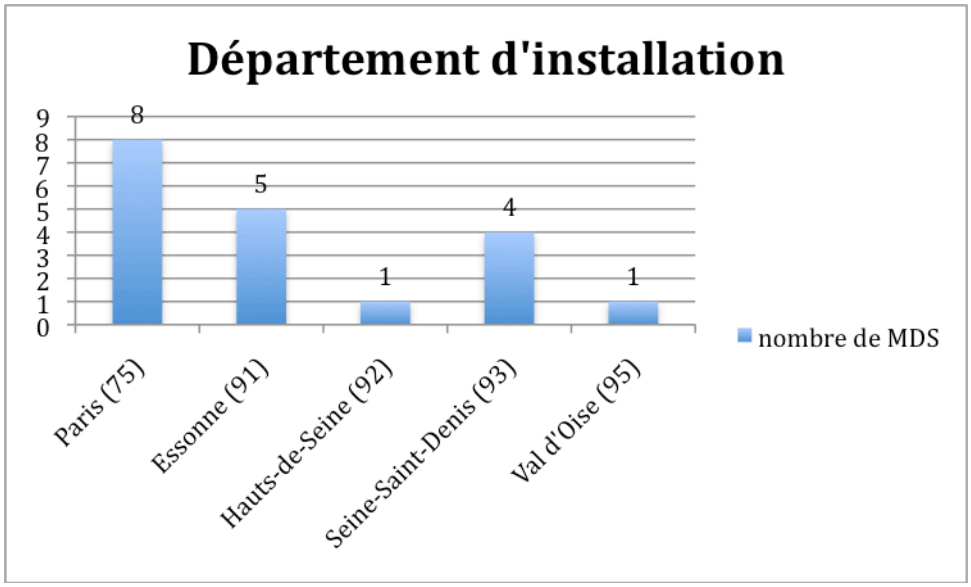


Figure 1 : département d'installation des maîtres de stage et médecins remplacés

Au total, sur 34 maîtres de stage, 10 ont refusé la participation de l'interne. Mais plusieurs internes ont dû « négocier » directement ou par mon intermédiaire afin d'obtenir l'accord du maître de stage. Certains internes ont participé à l'étude contre l'avis du maitre de stage *(cf. problèmes rencontrés).*

2. Les patientes interrogées

Les patientes sont interrogées en fin de consultation par l'interne. Leur consentement est recueilli par oral. Il leur est expliqué que le questionnaire est anonyme. Les femmes doivent avoir entre 18 et 65 ans, parler français et être venues seules en consultation.

145 femmes ont accepté de participer à l'étude sur 172 interrogées.

L'âge médian est 33 ans [18-65 ans] et l'âge moyen 35 ans.

Lieu d'habitation

46% des femmes ayant participé vivent en Seine-Saint-Denis, 27% vivent à Paris, les autres départements de l'Ile-de-France sont moins représentés.

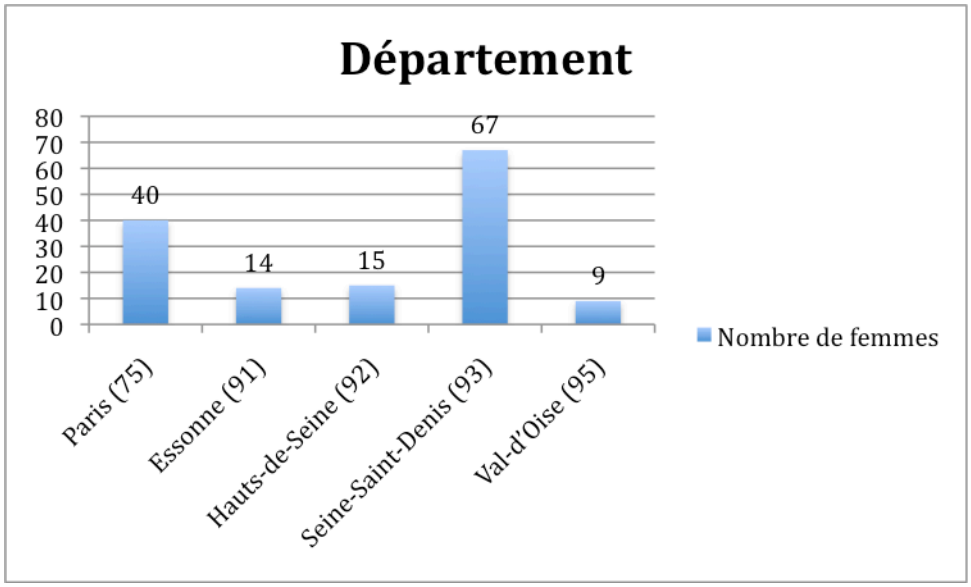


Figure 2 : département d'habitation des patientes interrogées.

Statut marital

La majorité des femmes (59%) vit en couple ou maritalement.

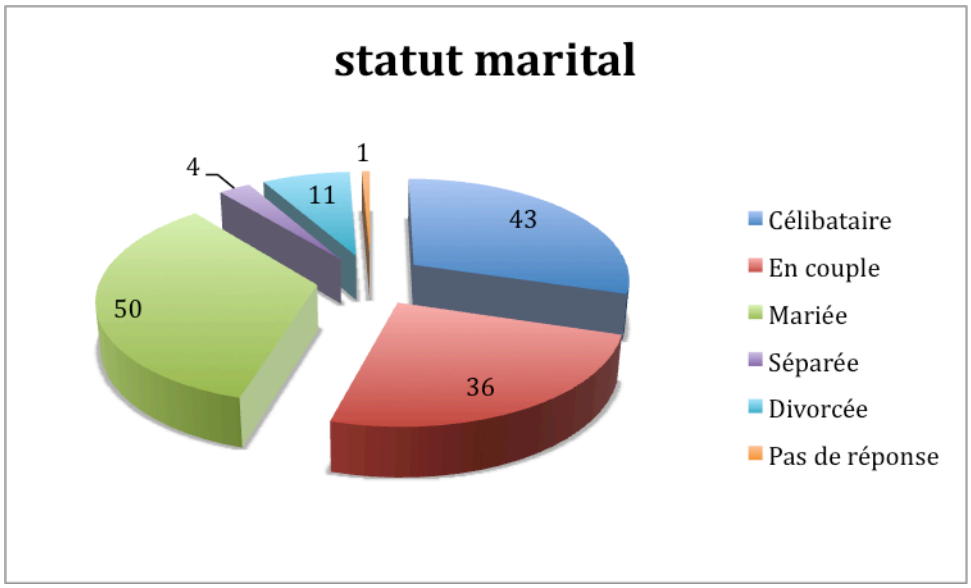


Figure 3 : statut marital des patientes interrogées (nombre de femmes)

Nombre d'enfants par femme

Le nombre médian d'enfant par femme est 1[0-5] et le nombre moyen 1,02 enfant par femme.

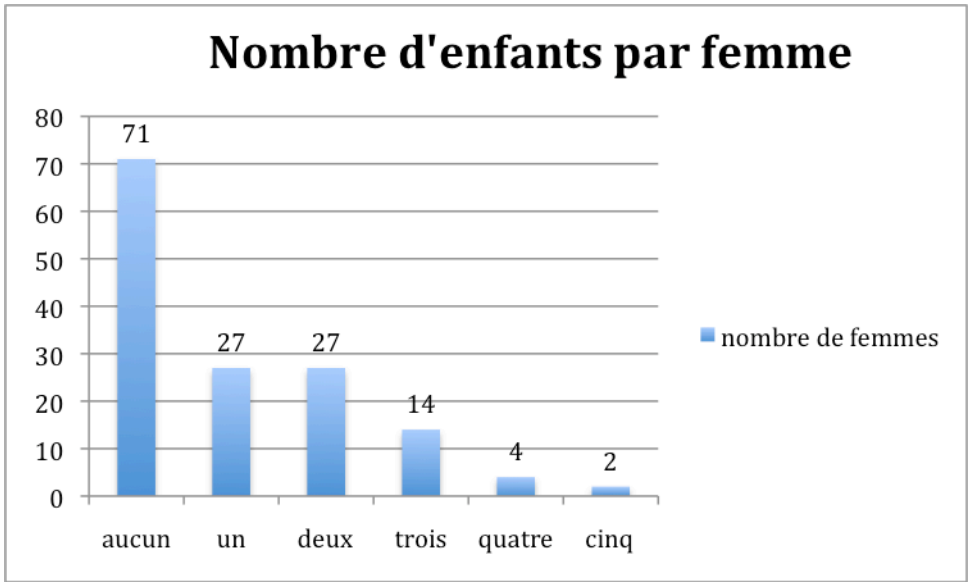


Figure 4 : nombre d'enfants des patientes interrogées

Niveau d'études

42% des femmes ayant participé ont un niveau d'études inférieur ou égal au Baccalauréat.

23% ont un niveau d'étude supérieur ou égal à un Bac +5.

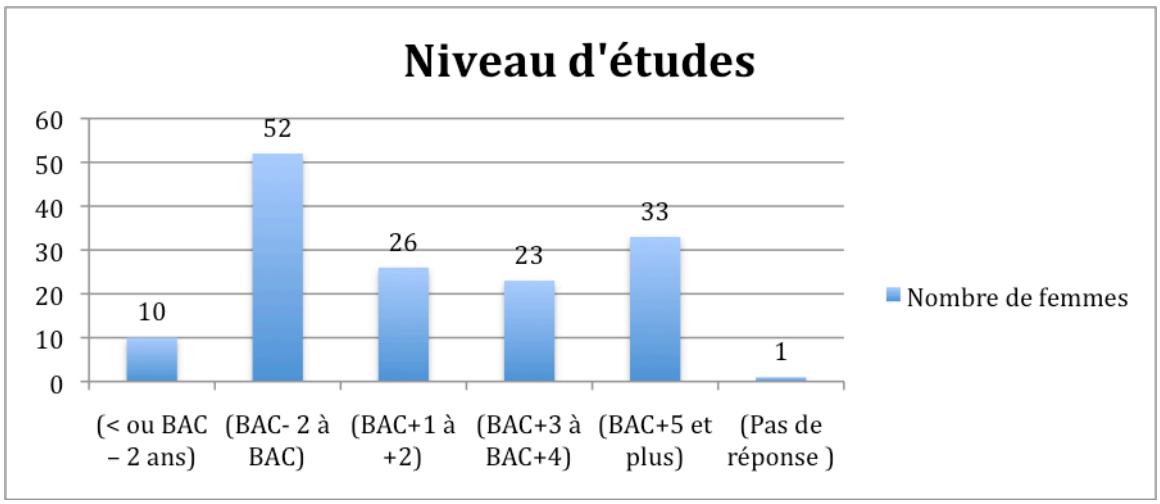


Figure 5 : Niveau d'études des patientes interrogées

Pays de naissance

78% des femmes ayant participé sont nées en France et 16% sont nées en Afrique.

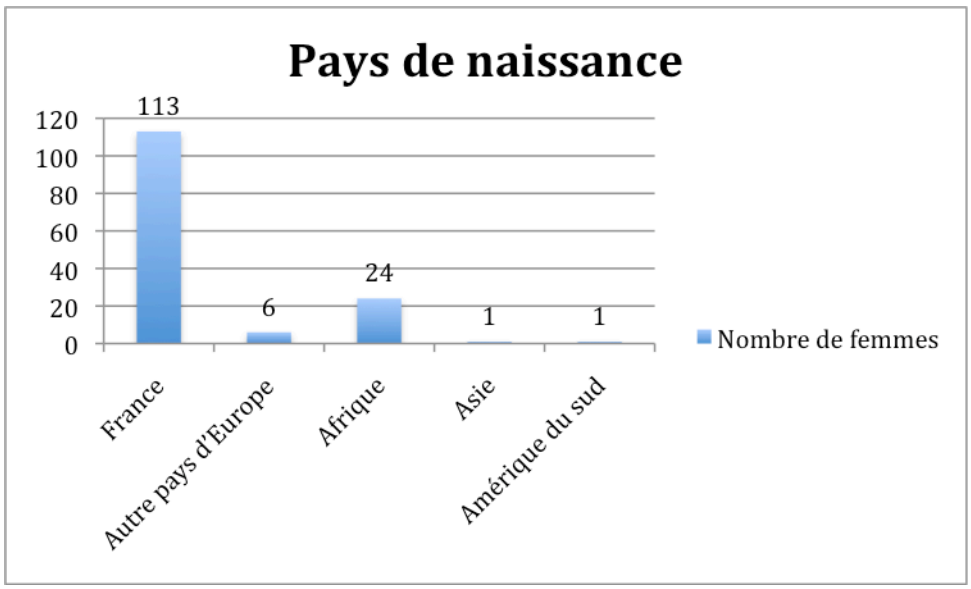


Figure 6 : pays de naissance des patientes interrogées.

Pays d'origine

56% des femmes sont d'origine française, tandis que 22% sont d'origine africaine. Pour 14% des femmes, aucune réponse n'a été donnée.

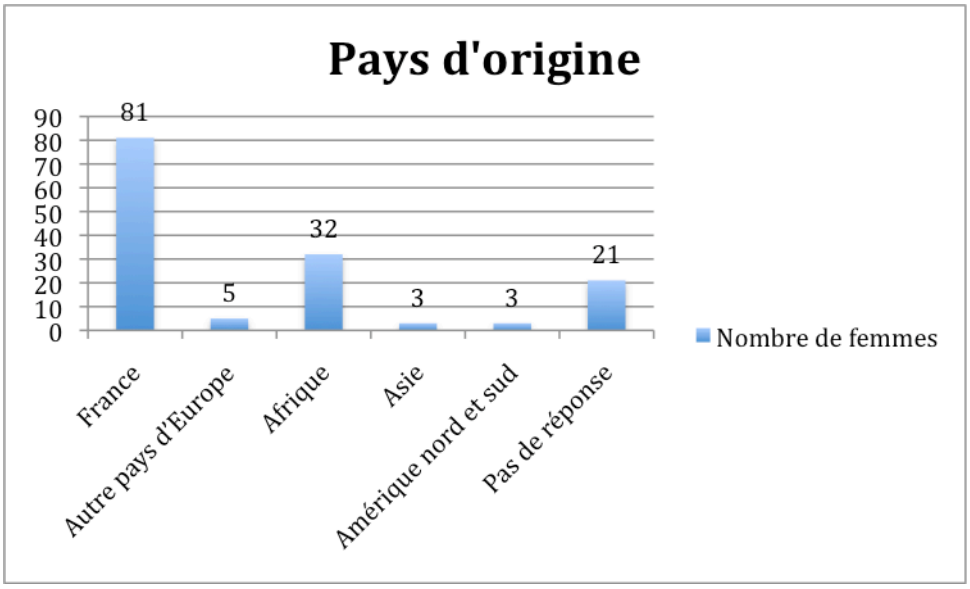


Figure 7 : Pays d'origine des patientes interrogées

3. Résultats du questionnaire

145 questionnaires ont été complétés par 13 internes chez 19 maîtres de stage ou médecins remplacés différents.

a. Résultats par question

Question 1 **Votre médecin généraliste vous a-t-il déjà demandé si vous aviez été victime de violences sexuelles ? (n=145)**

93,1% des femmes interrogées n'ont jamais été questionnées sur les violences sexuelles.

Tableau 2 : Votre médecin généraliste vous a-t-il déjà demandé si vous aviez été victime de violences sexuelles ?

	Nombre de femmes	Pourcentage parmi les femmes interrogées (n=145)
oui	10	6,9%
non	135	93,1%

Question 2 : **Pensez-vous que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste? (n=145)**

83,4% des femmes interrogées estiment que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste et 13,8% qu'elle n'en fait pas partie.

Tableau 3 : Pensez-vous que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste?

	Nombre de femmes	Pourcentage parmi les femmes interrogées (n=145)
Oui	121	83,4%
Non	20	13,8%
Ne sait pas	4	2,8%

Question 3 : **Avez-vous subi des violences sexuelles dans votre vie ? (n=145)**

23,4% des femmes ont subi des violences sexuelles dans leur vie, une femme n'a pas souhaité répondre.

Tableau 4 : Avez-vous subi des violences sexuelles dans votre vie?

Violences sexuelles subies	Nombre de femmes	Pourcentage parmi les femmes interrogées (n=145)
Oui	34	23,4%
Non	110	75,8%
Ne souhaite pas répondre	1	0,7%

Parmi les femmes ayant subi des violences sexuelles (n=34)

- Il y a combien de temps ?

Un peu plus d'un tiers des violences subies l'ont été avant l'âge de 18 ans. Seules deux violences ont été subies il y a moins d'un an.

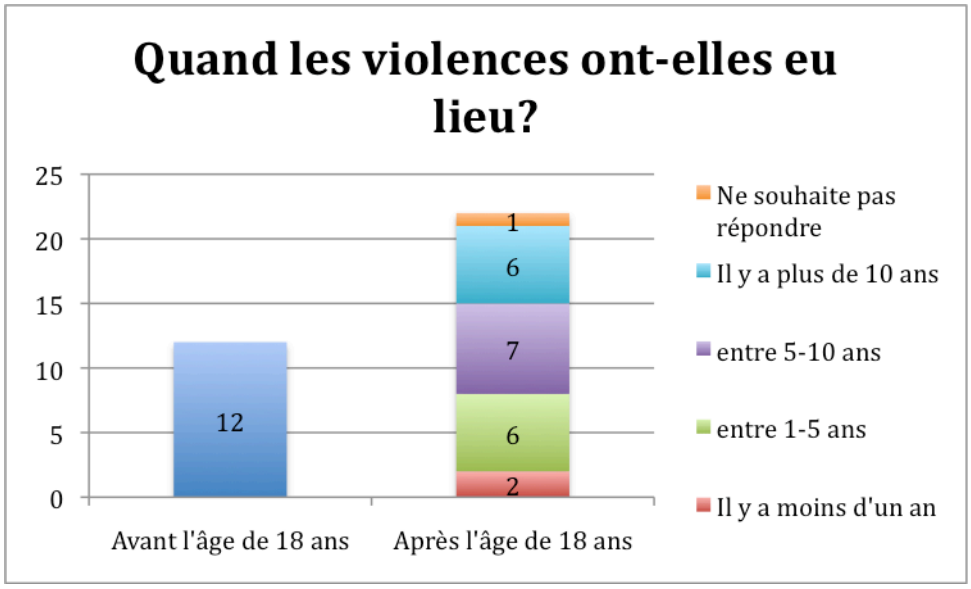


Figure 8 : Quand les violences ont-elles eu lieu?

- Par qui l'agression a-t-elle été commise ?

Plus de deux tiers des agresseurs sont connus de la victime (famille, entourage, travail).

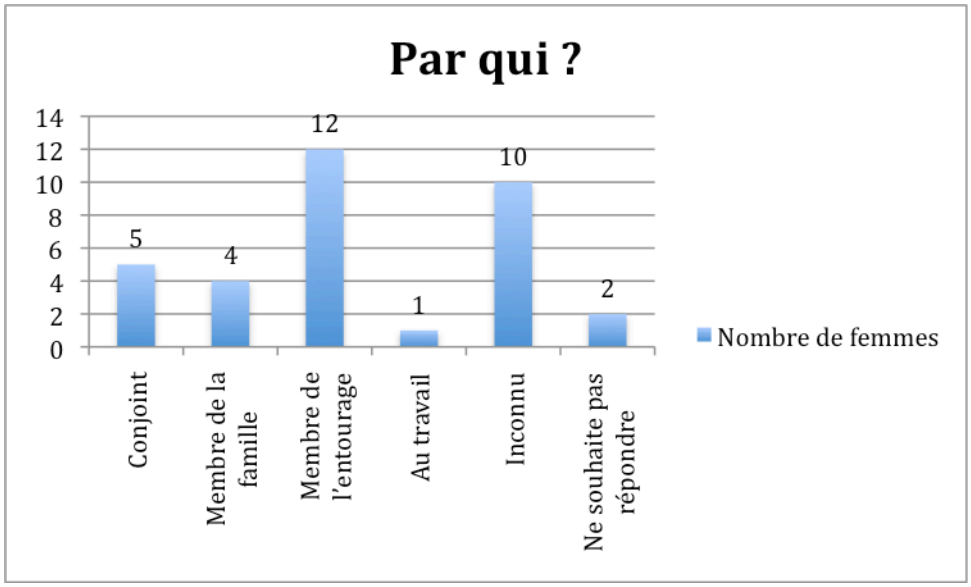


Figure 9 : Par qui les agressions ont-elles été commises?

- Quel type de violence ?

Parmi les 34 violences, 14 sont un viol, 10 des attouchements et 8 une tentative de viol.

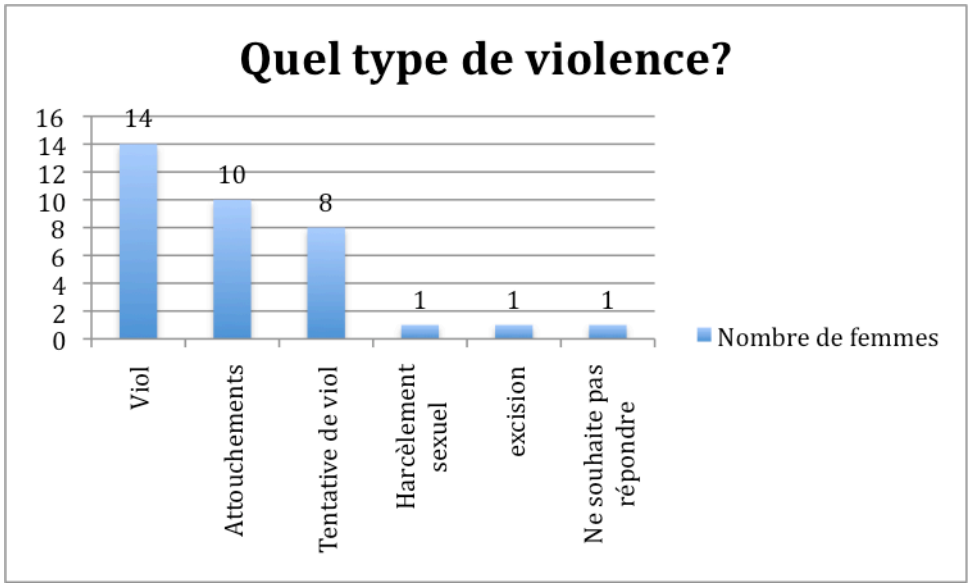


Figure 10 : Quel type de violence a été subie?

- En avez-vous parlé à votre médecin généraliste ?

Un tiers des femmes a parlé de son agression à son médecin généraliste.

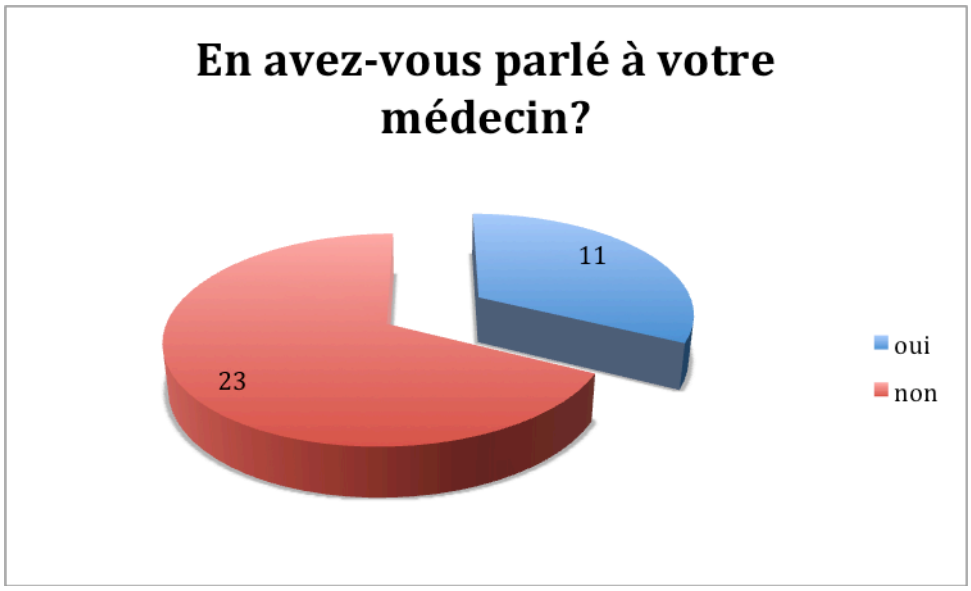


Figure 11 : En avez-vous parlé à votre médecin?

- Auriez-vous souhaité que votre médecin vous pose la question ?

Plus de deux tiers des femmes victimes auraient souhaité que leur médecin leur pose la question des violences sexuelles.

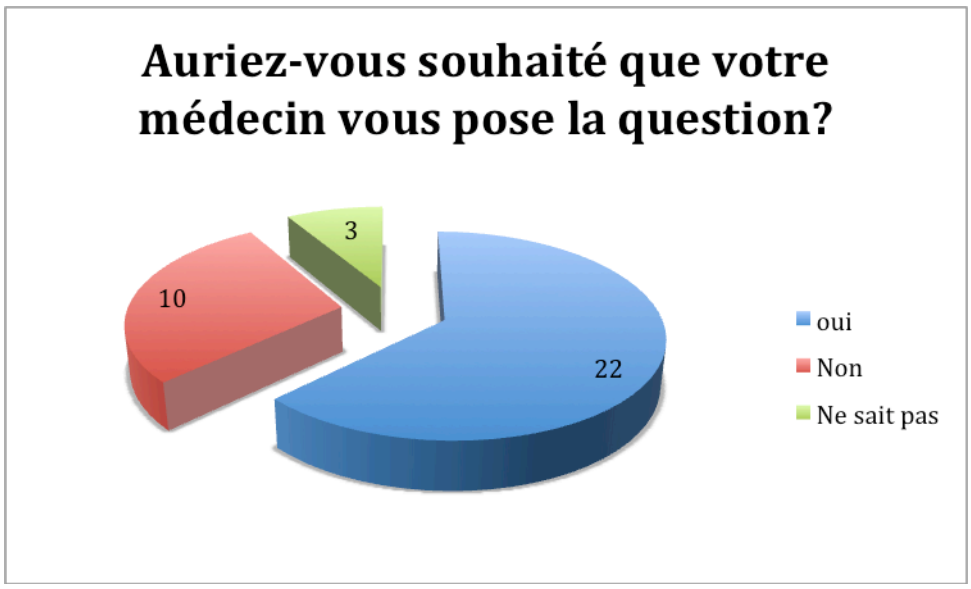


Figure 12 : Auriez-vous souhaité que le médecin vous pose la question?

Question 4 : **Qu'avez-vous ressenti face à ces questions ?**

- Parmi toutes les femmes (n=145)

83% des femmes interrogées ont trouvé normal qu'on leur pose la question, 7% ont été mal à l'aise. 2% des femmes ont été choquées.

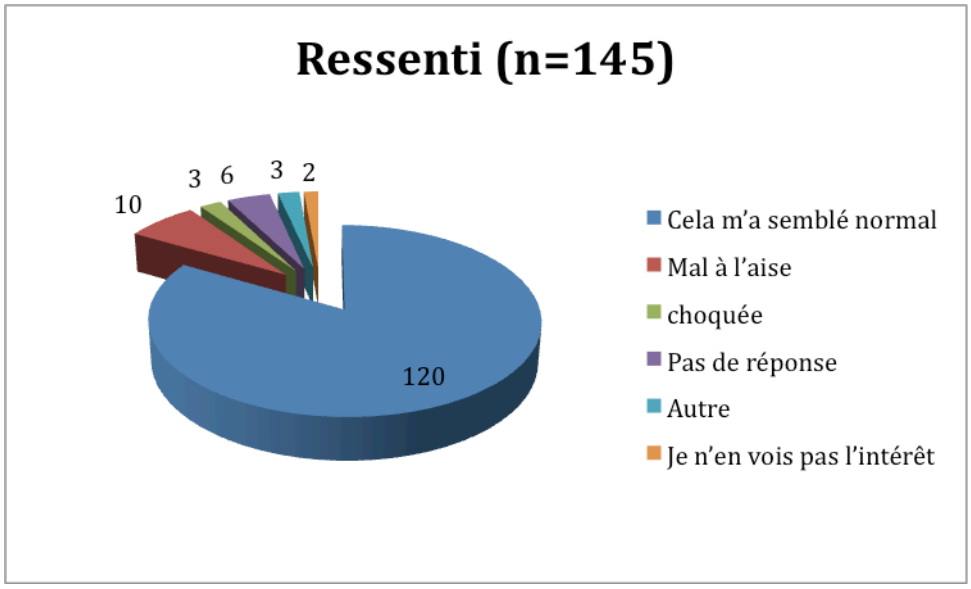


Figure 13 : Qu'avez-vous ressenti face à ces questions (parmi toutes les femmes interrogées) ?

- Parmi les femmes victimes (n=34)

Plus de 8 femmes sur 10 ont trouvé normal qu'on leur pose la question, deux femmes ont été mal à l'aise et une a été choquée.

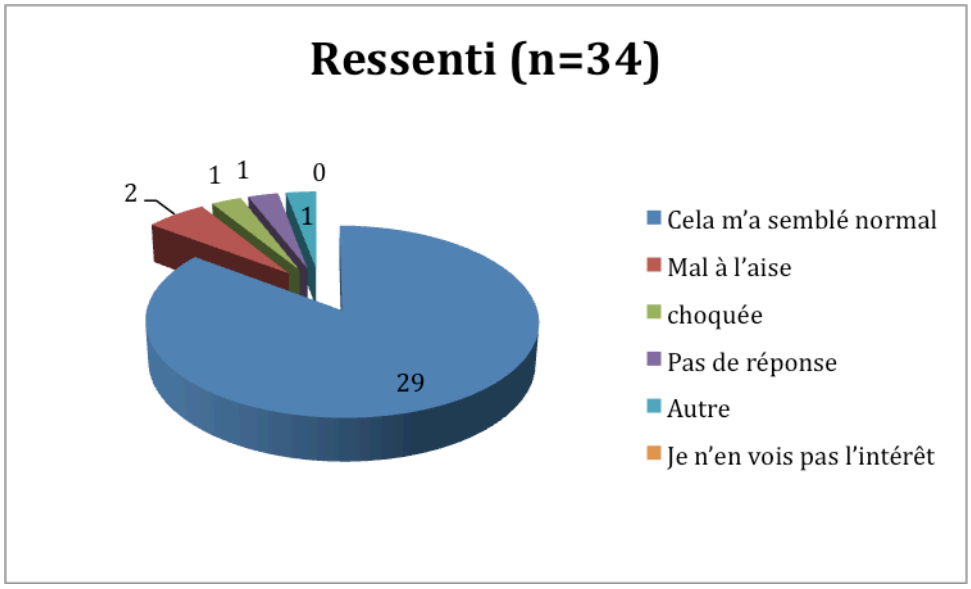


Figure 14 : Qu'avez-vous ressenti face à ces questions (parmi les femmes victimes) ?

Question 5 : **Finalement, que pensez-vous d'un dépistage des violences sexuelles par le médecin généraliste ?**

- Parmi toutes les femmes (n=145)

81% des patientes ayant participé considèrent qu'un dépistage par le médecin généraliste donne la possibilité aux femmes victimes d'en parler. 53% pensent que cela devrait être plus systématique. 8% trouvent le dépistage trop intrusif.

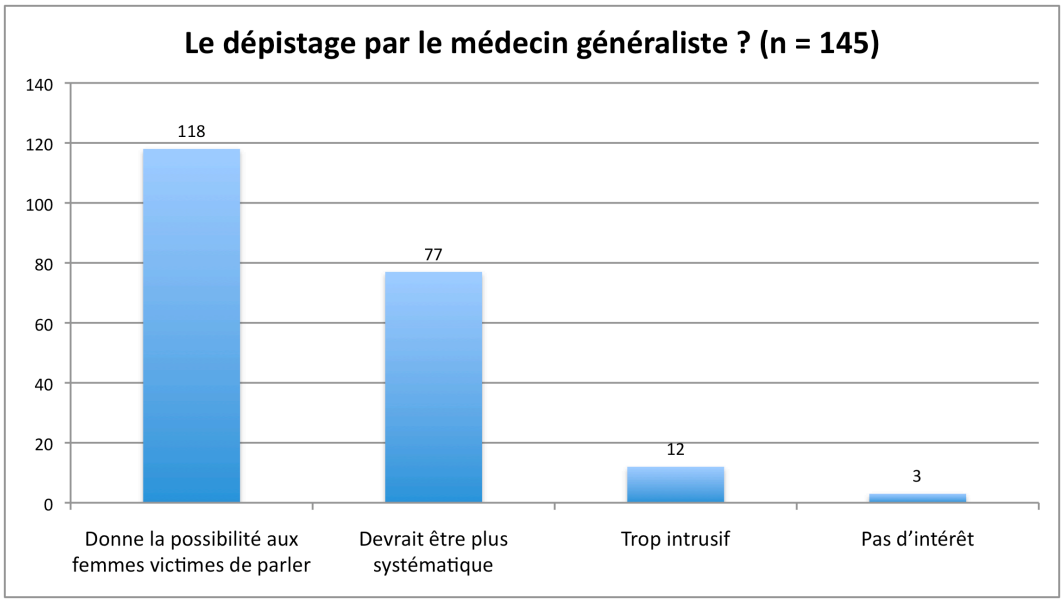


Figure 15 : Que pensez-vous d'un dépistage par le médecin généraliste? (Parmi toutes les femmes interrogées)

➢ Parmi les femmes victimes (n=34)

Neuf femmes victimes sur dix considèrent qu'un dépistage par le médecin généraliste donne la possibilité aux femmes victimes d'en parler. Six sur dix pensent que cela devrait être plus systématique. Deux femmes trouvent le dépistage trop intrusif.

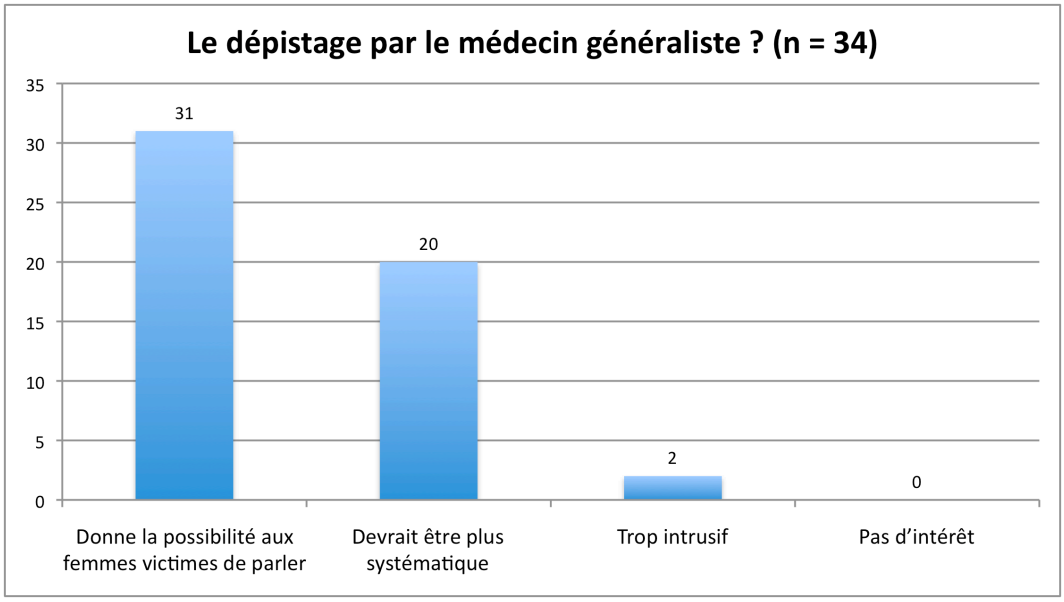


Figure 16 : Que pensez-vous d'un dépistage par le médecin généraliste (parmi les femmes victimes) ?

b. Analyse en sous-groupes en fonction du sexe du médecin traitant.

Je me suis demandée si le sexe du médecin traitant pouvait influer sur la réponse des patientes. Pour cela, j'ai utilisé le test du Khi 2. Celui-ci permet de savoir si deux groupes sont homogènes, c'est-à-dire indépendants d'un facteur donné. Le facteur est ici le sexe du médecin traitant.

Pour cela, on définit une hypothèse nulle H0 : « les réponses sont indépendantes du sexe du médecin traitant ». Le calcul de p (ou p value) permet d'estimer le pourcentage de risque de se tromper en rejetant l'hypothèse nulle.
Par exemple, si p = 0,4 on a 40% de risque de se tromper en rejetant l'hypothèse nulle : cela signifie qu'on a 40% de risque de se tromper en disant qu'il existe un lien entre le sexe du médecin et les réponses.

Par convention, on rejette l'hypothèse nulle si p est inférieur ou égal à 5%. Si p est supérieur, on en déduit qu'il n'y a pas de lien significatif entre les réponses et le sexe du médecin traitant.

Ici, les valeurs du p ont été vérifiées par le test de Fisher plus adapté pour les petits effectifs.

Tableau 5 : sexe des médecins maîtres de stage/ remplacés.

Sexe du maître de stage / médecin remplacé	Nombre de questionnaires	Pourcentage (n=145)
Médecin femme	54	37,2%
Médecin homme	91	62,8%

Question 1 **Votre médecin généraliste vous a-t-il déjà demandé si vous aviez été victime de violences sexuelles ?**

*Tableau 6 : Votre médecin vous a-t-il déjà posé la question des violences (selon le sexe du médecin**)** ?*

	OUI	NON
Médecin femme	5/54 soit 9,3%	49/54 soit 90,7%
Médecin homme	6/91 soit 6,6%	85/91 soit 93,4%

Khi 2	0,685
Degré de liberté	1
P Value	0,7935

Selon Fisher	
P value	0,747

On ne retrouve donc pas de lien significatif entre le sexe du médecin traitant et la réponse.

Question 2 : **Pensez-vous que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste?**

Tableau 7 : Pensez-vous que la prise en charge des violences fait partie du rôle du médecin (selon le sexe du médecin) ?

	Oui	Non	Ne sait pas
Médecin femme (n=54)	44/54 soit 81,5%	9/54 soit 16,7%	1/54 soit 1,9%
Médecin homme (n=91)	77/91 soit 84,6%	11/91 soit 12,1%	3/91 soit 3,3%

Khi 2	0,812
Degré de liberté	2
P Value	0,6665

Selon Fisher	
P value	0,6755

On ne retrouve donc pas non plus de lien significatif entre le sexe du médecin traitant et la réponse.

Question 3 : **Avez-vous subi des violences sexuelles dans votre vie ?**

Tableau 8 : Avez-vous subi des violences sexuelles (selon le sexe du médecin) ?

	Oui	Non	Ne souhaite pas répondre
Médecin femme (n=54)	11/54 soit 20,4%	42/54 soit 77,8%	1/54 soit 1,8%
Médecin homme (n=91)	23/91 soit 25,3%	68/91 soit 74,7%	0

Khi 2	2,0744
Degré de liberté	2
P Value	0,3544

Selon Fisher	
P value	0,3963

On ne peut donc pas établir de lien significatif entre le sexe du médecin traitant et les réponses.

Parmi les femmes victimes :

En avez-vous parlé avec votre médecin ?

Tableau 9 : En avez-vous déjà parlé à votre médecin (selon le sexe du médecin) ?

	Oui	Non
Médecin femme (n=11)	4/11 soit 36 ,4%	7/11 soit 63,6%
Médecin homme (n=23)	7/23 soit 30,4%	16/23 soit 69,6%

Khi 2	0,12
Degré de liberté	1
P Value	1

Selon Fisher	
P value	1

Il n'y a donc pas d'association significative entre le sexe du médecin et les réponses.

Auriez-vous souhaité qu'il vous pose la question ?

Tableau 10 : Auriez-vous souhaité qu'il vous pose la question (selon le sexe du médecin) ?

	Oui	Non	Ne sait pas
Médecin femme (n=11)	8/11 soit 72,7%	2/11 soit 18,2%	1/11 soit 9,1%
Médecin homme (n=23)	14/23 soit 60,9%	8/23 soit 34,8%	1/23 soit 4,3%

Khi 2	1,1435
Degré de liberté	2
P Value	0,5645

Selon Fisher	
P value	0,4881

Il n'y a pas de différence significative entre les différentes réponses selon le sexe du médecin.

Question 4 : **Qu'avez-vous ressenti face à ces questions ?**

Tableau 11 : Qu'avez-vous ressenti face à ces questions (selon le sexe du médecin) ?

	Cela m'a semblé normal	Cela m'a mise mal à l'aise	Cela m'a choquée	Je n'en vois pas l'intérêt	Pas de réponse	Autre
Médecin femme (n=54)	42/54 soit 78%	4/54 soit 7,4%	2/54 soit 3,7%	1/54 soit 1,9%	3/54 soit 5,6%	2/54 soit 3,7%
Médecin homme (n=91)	78/91 soit 85,7%	6/91 soit 6,6%	1/91 soit 1,1%	1/91 soit 1,1%	4/91 soit 4,4%	1/91 soit 1,1%

Khi 2	2,747
Degré de liberté	5
P Value	0,7389

Selon Fisher	
P value	0,6774

La répartition entre les items ne diffère pas de façon significative selon le sexe du médecin.

Question 5 : **Finalement, que pensez-vous d'un dépistage des violences sexuelles par le médecin généraliste ?**

Tableau 12: Que pensez-vous d'un dépistage par le médecin généraliste? (Selon le sexe du médecin).

	Aide les femmes à parler	Devrait être plus systématique	Trop intrusif	Sans intérêt
Médecin femme (n=54)	42/54 soit 77,8%	28/54 soit 51,8%	4/54 soit 7,4%	2/54 soit 3,7%
Médecin homme (n=91)	76/91 soit 83,5%	49/91 soit 53,8%	8/91 soit 8,8%	1/91 soit 1,1%

Khi 2	1,2152
Degré de liberté	3
P Value	0,74

Selon Fisher	
P value	0,7946

La répartition entre les items ne diffère pas de façon significative selon le sexe du médecin.

Pour récapituler, on ne retrouve de lien significatif avec le sexe du médecin traitant pour aucune des questions.

Tableau 13 : calcul du Khi 2 selon le sexe du médecin traitant (valeur de p)

Votre médecin vous a-t-il déjà posé la question des violences sexuelles ?	p>0,75
Pensez-vous que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste ?	p>0,66
Avez-vous déjà subi des violences sexuelles ?	p>0,35
Parmi les femmes victimes : - en avez-vous parlé avec votre médecin ? - auriez-vous souhaité qu'il vous pose la question ?	 p>0,67 p>0,48
Qu'avez-vous ressenti face à ces questions ?	p>0,67
Que pensez-vous d'un dépistage par le médecin généraliste ?	p>0,74

c. Analyse en sous-groupes en fonction de l'antécédent de violences ou non

A été exclue de cette analyse la patiente n'ayant pas répondu à la question des violences sexuelles.

On définit cette fois l'hypothèse nulle H'0 comme « les réponses sont indépendantes de l'existence ou non d'un antécédent de violence sexuelle ».

Question 1 **: Votre médecin généraliste vous a-t-il déjà demandé si vous aviez été victime de violences sexuelles ?**

Tableau 14 : Votre médecin vous a-t-il déjà demandé si vous aviez été victime de violences sexuelles (en fonction de l'antécédent de violence ou non) ?

	Oui	Non
Antécédent de violence (n=34)	8	26
Pas d'antécédent de violence (n=110)	2	109

Khi 2	15,9
Degré de liberté	1
P Value	< 0,001

Selon Fisher	
P value	<0,001

Il existe un lien entre le fait d'avoir subi des violences et de se voir poser la question avec un Odds-Ratio à 16,3 et un intervalle de confiance à 95% [3-155,5].

Question 2 : **Pensez-vous que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste?**

Tableau 15 : Pensez-vous que la prise en charge des violences fait partie du rôle du médecin (en fonction de l'antécédent de violence ou non) ?

	Oui	Non	Ne sait pas
Antécédent de violence (n=34)	30	3	1
Pas d'antécédent de violence (n=110)	91	17	2

Khi 2	1,0732
Degré de liberté	2
P Value	0,5847

Selon Fisher	
P value	0,4883

La valeur de p est d'environ 0,5, on a donc 50% de chance de se tromper en rejetant l'hypothèse nulle : il n'y a donc pas de différence significative entre les réponses en fonction de l'antécédent ou non de violences sexuelles.

Question 4 : **Qu'avez-vous ressenti face à ces questions ?**

Tableau 16 : Qu'avez-vous ressenti face à ces questions (en fonction de l'antécédent de violence ou non) ?

	Cela m'a semblé normal	Cela m'a mise mal à l'aise	Cela m'a choquée	Je n'en vois pas l'intérêt	Pas de réponse	Autre
Antécédent de violence (n=34)	29	2	1	0	1	1
Pas d'antécédent de violence (n=110)	91	7	2	2	6	2

Khi 2	1,3003
Degré de liberté	5
P Value	0,9349

Selon Fisher	
P value	0,9675

Il n'y pas de différence significative entre les deux sous groupes.

Question 5 : **Finalement, que pensez-vous d'un dépistage des violences sexuelles par le médecin généraliste ?**

Tableau 17 : Que pensez-vous d'un dépistage par le médecin généraliste (en fonction de l'antécédent de violence sexuelle ou non) ?

	Aide les femmes à parler	Devrait être plus systématique	Trop intrusif	Sans intérêt
Antécédent de violence (n=34)	31	20	2	0
Pas d'antécédent de violence (n=110)	87	57	9	3

Khi 2	1,3859
Degré de liberté	3
P Value	0,7089

Selon Fisher	
P value	0,912

La répartition des items ne diffère pas significativement entre les deux sous-groupes.

Pour récapituler, on retrouve un lien significatif entre l'antécédent de violence sexuelle et la réponse uniquement pour la *question 1* : « *votre médecin vous a-t-il déjà demandé si vous aviez subi des violences sexuelles ?* »

Tableau 18 : calcul du Khi 2 selon l'antécédent ou non de violences sexuelles (valeur de p)

Votre médecin vous a-t-il déjà posé la question des violences sexuelles ?	**p<0,001**
Pensez-vous que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste ?	p>0,48
Qu'avez-vous ressenti face à ces questions ?	p>0,93
Que pensez-vous d'un dépistage par le médecin généraliste ?	p>0,70

4. Résultats de la fiche jointe

Nombre de questionnaires remplis / refus des patientes par interne :

La médiane du nombre de questionnaires passés par interne est 7 [3-61].

Deux internes ont été confrontés à des refus (19 pour l'un, 10 pour l'autre).

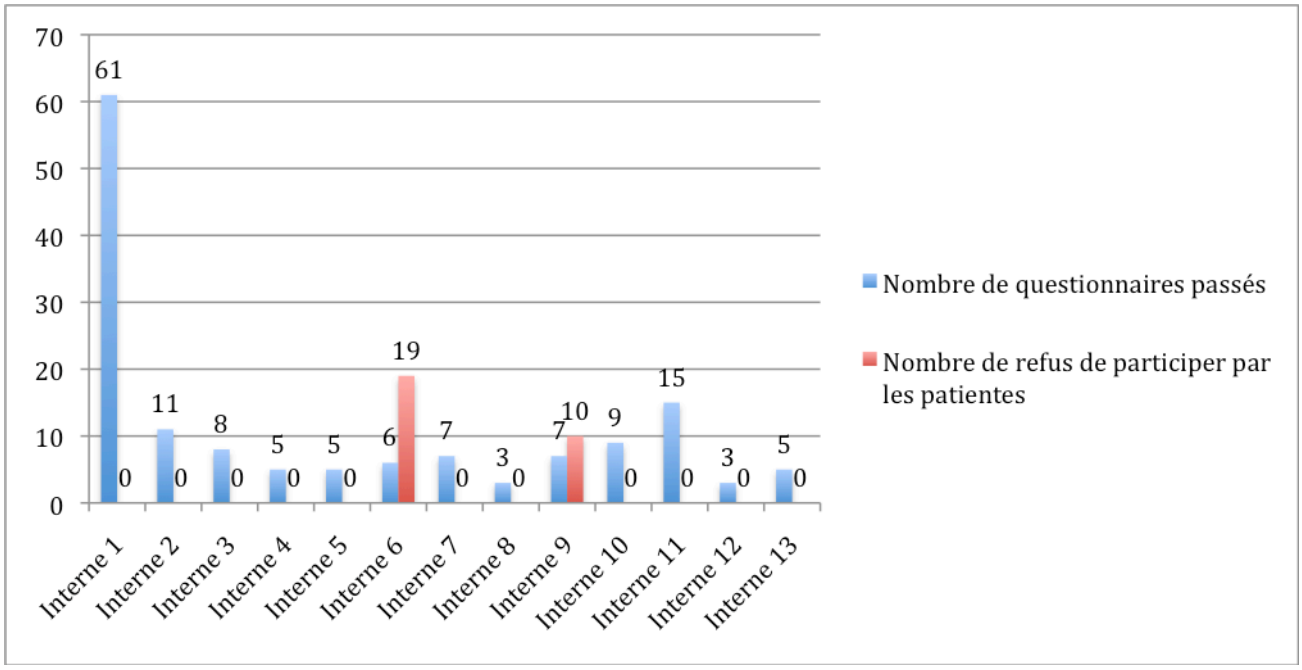


Figure 17 : nombre de questionnaires remplis, par rapport au nombre de refus de la part des patientes, par interne.

Etait-ce difficile de poser la question ?

Sept internes sur treize ont trouvé qu'il n'était pas difficile de poser la question des violences sexuelles.

Tableau 19 : Etait-ce difficile de poser la question?

	Nombre d'interne	Pourcentage (n=13)
Oui	6	46,2%
Non	7	53,8%

Etait ce difficile pour les patientes de répondre ?

- Si pas d'antécédent de violence sexuelle ?

Seul un interne a trouvé qu'il était difficile pour les femmes n'ayant pas subi de violences sexuelles de répondre.

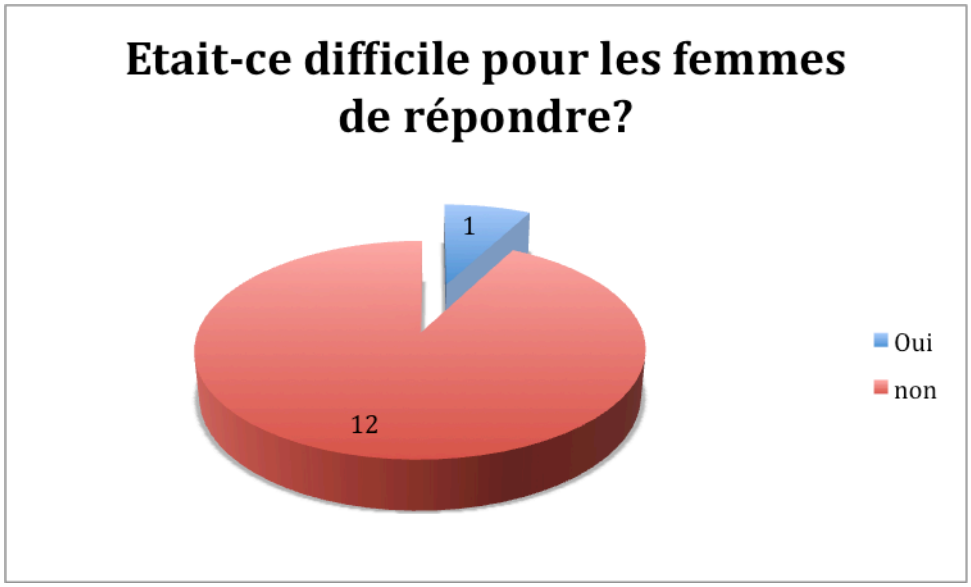


Figure 18 : D'après l'interne, était-ce difficile pour les patientes de répondre, parmi les femmes non victimes.

- Si antécédent de violence sexuelle ?

Seul un interne a trouvé qu'il était difficile pour les femmes ayant subi une violence sexuelle de répondre.

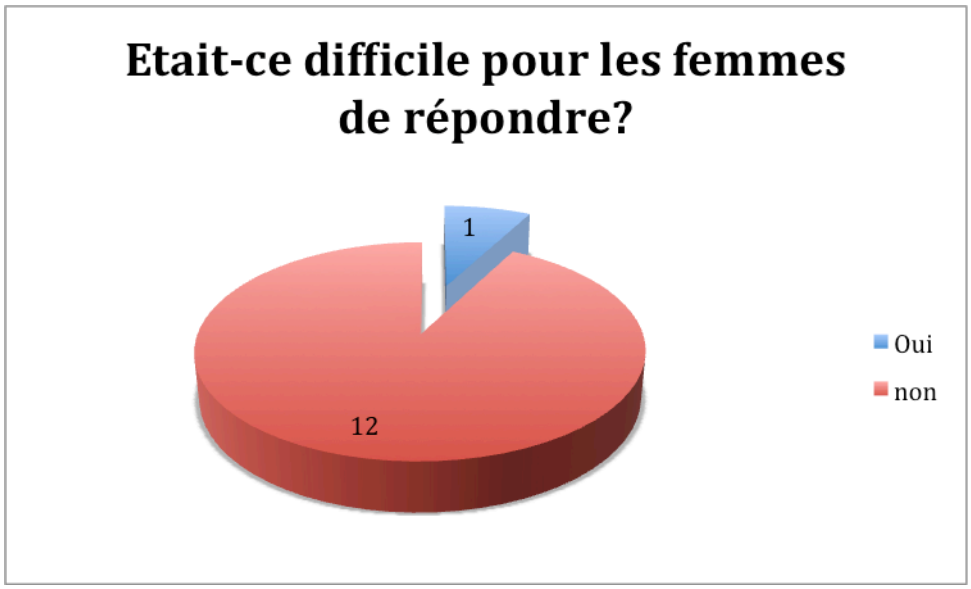


Figure 19 : D'après l'interne, était-ce difficile pour les patientes victimes de répondre.

Discussion

Après avoir décrit les résultats de l'étude, nous allons tenter de les analyser et les interpréter, en nous appuyant sur les travaux évoqués précédemment.

1. Les caractéristiques des participants à l'étude

a. Les internes

13 internes ont participé. On note une contribution inégale selon les internes. La médiane du nombre de questionnaires passés par interne est 7 [3-61] tandis que la médiane du nombre de questionnaires passés chez chaque maître de stage est 5 [1-23].

Les internes sont en majorité des femmes (10), tandis que seuls 3 hommes ont participé (avec seulement 13 questionnaires au total). Compte tenu de la faible proportion d'internes masculins, une analyse en sous-groupes en fonction du sexe de l'interne ne me semblait pas pertinente. Pourtant, on pourrait se demander si le sexe de l'interne ne modifie pas les réponses des patientes et donc entrainerait un biais. L'analyse en sous-groupes en fonction du sexe du médecin traitant habituel tend à faire penser que le sexe n'influe pas sur les réponses.

Il est à noter que seuls deux internes ont été confrontés à des refus de participer de la part des patientes. Mais ceux-ci ont reçu un nombre de refus important. Ainsi, un interne a été confronté à 10 refus tandis qu'un autre à 12 chez un maître de stage, 2 chez un autre et enfin 5 chez le dernier. Précisons qu'il s'agit d'un interne homme et d'une interne femme.
On peut se demander si ces internes ont présenté le questionnaire de façon différente ? Etaient-ils plus en retard dans la consultation ? L'interne était-il moins à l'aise avec le sujet ?
Ceci est confirmé par le fait que ces deux internes font partie de ceux ayant trouvé difficile de poser la question.

b. Les patientes interrogées

Sur les 145 patientes, 46,2% vivent en Seine-Saint-Denis (67/145). La tranche d'âge la plus représentée est celle des « 25-34 ans » (59 patientes /145 soit 40,7%).
Le niveau d'étude le plus représenté est le groupe « Bac-2 à Bac » avec 52 patientes sur 145, soit 35,9% des femmes interrogées.

Une étude sociologique *(33)* montre que la grande majorité des violeurs accusés et condamnés viennent de « milieux populaires ». Pourtant, selon Bajos *(3),* toutes les catégories socioprofessionnelles sont bien présentes chez les victimes. En effet les violences sexuelles subies avant l'âge de 18 ans touchent tous les milieux. Celles subies à l'âge adulte, que ce soit pour les rapports forcés ou les tentatives de rapports forcés varient peu, entre 6 et 10 % selon les catégories socio-professionnelles (les cadres et artisans-commercants sont un peu plus représentés). Or, dans 80% des cas, l'agresseur fait partie de l'entourage de la victime, on peut donc supposer que si les agresseurs issus de « milieux populaires » sont les plus condamnés, ce ne sont pas forcément ceux qui commettent le plus d'actes.
La sur-représentation d'un département avec un plus faible niveau de vie *(2)* ne devrait donc pas entrainer la surestimation du nombre de violences subies.

Les violences subies *(question 3)*

Dans notre échantillon, 34 femmes soit 23,4% ont subi des violences sexuelles. Ce chiffre est plus élevé que dans les autres études de repérage. En effet, dans celles du Dr Lazimi *(31)(32),* on retrouve respectivement 21% et 17,8% de violences sexuelles. Ceci peut être lié à un biais d'échantillonnage mais aussi à l'augmentation de la médiatisation des violences sexuelles depuis les premières études. En effet, en 2010, les violences faites aux femmes ont été désignées comme grande cause nationale avec pour conséquence une augmentation des campagnes publicitaires, d'émissions, d'articles dans les journaux. Ceci a peut-être contribué à lever en partie le tabou sur les violences.

Concernant le type de violences, 9,7% de l'ensemble des femmes de l'étude signalent un viol et 5,51% une tentative de rapport forcé. Dans l'étude « Contexte et Sexualité en France » (ou CSF) *(3),* les proportions sont inversées *(6,8 % des femmes déclarent des rapports forcés et 9,1 %, des tentatives).* Notre échantillon étant bien plus petit (celui de l'étude CSF comprenait 5792 femmes), les résultats de l'étude de Bajos sont probablement plus proches de la réalité.

Parmi les femmes ayant subi des violences, 35% les ont subies avant 18 ans. C'est-à-dire que 6,8% de l'ensemble des femmes de l'étude ont subi des violences sexuelles avant 18 ans. Les résultats sont difficilement comparables à ceux de l'étude CSF *(3)* du fait de la petite taille de notre échantillon, mais ils semblent cohérents, l'étude CSF ayant révélé que 8,8% des femmes entre 18 et 69 ans ont subi des violences avant l'âge de 18 ans.

Pour ce qui est de l'agresseur, dans l'étude « Contexte et Sexualité en France » *(3),* 24% des violences subies (soit 610) le sont par un inconnu en ce qui concerne les rapports forcés et 19% en ce qui concerne les tentatives de rapports forcés.
Dans notre étude, ce chiffre est un peu supérieur : 29,4% des violences sont perpétrées par un inconnu.
Encore une fois, ceci peut être dû à un biais d'échantillonnage. Cependant, on peut se demander si les femmes désignent moins leur agresseur car, faisant partie de l'entourage, il peut être connu par le médecin.

En conclusion, dans cette étude comme dans les précédentes, environ 1 femme sur 5 a subi dans sa vie des violences sexuelles, dans la grande majorité des cas (entre 70 et 80%) par un membre de son entourage.

2. Le médecin et les violences sexuelles

a. Les violences sexuelles, un thème peu présent en consultation

Dans notre étude, 93% des patientes signalent que la question ne leur a jamais été posée *(question 1)*. On constate bien que très peu de médecins dépistent les violences.
Ce chiffre est proche de ceux que l'on retrouve dans d'autres études étrangères : selon Friedman et Al. *(21),* seuls 6% des patients ont déjà été interrogés sur les violences sexuelles.

Dans notre enquête, on note que seules 10 patientes indiquent que leur médecin leur a posé la question des violences sexuelles. Parmi ces 10 patientes, 8 avaient effectivement subi des violences. Si l'une d'entre elles précise que la question a été posée dans un contexte de dépression sévère, on ne sait pas ce qu'il en est des autres. Mais, devant la prévalence des violences subies, on peut supposer qu'il ne s'agissait pas d'un repérage systématique mais plutôt orienté par le contexte, la symptomatologie.

Dans l'analyse en sous-groupes, la seule question pour laquelle il existe un lien entre l'antécédent de violences et la réponse est la *question 1* : « Votre médecin vous a-t-il déjà posé la question des violences sexuelles ? », avec un Odds-Ratio calculé à 16,3. On pourrait donc faire une approximation en disant qu'une femme ayant subi des violences sexuelles a 16 fois plus de chances de se voir poser la question par son médecin qu'une femme n'en ayant pas subi. Le repérage reste néanmoins très insuffisant car 26 des 34 (soit près de 8 sur 10) femmes victimes n'ont pas été questionnées.

Quand on demande aux femmes victimes si elles en ont parlé avec leur médecin (*question 3*), 11 femmes (soit un tiers) répondent de manière positive. Ceci est très supérieur aux autres études.
Selon Mazza *(36),* seulement 9% des femmes en auraient parlé. Dans l'étude « Contexte de la sexualité en France » *(3),* seulement 8% des violences auraient été signalées à un médecin. Dans l'enquête « Cadre de vie et sécurité » *(51),* 15% des femmes victimes de violences sexuelles au cours des deux dernières années en ont parlé à un médecin (aux

urgences ou en consultation).

Parmi les 11 femmes qui en ont parlé, 10 en ont parlé d'elles-même et seulement une en a parlé car le médecin lui a posé la question. Ces résultats sont discordants avec les réponses à la *question 1* selon lesquelles 10 médecins auraient posé la question.
Parmi les 8 femmes ayant subi des violences qui ont répondu (*en question 1*) que leur médecin a posé la question, 7 répondront en fait (*question 3)* qu'elles en ont parlé d'elles-mêmes. Une seule en a parlé car le médecin a posé la question.
On peut donc se demander s'il est vrai que la question des violences avait été posée précédemment par le médecin et que les femmes en ont parlé plus tard. Le plus probable est que la première question de notre enquête ait été mal comprise par ces patientes. Ce qui diminue encore le nombre de médecins ayant posé la question.
Seules trois femmes auraient donc été interrogées soit seulement 2,9% des femmes victimes et 2% de toutes les femmes. L'analyse en sous-groupes et le calcul de l'Odds-Ratio n'auraient alors plus de valeur.

En conclusion, on observe que les médecins n'interrogent que très peu leurs patientes et la grande majorité de celles qui parlent des violences sexuelles le font d'elles-même. Un dépistage permettrait de libérer la parole de celles qui n'osent pas en parler, peut-être du fait de leur sentiment de culpabilité ou de la peur de la réaction de l'interlocuteur.

b. Le point de vue des médecins, un sujet difficile à aborder

Davantage que dans d'autres études, les internes ont trouvé que la question était difficile à poser. Six internes sur treize ont trouvé difficile de poser la question. Parmi ces six internes, certains se demandent « comment réagir en cas de réponse positive ». Ils ont trouvé que le sujet était « peu en adéquation avec l'objet de la consultation », « arrive comme un cheveu sur la soupe ». Certains n'ont pas pu poser la question à cause de « la barrière de la langue et du manque de temps ». Certains ont également évoqué la relation médecin-malade, en trouvant que cela était plus difficile chez certains maîtres de stage : « il est très dirigiste avec ses patients, leur parle peu ». Un autre a

précisé que cela était difficile pour lui d'évoquer la « sexualité, la blessure psycho-corporelle », ceci étant accentué selon lui car il est un homme.

Sept internes ont trouvé qu'il était facile de poser la question. Un interne pense que le questionnement devrait être « systématique au moment de la création du dossier et la question devrait être reposée lors des consultations à orientation gynécologique : frottis cervico-vaginal, prescription de pilule… ».
Plusieurs internes nuancent en disant qu'il était plus facile de poser la question grâce à la thèse qui servait de prétexte.

Il est à noter que les internes ayant eu le plus de difficultés à poser la question sont également ceux qui ont fait passer le moins de questionnaires, avec une moyenne de 6,5 questionnaires par interne et une médiane de 6 [3-8]. Chez les internes n'ayant pas trouvé difficile de poser la question, la moyenne est de 15,6 questionnaires par interne avec une médiane à 9 [3- 61]. Peut-être est-ce parce qu'ils ont trouvé difficile de poser la question que les premiers n'ont fait passer que peu de questionnaires ou qu'ils se seraient sentis plus à l'aise avec le sujet s'ils en avaient fait passer plus.

Dans les études précédentes, les résultats sont variables. En effet, dans certaines, les médecins n'ont pas éprouvé de difficultés à poser la question. En 2007 *(31),* 77,5% des médecins ont déclaré n'avoir eu aucune difficulté à poser ces questions. 20% ont éprouvé « un peu » de difficultés.
Tandis que, dans une thèse de médecine générale *(35),* 33% (soit 12/36 médecins) des médecins disent n'avoir rencontré aucune difficulté. Pour les autres, les difficultés énoncées par les médecins sont le sentiment d'intrusion (pour 50%), le fait de suivre le reste de la famille (19,4%), le sentiment d'être seul à gérer (13,9%), le manque de temps (11%).

La différence entre notre étude et les précédentes est le fait que ce sont des internes et non des médecins thésés qui posent la question. Peut-être est-ce plus difficile pour les internes car ils ont moins d'expérience ou parce qu'ils ne connaissent pas les patientes.

La relation de confiance entre médecin et patiente n'a pas eu le temps de s'établir, ils peuvent alors se sentir moins légitimes.

Nous nous intéressons maintenant au sentiment qu'ont les médecins quant aux difficultés des patientes à répondre aux questions. Dans l'étude de repérage de 2007 *(31),* 81% des praticiens ont déclaré que les patientes n'avaient pas éprouvé de difficultés à répondre aux questions. Les résultats de l'étude du Dr Lugrin *(35)* sont moins francs : sur les 33 médecins, 45% ont dit que les patientes avaient répondu sans difficulté, 51,6% qu'elles ont répondu avec un peu de difficultés, et 3% avec énormément de difficultés.

Dans notre étude, que les patientes aient ou non subi des violences, les résultats sont les mêmes : 12 internes sur 13 pensent que les femmes n'ont pas eu de difficulté à répondre.

- Chez les femmes ayant subi des violences

  Un interne a trouvé que les réponses étaient données avec « simplicité ». Un autre a eu le sentiment que le fait de parler « soulage les femmes victimes ».

- Chez les femmes n'ayant pas subi de violences

Un interne a précisé que c'est un sujet auquel les femmes sont sensibles car elles ont le sentiment que cela peut aider d'autres femmes.

Le malaise vient principalement des médecins qui ressentent encore des freins et barrières à poser les questions, alors même que ceux-ci ont conscience du peu de difficultés qu'ont les patientes à répondre.

c. Le point de vue des patientes : la prise en charge des violences sexuelles, un des rôles du médecin généraliste

Pour 83% des femmes (121/145), la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste *(question 2)*. Certaines précisent que le médecin peut aider du fait de la relation de confiance qu'il entretient avec la patiente, du caractère de médecin de famille (28 femmes). Il s'agit pour beaucoup du premier interlocuteur en cas de difficultés (8). Certaines définissent son rôle attendu : un rôle d'écoute (7), le fait de les orienter (14). Deux patientes pensent que le dépistage fait partie du rôle du médecin, mais pas la prise en charge. Quatre patientes remarquent que « si le médecin ne les prend pas en charge : qui d'autre ? ».

Parmi les femmes qui estiment que la prise en charge des violences sexuelles ne fait pas partie du rôle du médecin généraliste (20/145 soit 13,8%), certaines pensent que d'autres spécialistes ou professionnels sont plus à même de les prendre en charge : psychologue ou psychiatre (4), gynécologue (3), police (1), assistant(e) social(e) (1), justice et associations (1). Certaines pensent que le médecin s'occupe des problèmes de santé, pas de « la vie privée » (1), il s'agit d'un sujet « tabou » (2). Le fait d'être « trop proche » serait pour certaines un frein (1).

Ces raisons étaient déjà présentes dans l'étude suédoise de Wendt et Al. *(62).* Les femmes favorables à un dépistage mettent en avant la relation de confiance entre le professionnel de santé et la patiente, le fait que cela permette d'ouvrir le dialogue, de clarifier la situation et de mettre en place une bonne prise en charge de la patiente. Le contexte leur semble approprié du fait du secret médical, du caractère déjà intime de la consultation médicale. Elles considèrent que cela fait partie du rôle et des compétences du médecin. Enfin, la fréquence et l'importance du sujet justifient le fait que le médecin puisse poser la question. Tandis que celles qui ne sont pas favorables estiment que le questionnement est trop intrusif et le contexte inapproprié.

En conclusion, une grande majorité des femmes estime que la prise en charge des violences sexuelles n'outrepasse pas le rôle du médecin mais en fait bien partie, qu'elle concerne le repérage mais également la prise en charge.

Quand on demande aux femmes victimes si elles auraient aimé que leur médecin leur pose la question *(question 3)*, les deux-tiers (22 femmes) répondent « oui ». Parmi les femmes ayant répondu « non » (10 femmes), certaines ont expliqué : « il me connaît trop » (1), « pas envie d'en parler » (1), « pas ressenti le besoin » (1). On peut supposer que derrière « il me connaît trop » se cache le sentiment de culpabilité, la honte, la peur de la réaction du médecin.
Trois femmes ne savent pas si elles auraient aimé se voir poser la question.

Parmi les 23 femmes victimes qui n'en ont pas parlé, 13 auraient aimé que leur médecin leur pose la question.
Un dépistage aurait donc permis à ces 13 femmes d'en parler, soit plus d'un tiers des victimes.

Le ressenti est positif *(question 4)* face à ces questions pour une grande partie des femmes.
Parmi les femmes victimes, plus de 8 femmes sur 10 (soit 29) ont trouvé normal qu'on leur pose la question. Deux femmes ont été mal à l'aise, une n'a pas répondu, une est choquée. Une femme estime que ces questions font remonter des souvenirs.
Parmi toutes les femmes interrogées (145), plus de 8 sur 10 trouvent « normal » le fait de poser la question (120 soit 82,8%). Trois femmes (soit 6,7%) ont été choquées. Parmi ces 3 femmes, une a signalé avoir subi des violences dans l'enfance, elle n'en avait parlé que depuis très peu de temps à son entourage. Dix femmes ont trouvé que ces questions les rendaient mal à l'aise. Parmi elles, une a précisé que cela la rendrait mal à l'aise d'autant plus si le dépistage se faisait systématiquement et non de façon orientée. Deux femmes ne voient pas l'intérêt de poser la question.
Il est à noter que parmi les réponses « autres », deux sont en fait des ressentis positifs. On en note trois : « surprenant mais intéressant », « ça peut aider », « fait remonter des souvenirs ».

Une analyse en sous-groupes entre les femmes victimes et les femmes non victimes ne montre pas de différence de réponse entre les deux groupes. De même, la répartition des items n'est pas significativement différente selon le sexe du médecin traitant.

Finalement, le ressenti est positif face aux questions de repérage que les femmes soient victimes ou non. Le médecin ne doit donc pas craindre de choquer en posant la question.

Parmi les 145 femmes interrogées, une grande majorité est favorable à un dépistage. Elles pensent que celui-ci donne la possibilité aux femmes victimes d'en parler plus facilement (118 femmes soit 81,4%). Et une majorité d'entre elles considère que l'on devrait poser la question de manière systématique (77 femmes soit 53,1%).
Seules 15 femmes, (soit 10,3%) ne sont pas favorables à un dépistage des violences sexuelles par le médecin généraliste : 12 pensent qu'un dépistage est trop intrusif et une, seulement si le médecin est un homme. Il persiste donc un tabou face à ce type de violence. Trois femmes (soit 2%) pensent qu'un dépistage n'a pas d'intérêt et que les femmes victimes ne répondraient pas.

Les femmes victimes sont très favorables à un dépistage *(question 5).* Plus de 9 femmes sur 10 (31) pensent que cela donne la possibilité aux victimes d'en parler. Deux pensent que le dépistage est trop intrusif (dont la patiente choquée par les questions). Vingt d'entre elles pensent que le dépistage devrait être plus systématique. Toutes voient un intérêt au dépistage.
Selon Wendt et Al. *(61),* les femmes victimes de violences ont plus souvent rapporté qu'elles auraient aimé être interrogées sur ce sujet par rapport aux femmes non victimes.

Dans les études précédentes *(21),* 68% des patients interrogés sont favorables à un questionnement « de routine » sur les abus sexuels.
En Suède *(62),* 28% des femmes ne sont pas favorables à un questionnement sur les violences sexuelles.

Encore une fois, l'analyse en sous-groupes ne met pas en évidence de différence de répartition entre les items, que ce soit en fonction de l'antécédent de violences ou non, ou en fonction du sexe du médecin traitant.

En conclusion, les femmes ont majoritairement une opinion favorable face à un dépistage des violences sexuelles (plus de 80%). De même, qu'elles aient ou non subi des violences, leur ressenti face aux questions de repérage est positif.

3. Biais de l'étude

Le principal biais de l'étude résulte de la faiblesse quantitative de l'échantillon. La participation a été faible de par le nombre d'internes, mais surtout de par le nombre de questionnaires par interne.

Les internes ont soulevé le manque de temps et le refus des maîtres de stage. Malgré les relances par courrier électronique et de vive-voix lors des groupes d'échanges de pratique, chaque interne n'a fait que peu de questionnaires (médiane : 7 [3-61]).

Il peut y avoir un biais lié aux enquêteurs. Les internes ayant participé et en particulier ceux ayant fait passer le plus de questionnaires sont vraisemblablement les plus sensibilisés au sujet des violences sexuelles.

Devant la faible participation d'internes masculins (3 avec un total de 13 questionnaires), il ne nous a pas semblé pertinent d'interpréter les résultats en fonction du sexe de l'interne. L'analyse en sous-groupes a donc été faite uniquement en fonction du sexe du médecin traitant (maître de stage/ médecin remplacé).

Le fait d'avoir choisi l'interne pour passer les questionnaires a permis aux patientes de se sentir plus libres de répondre, dans le cadre de l'échange avec une personne extérieure à la relation « médecin-malade » habituelle. Cependant, peut-être que les femmes n'ont pas osé faire certains commentaires négatifs sur le rôle du médecin généraliste dans la mesure où les questions étaient posées par un médecin. De même, certaines patientes n'ont peut-être pas parlé des violences subies à cause de l'absence

de relation de confiance avec un médecin qu'elles voyaient souvent pour la première fois.

Par ailleurs, nous avons supposé que le maître de stage ou médecin remplacé était le médecin traitant des patientes. Cependant, il aurait fallu poser la question à chacune. Certaines patientes pouvaient être nouvelles dans le cabinet ou consultaient de manière ponctuelle, biaisant ainsi l'analyse en sous-groupes selon le sexe du médecin.

Lors de la présentation faite aux internes, il leur était demandé d'interroger de façon systématique toutes les patientes consultant seules au cabinet sur une période de 7 jours. La plupart des internes ayant participé à l'étude ont expliqué ne pas avoir respecté strictement cette méthodologie. Le retard de certaines consultations a amené à ne pas proposer le questionnaire. Plusieurs internes ont admis ne pas avoir fait passer le questionnaire aux patientes « pressées ou énervées ». Une autre interne a expliqué qu'elle avait plutôt proposé le questionnaire aux patientes avec qui le sujet de la sexualité ou des violences avait déjà été abordé durant la consultation (3 patientes concernées). Il y a donc un biais de sélection des patientes.

Dans cette étude, ne sont représentées que les femmes vivant en milieu urbain et non rural ou semi-rural. Une grande majorité de patientes vient de Seine-Saint-Denis avec un niveau d'étude entre BAC -2 et BAC. Mais, comme on l'a vu précédemment, les violences existent dans tous les milieux, cela ne semble donc pas expliquer la forte prévalence des violences sexuelles dans notre échantillon.

Les résultats de notre enquête sont concordants avec ceux des études faites précédemment sur ce sujet. On peut supposer que ces biais n'ont pas influencé de manière significative nos résultats.

4. Confrontation à l'hypothèse

L'hypothèse de cette enquête était que le dépistage est vécu par les patientes comme faisant partie du rôle du médecin traitant et non comme une intrusion dans la vie privée.

Cette hypothèse est confirmée par notre étude. En effet, 83,4% des femmes interrogées considèrent que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste. 82,8% des femmes ont trouvé que le fait de poser la question était normal. Par ailleurs, une grande majorité est favorable à un repérage par le médecin généraliste : 81,4% estiment que le repérage donne la possibilité aux femmes victimes d'en parler et 53,1% pensent qu'il devrait être fait de manière plus systématique. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe du médecin traitant.

Finalement, les difficultés semblent plutôt venir du médecin. Ceci est confirmé par l'importante réticence des maîtres de stage à participer à l'étude mais aussi par les difficultés évoquées par les internes. Ces difficultés sont contre-balancées par le fait que les internes ont bien conscience que les femmes accueillent bien le questionnaire, ne sont pas choquées et répondent plutôt facilement.

Conclusion

Les violences sexuelles, regroupant le harcèlement sexuel, les attouchements, les tentatives de viol et les viols sont très fréquentes puisqu'elles touchent près d'1 femme sur 5 au cours de sa vie.
Ces violences ont des conséquences sur la santé. Outre les conséquences immédiates (traumatisme physique *(56),* infections sexuellement transmissibles (7), grossesse non désirée *(26)*…), elles ont aussi des conséquences à plus long terme sur la santé physique (douleurs chroniques, troubles fonctionnels intestinaux *(45)*) et psychique (syndrome de stress post-traumatique *(29)*, syndrome dépressif, consommation de substances *(57)*, idées suicidaires *(4)*).

Il est important de repérer ces violences afin de réaliser une prise en charge globale de ces femmes. Elles en parlent peu à leur médecin et ceux-ci posent peu la question (21). Ces derniers ont peur de s'immiscer dans la vie privée et d'être trop intrusifs *(17)(34).*

Notre étude a pour objet de démontrer aux médecins qu'il est dans l'intérêt des patientes de poser la question des violences sexuelles. Le respect de la vie privée n'est pas un obstacle et poser la question des violences sexuelles est faisable et souhaité par les patientes victimes ou non.

145 femmes ont été interrogées par 13 internes dans les cabinets de 19 maîtres de stage ou médecins remplacés d'Ile-de-France. Parmi ces femmes, 34 ont déclaré avoir subi des violences sexuelles. Parmi ces victimes, seulement 11 en avaient déjà parlé à leur médecin et 22 auraient souhaité que leur médecin leur pose la question.

6 internes sur 13 ont trouvé difficile de poser la question, ils estiment en revanche que les femmes répondent facilement à ces questions. En effet, 83% des femmes interrogées pensent que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste. Par ailleurs, elles ont un ressenti positif face aux questions de repérage : 83% des femmes estiment qu'il est normal de poser la question.

Enfin elles sont favorables à un dépistage : 81% estiment que le repérage donne la possibilité aux femmes victimes d'en parler et 53% pensent qu'il devrait être fait de manière plus systématique. Le sexe du médecin traitant n'influe pas sur les réponses.

Nous savons désormais que les patientes sont favorables à un dépistage et ont un ressenti positif face aux questions de repérage sur les violences sexuelles.
En revanche, il persiste des freins et difficultés chez les médecins qui ne posent pas la question. Notre étude ne nous permet pas de savoir si le ressenti difficile des médecins diminue après l'enquête, du fait de la réaction positive des femmes. Il serait intéressant d'approfondir cette question.

Ces difficultés peuvent être amenuisées par une meilleure formation, notamment en approfondissant la prise en charge des violences sexuelles dans le programme du Deuxième Cycle des Etudes Médicales – en introduisant la prise en charge des violences anciennes – et dans celui du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale, ainsi bien sûr que dans la formation médicale continue.
La mise en place d'un réseau de prise en charge des victimes permettrait de rompre l'isolement du médecin et d'améliorer l'accompagnement médico-psycho-social des patientes. Le médecin généraliste initie la prise en charge en posant la question des violences car c'est en lui que les femmes ont confiance. Ainsi, il libère la parole, premier temps thérapeutique. Ce réseau de prise en charge aiderait le médecin généraliste à constituer son carnet de correspondants, de centres de références, de numéros utiles, d'associations de victimes ainsi que de consultations de psycho-traumatologie pour se sentir moins démuni (*cf. liste en annexe*).

La formation est indispensable pour sensibiliser les médecins au fait que les violences sexuelles n'ont pas trait à l'intime ni même à la sexualité, mais qu'il s'agit bien d'une agression qui n'a rien à voir avec la vie privée. Les médecins doivent prendre conscience que ces violences peuvent avoir des conséquences graves en matière de santé. On voit bien que poser la question de façon directe « avez-vous dans votre vie subi des violences sexuelles ? » ne choque pas et est ressenti favorablement par les femmes interrogées.

Cette étude démontre le bénéfice du repérage pour les femmes victimes. Il permet de libérer la parole, il les aide à mettre des mots sur leur souffrance. Il leur permet d'être accompagnées et d'accéder aux soins nécessaires.

Certains internes ayant participé à cette enquête et certains auteurs pensent que ces questions devraient être systématiques. Dans l'attente de la mise en place de formations médicales initiales et continues, d'autres études de plus grande ampleur pourraient être menées. Elles vérifieraient si la participation à ce type d'enquête est bénéfique pour le médecin et change sa pratique concernant le questionnement systématique.

Bibliographie

(1) American Psychiatric Association. *DSM IV, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, traduction française.* Paris: Masson, 1996.

(2) Auzet, et Al. «Niveau de vie et pauvreté en France: les départements du Nord et du Sud sont les plus touchés par la pauvreté et les inégalités.» *Division revenus et patrimoine des ménages*, Octobre 2007.

(3) Bajos, Bozon, et Al. «les violences sexuelles en France, quand la parole se libère.» *population et société*, mai 2008: 1-4.

(4) Beck, Guignard, Du Roscoat, et Al. «Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010.» *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 13 décembre 2011.

(5) Boden, Bergusson, Horwood, et Al. «Experience of sexual abuse in childhooh and abortion in adolescence and early adulthood.» *chil abuse negl*, décembre 2009: 870-876.

(6) Campbell. «Health consequences of intimate partner violence.» *The Lancet*, 13 Avril 2002: 1331-1336.

(7) Campbell, et Soeken. «forced sex and intimate partner violence: effects on women's health.» *Violence against women*, 1999: 1017-1035.

(8) Chambonnet, Douillard, Mallet, et Al. «La violence conjugale:prise en charge en médecine générale.» *Revue du Praticien- Médecine Générale*, 2000: 1481-1485.

(9) Choquet, Darves-Bornoz, Ledoux, et Al. «Self reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey.» *Child Abuse and Neglect*, 1997: 823-832.

(10) Code d'Hammourabi, traduction en anglais par L.W. King (1910).

(11) Coker. «Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review.» *Trauma violence abuse*, Avril 2007: 149-177.

(12) Cole. «Is domestic violence screening helpful?» *JAMA*, 2 Aôut 2002: 551-552.

(13) Davidson, Hughes, George, et Al. «The association of sexual assault and attempted suicid within the community.» *Archive of General Psychiatry*, 1996: 550-555.

(14) Delespine. « Le dépistage systématique des violences faites aux femmes dans la pratique des sages-femmes : intérêt et faisabilité lors de la première consultation prénatale ou de l'entretien du 4ème mois .» mémoire en vue de l'obtention du Diplome d'Etat de Sage femme, 2009.

(15) DREES. «enquête évenements de vie et santé, les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans.» *bulletin de la DREES*, septembre 2007.

(16) Durigon. *Pratique médico-légale.* Masson, 1999.

(17) Elliot, Nerney, Jones, et Al. «Barriers to screening for domestic violence.» 2002: 112-116.

(18) Feder, Agnew Davis, Baird, et Al. «Identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial.» *Lancet*, 2011: 1788-95.

(19) Felitti, et Anda. «The relationship of asvers childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare.» *The hidden epidemic: the impact of early life trauma on health and disease*, 2009.

(20) Finestone, Stenn, Davies, et Al. «Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse.» *Child Abuse and Neglect*, 2000: 547-556.

(21) Friedman, Samet, Roberts, et Al. «Inquiry about victimization experiences: a survey of patient preferences and physician practices.» *Archives of Internal Medicine*, 1992: 1186-1190.

(22) Gazaigne. «Violences faites aux femmes: poser la question est-il possible?» Mémoire de diplôme d'études spécialisées de Médecine Générale, 2008.

(23) Gerbert, Gansky, Tang, et Al. «Domestic violence compared to other health risks: a survey of physician's beliefs and behaviors.» *American journal of preventive medicine*, 2002: 82-90.

(24) Guillet-May, et Thiebaugeorges. «Le médecin face aux agressions sexuelles et au viol.» *EMC-médecine*, 2004: 13-23.

(25) Henrion. *Les femmes victimes de violences conjugales.* Rapport au ministère chargé de la Santé, Paris: La Documentation Française, 2001.

(26) Holmes, Resnick, Kilpatrick, et Al. «Rape-related pregnancy:estimates and descriptive characteristics from a national sample of women.» *American journal of obstetrics and Gynecology*, 1996: 320-324.

(27) Jaspard, Brown, Condon, et Al. «rapport national ENVEFF.» *population et sociétés*, janvier 2001.

(28) Jonassen, et Mazor. «Identification of physician and patient attributes that influence the likehood of screeninng for intimate partner violence.» *Academic Medicine*, octobre 2003: 20-23.

(29) Kessler, Sonnega, Bromet, et Al. «Post traumatic stress disorder in the national comorbidity survey.» *Archive of General Psychiatry*, 1995: 1048-1060.

(30) Lacelle, Hébert, Lavoie, et Al. «Sexual health in women reporting a history of child sexual
abuse.» *Child Abuse and Neglect*, 2012: 247-259.

(31) Lazimi. «Dépistage des violences faites aux femmes: le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace, interressant? Etude réalisée par 51 médecins, 2 sage-femmes. 557 patientes interrogées.» Mémoire dans le cardre du Diplôme Universitaire "stress, traumatisme et pathologies, Paris, 2007.

(32) Lazimi. «Violences faites aux femmes.» *Revue du Praticien- Médecine générale*, 2005: 1180.

(33) Le Goaziou. *Le viol, aspects sociologiques d'un crime.* La documentation française, 2011.

(34) Leroy-Sharma. «Prise en charge des violences sexuelles en médecine générale : étude quantitative auprès de 17 médecins généralistes.» Thèse d'exercice de Médecine Générale, 2012.

(35) Lugrin. «les violences faites aux femmes dans le cadre familial: intêret et difficultés d'un repérage systématique en médecine générale.» thèse d'exercice de Médecine Générale, 2012.

(36) Mazza, Dennerstein, et Ryan. «Physical, sexual and emotional violence against women:a general practice-based prevalence study.» *Medical Journal of Australia*, 1996: 14-17.

(37) Metz, et Seifert. «Women's expectations of physician health concerns.» *Family Pratice Research Journal*, 1988: 141-52.

(38) Metz. «Men's expectations of physician health concerns.» *Journal of sex and marital therapy*, 1990: 79-88.

(39) Mullen, Martin, Anderson, et Al. «the long-term impact of the physical and sexual absuse of children: a community study.» *Child abuse and negl*, 1996: 7-21.

(40) Mullen, Romans-Clarkson, Walton, et Al. «Impact of sexual and physical abuse women's mental health.» *Lancet*, 1988: 841-845.

(41) Ordre National des médecins. «Le praticien face aux violences sexuelles.» Fascicule à l'attention des médecins, 2000.

(42) Organisation des Nations Unies. «Module de programmation sur le travail avec le secteur de la santé pour mettre fin aux violences contre les femmes et les filles.» 2011.

(43) Organisation Mondiale de la Santé. «Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes: prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire intime.» 2013.

(44) Organisation mondiale de la Santé. «rapport violence et santé.» 2002.

(45) Paras, Murad, Chen, et Al. «sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disordres: a systematic review and meta-analyses.» *JAMA*, 5 Août 2009.

(46) Pelizzari. «Interruption volontaire de grossesse et violences: étude qualitative auprès de médecins généralistes en Ile-de-France.» Thèse d'exercice de Médecine Générale, 2012.

(47) Piau-Charruau. «Place du médecin généraliste dans le dépistage des violences conjugales à partir d'une enquête auprès de femmes victimes.» Thèse d'exercice de médecine générale, Angers, 2006.

(48) Piet. «Le viol, un problème de santé publique.» *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, novembre 2010: 1535-1543.

(49) Ramsay, Richardson, Carter, et Al. «should health professionals screen women for domestic violence? systematic review.» *British Medical Journal*, 2002.

(50) Resnick, Holmes, Kilpatrick, et Al. «Predictors of Post-Rape Medical Care in a National Sample of Women.» *American Journal of Preventive Medecine*, 2009: 214-219.

(51) Rizk, et Al. «Violences physiques ou sexuelles au sein du ménage: description par les personnes de 18 à 75 ans se déclarant victimes des suites et des conséquences d'actes subis.» *Repères*, Juillet 2011: 1-23.

(52) Rouche. *Mariage et sexualité au Moyen-Age: accord ou crise?* Édité par Presses de l'Université Paris Sorbonne. culture et civilisation médiévale XXI, 2000.

(53) Salmona. *Mémoire traumatique et conduites dissociantes , dans trauma et résilience (Coutanceau).* DUNOD, 2012.

(54) Sarafis, C. «L'interet du dépistage systématique des violences faires aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères conjugales et familiales.» Mémoire présenté en vue de l'obtention du DU de victimologie, 2009.

(55) Stevens. «Improving Screening of Women for Violence - Basic Guidelines for Healthcare Providers.» *Medscape.* 9 Aout 2005. http://www.medscape.org/viewarticle/510025 (accès le Mai 29, 2013).

(56) Sugar, Fine, et Eckert. «physical injury after sexual assault: finding of a large case series.» *american journal of obstetrics and gynecology*, 2004: 71-76.

(57) Sutherland, Collins Fantasia, et McClain. «Abuse experiences, substance use and reproductive health in women seeking care at an emergency department.» *Journal of Emergency Nursing*, 2011: 1-8.

(58) Talley, Kramlinger, Burton, et Al. «psychiatric disorders and childhood abuse in the irritable bowel syndrome.» *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 1993.

(59) Tournyol, et Le Jeannic. «les violences faites aux femmes.» *INSEE première*, 2008.

(60) Van-Roode, Dickson, et Herbison. «Child sexual abuse and persistance of sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood:findings from a birth cohort.» *child abuse negl.*, mars 2009: 161-172.

(61) Wendt, Hildingh, Lidell, et Al. «young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals.» 2007: 590-595.

(62) Wendt, Lidell, Westerstahl, et Al. «young women 's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis.» *Midwifery*, 2011: 250-256.

Annexes

1. Questionnaire

2. Fiche jointe au questionnaire

3. Pôles de références – Associations d'Aide aux victimes – Consultations de psycho traumatologie.

4. Diaporama de présentation aux internes (27 novembre 2012)

1. Questionnaire

Près d'une femme sur 5 est victime au moins une fois dans sa vie de violences sexuelles. Ces violences regroupent les rapports forcés, les tentatives de rapport forcé, les attouchements, le harcèlement sexuel… Il s'agit pourtant d'un sujet qui reste tabou et dont les femmes victimes parlent peu à leur médecin traitant. Cette thèse a pour but de comprendre pourquoi et de sensibiliser les médecins généralistes à cette problématique.

Age : ……

Statut marital : …… Nombre d'enfants : ……

Profession : …… Niveau d'étude : ……

Pays de naissance :…… Origine ethnique: ……

1, Votre médecin généraliste vous a t'il déjà demandé si vous aviez été victime de violences sexuelles ?

OUI ☐ NON ☐

2, Pensez vous que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste?

OUI ☐ NON ☐

Pourquoi :

……

……

……

3, Avez vous subi des violences sexuelles, dans votre vie ?

OUI ☐ NON ☐ Ne souhaite pas répondre ☐

Si OUI

> Il y a combien de temps ?

- dans les 12 précédents mois ☐
- entre 1-5 ans ☐
- entre 5-10 ans ☐
- >10 ans ☐
- avant l'âge de 18 ans ☐
- ne souhaite pas répondre ☐

> L'agression a été commise :

- par un inconnu ☐
- un membre de la famille ☐
- dans le cadre du travail ☐
- un membre de l'entourage ☐

> Quel type de violence ?

- viol ☐
- tentative de viol ☐
- attouchements ☐
- harcèlement sexuel ☐
- autre : ……. ☐

> En avez vous parlé à votre médecin généraliste ?

OUI ☐ NON ☐

Si oui, dans quelles conditions ?

- Votre médecin a abordé le sujet ☐

- Vous lui en avez parlé de vous même ☐

Quelles attentes aviez vous lorsque vous lui en avez parlé ?

……

……

Si non, pourquoi ?

……

……

Auriez vous souhaité qu'il vous pose la question ?

OUI ☐ NON ☐

4. Qu'avez vous ressenti face à ces questions ?

- cela me semble normal ☐

- J'étais mal à l'aise ☐

- Cela m'a choquée ☐

- Je n'en vois pas l'intérêt ☐

-Autre :

……

……

5. Finalement, vous pensez qu'un dépistage des violences sexuelles par le médecin généraliste : (plusieurs réponses possibles)

- donne la possibilité aux femmes victimes d'en parler plus facilement ☐
- Devrait être plus systématique ☐
- Est trop intrusif, trop gênant ☐
- N'a pas d'intérêt ☐

Autres, commentaires

……

……

……

Merci pour votre participation

2. Fiche jointe au questionnaire

Thèse : dépistage des violences sexuelles

(Contact : Mathilde Palisse : 06……..)

Fiche à joindre aux questionnaires remplis

Interne

Nom : …… Mail : ……..

Sexe : ……

Age : …….

Semestre n°…….

Stage de niveau 1 ☐ SASPAS ☐ Remplacement ☐

Maitre de stage/ médecin remplacé

Nom : ……

Sexe : …….

Age : ……

Ville d'exercice (+/- arrondissement) : ……..

Nombre de questionnaires remplis : ……

Nombre de refus de participer de la part des patientes : ……

Etait-ce difficile de poser les questions ?

Oui ☐ non ☐

Pourquoi ?

……

……

Etait-ce difficile pour les patientes de répondre

- si pas d'antécédent de violence

  Oui ☐ non ☐

- si antécédent de violence

  Oui ☐ non ☐

Commentaires :

……

……

……

3. Pôles de références – Associations d'aide aux victimes – Consultations de psycho traumatologie.

Pôles de référence régionaux d'accueil et de prise en charge des victimes de violences sexuelles en ile de France :

CENTRE HOSPITALIER DE POISSY 78003 Poissy Cedex
Tél : 01 39 27 52 51

HOPITAL JEAN VERDIER à BONDY 93140 Bondy Cedex
Tél : 01 42 08 60 36

UNITE DE CONSULTATIONS MEDICO-JUDICIAIRES d'EVRY Centre hospitalier sud francilien
Quartier du canal à Courcouronnes 91014 Evry
Tél : 01 60 87 50 48
Fax : 01 60 77 98 89

Associations d'aide aux victimes de violences sexuelles :

Fédération nationale solidarité femmes
Numéro national d'écoute 3919

Viols femmes Information
01 42 17 12 34

Collectif Féministe contre le viol
9, villa d'Este 75013 PARIS
tél : 0800 05 95 95

Mouvement jeunes femmes
24, rue Parc de la Bérengère 92210 SAINT-CLOUD
tél : 01 47 71 69 39

Association européenne contre les violences faites aux femmes au travail (AVFT)
BP 108 - 75561 PARIS cedex 12
tél : 01 45 84 24 24

Centre National d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles (CNIDFF)
7, rue du Jura 75013 PARIS
tél : 01 42 17 12 00

Consultations spécialisées en psycho traumatologie :

CENTRE DU PSYCHOTRAUMA (75) Centre spécialisé dans la prise en charge des troubles psycho traumatiques (département adulte et département enfant)
131, rue de Saussure 75017 Paris
Tél : 01 43 80 44 40

HOPITAL ARMAND TROUSSEAU (75) 28, avenue du Docteur Arnold Netter 75012 Paris
Tél : 01 44 73 64 10

HOPITAL BICHAT CLAUDE BERNARD (75) 27, rue Henri Huchard 75016 Paris
Tél : 01 40 25 82 63

HOPITAL COCHIN (75) 27, rue du Faubourg Saint Jacques 75014 Paris
Tél : 01 42 34 15 95

HOPITAL HOTEL DIEU (75) 1, place du Parvis de Notre-Dame 75004 Paris
Tél : 01 42 34 82 10

HOPITAL NECKER ENFANTS MALADES (75) 149, rue de Sèvres 75015 Paris

Tél : 01 44 49 44 03

HOPITAL SAINT ANTOINE (75) 184, rue du Faubourg Saint Antoine 75012 Paris

Tél : 01 49 28 26 35

HOPITAL TENON (75) Centre de psycho-traumatologie et d'addictologie. Urgences psychiatriques (7j/7 et 24h/24) au 01 56 01 60 81

4 rue de la Chine 75970 Paris Cedex 20

Tél : 01 56 01 71 82

Fax : 01 56 01 75 62

CONSULTATION DE PSYCHIATRIE Psycho-traumatologie, EMDR

46 r Henri Huchard 75018 Paris

Tél : 01 40 25 80 80

CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE DES BUTTES CHAUMONT 20, rue du Rhin 75019 Paris

Tél : 01 42 40 03 39

www.centre-des-buttes-chaumont.org

CENTRE DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE 26, Les Nouveaux Horizons, BP 42 78997 Elancourt Cedex

CMS DES FONTENELLES Consultation de psycho-traumatologie et d'addictologie au Centre de Santé Municipal de la ville de Nanterre

94 avenue Pablo Picasso 92000 Nanterre

Tél : 01 47 29 50 71

CMS MAURICE THOREZ Consultation de psycho-traumatologie et d'addictologie au Centre de Santé Municipal de la ville de Nanterre

18, rue Maurice Thorez 92000 Nanterre

Tél : 01 41 37 58 85

HOPITAL LOUIS MOURIER (92) 178, rue Renouillers 92 Colombes

Tél : 01 47 60 64 13

HOPITAL CORENTIN-CELTON (92) Consultation de psycho-traumatologie

4 parvis Corentin Celton BP 66 92133 Issy-les-Moulineaux Cedex

Tél : 01 58 00 40 88

CDDPS D'AUBERVILLIERS Consultation de victimologie

1 rue Sadi Carnot 93300 Aubervilliers

Tél : 01 48 33 00 45

CENTRE MUNICIPAL DE SANTE Consultation de victimologie et psycho-traumatologie

mercredi de 16 h à 19 h 30 et samedi de 9 h à 12 h

15 r Carnot 93230 Romainville

Tél : 01 41 83 17 70

CONSULTATION DE VICTIMOLOGIE DES URGENCES MEDICO-JUDICIAIRES DE BONDY (93)

Hôpital Jean Verdier

93143 Bondy

Tél : 01 48 02 65 59

HOPITAL AVICENNE (93) Consultation maltraitance et psycho-traumatisme

125, rue de Stalingrad 93000 Bobigny

Tél : 01 48 95 54 74

HOPITAL ROBERT BALLANGER (93) Consultation de victimologie

Boulevard Robert Ballanger 93600 Aulnay-Sous-Bois

Tél : 01 49 36 71 62

HOPITAL HENRI-MONDOR (94) Consultation de Psychiatrie

51, Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny 94000 Créteil

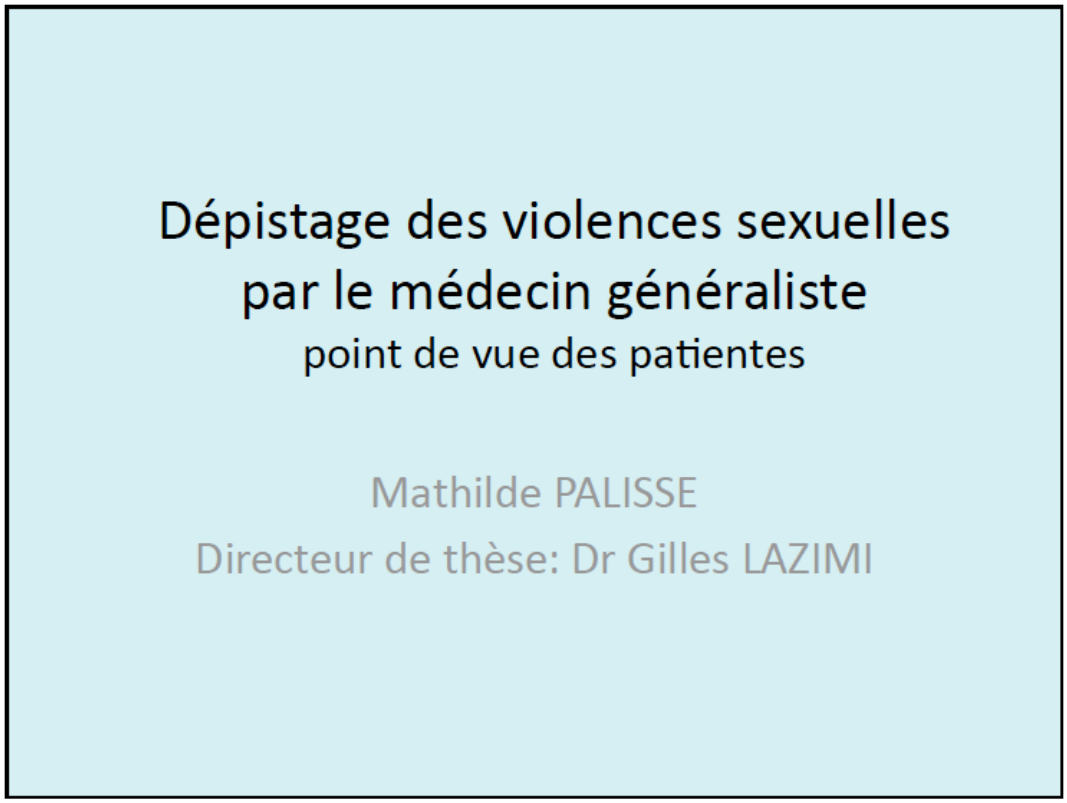
Tél : 01 49 81 21 11

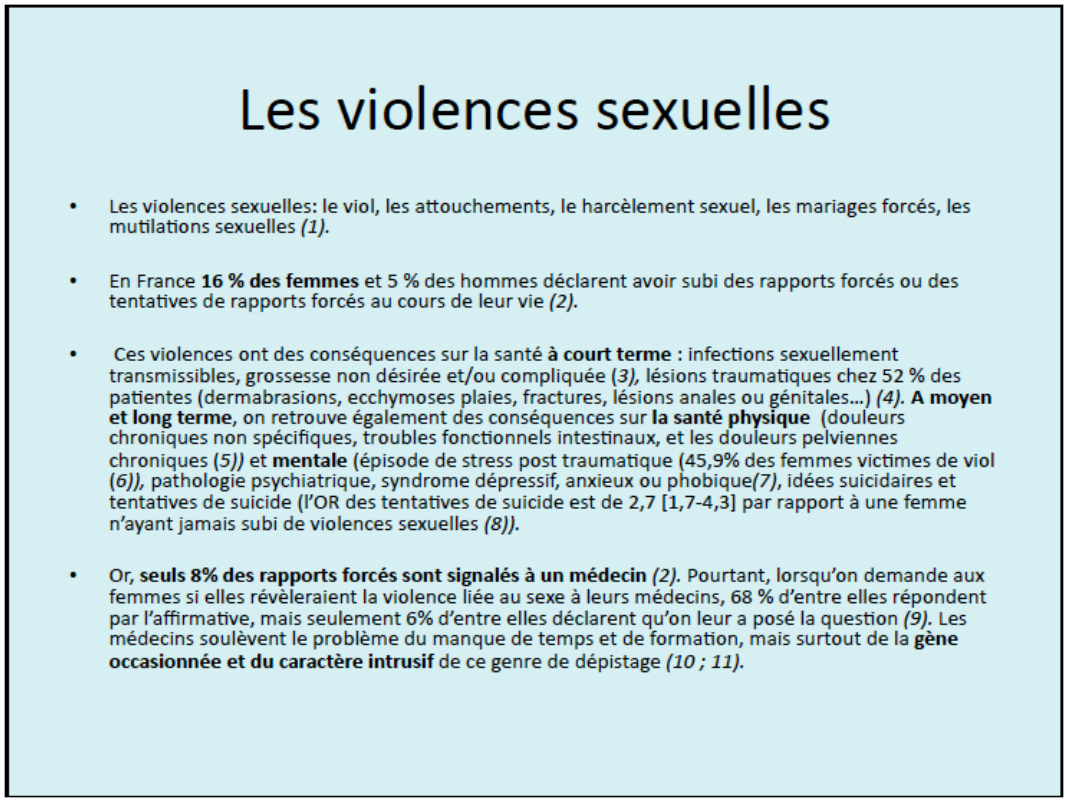
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL - VILLENEUVE SAINT GEORGES (94) 94190

Villeneuve Saint Georges

Tél : 01 43 86 22 68

4. Diaporama de présentation aux internes (27 novembre 2012)





Problématique

- Quel serait le point de vue des patientes victimes ou non de violences, face à un dépistage systématique des violences sexuelles par le médecin généraliste?
- Celui-ci a-t-il un rôle à jouer dans ce domaine, ou son intervention serait-elle vécue comme une intrusion dans la vie privée ?

Matériel et méthodes

- Réalisation d'un **questionnaire quantitatif**
- Evaluation de la clarté des questions par un **pré-test** par l'interne sur 5 patientes appartenant à la population cible.
- Des internes de la faculté Paris Descartes en cabinet de médecine générale (en situation de stage de niveau 1, de SASPAS ou remplacement) feront passer les questionnaires.
- Population : **patientes** majeures, **de 18 à 65 ans**, consultant seules au **cabinet de médecine générale** sur une période de **7 jours**, quel que soit le motif de consultation.
- **Analyse statistique descriptive** sur les patientes interrogées (en pourcentage de réponses positives) et comparaison entre des sous populations de médecins et d'internes (sexe…), et entre des sous populations de femmes (âge, statut marital, profession…) par test du Chi 2.

Comment réagir

- Déculpabiliser « ce n'est pas de votre faute » « il n'avait pas le droit de faire ça »
- Ne pas dramatiser, ni banaliser « c'est grave ce qu'il a fait »
- L'inviter à reconsulter, pour en parler, soulever l'importance de verbaliser
- Proposer selon le cas, un suivi psychologique, un recours aux associations de victimes .

Associations d'aide aux victimes

- violences femmes infos 3919
- Viols femmes Information

01 42 17 12 34

– Mouvement jeunes femmes

24, rue Parc de la Bérengère 92210 SAINT-CLOUD

tél : 01 47 71 69 39

– Association européenne contre les violences faites aux femmes au travail (AVFT)

BP 108 - 75561 PARIS cedex 12

tél : 01 45 84 24 24

- Collectif Féministe contre le viol

9, villa d'Este 75013 PARIS

tél : 0800 05 95 95

– Centre National d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles (CNIDFF)

7, rue du Jura 75013 PARIS

tél :01 42 17 12 00

Bibliographie

- *(1) Krug E.-G., Dahlberg L.-L., Mercy J.-A., Zwi A., Lozano-Ascensio R., 2002, Rapport mondial sur la violence et la santé, Organisation mondiale de la santé, Genève*
- *(2) Bajos N., Bozon M., équipe CSF, Les violences sexuelles en France: quand la parole se libère, Population et sociétés, n°445, mai 2008, p.1-4.*
- *(3) OMS rapport violence et santé 2002*
- *Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimatepartner violence : effects on women's health.Violence Against Women, 1999, 5 :1017–1035.*
- *(4) Sugar N, Fine D Eckert L, Physical injury after sexual assault : finding of a large case series. Am J. Obstet. Gynecol. 2004 ; 190 : 71-6*
- *(5) Molly L. Paras, BS; Mohammad Hassan Murad, MD; Laura P. Chen and Al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic DisordersA Systematic Review and Meta-analysis*
- *JAMA, August 5, 2009—Vol 302, No. 5*
- *(6) Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. et Nelson, C.B. Post traumatic Stress*
- *Disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry, 1995, 52, 1048-1060.*
- *(7) Mullen PE et al. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. Lancet, 1988, i : 841–845.*
- *(8) François Beck F., Guignard G., Du Roscoät E., Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (Institut national de veille sanitaire), 13 décembre 2011 / n° 47-48*
- *(9) Friedman, L., Samet, J., Roberts, M., Hudlin, M., & Hans, P. (1992). Inquiry about*
- *Victimization Experiences: A Survey of Patient Preferences and Physician Practices.*
- *Archives of internal Medicine, 152, 1186-1190.*
- *(10) Leroy Sharma C., Prise en charge des violences sexuelles en médecine générale: étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes. Thèse d'exercice doctorat de médecine, mai 2012.*
- *(11) Metz et Al. Men's expectations of physician health concerns , J sex marital ther 1990 ; 16(2) : 79-88*

En France, près d'une femme sur cinq subit au cours de sa vie une violence sexuelle. Ce type de violences a des conséquences sur la santé à court et long terme. Pourtant, seules 8% des victimes de viols ou de tentatives de viol en parlent à leurs médecins. Ceux-ci n'interrogent que très peu leurs patientes de peur d'être intrusifs et de s'immiscer dans leur vie privée. L'objet de cette étude est d'interroger les patientes afin d'évaluer l'acceptabilité d'un repérage systématique des violences sexuelles.

Pour cela, un questionnaire a été proposé par 13 internes à 145 patientes consultant dans 19 cabinets de médecine générale de la région Ile-de-France.
Plus de 8 femmes sur 10 estiment que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste. 34 femmes ont subi des violences sexuelles, plus de 2/3 d'entre elles (23 femmes) n'en avaient pas parlé auparavant. Parmi ces dernières, 13 auraient souhaité que leur médecin leur pose la question.
Parmi toutes les femmes, plus de 8 sur 10 ont trouvé normal d'être interrogées sur les violences sexuelles. Enfin, une très large majorité des femmes (victimes ou non) a une opinion favorable sur le dépistage : 81% pensent qu'il peut aider les femmes à en parler et 53% qu'il devrait être plus systématique.

Cette étude démontre qu'il est faisable et souhaité par les patientes de réaliser un repérage des violences sexuelles par les médecins généralistes. Celui-ci permettrait aux victimes de mettre des mots sur leur souffrance, ainsi que d'être accompagnées et d'accéder aux soins nécessaires.

Mots-clés : violences sexuelles, médecine générale, repérage.

Discipline : médecine générale.

Adresse : Faculté de Médecine Paris Descartes
15 rue de l'Ecole de Médecine
75006 Paris