



HAL
open science

Repérage en médecine d'unité des violences faites aux femmes

Arthur Coutsis

► **To cite this version:**

Arthur Coutsis. Repérage en médecine d'unité des violences faites aux femmes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02180814

HAL Id: dumas-02180814

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02180814v1>

Submitted on 11 Jul 2019

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 2018

N° 212

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Repérage en médecine d'unité des violences
faites aux femmes

Présentée et soutenue publiquement
le 9 octobre 2018

Par

Arthur COUTSIS

Né le 29 juin 1990 à Toulon (83)

Dirigée par M. Le Médecin en chef Laurent-Melchior Martinez

Jury :

M. Le Médecin en chef Stéphane Travers, Professeur agrégé du Val-de-Grâce Président

M. Le Médecin en chef Bertrand Lahutte, Professeur agrégé du Val-de-Grâce

M. Le Médecin en chef Marion Trousselard, Professeure agrégée du Val-de-Grâce

Mme Le Docteur Armelle Grange-Cabane, MG

Remerciements

ÉCOLE DU VAL DE GRACE

A Monsieur le médecin général Humbert BOISSEAU

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'honneur

Officier dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier de l'Ordre des Palmes académiques

A Madame le médecin-chef des services hors classe

Catherine CRÉACH nom d'usage THIOLET

Directrice-adjointe de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'honneur

Officier dans l'Ordre National du Mérite

Remerciements

A Monsieur le Docteur Laurent Melchior MARTINEZ,

Je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance pour la réalisation de cette thèse. Merci de m'avoir fait partager votre savoir et votre expérience au travers des recherches que vous m'avez conseillé de mener. Grâce à vous, j'ai appris bien plus de choses que je ne l'aurais imaginé. J'espère en être digne à l'avenir.

A Monsieur le Professeur et Médecin en Chef Stéphane TRAVERS,

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre bienveillance et pour l'intérêt que vous portez à ce sujet. Puissiez-vous trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect et de ma vive reconnaissance d'avoir accepté la présidence de mon jury de thèse.

A Monsieur le Professeur et Médecin en Chef Bertrand LAHUTTE,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse. J'ai apprécié le savoir que vous nous avez inculqué durant notre formation et espère être à la hauteur de l'intérêt que vous portez à ce travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Madame la Professeure et Médecin en Chef Marion TROUSSELARD,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse. Soyez assurée de mon profond respect et de ma grande considération pour vos travaux de recherche, en espérant que vous apprécierez en retour la teneur de ce travail.

A Madame la Docteure Armelle GRANGE-CABANE,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse. C'est également une occasion pour moi de vous exprimer ma reconnaissance pour votre investissement quant à la formation des internes de médecine générale. Je vous suis reconnaissant de nous proposer une vision moderne et humaine de ce métier.

Remerciements

A Madame la Médecin en Chef POEYTO et à Monsieur le Médecin en Chef MADEC, je vous exprime ma plus profonde gratitude pour m'avoir accordé votre confiance en autorisant la diffusion de mon questionnaire au sein des CMA de Paris et de Versailles.

Aux médecins des forces des CMA de Paris et de Versailles, un grand merci pour avoir contribué à l'aboutissement de ce travail, en prenant le temps de remplir le questionnaire que je vous ai envoyé.

Aux Internes des Hôpitaux des Armées des promotions Carabins Rouges et De Carfort, Ma plus profonde reconnaissance pour avoir répondu présent lorsque j'ai eu besoin de votre concours pour la réalisation de cette recherche. A toutes ces années passées ensemble, au sein de cette sacrée sale boate, et de l'HIA Bégin pour certains !

Au Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées, en particulier à Monsieur MARCHI Joffrey, veuillez accepter mes plus sincères remerciements pour avoir pris le temps de me conseiller et de m'orienter lors de la mise en place de cette étude.

A Mathieu SAHUT, mon tuteur, pour m'avoir accompagné tout au long de mon apprentissage. Un grand merci pour ta patience et ton implication, parfois sans limites, dans ma réussite universitaire.

Aux équipes médicales et paramédicales de l'Hôpital d'Instruction des Armées Bégin et des Antennes Médicales de Gendarmerie de Rosny-sous-Bois et de Maisons-Alfort, en particulier à la Médecin en Chef MOUISSI et à la Médecin Principale CHANNET, je vous serai éternellement reconnaissant de m'avoir appris tant de choses essentielles pour ma future vie de médecin militaire ! Merci d'avoir consacré temps, enthousiasme et engagement à me former.

Remerciements

Je dédie cette thèse à mes parents, mon frère et ma sœur, qui sont sûrement tout aussi impatients que moi que je finisse mes études. Vous m'avez soutenu sans condition et sans réserve dans les épreuves qui ont jalonné ma vie étudiante, toujours attentifs à mon bien-être et à ma réussite. Je n'oublierai jamais votre dévouement, votre amour et tout ce que vous m'avez apporté jour après jour, mois après mois, année après année.... Si je suis devenu un être humain digne de ce nom, c'est grâce à vous tous.

A Papa Grimaldo et Mamilí, pour leur foi inébranlable en mes capacités, pour tout l'amour et toute la force qu'ils m'ont transmis à travers leurs prières. C'est pour moi une immense fierté que le même sang coule dans nos veines.

A Iphigénie Tourtoglou, « la petite mémé », quoiqu'il arrive, tu seras toujours présente dans mon cœur. Merci de veiller sur moi à chaque instant, merci d'avoir marqué mon enfance par ta présence douce, bienveillante, chaleureuse et généreuse, merci de m'avoir tant donné.

A toute ma famille, d'ici et d'ailleurs, mes pensées et mon amour vous accompagneront toujours et ce, malgré la distance qui nous sépare.

A Sarah, un simple merci, répété mille fois, que dis-je, un milliard de fois (au moins !), ne serait pas assez pour te dire à quel point ton aide m'a été précieuse. Tu t'en doutes, je serai tenté de t'écrire une triple-tirade, en employant des superlatifs tel un américain vantant les richesses de son pays, et de la clamer sur une estrade au milieu de la rue. Mais la décence, fort heureusement, me retient de le faire. Aussi, je terminerai sobrement en te disant ceci : merci d'être entrée dans ma vie, merci d'être toi.

A Alexandra, à ta loyauté sans faille et à ton amitié indéfectible. Merci d'avoir embelli ma vie, en la rendant plus joyeuse, plus riche et plus colorée. C'est un immense privilège pour moi de t'avoir à mes côtés depuis toutes ces années. Je lève mon verre : A nous !

A Ghislain, à notre inestimable amitié. Je ne vois pas comment ma vie aurait pu être plus heureuse sans t'avoir connu. Je suis fier et honoré d'avoir partagé avec toi tant de moments de

sincère et franche camaraderie. Puissiez-vous, Flora et toi, mener une vie pleine de bonheur et de sérénité.

A Emlyne et Charline, à toutes ces petites touches de joie et de rires qui ont ponctuées notre aventure lycéenne et plus encore. Même si nos vies semblent maintenant bien différentes, vous serez toujours présentes dans mon cœur et dans mes pensées. Prenez-soin de vous. Et à très bientôt !

A Manon, je n'oublierai jamais ton soutien inconditionnel pendant mes premières années de médecine, là où d'autres ont choisi de ne pas comprendre que je traversais l'un des moments les plus difficiles de ma vie. Je suis heureux que nous ayons réussi à garder contact après tout ce temps. Mes plus tendres pensées à toi, à Nicolas et à tes petites têtes blondes !

A Benjamin, Aurore, Lionel, Benoit, Joffrey, Dimitri, Louis, mes amis de toujours. C'est toujours un immense plaisir de vous revoir au fil des années. A chaque fois, nos retrouvailles sonnent comme un retour aux sources (d'eaux stagnantes bien sûr), comme si je rentrais un peu chez moi... Merci pour tous ces moments partagés ensemble, les plus précieux souvenirs de l'écrin de mon enfance et de mon adolescence.

A Claire, Anaïs, Sophie, Manon, Symphonie, Héloïse, Anne-Laure, Julie, Fabienne, Christelle, un grand merci à vous toutes pour m'avoir accepté dans votre sororité il y a de cela quelques années ! Je vous serai éternellement reconnaissant pour tout ce que vous m'avez offert, en témoignage d'affection et en soutien, y compris dans les moments difficiles que j'ai pu traverser.

A Aigerim et Gokani, comme je ne regrette pas d'avoir croisé votre chemin ! Vous avez transformé mon internat en quelque chose de tellement vivant, pétillant, drôle et savoureux... Vous serez toujours les bienvenues chez moi, même pour un mois... mais pas plus en revanche !

A Pauline, à ton courage, ton engagement et ta sensibilité, qui ont inspiré ce travail de thèse. Je n'oublie pas tous les défis, les grands et les petits moments que nous avons vécus ensemble. Je te serai éternellement reconnaissant pour tout ce que tu m'as appris et apporté dans ma vie.

A Madame Valérie Régemba, pour toute votre écoute, votre empathie et vos conseils avisés, qui m'ont aidé à dénicher des ressources intérieures dont je ne soupçonnais même pas l'existence.

A Jeff Kaplan et à toute son équipe, pour votre contribution indirecte à la réalisation de ma thèse. Merci de m'avoir aidé à trouver ma voie en tant que main Mercy, me confortant ainsi dans l'idée de devenir médecin.

Mention spéciale aux courageux et patients relecteurs non rémunérés : mon père, Sarah, Alexandra et Gokani.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	11
PREMIERE PARTIE : ETAT DE LA QUESTION	13
CHAPITRE 1 : CONNAISSANCES FONDAMENTALES CONCERNANT LES "VIOLENCES ENVERS LES FEMMES"	13
1.1 DEFINITION ET CADRE JURIDIQUE	13
1.2 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	34
1.3 FACTEURS DE RISQUE DE SURVENUE DES VIOLENCES A L'ENCONTRE DES FEMMES	42
1.4 CONSEQUENCES DES VIOLENCES SUR LA SANTE DES VICTIMES	47
CHAPITRE 2 : FEMMES DE L'ARMEE FRANÇAISE	67
2.1 HISTOIRE CONTEMPORAINE DE LA FEMINISATION DES ARMEES FRANÇAISES	67
2.2 PLACE ACTUELLE DES FEMMES ENGAGEES DANS LES FORCES ARMEES FRANÇAISES	75
2.3 SPECIFICITES DU MILIEU MILITAIRE, VECTEURS D'INFLUENCE DE L'INTEGRATION DES FEMMES MILITAIRES.....	79
2.4 VIOLENCES FAITES AUX FEMMES AU SEIN DE LA SPHERE MILITAIRE.....	103
CHAPITRE 3 : REPERAGE DES VIOLENCES A L'ENCONTRE DES FEMMES	107
3.1 INTERET DU REPERAGE EN MEDECINE GENERALE	107
3.2 MODALITES DU REPERAGE	109
3.3 REPERER POUR ORIENTER ET PRENDRE EN CHARGE	113
DEUXIEME PARTIE : ETUDE	129
CHAPITRE 1 : OBJECTIFS	129
CHAPITRE 2 : MATERIELS ET METHODES	130
2.1 CADRE DE L'ETUDE.....	130
2.2 POPULATION ETUDIEE	130
2.3 PROCEDURE.....	131
2.4 QUESTIONNAIRE.....	131
2.5 RECUEIL DES DONNEES	133
2.6 ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES	134
2.7 ASPECTS ETHIQUES	134
CHAPITRE 3 : RESULTATS	135
3.1 INCLUSION DANS L'ETUDE.....	135
3.2 DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE	135
3.3 DESCRIPTION DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE	136
CHAPITRE 4 : DISCUSSION	151
4.1 PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE	151
4.2 FORCE DE L'ETUDE	154
4.3 LIMITES DE L'ETUDE.....	155
4.4 PERSPECTIVES	158
CONCLUSION	159

BIBLIOGRAPHIE	161
ANNEXE 1	177
RESUME.....	183

Avant-propos

Quand j'étais externe en médecine, j'ai eu l'opportunité de rencontrer une personne qui m'a sensibilisé à la question du sexisme et du harcèlement de rue. A l'époque, je faisais partie de ces garçons qui se félicitaient que leur copine se fasse siffler dans la rue et je ne voyais pas où était le mal. A force de discussions, j'ai petit à petit réussi à vaincre mes préjugés et à comprendre que j'étais né et avais grandi dans une société où le sexisme ordinaire était la norme, où la violence était parfois culturellement acceptée, voire considérée comme inhérente à la condition humaine.

En parallèle de cette prise de conscience, j'ai suivi des études de médecine, tout en intégrant dans le même temps l'Ecole de Santé des Armées puis l'Ecole du Val-de-Grâce, afin de devenir médecin militaire. Evoluer dans ces milieux si singuliers, celui de l'enseignement hospitalo-universitaire et celui de grandes écoles d'officiers, n'a fait qu'attiser mon envie de lutter à mon humble échelle contre les violences, le sexisme et les discriminations dirigées contre les femmes. Ainsi, j'ai suivi un Diplôme Universitaire intitulé « Les violences faites aux femmes » (Université Paris 8 Diderot) et j'ai voulu consacrer mon travail de thèse d'exercice à cette thématique.

Introduction

Les violences faites aux femmes englobent un grand nombre de réalités : violences au sein du couple, violences familiales, mutilations sexuelles féminines, mariages forcés, harcèlement sexuel ou moral au travail, etc.

Elles sont considérées comme un problème majeur de santé publique par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹.

Ces violences sont fréquentes et atteignent toutes les catégories de population et toutes les sociétés : dans le monde, près d'un tiers des femmes ont déjà subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime ou des violences sexuelles par d'autres individus que leur partenaire². La France n'est pas épargnée, puisqu'une femme décède tous les trois jours sous les coups de son conjoint³.

Elles engendrent des effets délétères sur l'état de santé des femmes qui en sont victimes, en favorisant la survenue de pathologies somatiques et psychiatriques diverses^{4,5,6}.

Face à l'ampleur de ce phénomène, les femmes militaires françaises peuvent aussi y avoir été exposées, que ce soit avant ou pendant leur engagement. La féminisation récente de l'armée a pu mettre ces violences davantage en évidence, les amplifiant peut-être, les rendant plus visibles probablement. Par ailleurs, les rapports entre femmes et hommes sont à interroger dans un milieu où la culture et l'organisation sont historiquement basées sur des valeurs dites masculines.

En cabinet de médecine générale, les praticiens méconnaissent souvent la plupart des violences que subissent leurs patientes, estimant n'être confronté à ce motif de consultation qu'une à deux fois au cours d'une année⁷. Pourtant, le soignant représente un interlocuteur privilégié à leur yeux⁸, bien que peu d'entre elles osent finalement rompre le silence et dénoncer spontanément ce qu'elles vivent. Ce constat souligne le poids des obstacles les empêchant de se livrer davantage : peur de l'incompréhension du médecin, ressenti d'un manque de temps pour s'exprimer en consultation, crainte de l'agresseur, sentiment de honte et de culpabilité. Les médecins essaient donc de s'adapter et certains proposent la pratique d'un repérage systématique des violences lors des entretiens médicaux⁹.

Qu'en est-il pour les médecins du Service de Santé des Armées ? L'essence même de leur métier est d'être confronté à la violence guerrière, mais aussi de dépister un certain nombre de pathologies dans le cadre de visites médicales d'aptitudes. Néanmoins, l'expérience empirique suggère que les violences faites aux femmes sont également peu abordées dans le domaine de la médecine militaire. Cependant, aucune étude n'a été menée sur le sujet pour en apporter la preuve.

L'objectif de ce travail de thèse est de dresser un état des lieux des connaissances, expériences professionnelles et opinions des médecins des forces concernant le repérage des violences faites aux femmes. Il est probable que ces derniers, au même titre que leurs confrères civils, soient très peu confrontés à cette problématique dans leur pratique quotidienne, témoignant de connaissances incomplètes.

La première partie exposera les connaissances fondamentales relatives aux violences faites aux femmes, leur abord spécifique via le prisme du milieu militaire, ainsi que la pratique du repérage en consultation de médecine générale.

La deuxième partie présentera l'étude réalisée auprès de médecins et d'internes militaires, visant à décrire leurs pratiques relatives au repérage des violences faites aux femmes.

Première partie : Etat de la question

Chapitre 1 : Connaissances fondamentales concernant les « violences envers les femmes »

Pour être en mesure de repérer et prendre en charge des situations de violences perpétrées à l'encontre d'un individu, s'appuyer sur une base de connaissances globales et multidisciplinaires est fondamental.

Dans un premier temps, il est nécessaire de maîtriser un certain nombre de définitions concernant la violence et ses déclinaisons. Il s'agit avant tout et pour tout médecin de pouvoir reconnaître plus aisément des faits de violence rapportés par une patiente lors d'une consultation (de médecine générale ou autre), en se référant à un ensemble de définitions consensuelles, juridiques et sans ambiguïté. Premier pas dans le soin, pouvoir apposer des mots sur une réalité douloureuse et le plus souvent occulte, peut contribuer à la reconnaissance de la souffrance ressentie par la patiente.

Dans un deuxième temps, il paraît important d'avoir une vision globale des données épidémiologiques relatives à cette question, tant il est essentiel d'être capable de dire et de rappeler à chaque victime qu'elle n'est pas isolée dans ce qu'elle vit ou a vécu : la violence à l'encontre des femmes est un phénomène fréquent, pouvant concerner n'importe qui, en France et partout dans le monde.

Dans un troisième temps, il faut avoir conscience de la complexité du phénomène, en sachant qu'il existe un certain nombre de facteurs de risque plus ou moins associés, plus ou moins évidents, qui permettent d'expliquer, au moins en partie, la survenue de manifestations violentes.

Dans un quatrième temps, appréhender la question des violences faites aux femmes passe par la prise en compte du large panel des conséquences provoquées par la violence sur la santé des victimes. Cela peut permettre d'offrir de nouveaux leviers de réflexions lors de consultations médicales, en termes de diagnostics différentiels, d'actions de prévention, d'éducation et de dépistage.

1-1- Définitions et cadre juridique

Depuis de nombreuses années, la violence est un phénomène de plus en plus étudié, tant à l'échelle nationale qu'internationale. Englobant un ensemble de réalités et de situations

diverses, elle représente un processus complexe à analyser. Afin de faciliter son évaluation scientifique, il convient de définir le plus clairement possible les grandes notions rassemblées sous le terme « violence ». Ainsi, en connaître les principales définitions, juridiques et autres, permet d'aborder de manière globale et non exhaustive la problématique de la violence en médecine de premier recours.

1-1-1- La violence

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son rapport sur la violence et la santé, caractérise la violence comme « la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir* contre soi-même ou contre autrui, contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme ou un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations »⁶.

De même, l'OMS propose une certaine typologie de la violence, permettant de donner un aperçu de l'ensemble de ses variantes possibles et de leurs éventuelles interconnexions. En effet, il existe trois catégories distinctes, chacune regroupant plusieurs contextes, détaillées ci-dessous⁶ :

- La violence auto-infligée :
 - Comportements suicidaires : pensées suicidaires, tentatives de suicide, suicides réussis.
 - Sévices auto-infligés : automutilation.

- La violence interpersonnelle :
 - Violence familiale et à l'égard d'un partenaire intime, survenant le plus souvent (mais de manière non obligatoire) à l'intérieur du foyer.
 - Violence communautaire (entre personnes non apparentées ou qui ne se connaissent pas), s'exerçant en dehors du foyer, dans des lieux publics et en milieu institutionnel (école, travail, prison, maison de retraite...).

- La violence collective :
 - Politique : guerres, conflits violents, violences étatiques.

- Economique : attaques menées pour perturber une activité économique, contracter des gains.
- Sociale : crimes haineux commis par des groupes organisés, actes terroristes.

A noter que dans le cadre de ce travail de thèse, les actes rapportés de violences faites aux femmes s'inscrivent à priori dans la catégorie des violences interpersonnelles. Les violences auto-infligées et collectives ne seront donc pas être développées par la suite.

Toutefois, pour chaque contexte donné, il est possible de caractériser plus précisément la nature des faits de violence commis à l'égard d'autrui, et ainsi être plus discriminant concernant ce que subit la patiente venant consulter.

1-1-2- Typologie de la violence

La violence peut revêtir plusieurs formes – sexuelle, physique, psychologique et verbale, économique et financière – pouvant être isolées ou associées entre elles. Ces déclinaisons vont être définies plus longuement ci-dessous.

De plus, afin d'étayer ces définitions, quelques bases légales vont être mentionnées, car elles peuvent se révéler utiles pour la pratique de la médecine de premiers recours. En effet, sans vouloir se substituer aux professionnels du Droit, délimiter les frontières du cadre juridique peut en effet constituer un premier pas dans le soin, en rappelant aux victimes qu'un acte violent, de quelque nature qu'il soit, est illégal, puni par la loi et rend l'agresseur entièrement responsable de ses actes. Leur signifier qu'elles sont donc en droit de porter plainte - si elles le souhaitent - permettrait d'enclencher un processus thérapeutique, en luttant contre la banalisation et la déresponsabilisation de la violence, ce d'autant plus que certains faits de violence peuvent être difficiles à identifier et appréhender.

La violence sexuelle

- Définitions

Dans le même rapport relatif à la violence et la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence sexuelle 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 »⁶.

A noter qu'ici, la coercition vise le recours à la force à divers degrés. En dehors de la force physique, l'agresseur peut recourir à l'intimidation psychologique, au chantage ou à d'autres formes de menaces, comme par exemple, la menace de blessures corporelles, de renvoi d'un emploi, etc.

Comme le rappelle la psychiatre Muriel Salmona, psychiatre et présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, il n'existe aucun lien entre violence sexuelle et désir ou pulsion sexuels. La violence sexuelle est considérée comme l'une des violences les plus graves et les moins dénoncées. Elles visent avant tout à instaurer une relation de domination sur l'autre, en le dégradant et l'humiliant¹⁰.

Mais la violence sexuelle peut se définir autrement, selon une grille de lecture spécifique, rendant compte de la multiplicité des situations où elle peut être retrouvée. En voici une liste non exhaustive :

- Viol dans le mariage ou commis par un(e) conjoint(e),
- Viol commis par une personne inconnue de la victime,
- Viol durant les conflits armés,
- Harcèlement sexuel/chantage sexuel,
- Violence sexuelle à l'encontre de personnes atteintes d'un handicap physique ou mental,
- Violence sexuelle exercée contre des enfants,
- Mariage ou cohabitation forcée, comprenant le mariage d'enfants,
- Négation du droit d'utiliser la contraception ou de se protéger contre des maladies sexuellement transmissibles,
- Avortement forcé,
- 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,
- Prostitution forcée et traite d'êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.

- Cadre juridique¹¹

Les principales infractions sexuelles à savoir le viol, la tentative de viol et l'agression sexuelle vont être présentées en fonction du Code Pénal uniquement, de manière succincte et synthétique. Cela permet par la même occasion de proposer une autre façon de structurer sa pensée et son anamnèse au cours d'une consultation médicale, tout en veillant à conserver une posture de soignant (et non pas de conseiller juridique) et respecter le vécu subjectif de la patiente.

Les atteintes sexuelles sur mineur de moins de 15 ans ne seront pas détaillées, étant donné que cette catégorie d'âge n'est habituellement pas retrouvée au sein de la population des femmes engagées dans les forces armées françaises.

- Viol et tentative de viol

La consécration légale de la définition de viol telle qu'elle est connue aujourd'hui n'est apparue que très tardivement, grâce à la loi n°80-1041 du 23 décembre 1980 relative à la répression du viol et de certains attentats à la pudeur, qui constitue un moment décisif en droit français en matière de répression sexuelle.

Le viol est un crime et doit par conséquent être jugé par une Cour d'assises. D'après le Code Pénal - article 222-23 à 222-31-2 -, le viol se définit comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise » et est aujourd'hui puni de quinze ans de réclusion criminelle, vingt en cas de circonstances aggravantes. Le délai de prescription est de 20 ans à compter du jour où l'infraction a été commise. Cette définition peut sembler de prime abord imprécise ; c'est à dessein qu'elle se veut beaucoup plus large qu'auparavant : il s'agit de pouvoir sanctionner divers cas de figure.

Le viol comprend toute pénétration, même légère, de la vulve, de l'anus ou de la bouche en utilisant un pénis, d'autres parties du corps ou un objet. Aussi, l'élément matériel constitutif de l'infraction est-il double en droit français : un acte de pénétration de nature sexuelle commise par l'auteur sur la victime ainsi qu'un défaut de consentement de cette dernière découlant de l'emploi par l'auteur de la violence, contrainte, menace ou surprise.

La violence peut être physique ou morale, tout comme la contrainte qui se définit comme la pression physique ou morale exercée sur quelqu'un (ex : morale = différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits, qualité de militaire et/ou port de l'uniforme ; physique = maintenir la tête de la victime pour une fellation).

La menace quant à elle se définit comme le geste, la parole ou l'acte par lequel un individu exprime sa volonté de faire du mal à quelqu'un, laissant entrevoir un danger pour la victime.

Enfin, le consentement surpris est un consentement donné mais pas de manière éclairée, c'est-à-dire qu'il n'est pas donné en connaissance de cause. La surprise peut intervenir lorsque la victime est dans l'incapacité de donner son consentement parce qu'elle est ivre, droguée, endormie ou incapable mentalement de comprendre la situation. Le consentement surpris est aussi avéré lorsqu'il résulte d'un stratagème.

Ce qui différencie un viol d'une tentative de viol est la consommation de l'infraction, à savoir, la pénétration sexuelle. Sans pénétration, on parle de tentative de viol, acte qui peut être réprimé lorsque les conditions de l'article 121-5 du Code pénal traitant des tentatives sont réunies.

- Agression sexuelle

Selon le Code Pénal - article 222-22 (modifié par la Loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 – art 36), on qualifie d'agression sexuelle « toute atteinte sexuelle sans pénétration, commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ».

Ainsi, à défaut de pénétration sexuelle, on peut qualifier l'infraction d'agression sexuelle. A titre illustratif, en voici quelques exemples : attouchements du sexe, des seins ou des fesses, baisers imposés par la force, actes de pelotage.

L'agression sexuelle représente un délit. La peine encourue est de 5 ans d'emprisonnement (7 à 10 ans en cas de circonstances aggravantes) et de 75 000 € d'amende. Comme pour tout délit, le délai de prescription est de 6 ans et la juridiction compétente est le tribunal correctionnel.

- Atteinte sexuelle sur mineur âgé entre 15 et 18 ans :

L'article 227-27 du Code Pénal (modifié par la Loi n°2013-711 du 5 août 2013- art .5) fait mention de ce délit de la manière suivante : « le fait, par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ou surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur âgé de plus de 15 ans est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. En ses alinéas 1 et 2 se dessinent des circonstances aggravantes :

1° Lorsqu'elles sont commises par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ;

2° Lorsqu'elles sont commises par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ».

En matière de prescription, cette catégorie d'infraction obéit à certaines règles spécifiques, dictées par l'âge de la victime au moment des faits :

- Le délai de prescription est porté à 10 ans à partir de la majorité, c'est-à-dire que la victime peut porter plainte jusqu'à ses vingt-huit ans (article 9-1 du Code de procédure pénale).
- En cas de viol, ce délai est porté à 20 ans après la majorité de la victime, quel que soit son âge au moment des faits, donc jusqu'à ses 38 ans.

- Harcèlement sexuel :

D'après le Code Pénal - article 222-33, le harcèlement sexuel se caractérise par « le fait d'imposer à une personne, **de façon répétée**, des propos ou comportements à connotation sexuelle portant atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant ; ou créant à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ».

Le harcèlement sexuel implique une absence de contact physique et se révèle être un délit. Ainsi, des actes peuvent être qualifiés de harcèlement sexuel après (au moins) **deux** comportements imposés à connotation sexuelle, **sans notion de temporalité**. La peine encourue est de 2 ans d'emprisonnement (jusqu'à 3 ans en cas de circonstances aggravantes) et de 30 000 € d'amende (Jusqu'à 45 000 € en cas de circonstances aggravantes). Le délai de prescription est de 6 ans et la juridiction compétente est le tribunal correctionnel.

Selon le même article, le chantage sexuel, sous forme d'**acte unique**, peut également être assimilé à du harcèlement sexuel : « 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 profil de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers ».

La violence physique

- Définitions¹²

La violence physique porte atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique de la personne, mettant en scène un rapport de force où le but est de détruire et de faire régner un climat d'insécurité et de terreur. Elle peut être à l'origine d'un décès, de graves blessures susceptibles d'entraîner des séquelles ou à contrario ne laisser que très peu de traces (comme par exemple lors d'une tentative de strangulation).

L'éventail des atteintes physiques est large et comprend un certain nombre d'agissements, dont voici quelques exemples :

- Les atteintes à l'intégrité corporelle (cracher au visage, tirer les cheveux, pousser, bousculer, secouer, taper, donner des douches froides ou brûlantes, tenter de noyer, d'empoisonner, d'étrangler ou d'étouffer),
- Les blessures corporelles (morsures, coupures, entailles, fractures, lacérations, brûlures, plaies par armes blanches ou armes à feu),
- Les séquestrations et contentions,
- Les violences physiques dirigées contre des objets (destructions d'objets personnels, de papiers personnels importants, confiscations),
- Les violences alimentaires (forçages),
- Les violences autour des soins corporels.

- Cadre juridique¹¹

La violence physique est sanctionnée par le Code Pénal (articles 222-7 et suivants), en cas de coups et blessures volontaires, même non prémédités.

Le niveau des sanctions dépend de la gravité des blessures infligées à la victime :

- Les violences physiques dites « légères » (n'ayant entraîné aucune incapacité totale de travail (ITT)) sont sanctionnées par une amende de 750 euros. Il s'agit d'une contravention.
- Les violences physiques ayant entraîné une ITT de 8 jours ou moins sont sanctionnées d'une amende de 1 500 euros (3000 euros en cas de récidive). Il s'agit là-encore d'une contravention.
- Les violences physiques ayant entraîné une ITT de plus de 8 jours constituent un délit passible de trois ans de prison et d'une amende de 45 000 euros.
- Les violences physiques ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sont sanctionnées d'une peine de prison de 10 ans et de 150 000 euros d'amende maximum.
- Les violences physiques ayant entraîné le décès de la victime constituent un crime passible de 15 ans (en cas de mort sans intention de la donner de la part de l'auteur) à 30 ans d'emprisonnement (en cas de meurtre).

Le Code Pénal - article 222-13 définit une liste de circonstances aggravantes alourdissant ces sanctions pénales (exemple : acte commis sur une personne vulnérable du fait de son âge ou de son état de santé, avec une arme...).

La violence psychologique et verbale

« A la limite, des coups, c'est des bleus et les bleus ça disparaît. Je préfère largement avoir des coups... les paroles, ça reste... le plus dur à encaisser, ce sont les paroles. »¹³

- Définitions^{14,15}

Cette forme de violence peut se caractériser par une série d'attitudes et de propos visant, de manière insidieuse (et donc difficilement repérable), à dénigrer et à nier la façon d'être d'une autre personne. Le but est de déstabiliser, effrayer, dévaloriser, dépersonnaliser, blesser l'autre,

afin d'instaurer une tension, un contrôle et une domination. Ce n'est pas un dérapage ponctuel comme lors d'un accès de colère, mais une façon d'être en relation avec autrui. Cela se traduit par différentes manifestations de la part de l'agresseur :

- Injures (souvent à caractère sexuel en cas de violence conjugale),
- Dénigrement et humiliations (ensemble d'attitudes et propos dédaigneux et blessants visant à atteindre l'estime de soi, à faire naître un sentiment de honte, empêchant la victime de se confier ultérieurement. Quelques exemples peuvent être cités : critique du physique, des capacités intellectuelles ou mentales, prise de décision unilatérale, négations des perceptions, non-respect des opinions...),
- Intimidations et menaces (forme de violence indirecte visant à instaurer un climat de peur dans l'attente d'un possible acte violent, pouvant comporter notamment des démonstrations d'intimidations physiques),
- Indifférence aux demandes affectives (refus d'être concerné par l'autre, ignorance de ses besoins et de ses sentiments ; maintien de l'insécurité de l'autre),
- Contrôle (du sommeil, des heures de repas, des dépenses, des relations sociales, de la pensée),
- Isolement (social et/ou professionnel, pouvant entraîner à long terme une marginalisation de la victime),
- Jalousie pathologique (attribution d'intentions non fondées. Cela traduit la volonté de possession de l'autre),
- Harcèlement moral (saturation des capacités critiques et du jugement de quelqu'un en lui répétant à satiété un message dans le but de lui faire accepter n'importe quoi).

Bien que la violence psychologique et verbale soit intentionnelle, elle est toujours présentée par l'auteur comme étant uniquement due à l'attitude et aux perceptions de la victime, ce qui peut amener cette dernière à douter de son propre ressenti et à se sentir coupable de la situation. De ce fait, il peut être difficile de prouver son existence. C'est pourquoi il est conseillé de collecter des témoignages et de conserver des preuves (lettres, messages téléphoniques, SMS ou mails).

Pour finir, il faut noter que la violence verbale et psychologique est toujours présente et imprègne toutes les autres formes de violence (par exemple, il n'y a pas de violence physique

ou sexuelle sans violence psychologique). Cependant, elle peut exister seule. Elle doit donc être constamment recherchée.

- Cadre juridique¹¹

Les violences verbales et psychologiques sont sanctionnées de la même manière que les violences physiques (Cf. Ci-dessus).

La violence économique et financière

- Définitions¹⁶

Probablement la forme de violence la moins connue et évoquée, la violence économique et financière fait référence à des situations de contrôle du budget, d'entrave au travail extérieur, de dissimulation de papiers administratifs. Pouvant être considérée comme une forme à part entière de violence psychologique, elle crée une perte d'autonomie et une dépendance financière à l'agresseur, empêchant ainsi la victime de sortir de cette aliénation.

En pratique, il serait préférable de parler, non pas de la violence, mais bel et bien des violences, ce qui traduirait mieux la multiplicité du phénomène. Par ailleurs, un individu peut être amené à subir un, voire plusieurs types de violence pour une même histoire personnelle. C'est ce qu'évoque l'OMS dans le chapitre de son rapport mondial sur la violence et la santé traitant plus spécifiquement de la violence exercée par des partenaires intimes⁶. Fort de l'analyse de 48 enquêtes de population réalisées dans le monde, elle suggère l'idée que différents types de violence coexisteraient dans une même relation conjugale. La violence physique dans un couple s'accompagnerait souvent de violence psychologique et, dans un tiers à plus de la moitié des cas, de violence sexuelle. Dans une enquête japonaise, sur les 613 femmes qui déclaraient avoir été victime de violence une fois, 57% d'entre elles ont rapporté avoir subi trois types de violences (psychologique, sexuelle, physique). Au Mexique, 52% des femmes victimes d'agressions physiques avaient également été agressées sexuellement par leur partenaire. Par conséquent, en extrapolant cette donnée à la pratique de la médecine de premier recours, il serait utile de rechercher systématiquement l'association de ces différents types de violences dans l'histoire personnelle de la consultante.

Quatre types de violence à rechercher :

Sexuelle

Physique

Verbale/psychologique

Economique

D'autre part, selon l'enquête Cadre de Vie et Sécurité¹⁷, il ne faut pas perdre de vue que sur l'ensemble des femmes victimes de violence sexuelle et/ou physique au sein du couple, 29% se rendent au commissariat ou à la gendarmerie, 19% portent plainte et 8% déposent une main-courante. Elles sont encore moins nombreuses à aller consulter les forces de l'ordre quand elles vivent toujours sous le même toit que leur partenaire violent. Or, ces dernières représentent près de deux tiers de la totalité des victimes. Parmi elles, 24 % ont consulté un médecin, 21 % ont parlé de leur situation aux services sociaux et 17 % ont consulté un psychiatre ou un psychologue. Les professionnels de santé sont donc le première recours des femmes victimes de violence conjugale (l'une des violences faites aux femmes les plus répandues au monde, voir ci-dessous). C'est pourquoi tout médecin devrait être capable d'évoquer au moins les grands principes du cadre légal, afin d'informer la victime sur ses droits et la sensibiliser à entamer des démarches juridiques (comme porter plainte). Cependant, cela ne doit pas être formulé sous forme d'injonction, car ce serait ignorer les contraintes auxquelles elle reste malgré tout soumise (Cf. Emprise ; violences psychologiques et verbales, par exemple). L'enjeu est alors de proposer une aide et un accompagnement personnalisé dans une démarche qui sera avant tout personnelle.

1-1-3- Violences faites aux femmes

Il convient de souligner que les violences commises à l'encontre des individus n'atteignent pas de manière égale les hommes et les femmes. Ainsi, l'existence des « violences faites aux femmes », en tant qu'entité bien distincte, s'explique par le fait que les violences interpersonnelles ciblent en réalité plus spécifiquement les femmes et les jeunes filles et ce, quel que soit la société dans lesquelles elles sont perpétrées. Occulter cette réalité revient à ignorer qu'elles sont favorisées par des structures sociales fondées sur la domination masculine et les inégalités entre femmes et hommes plutôt que dans des actes individuels et isolés. De ce fait, la plupart des agresseurs sont de sexe masculin.

Toutefois, la psychiatre M-F Hirigoyen nuance l'importance de la culture en parlant de la violence conjugale : « on ne peut pas réduire [la violence conjugale] à un phénomène culturel et social ; elle comporte aussi des éléments (...) de vulnérabilité psychologique. Cependant, la vulnérabilité psychologique, sans la facilitation apportée par le contexte social, ne suffit pas à rendre un homme violent, le profil psychologique d'un individu étant influencé par son éducation et son environnement social »¹⁴.

Selon la Convention d'Istanbul du Conseil de l'Europe (2011), premier texte international traitant de la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, le terme de « violence à l'égard des femmes » doit être compris comme « une violation des droits de l'homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes, et désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée »¹⁸.

Cette définition englobe, sans y être limitée, toutes les formes de violences vues précédemment, les plus répandues étant la violence perpétrée par un partenaire intime et dans le cadre familial.

Les violences envers les femmes constituent alors une des violations les plus systématiques et les plus répandues des droits de l'Homme et représentent un obstacle majeur à l'élimination des inégalités entre les sexes et de la discrimination à l'égard des femmes dans le monde¹⁹.

Par ailleurs, elles sont considérées comme un enjeu majeur de santé publique par l'Organisation Mondiale de la Santé²⁰.

Elles se rencontrent dans toutes les conditions sociales et économiques et sont profondément enracinées dans des cultures du monde entier, à tel point que des millions de femmes y voient un mode de vie²¹.

Violences à l'encontre des femmes :

Problème majeur de santé publique

Violation des droits de l'Homme

Fondées sur des inégalités de genre

Toutes les sociétés, tous les milieux

1-1-4- Exemple de la violence au sein du couple (ou violence conjugale)^{6,22}

Encore aujourd'hui, l'image la plus évocatrice et la plus forte qui s'impose aux esprits pour parler des violences faites aux femmes est celle de la « femme battue ». Or, ce sont les femmes victimes de violence conjugale qui s'avèrent être désignées comme telles. D'un point de vue terminologique, cela pose le problème de ne mettre en valeur que la violence physique qu'elles peuvent endurer, occultant la complexité de ce qu'elles traversent en réalité.

Généralités

Forme la plus fréquente parmi les violences envers les femmes, la violence conjugale se réfère aux faits de violences (agressions physiques, sexuelles, verbales, psychologiques et économiques) commis par un partenaire ou ex-partenaire. Elle s'inscrit dans un rapport de force asymétrique de domination. Il s'agit pour l'auteur de prendre l'ascendant et le contrôle de la victime, par des propos et comportements visant à instaurer un climat permanent de peur et de tension.

Cela diffère donc des disputes et conflits conjugaux, où au contraire deux points de vue s'opposent dans un rapport d'égalité.

Les hommes comme les femmes sont parfois confrontés à la violence de leur conjoint, homme ou femme. Mais, dans la grande majorité des cas, ce sont les femmes qui sont victimes de violences de la part de leur conjoint ou ex-conjoint masculin.

La violence au sein du couple touche toutes les couches de la société, peut concerner toutes les périodes de la vie de couple, mais elles sont encore plus fréquentes chez les jeunes, lors de la première grossesse ou lors d'une séparation.

Relation d'emprise

L'emprise est un processus pervers et complexe, indissociable des considérations liées aux violences faites aux femmes. Elle forme notamment le terreau de la violence conjugale. Avoir conscience de son existence peut fournir des clés de compréhension à la patiente - mais aussi au médecin - par rapport à ce qui se joue dans son quotidien et au cours du suivi médical.

- Définition de l'emprise¹⁴

Dans le cadre d'une relation de couple, être sous emprise signifie être liée à son partenaire ou ex-partenaire par un lien de dépendance affective important et, dans le même temps, être dominée, contrôlée et dévalorisée par ce dernier²³.

Véritable engrenage des violences, l'emprise est un phénomène de violence psychologique qui s'installe insidieusement dans le temps.

Cela est rendu possible par sa mise en place en deux séquences successives. Premièrement, cela commence par une phase de séduction de la part de l'agresseur, dite narcissique, où il faut fasciner. En apparence, cela ressemble à un amour idyllique, à de la séduction amoureuse. En réalité, c'est une phase de préparation plus ou moins consciente à la soumission et au contrôle de l'autre. Ensuite, des microviolences apparaissent. Au départ, elles peuvent sembler anodines ; puis elles vont s'accroître progressivement par la suite, détruisant à petit feu celle qui en fait les frais. Elles se manifestent au quotidien de manière constante et insidieuse ou cyclique par une alternance de phases de violences et de marques d'affection (Cf. Ci-dessous, le modèle de la violence cyclique).

Ces messages contradictoires brouillent l'esprit-critique de la victime et la fragilisent. Au fur et à mesure qu'augmentent la sévérité et la fréquence des violences, la femme est déstabilisée et perd confiance en elle. Elle devient de moins en moins capable de comprendre la situation et de prendre des décisions. De plus, par diverses manipulations visant à la conditionner, la victime ne se révolte plus et est rendue obéissante ; elle protège son agresseur et l'absout de toute violence.

Toutefois, cette relation de soumission est aussi en quelque sorte une stratégie d'adaptation. En effet, les femmes victimes des agissements violents de leurs compagnons peuvent préférer la négociation à l'opposition frontale, qui pourrait risquer d'empirer les choses. De plus, il existe des mécanismes d'adaptation qui provoquent des altérations

psychiques chez la victime. Il est alors difficile de distinguer dans ce genre de relation ce qui est de l'ordre de la contrainte et ce qui est de l'ordre du compromis.

Par conséquent, lorsqu'une femme est sous l'emprise de son (ex-)conjoint, elle ne s'aperçoit pas qu'elle est victime de violences. Pour qu'elle puisse l'admettre, il faut que les multiples agressions qu'elle subisse lui paraissent intentionnelles. Or, la plupart du temps, elles ne sont pas perçues comme telles. Le professionnel de santé, du fait de son regard extérieur à la situation, peut l'aider à se défaire progressivement de cette emprise, en commençant par oser nommer cette violence.

Mais en s'engageant à prendre en charge une femme victime de violence conjugale, il est important de savoir faire preuve de patience vis-à-vis d'elle : accepter sa dénégation, accepter d'aller à son rythme, accepter le fait qu'elle puisse revenir vivre avec son conjoint violent après une séparation. Si cette relation persiste, ce n'est pas tant par sa personnalité que par la configuration de la relation en elle-même. La dépendance, conséquence de ce processus de conditionnement, peut rester ancrer pendant encore longtemps, mais pas indéfiniment.

Le modèle de la violence cyclique¹⁴

Comme le résume la psychiatre M-F Hirigoyen, qui reprend les travaux de la psychologue L. Walker, les manifestations de violence au sein du couple se reproduisent souvent (mais pas toujours) de manière cyclique, étant à la fois récurrentes et prévisibles, cumulatives et s'aggravant dans le temps. En général, plusieurs phases vont se succéder :

- Phase de tension : Expression indirecte de la violence en une accumulation de tensions, transparaissant à travers des mimiques (silences hostiles), des attitudes (regards agressifs) ou le timbre de la voix (ton irrité). Tout ce que fait la compagne agace le conjoint. Elle est tenue pour responsable des moindres frustrations de ce dernier, ce qui peut l'amener à culpabiliser. Celle-ci, sentant cette tension monter, se bloque, s'efforce d'être gentille, de plaire et de calmer le jeu. Elle anticipe dans la peur l'agression à venir. Si elle demande ce qui ne va pas, son compagnon peut lui rétorquer qu'elle a une perception fautive de la réalité et la faire douter (« De quoi est-ce que tu me parles ? »). Il peut finir par exprimer de la violence verbale. Derrière ses contrariétés se dissimule souvent la peur de l'abandon, amenant le conjoint violent à vouloir contrôler sa compagne.

- Phase d’agression : Expression de la violence verbale, physique, sexuelle, sous forme explosive, en réponse à son intolérance à la frustration.
- Phase d’excuses : Malgré les remords, le conjoint violent peut chercher à annuler ou à minimiser son comportement en fournissant une explication visant à le déculpabiliser. Il rend sa partenaire responsable et la discrédite (« Si tu m’avais écouté aussi ! »), ou justifie son comportement par des motifs extérieurs (colère, alcool, surcharge de travail) ou intérieurs (enfance malheureuse). Il peut s’excuser. En réponse, sa conjointe prend sur elle et modifie son comportement pour éviter que cela ne se reproduise (« Il a peut-être raison, c’est moi qui ne comprend rien »). Plus le cycle se répète et plus elle se perçoit comme incompétente, honteuse et se responsabilise de la violence de son compagnon.
- Phase de réconciliation ou *lune de miel* : Le conjoint violent adopte alors une attitude agréable, prévenante, attentive et peut même se montrer amoureux. Sa démarche est sincère mais reste motivée par la peur de l’abandon qu’il éprouve toujours, accentuée par la possibilité qu’elle puisse le quitter après l’agression.

C’est cette même peur de l’abandon qui l’incitera ultérieurement à vouloir reprendre le contrôle de sa compagne. Un nouveau cycle pourra alors recommencer, ce d’autant plus que dans l’intervalle, sa conjointe reprend espoir et pense pouvoir l’aider à changer. Cet espoir va augmenter son seuil de tolérance à l’agression. Les manifestations violentes vont donc de plus en plus être banalisées au fil du temps. Dans ces circonstances, elle peut d’ailleurs décider de retirer sa plainte ou de retourner vivre auprès de son compagnon s’il y a eu séparation, par exemple.

Finalement, cette minimisation des faits, l’aggravation très progressive des attaques en termes de fréquence et d’intensité, ainsi que le doute grandissant de la victime quant à ses capacités de jugement, rendent la violence difficile à identifier pour elle.

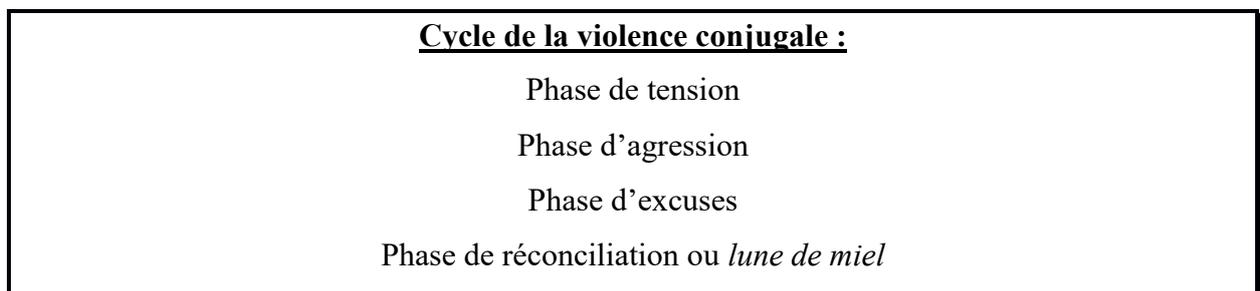
D’autre part, pour étayer en particulier le passage de la phase de tension à la phase d’agression, il serait intéressant de mentionner une liste dressée par l’OMS⁶, répertoriant les principaux événements susceptibles de déclencher la violence du partenaire. En voici une partie :

- Ne pas obéir à son partenaire,
- Lui répondre,
- Ne pas avoir préparé le repas à temps,

- Ne pas bien s’occuper des enfants ou du foyer,
- Interroger son conjoint violent sur des questions d’argent ou au sujet de petites amies,
- Aller quelque part sans son autorisation,
- Refuser d’avoir un rapport sexuel avec lui,
- Soupçon d’infidélité.

Bon nombre de ces éléments font référence à des considérations sociales et appartiennent aux domaines des tâches domestiques et de l’intimité du couple, sphères où restent cantonnées certaines femmes. Interroger les rapports de genre dans les sociétés semble donc indissociable de la problématique des violences à l’encontre des femmes.

En somme, décrire à la patiente le caractère cyclique de la violence et ces différentes phases peut l’aider à comprendre ce qu’elle traverse, lui donnant l’opportunité de progressivement rompre ce cycle, par une critique plus libre et objective de ce qui se joue dans son quotidien.



Stratégies de l’agresseur

- Stratégies de l’agresseur

Un conjoint potentiellement violent sait repérer chez l’autre sa vulnérabilité sous-jacente. Il choisit, séduit sa future victime en fonction de ses failles, permettant « l’accrochage », c’est-à-dire la mise en place de cette relation d’emprise¹⁴. Ensuite, il organise leurs rapports conjugaux en fonction de cinq priorités constantes, rentrant dans une véritable stratégie de manipulation²⁴ :

- Isolement de la victime, sur les plans géographique, social, affectif, familial, professionnel. L'agresseur reste le seul à pouvoir lui fournir un appui social.
- Dévalorisation de la victime, par l'humiliation, le dénigrement, la critique, l'insulte (Cf. Violence verbale et psychologique), favorisant la perte de l'estime d'elle-même.
- Inversion de la culpabilité, avec transfert de la responsabilité de la violence à la victime. Elle peut ne pas porter plainte car elle pense que c'est elle qui est responsable de la situation.
- Entretien de la confusion, par des attitudes contrastées (Cf. Modèle de la violence cyclique).
- Instauration d'un climat de peur et d'insécurité (par exemple, par des menaces de représailles), s'assurant de la soumission de l'autre.
- Impunité garantie dans ses divers agissements, grâce à l'implication de la victime dans le déroulement des faits, au recrutement d'alliées, voire à l'organisation d'une coalition contre la victime, de manière à verrouiller le secret.

Ainsi, l'intervention du professionnel de santé peut consister à repérer dans le récit de la patiente la présence de ces éléments stratégiques déployés par l'agresseur, pour ensuite les déjouer. Cette dynamique, déjà enclenchée par le fait de s'astreindre à nommer les violences et souligner leur caractère illégal, peut se poursuivre en valorisant la victime, en lui redonnant confiance en elle et en son jugement.

- Caractéristiques de l'agresseur²⁵

Différentes caractéristiques sont retrouvées chez les conjoints violents :

- Immaturité et névrose ; avec intolérance à la frustration, anxiété de fond infiltrée par le doute et le manque de confiance en soi.
- Egocentrisme ; associé à un rapport à soi de nature infantile et archaïque, la plupart du temps de tonalité paranoïaque (susceptibilité, méfiance, psychorigidité, tendance à l'interprétation, vécu de persécution) ou perverse (boursoufflement du moi associée de façon paradoxale à une blessure narcissique parfois masquée, entraînant un centrage sur soi-même tout en niant autrui, parfois de manière agressive).
- Impulsivité.

- Cyclothymie ; fluctuation de l'humeur à des niveaux en dessous des troubles de l'humeur caractérisés (état sub-dépressif ou sub-maniaque).

La prise en charge des agresseurs est une préoccupation de plus en plus prégnante, en partie parce qu'elle éviterait la récurrence des violences. Elle relève de domaines divers (psychiatrie, droit, etc.). Ainsi, des dispositifs postérieurs à la condamnation pour viol ou agression sexuelle existent. Outre la surveillance probatoire, des mesures de soin obligatoires ou optionnelles sont proposées aux auteurs de violence (articles L. 3711-3 et suivants du Code de la santé publique).

Dans le cadre d'une consultation avec une victime, il s'agit pour l'essentiel d'arriver à identifier certains traits de caractère de l'agresseur, sans tomber dans les travers de diagnostics hâtifs (du pervers narcissique, entre autres), pour éventuellement aider la patiente.

Cadre légal^{11,26}

Avant la loi du 23 décembre 1980, il existait entre époux une présomption simple du consentement aux rapports sexuels. Comme l'a formulé le professeur Garçon « les violences exercées par le mari sur sa femme légitime, lorsqu'elles tendent aux fins légitimes du mariage, ne peuvent jamais constituer un crime de viol ». Une femme ne pouvait par conséquent jamais démontrer légalement qu'elle n'avait pas consenti à une pénétration sexuelle commise par son conjoint, et ce même lorsque l'emploi de la violence était constaté par le juge. Le mariage venait justifier l'emploi de la force par l'époux et empêchait toute sanction pénale. La loi de 1980 met un terme à cette présomption et par là même, à la légalité des viols conjugaux à travers 2 arrêts fondateurs : les arrêts de la Chambre criminelle de la Cour de cassation en date du 5 septembre 1990 et 11 juin 1992 (codifié à l'article 222-22 alinéa 2 du Code pénal : le viol peut être caractérisé « quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage »).

Le nouveau Code Pénal, issu de la loi du 22 juillet 1992, reconnaît la particulière gravité de la violence conjugale : la qualité de conjoint constitue une circonstance aggravante des violences. Selon l'article 222-12, les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail (ITT) supérieure à huit jours sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Celles ayant entraîné une ITT inférieure ou égale à huit jours ou n'ayant entraîné

aucune ITT sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende (art. 222-13).

La loi du 4 avril 2006, relative au renforcement de la prévention et de la répression des violences au sein du couple ou commises contre les enfants, élargit le champ d'application de la circonstance aggravante aux anciens conjoints, concubins et pacsé. Cette extension s'applique aussi au meurtre et aux agressions sexuelles. De même, la loi précise que le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils sont imposés à la victime, quelle que soit la nature des relations existantes entre l'agresseur et la victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage (art. 222-22 du Code Pénal). En outre, elle permet à l'autorité judiciaire de proposer des dispositions favorisant l'éloignement des auteurs de violences du domicile commun. En 2007, le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins sont étendus aux conjoints violents.

Enfin, la loi du 9 juillet 2010 crée le délit de violence au sein du couple, qui est punissable sous la qualification juridique de harcèlement moral, à l'article 222-33-2-1 du Code pénal. L'article 222-14-3 rappelle que les violences sont réprimées quelle que soit leur nature, y compris s'il s'agit de violences psychologiques. Cette loi permet notamment à la victime de se faire délivrer par un Juge aux affaires familiales des ordonnances de protection lorsqu'une violence survient au sein de son couple, qu'il soit issu d'un mariage, d'un pacs, d'un concubinage ou avec un ancien partenaire (idem ex-époux, ex-pacsé, ex-concubin ; l'existence d'une relation antérieure en cas de viol constituant d'ailleurs une circonstance aggravante). Ces mesures civiles sont au nombre de quatre :

- l'éloignement de l'auteur des violences de la victime ou de ses proches ;
- l'attribution au bénéficiaire de la victime du logement commun ;
- l'exercice de l'autorité parentale en cas d'enfants communs ;
- l'interdiction de sortir du territoire soit des enfants soit du membre du couple menacé de violence. (Articles 515-9 à 515-13 du Code civil ainsi que 1136-3 à 1136-13 du Code de procédure civile).

Violence conjugale :

Rapport de force dominant/dominé ≠ « conflit » conjugal

Conjoint ou ex-conjoint

Les quatre types de violences

Relation d'emprise

Cycles de la violence

Stratégies de l'agresseur

En somme, le sujet des violences à l'encontre des femmes est vaste. L'exposé qui en est fait ici est non exhaustif et effleure seulement la diversité des configurations possibles en termes d'actes de violence. Mais il existe certains grands principes à mobiliser lorsqu'en consultation, le médecin doit faire face à une femme potentiellement victime de violences. Il devrait être en mesure de les identifier, les nommer et rappeler leur caractère illégal et transgressif.

1-2- Données épidémiologiques

Pour cette thématique, l'apport de l'épidémiologie n'est pas à négliger. En effet, elle contribue à rendre plus visible l'ampleur des violences faites aux femmes qui, en apparence, ne semblent pourtant pas si présentes dans le quotidien du médecin de premier recours.

Les études sont nombreuses et parfois redondantes, n'incitant pas à avoir une vision synthétique du problème. Cette partie se limitera donc à fournir quelques données quantitatives essentiels sur ce phénomène, en se basant principalement sur l'évaluation de leur incidence à différentes échelles, la détermination d'éventuels groupes de population à risque, et l'estimation de circonstances potentielles au cours desquelles les violences ont tendance à se produire. L'intérêt ici est de pouvoir fournir des connaissances épidémiologiques pratiques en consultation.

1-2-1- Les violences faites aux femmes : une épidémie mondiale

Avant-propos

Il existe entre chaque pays une grande variabilité de disponibilité et d'exploitation des données concernant les violences à l'égard des femmes. Entre 2005 et 2014, seuls 89 pays sur

les 193 reconnus par l'Organisation des Nations Unies (ONU) collectaient des informations relatives à ce sujet²⁷. Cela doit inciter à une certaine prudence lorsque l'on procède à des comparaisons statistiques mondiales concernant ce sujet.

De plus, les variations de résultats retrouvées entre les pays peuvent refléter de réelles différences, rendant compte de l'existence d'un certain nombre de facteurs d'influence, comme la multiplicité des approches culturelles par rapport à ce phénomène ou l'existence ou non de campagnes nationales de prévention et d'informations encourageant l'égalité entre les genres.

D'autre part, il faut aussi garder à l'esprit que la plupart des études sous-estiment l'importance des violences, car c'est un phénomène difficile à mesurer, ne serait-ce que par les limites inhérentes aux modalités de recueil des données (entretiens téléphoniques, questionnaires...).

Pour finir, il est à noter que de nombreuses études mettent en général l'accent sur l'exploration des violences physiques et/ou sexuelles, plus facilement conceptualisables et évaluables, mais également sur les violences conjugales.

En somme, les données épidémiologiques relatées ci-dessous offriront une vision globale de l'incidence des violences à l'égard des femmes dans le monde et en Union Européenne, pour ensuite se concentrer sur les données disponibles en France.

A l'échelle mondiale

L'étude menée par l'OMS en 2013², se basant sur des données provenant de plus de 80 pays, est la première étude à présenter une synthèse des données scientifiques mondiales sur la prévalence des deux formes les plus fréquentes de violence faites aux femmes : la violence exercée par le partenaire intime et la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire.

Ainsi, elle a déterminé qu'au cours de leur vie, 35% des femmes dans le monde ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime ou des violences sexuelles par d'autres que leur partenaire.

La plupart de ces actes sont des violences de leur partenaire intime, le plus souvent de sexe masculin. Presque un tiers des femmes (30%) ayant eu une relation de couple signalent

avoir été victimes de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur conjoint au cours de leur vie.

De plus, 7 % des femmes dans le monde ont été sexuellement agressées par une autre personne que leur compagnon.

Même si les femmes peuvent être exposées à bien d'autres formes de violence de manière générale, celles citées ci-dessus représentent déjà une part importante de la population féminine mondiale.

1/3 des femmes dans le monde ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire intime ou des violences sexuelles par d'autres que leur partenaire

A l'échelle européenne

L'enquête de l'Agence des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne de 2014 est la plus complète réalisée à ce jour sur le sujet des violences à l'égard des femmes dans l'Union européenne (UE)²⁸.

Elle se base sur 42 000 entretiens personnels avec des femmes, choisies de manière aléatoire, âgées entre 18 et 74 ans et vivant dans l'Union européenne. En moyenne, 1 500 femmes ont été recrutées pour chacun des 28 États membres. Elles ont été questionnées entre autres sur leurs expériences des violences physiques, sexuelles ou psychologiques, perpétrées notamment par une partenaire intime.

Ainsi, une femme sur trois a subi au moins une forme de violence physique et/ ou sexuelle depuis l'âge de 15 ans, et environ 8 % des femmes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des douze mois précédant l'enquête.

- Violence physique

Environ 31 % des femmes de la population étudiée ont enduré un ou plusieurs faits de violence physique depuis l'âge de 15 ans.

En extrapolant ces résultats à la population générale, le nombre de femmes victimes de violence physique au cours des douze derniers mois précédant l'enquête est estimé à 13 millions, ce qui correspondrait à 7 % des femmes âgées de 18 à 74 ans vivant au sein de l'UE.

- Violence sexuelle

Depuis l'âge de 15 ans, une femme sur dix a vécu une forme de violence sexuelle. De plus, près d'une femme sur vingt a été victime de viol.

Dans les cas de violences sexuelles, 97 % des femmes déclarent que l'auteur était un homme.

Selon les estimations de l'étude, près de 3,7 millions de femmes de l'UE ont été victimes de violence sexuelle au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, soit potentiellement 2 % des femmes âgées de 18 à 74 ans vivant au sein de l'UE.

- Violence conjugale

Parmi les femmes qui ont été en couple, 22 % ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime depuis l'âge de 15 ans.

A l'échelle nationale

Les sources de données disponibles en France sont principalement des enquêtes de victimation en sondage de population générale, et les chiffres fournis par diverses administrations (police, gendarmerie, unités médico-judiciaires)

- Enquête ENVEFF²⁹

En 2000, l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) est l'une des premières études en France à objectiver à l'échelle nationale l'ampleur du phénomène. Il s'agit d'une enquête quantitative, faite par téléphone, auprès d'un échantillon

représentatif de 6970 femmes âgées entre 20 et 59 ans. Elle tente de cerner les violences verbales et psychologiques, physiques et sexuelles rencontrées pendant les douze derniers mois précédant l'enquête, dans tous les cadres de vie et sur la vie entière ; mais aussi leur impact sur la santé, ainsi que le parcours et les réactions des victimes. Durant l'entretien téléphonique, l'enquêteur ne prononçait pas le mot « violence » ou « agression », mais donnait des indicateurs regroupant plusieurs variables pouvant correspondre.

Il en ressort deux idées principales : premièrement, c'est dans le cadre du huis clos conjugal que s'exercent le plus de violences de toutes natures. En effet, environ une femme sur dix vivant en couple a été victime de violences conjugales en France, dans l'année précédent l'enquête. Parmi les 6970 femmes interrogées, 9% des femmes ont été (ou étaient encore) victime de violences conjugales graves (insultes répétées dans un contexte de harcèlement moral, avec un cas unique de violence sexuelle ou physique) ou très graves (cumul de violences verbales et psychologiques, physiques, sexuelles). Deuxièmement, lorsque les résultats sont extrapolés à la population générale de l'époque, plus de 50 000 françaises auraient été victimes de viol dans l'année précédent le début de l'étude.

Dans tous les cas, cette recherche a participé à la levée du silence, sur fond médiatique, en libérant la parole des victimes, puisque 45% des répondantes parlaient pour la première fois de ce qu'elles avaient vécu au cours des entretiens ; de même, deux tiers des victimes de violences sexuelles racontaient leur agression pour la première fois.

Encore aujourd'hui, l'enquête ENVEFF demeure une source d'informations sociologiques importantes en lien avec les violences perpétrées à l'encontre des femmes.

- Enquêtes Cadre de Vie et Sécurité

Les dernières enquêtes de victimation en population générale, intitulées Cadre de Vie et Sécurité (CVS)³, menées de 2010 à 2017 en France métropolitaine, révèlent qu'environ 225 000 femmes, âgées de 18 à 75 ans, déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année. Parmi elles, 27 % ont indiqué avoir été confrontées à des violences sexuelles, associées ou non à des violences physiques ; 87 % ont subi des violences physiques, indépendamment ou non de violences sexuelles. Le cumul de ce deux types de violence a concerné 14% des victimes. Il s'agit de violences répétées pour les

trois quarts des victimes. De plus, 80% de ces femmes signalent avoir été également soumises à des atteintes psychologiques et/ou des agressions verbales. En outre, moins d'une femme sur cinq confie avoir porté plainte. Plus de la moitié d'entre elles n'ont fait aucune démarche auprès d'un professionnel ou d'une association.

- Enquête Virage³⁰

L'enquête Violences et Rapport de Genre (VIRAGE) a été réalisée en 2015 par l'Institut national d'études démographiques (INED), auprès d'un échantillon représentatif de la population générale d'environ 15 500 femmes et 11 700 hommes, âgés de 20 ans à 69 ans, résidant en France métropolitaine et vivant en « ménage ordinaire » (un ménage ordinaire comprend l'ensemble des personnes, apparentées ou non, partageant de manière habituelle la même résidence principale avec un budget en commun). Les informations ont été recueillies lors d'entretiens téléphoniques, via un questionnaire, et se concentraient sur la recherche de violences sexuelles, classées en fonction des conditions dans lesquelles elles ont été commises (études, travail, espace public, conjoint, ex-conjoint, famille et proches). A noter que là encore, les termes « violence » et « agression » n'étaient pas directement mentionnés dans le questionnaire. L'originalité de la recherche a résidé dans le fait que les actes de violence sexuelle quantifiés ont été rapprochés de leurs catégories juridiques (selon le Code pénal).

- Viols et tentatives de viols

Chaque année, selon les estimations de l'enquête VIRAGE, environ 62 000 femmes (0,3%), âgées de 20 à 69 ans déclarent avoir été victimes de viols ou de tentatives de viol.

Au cours de leur vie, ce sont près de 3,7 % des femmes qui divulguent avoir subi au moins un viol ou une tentative de viol.

- Agressions sexuelles

Chaque année, 553 000 femmes (2,8%), âgées entre 20 et 69 ans, signalent avoir été victimes d'au moins une agression sexuelle (hors harcèlement et exhibitionnisme).

Au cours de leur vie, 1 femme sur 7 (14,5%) déclare avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle.

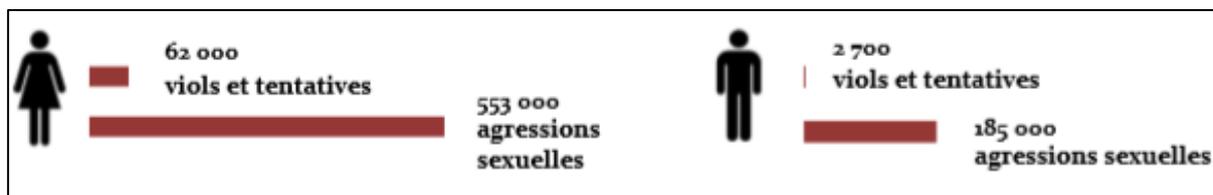


Figure 1 : Nombre de viols et d'agressions sexuelles par sexe, par an, en France (enquête VIRAGE)³¹

1-2-2- Âge de survenue des violences

A l'échelle internationale

Dans le monde, jusqu'à 50 % des agressions sexuelles sont commises à l'encontre de jeunes filles de moins de 16 ans.

La première expérience sexuelle de près de 30 % des femmes est forcée. Parmi les filles âgées de moins de 15 ans au moment de leur initiation sexuelle, jusqu'à 45 % signalent que cette expérience a été contrainte³².

Près d'une adolescente sur trois (soit 84 millions d'individus) dans le monde, âgée entre 15 et 19 ans, a été victime de violences émotionnelles, physiques et/ou sexuelles commises par son mari ou partenaire³³.

Au sein de l'Union Européenne, environ 12 % des femmes indiquent avoir fait l'objet avant l'âge de 15 ans d'une forme d'abus ou d'incident sexuel perpétré par un adulte, ce qui correspondrait à 21 millions de femmes²⁸.

A l'échelle nationale

D'après l'enquête ENVEFF, les femmes les plus jeunes de l'échantillon, âgées entre 20 et 24 ans, ont déclaré avoir subi plus de violence que leurs aînées, quel que soit le type de violence, dans les trois sphères étudiées (espace public, travail, couple),

Selon l'enquête Virage, 56% des femmes victimes de viols et de tentatives de viol au cours de leur vie l'ont été avant leurs 18 ans, dont 40% avant leurs 15 ans. Globalement, les femmes jeunes, âgées de 20 à 34 ans, sont les plus exposées aux violences sexuelles. En effet, pour cette tranche d'âge, plus d'une femme sur 20 a subi un viol, une tentative de viol ou une agression sexuelle durant l'année précédant l'enquête.

1-2-3- Contexte de survenue des violences

D'après l'enquête VIRAGE, pour les femmes comme pour les hommes, le cercle familial et l'entourage proche représentent la première sphère de vie où les violences sexuelles ont lieu (devant le couple, les espaces publics, les études et le travail) : 5% des femmes ont subi au moins une agression sexuelle d'un membre de la famille ou de l'entourage proche, dont 1,6% un viol ou une tentative de viol. Ensuite, 1,4% des femmes ont été victimes de violences sexuelles exercées par des conjoints ou ex-conjoints. De plus, au cours des études et de l'activité professionnelle, les violences subies par les femmes sont plus souvent des agressions sexuelles autre que les viols et tentatives de viol. Au total, trois femmes sur quatre ayant été victime de viol ou de tentatives de viol au cours de leur vie l'ont été dans l'espace privé, c'est-à-dire par un membre de sa famille, un proche, un conjoint ou un ex-conjoint, un petit ami.

L'enquête Cadre de Vie et Sécurité confirme cette tendance, en précisant que neuf victime de violences sur dix connaissaient l'agresseur et que dans 45% des situations, ce dernier était un conjoint ou ex-conjoint.

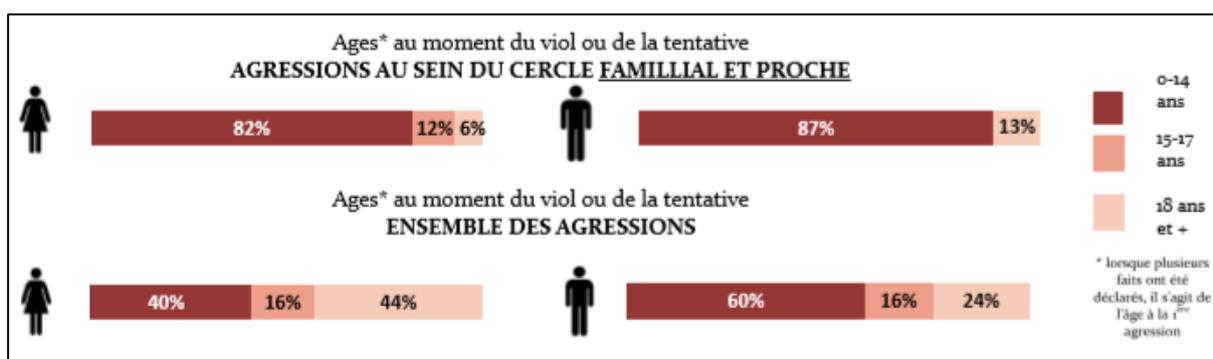


Figure 2 : Cadre et âge de survenue des violences sexuelles (enquête VIRAGE)³¹

En résumé, dans l'enfance et l'adolescence, les femmes subissent surtout des violences sexuelles dans le cadre de la famille et des relations avec les proches. A l'âge adulte, alors que les viols et les tentatives de viol peuvent se produire dans le cadre des relations conjugales,

d'autres agressions surviennent au cours des études, de l'activité professionnelle ainsi que dans l'espace public en général. Les violences sexuelles que subissent les femmes sont donc non seulement beaucoup plus fréquentes, mais elles se produisent dans tous les espaces de vie et tout au long de la vie³⁰.

En somme, les violences à l'égard des femmes ne se limitent donc pas à une culture, une région ou un pays en particulier. Elles sont fréquentes, surviennent de manière précoce au cours de la vie et sont commises par des personnes issues de l'entourage familial ou conjugal des victimes.

Les violences faites aux femmes sont **fréquentes, ubiquitaires, précoces** dans la vie, et commises essentiellement par des **proches** (famille et conjoint) des victimes.

Ces données épidémiologiques sont employées pour alerter, mobiliser les politiques et autres organisations, afin de les inciter à prendre des mesures pour prévenir et lutter contre ces violences. L'objectif est alors d'améliorer les conditions de vie des femmes et jeunes filles partout dans le monde et de tendre vers l'égalité entre les sexes. Dans le même état d'esprit, elles ont été résumées ici pour contribuer à augmenter la visibilité des violences faites aux femmes au sein de la pratique quotidienne de la médecine de premier recours. L'utilité de ces données peut même se retrouver en pratique quotidienne, face à une consultante victime de violences. L'informer de la teneur de ces chiffres peut en effet l'aider à se sentir moins isolée, en lui faisant prendre conscience qu'elle n'est pas seule à endurer cela.

1-3- Facteurs de risque de survenue des violences à l'encontre des femmes

La plupart des études se concentrent sur la recherche des conséquences de la violence sur l'état de santé des victimes. Néanmoins, la détermination de facteurs de risque de survenue des violences est un nouvel axe de réflexion. Il en est encore à ses balbutiements, mais commence à être exploré, à des fins préventives par exemple. Pour autant, la question n'est pas d'essayer d'établir des liens de causalité directs entre plusieurs faits pouvant potentiellement expliquer qu'une femme a été victime de violences. Le risque serait de tomber dans certaines dérives et raccourcis. Ce nouveau champ de pensée permet de saisir d'avantage la globalité et la complexité des situations de violences, faisant considérer des domaines variés, parfois en dehors de la médecine.

1-3-1- Modèle écologique selon Heise^{6,21}

Le modèle écologique offre une vue d'ensemble plutôt didactique et à la portée de tout professionnel de santé quant à l'appréciation des facteurs pouvant entraîner la survenue de comportements violents.

Concept du modèle écologique

Un modèle écologique permet d'analyser l'articulation complexe de plusieurs facteurs de risque influençant la survenue d'un évènement particulier.

Ce modèle a déjà été appliqué pour tenter d'expliquer la maltraitance infantile, la violence chez les jeunes, la violence conjugale et les sévices infligés aux personnes âgés.

Dans le cas plus général des violences faites aux femmes, il peut dépendre la multitude des facteurs de risque, plus ou moins liés entre eux, associés à l'apparition de comportements violents. La violence est alors le produit de plusieurs influences exercées sur le comportement et ce, à plusieurs échelles : individuelle, relationnelle, sociale, culturelle et environnementale (voir figure 3).

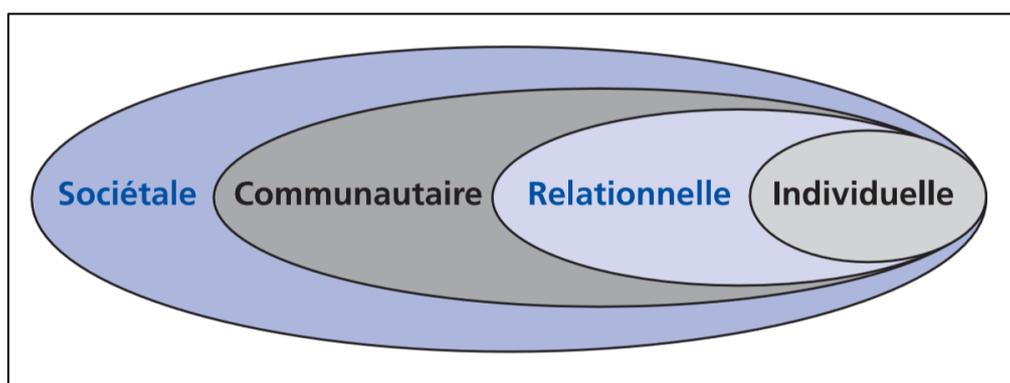


Figure 3 : Modèle écologique visant à comprendre la survenue des violences⁶.

Lien entre facteurs de risque et types de violence

Aucun facteur de risque, pris individuellement, ne permet donc à lui seul d'expliquer pourquoi certaines personnes deviennent victimes ou auteurs de violences.

Généralement, chaque type de violence s'associe à un spectre de plusieurs facteurs de risque de survenue.

Cependant, aucun facteur de risque n'est réellement spécifique d'un type de violence en particulier, comme la pauvreté et l'alcoolisme qui peuvent être retrouvés dans plusieurs situations de violence. Par conséquent, l'exposition à un faisceau de facteurs de risque augmente également le risque d'être exposé à plus d'un type de violence. Ainsi, les femmes victimes de violences physiques de la part de leur conjoint seraient également plus exposées au risque de subir des violences sexuelles.

Pour finir, il existe des interconnexions entre différents types de violence. Par exemple, la violence familiale augmente le risque de devenir victime ou auteur de violence à l'adolescence et à l'âge adulte.

Le modèle écologique considère la violence comme un problème à multiples facettes, qui nécessite une lecture à plusieurs niveaux. Dans une approche orientée santé publique, chacun de ces niveaux représente un niveau de risque où une intervention peut être effectuée pour prévenir l'apparition de la violence : modifier les comportements individuels, influencer sur les relations interpersonnelles proches pour créer un milieu familial sain, surveiller les lieux publics (écoles, lieux de travail...), remédier aux attitudes et pratiques culturelles néfastes, considérer les problèmes économiques et sociaux et plus généraux pouvant déboucher sur des manifestations violentes.

1-3-2- Modèle écologique appliqué aux violences envers les femmes^{6,35}

Facteurs de risque individuel

- Biologiques : appartenance à une communauté (ethnique, sexuelle) minoritaire, marginalisée ou exclue ; troubles de la personnalité (auteurs).

- Démographiques : sexe féminin ; âge jeune ; faible niveau d'instruction ; situations subies de migration, de clandestinité, de conflits armés.
- Liés à l'histoire personnelle : exposition à la maltraitance pendant l'enfance ; exposition à la violence familiale ; usage nocif de l'alcool et/ou toxicomanie (des parents en cas de violences perpétrées pendant l'enfance) ; handicap ; détention (auteurs) ; antécédents d'actes violents (auteurs).

Facteurs de risque relationnels (liés aux interactions entre un individu et son entourage)

- Familiaux et liés au partenaire intime :
 - Relation continue avec l'agresseur : interactions quotidiennes, partage des lieux de vie, s'associant dans le même temps à une augmentation de la probabilité de violences répétées.
 - Mécontentement et insatisfaction conjugale : difficultés de communication entre partenaires ; comportements dominateurs des hommes envers leurs partenaires (dont mainmise sur la prise de décision et les biens du ménage) ; disparités (économiques, éducationnelles, professionnelles) entre conjoints.
 - Consommation de drogue ou d'alcool des parents ou du conjoint.
 - Comportements violents approuvés par la famille et pratiques renforçant la position de subordination des femmes et la tolérance des violences masculines (dot, prix de la mariée, mariage précoce et/ou de raison).
 - Victime logée au domicile de la famille du conjoint.
- Influence des pairs sociaux et des collègues : Comportements encourageant et approuvant les actes de violence.

Facteurs de risque communautaire (liés aux relations d'un individu avec son milieu)

- Modes de vie : isolement communautaire général (absence de vie collective, manque d'aide sociale en faveur des femmes, soutien institutionnel minime) ; taux de mobilité résidentielle élevée (déménagements fréquents) ; manque d'espaces protégés pour les femmes (comme lieu de rencontre encourageant la libre expression, la communication, la constitution d'un réseau amical, de soutien et de protection).
- Caractéristiques démographiques : hétérogénéité de la population ; forte densité démographique, taux de criminalité important (trafic de stupéfiants).

- Absence de perspectives économiques : taux de chômage élevé ; pauvreté et délabrement des quartiers ; faible niveau d'accès à un emploi rémunéré pour les femmes.

Facteurs de risque sociétal

- Normes socioculturelles :
 - Selon lesquelles il est acceptable de recourir à la violence pour résoudre des conflits.
 - Considérant le suicide comme une affaire de choix individuels et non comme un acte de violence pouvant être prévenu.
 - Selon lesquelles les droits parentaux l'emportent sur le bien-être de l'enfant.
 - Affirmant la domination de l'homme (et de ce qui a attiré à sa masculinité) sur les femmes et les enfants. Exemple : idéologies sur les droits sexuels de l'homme ; croyances relatives à l'honneur de la famille et à la pureté sexuelle ; dot et mariages forcés/précoces.
 - Accordant plus de contrôle sur le comportement des femmes.
- Institutionnels :
 - Validant le recours à la violence excessive par la police contre les citoyens.
 - Encouragent les conflits politiques.
 - Politiques économiques, sociales, en matière d'éducation et de santé maintenant des disparités économiques ou sociales importantes entre groupes d'une société.
 - Absence de dispositifs législatifs et politiques de prévention et d'action contre la violence à l'égard des femmes : faiblesse des sanctions juridiques contre la violence, efforts de sensibilisation insuffisants des prestataires de services, des représentants des forces de l'ordre et du système judiciaire.

L'emploi du modèle écologique semble être utile au développement de moyens de lutte et de prévention à l'échelle des institutions. Mais il peut aussi donner une nouvelle dimension aux consultations médicales, prônant une plus grande ouverture d'esprit et humilité face à un problème plurifactoriel, s'écartant parfois des sentiers de la médecine de soins ou de prévention. En somme, la prise en charge des femmes victimes de violences se veut complexe et multidisciplinaire, car il est nécessaire d'agir à plusieurs niveaux, à plusieurs échelles, dans un système d'aide plus global.

1-4- Conséquences des violences sur la santé des victimes^{2,6,9,36,37}

Les violences perpétrées à l'encontre des femmes, notamment dans le cadre d'une relation intime, constituent un problème majeur de santé publique. Qu'elles soient sexuelles, physiques, psychologiques ou économiques, les violences peuvent entraîner à court, moyen et long terme de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et reproductive. Elles affectent également la parentalité et l'éducation des enfants et génèrent aussi des coûts sociaux et économiques élevés pour les victimes, leur famille et la société. Quoiqu'il en soit, leur retentissement modifie de façon brutale et plus ou moins durable la pensée d'une victime, l'image qu'elle a d'elle-même, son caractère, son humeur, sa vie sociale, sa sexualité et de manière générale son fonctionnement au quotidien⁴.

Les pathologies qui en découlent peuvent revêtir un caractère aigu ou chronique, être récurrentes, voire se déclarer après un temps de latence.

En réalité, aucun symptôme n'est pathognomonique des violences. De même, il n'y a pas de signe spécifique pouvant faire évoquer des violences au premier abord, mais une multitude de tableaux cliniques possibles. De ce fait, les motifs de consultation avancés par les femmes victimes de violences sont très variés et peuvent toucher tous les champs de la médecine de premier recours. Il est donc difficile pour un médecin non sensibilisé à ce sujet de les repérer sur un simple faisceau d'arguments cliniques³⁶.

1-4-1- Effets sur la santé physique

En termes de morbi-mortalité

A l'échelle mondiale, 38% des femmes assassinées l'ont été par leur partenaire intime². La moitié des femmes décédées ont succombé des suites de violences infligées par leur partenaire ou un membre de leur famille (47%, soit 43 600 femmes dans le monde en 2012). Seulement un homme tué sur vingt est décédé pour cette même raison³⁹.

En France, une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint, soit 123 femmes en 2016⁴⁰. Elles sont les principales victimes des homicides au sein du couple⁸.

Selon l’OMS, les femmes victimes de violence perdraient entre une à quatre années d’espérance de vie en bonne santé². En effet, il a été constaté un lien significatif entre le fait de subir ou d’avoir subi des violences et le sentiment d’être en mauvais état de santé⁸. Par conséquent, les victimes de violences ont plus souvent recours aux services de santé (consultations, hôpitaux, services de santé mentale, pharmacies) que les autres femmes⁶.

En France, **1 femme décède tous les 3 jours** sous les coups de son (ex)conjoint.

L’espérance de vie en bonne santé diminue de 1 à 4 ans pour les femmes victimes de violences.

En termes de conséquences somatiques

Tout d’abord, les manifestations violentes peuvent causer des blessures physiques aiguës de toute sorte : ecchymoses, hématomes, contusions, fractures, plaies, entorses, brûlures, traumatismes crâniens, traumatismes de la sphère ano-génitale.

Selon l’OMS, 42% des femmes qui subissent des violences de la part d’un partenaire intime signalent des blessures au décours. De même, en France, selon l’enquête Cadre de vie et sécurité de 2010-2013⁸, parmi les femmes déclarant des violences très graves au sein du couple, 61% ont eu des blessures physiques ; de plus, celles qui ont été victimes de viols ou de tentatives de viols signalent des blessures physiques dans 48% des cas.

Sur le plan infectieux, les violences, en particulier sexuelles, favorisent la transmission d’Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Dans une cohorte de plus de 9 000 adultes des deux sexes, par rapport aux sujets n’ayant jamais été agressés sexuellement, le risque d’IST a été trouvé significativement plus important chez les victimes d’abus sexuels, multiplié par 1,9 aussi bien chez les femmes que chez les hommes⁴¹. Cette transmission a lieu soit au moment des agressions, soit à distance en raison des comportements sexuels à risque qu’induisent les actes violents subies par les victimes (rapports sexuels non protégés, partenaires multiples, consommation de substances illicites, travail dans l’industrie du sexe). Ainsi, ne pas se protéger lors de rapports sexuels peut témoigner d’un antécédent de rapports sexuels imposés à un jeune âge. Ce vécu réduit la possibilité pour une femme de considérer sa sexualité comme quelque chose qu’elle maîtrise⁶.

Concernant le risque de contamination par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), la violence sexuelle est un facteur reconnu d'augmentation de la prévalence de l'infection par le VIH chez la femme comme chez l'homme^{42,43}. En cas de pénétration vaginale ou anale forcée (tous sexes confondus), les abrasions et incisions sont plus courantes et facilitent le passage du virus à travers la muqueuse. Les adolescentes en début de vie sexuelle sont encore plus à risque car leur muqueuse vaginale n'a pas encore acquis la densité cellulaire nécessaire pour constituer une barrière plus efficace. D'autre part, l'infection par le VIH peut représenter un terrain propice à la précarité et à la pauvreté et donc aux violences⁶.

Par ailleurs, il a été démontré une augmentation du risque de transmission d'autres types d'IST suite à des violences. Dans un échantillon de 665 femmes afro-américaines âgées de 19 à 29 ans, le dépistage d'une infection génitale à papillomavirus a été 4,4 fois plus fréquent pour la tranche d'âge des 18-24 ans ayant subi des violences sexuelles dans l'année qui précédait l'étude⁴⁴. Chez 3 551 femmes californiennes, dont 6 % atteintes d'IST, une infection à Chlamydia a été diagnostiquée 5,7 fois plus souvent chez celles ayant été victimes de violences par rapport à celles qui ne l'ont pas été⁴⁵. Selon l'OMS, la probabilité de contracter la syphilis, une infection à chlamydia ou à gonocoque est 1,5 fois plus élevée chez les femmes qui subissent des violences physiques et/ou sexuelles de leur partenaire⁶.

Sur le plan digestif, plusieurs études suggèrent que les troubles gastro-intestinaux sont plus fréquents chez les sujets ayant été victimes de violences sexuelles^{4,6,46,47,48}. Les symptômes sont divers et souvent associés chez une même patiente : douleurs gastriques, vomissements, nausées, douleurs et ballonnements abdominaux, troubles du transit (diarrhée, constipation), colopathie fonctionnelle.

De plus, les violences peuvent être aussi responsables de pathologies fonctionnelles, sous forme de troubles musculo-articulaires et tableaux douloureux divers : douleurs chroniques non spécifiques^{47,48,49}, douleurs rachidiennes⁵⁰, arthralgies, myalgies, fibromyalgie (spécifiquement en cas de viol^{46,51}), céphalées⁴⁷.

Pour finir, elles peuvent provoquer l'apparition ou le déséquilibre de maladies chroniques^{38,52} : métaboliques (diabète de type 2⁵³, obésité⁵⁴), cardiovasculaires⁵⁵ (hypertension artérielle^{56,57}, maladie coronarienne^{50,58}, insuffisance cardiaque), respiratoire (asthme⁵⁹, insuffisance respiratoire, bronchopneumopathie chronique obstructive).

En termes de conséquences gynécologiques et sexuelles

Les violences ont également un impact majeur sur la santé sexuelle des femmes. Là-encore, les présentations cliniques sont variées.

D'une part, les douleurs pelviennes reviennent fréquemment dans le spectre des pathologies gynécologiques favorisées par les violences. Elles peuvent être aspécifiques et renvoyer essentiellement à des tableaux de douleurs pelviennes chroniques^{38,60,61,62}. Certains symptômes plus spécifiques, comme les dysménorrhées, syndromes prémenstruels et dyspareunies semblent également plus fréquent^{63,64,65}.

D'autre part, les violences entraînent potentiellement divers troubles de la sexualité : anorgasmie, baisse de la libido, dyspareunie, vaginisme, comportements sexuels à risque⁴⁸.

Outre l'augmentation du risque d'IST (cf. Ci-dessus), les femmes victimes de violence contractent aussi plus facilement des infections urinaires et génitales⁶.

Certaines études suggèrent une augmentation de la prévalence des cancers du col utérin chez les victimes de violences sexuelles. C'est le cas d'une étude transversale portant sur 4 732 femmes âgées de 18 à 88 ans inscrites en 2006-2007 sur le registre de santé du Kentucky (dont 2,1 % avaient eu un cancer du col utérin). Elle a révélé que la prévalence de ce cancer était significativement plus élevée (multipliée par 2,6) chez les femmes ayant subi des violences sexuelles, quelle qu'en soit leur nature (violence par le partenaire, agression sexuelle à l'âge adulte ou pendant l'enfance)⁶⁶. Une explication à cette constatation peut être la découverte plus fréquente chez les victimes de violences sexuelles d'infections à Human Papilloma Virus à haut risque, qui prédisposent au cancer du col⁴⁴. Par ailleurs, il a été rapporté que les femmes aux antécédents de violences sexuelles sont réticentes à subir des examens gynécologiques de dépistage, occasionnant un retard diagnostique de ces infections⁶⁷. Cela a également été évoqué pour le dépistage du cancer du sein⁶⁸.

En termes de conséquences obstétricales

Premièrement, les femmes exposées à la violence de leur partenaire intime ou qui ont été

victimes de rapports sexuels forcés paraissent présenter un risque plus élevé de grossesses involontaires ou non désirées. Elles peuvent être consécutives à un viol (conjugal ou autre), à l'impossibilité d'utiliser une contraception ou encore liées indirectement aux comportements sexuels à risque induits par des sévices sexuels dans l'enfance ou dans l'adolescence. Les demandes d'interruption volontaire de grossesse (IVG) qui en découlent sont donc plus fréquentes et plus tardives que chez les autres femmes, et plus souvent réalisées dans des conditions dangereuses pour la santé. Certaines de ces IVG sont réalisées sous la pression du conjoint, d'autres sont effectuées sans qu'il en soit informé^{37,69,70,71}.

Deuxièmement, la grossesse est une véritable période de vulnérabilité, propice à l'instauration et à l'intensification des violences dans le couple, avec des répercussions autant sur la mère que le fœtus.

Dans ce contexte, son déroulement peut en être perturbé. Le risque de fausse-couche spontanée, de menace d'accouchement prématuré et de prématurité s'avère plus important pour les femmes victimes de violences^{6,72,73}. En 2012, une thèse qualitative menée en Seine-Saint-Denis par les docteurs Piet et Joudrier, a permis d'observer une prévalence plus importante des fausses-couches, accouchements prématurés et accouchements à domicile parmi les vingt-huit femmes victimes de violences conjugales prises en charge par l'association SOS Femmes 93. Sur un total de 61 grossesses vécues, onze grossesses (soit 18%) se sont terminées par une fausse-couche spontanée et 10 (soit 16,5%) par un accouchement prématuré⁷⁴.

De plus, d'autres complications liées à la grossesse peuvent être favorisées, avec un retentissement sur l'enfant à naître : retard de croissance in utéro et/ou faible poids de naissance, malformations congénitales liées à la prise de toxiques ou d'alcool par la mère subissant des violences, traumatismes fœtaux (fractures, plaies par armes blanches...), diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, mort fœtale in utéro ou décès à la naissance^{8,37,75,76,77,78}.

En outre, la mortalité maternelle provoquée par les violences conjugales est à prendre en considération. Une méta-analyse américaine suggèrent que les partenaires intimes sont responsables d'un à deux tiers des féminicides liés à la grossesse aux États-Unis⁷⁹. Une étude plus ancienne réalisée en Inde, dans 400 villages d'une région rurale, indique que 16 % des décès maternels survenus pendant la grossesse étaient imputables à la violence du partenaire⁸⁰.

1-4-2- Effets sur la santé psychique

L'état de santé psychique des femmes est également affecté de manière durable par le fait de subir des violences, engendrant des répercussions sur leur vie quotidienne. Les troubles psychiques sont multiples et parfois associés entre eux. Ils peuvent contribuer à l'aggravation de l'état de santé physique des victimes.

Pathologies de psychiatrie générale

Une méta-analyse publiée en 2010, passant en revue 37 études (dont 17 de type cas-témoins et 20 de type cohorte) regroupant près de 3 162 318 participants, a déterminé un lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir été victime d'abus sexuels et la survenue de plusieurs troubles psychiatriques, dont la dépression, les troubles anxieux, du comportement alimentaire, du sommeil, les tentatives de suicide ainsi que les états de stress post-traumatiques. Ce lien semble plus fort en cas d'antécédent de viol⁸¹.

Une étude anglaise, se basant sur l'analyse d'entretiens menés entre 2006 et 2007 auprès de 3 493 adultes âgés de 50 ans, a évalué la relation entre les antécédents de violences sexuelles dans l'enfance et leur récurrence éventuelle, avec l'apparition de divers troubles psychiatriques. Les résultats ont montré que la présence de violences sexuelles durant l'enfance a été statistiquement associée à la survenue de troubles anxieux généralisés et anxiodépressifs, de troubles du comportement alimentaire, d'idées suicidaires et d'états de stress post-traumatiques. La récurrence de ces agressions était significativement reliée à la présence de troubles anxieux généralisés, de dépressions, d'idées suicidaires et d'états de stress post-traumatiques, mais aussi de phobies. Enfin, les hospitalisations en psychiatrie se sont avérées être nettement plus fréquentes en cas d'abus sexuels dans l'enfance et de récurrences dans l'enfance ou à l'âge adulte. Il n'y a pas d'influence du genre sur ces diverses associations statistiques⁸².

La maltraitance infantile au sens large (violences physiques, sexuelles, négligence) a été identifiée comme un facteur de risque de dépression chez les femmes et les hommes, et influence de manière notable la survenue d'événements cardiovasculaires chez la femme uniquement⁵⁵.

L'étude multi-pays de l'OMS a évalué l'état de santé physique et sexuelle des femmes exposées à de la violence conjugale (physique et sexuelle). Cette analyse rassemble les

données de plusieurs enquêtes en population, réalisées entre 2000 et 2003. Au total, 24 097 femmes, âgées de 15 à 49 ans ont été interrogées. En résumé, il a été rapporté significativement plus de détresse émotionnelle, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide parmi les femmes qui ont été victimes de violences dans le couple. De même, ces dernières se sentent de manière plus notable en mauvaise santé³².

Selon l'enquête ENVEFF, une corrélation existe également entre le risque de développer des conduites addictives et le fait d'avoir été victime de violences conjugales très graves (cumul de violences) ou de violences sexuelles. Dépendance au tabac (c'est-à-dire consommation de plus de 10 cigarettes par jour) et consommation d'alcool problématique (consommation importante lors de moments difficiles et besoin ressenti de diminuer la consommation d'alcool) seraient donc plus marquées dans ces contextes²⁹.

L'état de stress post-traumatique appliqué aux violences faites aux femmes

- Généralités

Cette pathologie est, comparativement à celles citées ci-dessus, la plus spécifique des conséquences sanitaires liées aux violences faites aux femmes, bien qu'elle puisse également se retrouver dans des circonstances très différentes (catastrophes naturelles, attentats, guerres...).

L'état de stress post-traumatique est une conséquence grave, fréquente, pouvant s'installer durablement sur plusieurs années (d'autant plus si aucune prise en charge n'est organisée) et entraîner ou majorer une part importante des conséquences somatiques et psychiatriques mentionnées ci-dessus. Ses symptômes entraînent une grande souffrance (honte, désespoir...) et provoquent chez les victimes de ce trouble un syndrome dépressif, des idées suicidaires ou des conduites addictives (abus de toxiques, de psychotropes...).

Elle peut concerner toutes les victimes de violences, dont celles qui ont subi de la maltraitance physique et sexuelle dans l'enfance, des violences sexuelles ou des violences conjugales⁸. En outre, le risque d'en être atteint dans le cadre d'une relation de couple est exacerbé quand les violences sont répétées, s'étalent sur plusieurs années et comprennent des viols. Par ailleurs, les violences sexuelles, et en particulier le viol, sont les plus pourvoyeuses

d'état de stress post-traumatique, avec des prévalences à 60% pour les victimes d'agressions sexuelles et 80% pour les victimes de viol^{10,83,84}.

Connaitre les mécanismes sous-jacents de l'état de stress post-traumatique est essentiel, tant pour les patientes que pour les médecins qui n'arrivent parfois pas à comprendre certaines de leurs réactions ambivalentes.

- Traumatisme psychique

Selon le psychiatre Louis Crocq, l'état de stress post-traumatique est un « phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur »⁸⁵.

Pour comprendre cette pathologie, il faut d'abord définir ce qu'est l'appareil psychique. Ce dernier peut être représenté de manière imagée, comme étant une sorte de volume sphérique séparé et protégé du milieu extérieur par une membrane, appelé pare-excitation. A l'intérieur de cette sphère se trouvent l'ensemble des représentations psychiques d'un individu. (Cf. Figure 4).

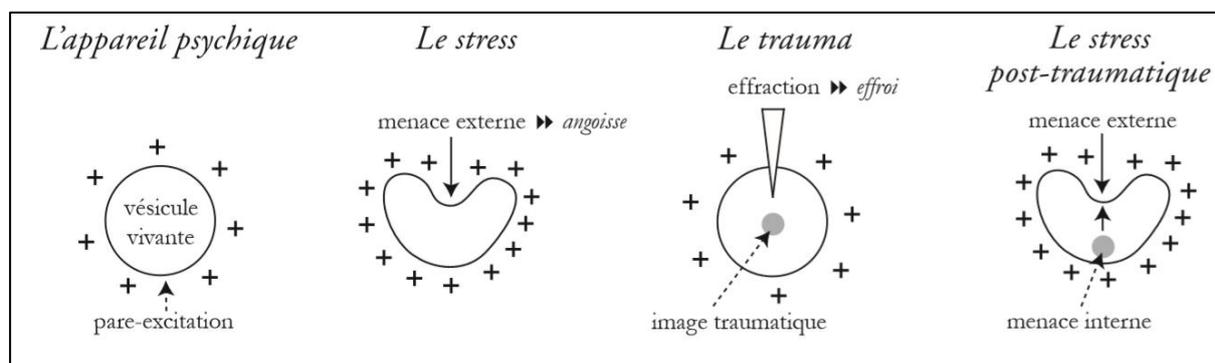


Figure 4 : Physiopathologie du traumatisme psychique sur l'appareil physique.

Ce concept permet de distinguer deux phénomènes qui sont parfois confondus : le stress et le traumatisme psychique.

Lors d'un stress, un élément extérieur (par exemple une menace de mort) presse sur la membrane. La sphère est partiellement écrasée mais rien ne pénètre à l'intérieur (cf. Figure 4). Cliniquement, le sujet exposé au stress ressent alors de l'angoisse. Mais lorsque la pression se relâche, l'appareil psychique reprend sa forme initiale et continue à fonctionner normalement.

Lors d'un traumatisme psychique, l'image de l'évènement traumatique pénètre dans l'appareil psychique de l'individu en traversant le pare-excitation : c'est l'effraction psychique. L'image traumatique va alors s'incruster au milieu des représentations existantes, bouleversant le fonctionnement psychique du sujet. Cela se traduit initialement par de l'effroi et une disparition complète de toute activité psychique. Puis, lorsque l'état de stress post-traumatique se manifeste, l'image traumatique ainsi incrustée peut engendrer de l'angoisse, qui est dans ce cas d'origine interne (cf. Figure 4).

Ainsi, le traumatisme psychique doit être considérée comme une perturbation de l'équilibre du fonctionnement psychique.

Le traumatisme psychique est lié à l'exposition à un évènement particulier appelé « rencontre traumatique », où une personne confrontée à un péril vital se voit ou voit quelqu'un mourir ou être blessé. C'est cette rencontre avec le réel de la mort qui induit l'effraction psychique, permettant alors la pénétration dans le psychisme d'une image de la mort brute, sans représentation pour la supporter. La présence de cette image va entraîner d'importants troubles du fonctionnement psychique (cf. ci-dessous)^{86,87}.

- Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique selon le DSM-V

Selon l'Association Américaine de Psychiatrie, l'état de stress post-traumatique se caractérise par plusieurs critères diagnostiques (cf. Tableau ci-dessous)⁸⁸ :

Critère A : Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1- En étant directement exposé à un ou à plusieurs évènements traumatisants.
2- En étant témoin direct d'un ou de plusieurs évènements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3- En apprenant qu'un ou de plusieurs évènements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les évènements doivent avoir été violents ou accidentels.

4- En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des évènements traumatiques (ex : intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

NB : ce dernier critère ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

Critère B : Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associées à un ou plusieurs évènements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des évènements traumatiques en cause :

1- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des évènements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

NB : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'évènement/ aux évènements traumatiques.

NB : Chez les enfants de plus de 6 ans, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3- Réactions dissociatives (ex : flash-backs) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme le ou les évènements traumatiques allaient se produire (de telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement).

NB : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4- Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des évènements traumatiques en cause.

5- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des évènements traumatiques.

Critère C : Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs évènements traumatiques, débutant après la survenue du ou des évènements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1- Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associées à un ou plusieurs évènements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2- Evitement ou effort pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets ou situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs évènements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Critère D : Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs évènements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des évènements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivantes :

1- Incapacité à se rappeler d'un aspect important du ou des évènements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2- Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde.

3- Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs évènements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4- Etat émotionnel négatif persistant (ex : crainte, horreur, culpabilité, honte).

5- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7- Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (ex : bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

Critère E : Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs évènements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des évènements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1- Comportement irritable, accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2- Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3- Hypervigilance.

4- Réaction de sursaut exagérée.

5- Problème de concentration.

6- Perturbation du sommeil (ex : difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
Critère F : La perturbation (symptômes des critères B, C, D, et E) dure plus d'un mois.
Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
Critère H : La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (ex : médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Tableau 1 : Critères diagnostiques du DSM V pour l'état de stress post-traumatique, chez les adultes, adolescents et enfants de plus de 6 ans.

D'autre part, il faut spécifier l'éventuel sous-type d'un état de stress post-traumatique, en précisant s'il existe ou non l'un ou l'autre des symptômes dissociatifs persistants ou récurrents suivants :

- Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (ex : sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
- Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (ex : le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé).

L'état de stress post-traumatique est « à expression retardée » si l'ensemble de ces critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'évènement (alors que l'expression de quelques symptômes peut être immédiate).

- Physiopathologie de l'état de stress post-traumatique selon les neurosciences⁸⁹

Si ces critères diagnostiques semblent importants, il est intéressant d'évoquer les mécanismes neuro-bio-psychologiques expliquant cette pathologie dans le contexte des violences faites aux femmes.

- Prérequis : la réponse émotionnelle physiologique face à un danger

En préambule et pour bien comprendre ce qui suivra, les mécanismes physiologiques d'élaboration de la réponse face à un stress/danger vont être présentés, en détaillant les voies et structures cérébrales participant à ce processus. Car il faut savoir que la réponse émotionnelle face à un stress est initiée et contrôlée par le système limbique, un groupement de structures cérébrales régissant les émotions mais aussi une partie de la mémoire.

Tout d'abord, un stimulus sensoriel émis secondairement à la perception d'un danger immédiat (ex : un cerf qui traverse soudainement alors qu'un conducteur arrive à toute vitesse) va atteindre le thalamus sensoriel, véritable porte d'entrée sensorielle du cerveau. L'information sensorielle transitant par cette structure circule ensuite à travers deux voies, qui vont s'activer selon un ordre chronologique distinct.

Premièrement, un mécanisme de survie immédiat et archaïque va être activé via la voie courte thalamo-amygdalienne. L'amygdale palatine, structure cérébrale sous-corticale gérant les réponses émotionnelles et la mémoire émotionnelle implicite, « s'allume ». Elle génère une réponse émotionnelle instantanée, permettant l'expression d'automatismes censés garantir la survie d'un individu (ex : tourner brusquement pour éviter le cerf).

Dans un deuxième temps, l'information sensorielle arrive de nouveau dans l'amygdale, mais après avoir été traitée, via la voie corticale, par le cortex associatif (qui l'intègre et la transforme en concepts et en représentations) et par l'hippocampe (qui compare la situation vécue aux souvenirs issus d'expériences affectives et d'apprentissages). Cette voie va permettre d'affiner, de moduler et d'atténuer l'activation initiale de l'amygdale et des réponses émotionnelles qui en découlent (ex : reprendre le contrôle du véhicule après le passage du cerf).

En somme, la réponse amygdalienne se décompose en quatre manifestations distinctes :

- Réponse comportementale immédiate (par action sur la substance grise périaqueducale) : comportement de sursaut, d'évitement, de fuite ou au contraire d'immobilisation.
- Réponse végétative immédiate (par action sur la formation réticulée du tronc cérébral, avec mobilisation du système nerveux autonome sympathique) : libération de noradrénaline et d'adrénaline par la partie médullaire des glandes surrénales.

L'adrénaline va augmenter la fréquence et la force contractile du cœur, la pression artérielle, entraîner une vasoconstriction des vaisseaux et augmenter la fréquence respiratoire. Elle majore la synthèse du glucose par glycogénolyse.

- Réponse endocrinienne dans un deuxième temps (par action sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien) : sécrétion de cortisol par la partie corticale des glandes surrénales, entretenant la libération du glucose par stimulation de la néoglucogénèse hépatique.
- Réponse motivationnelle (par action sur le striatum et le nucleus accumbens qui activent le circuit récompense/renforcement via la sécrétion de dopamine).

Au total, la situation stressante/dangereuse a généré une réponse émotionnelle physiologique, avec une réaction comportementale immédiate (voie courte thalamo-amygdalienne), modulée secondairement par la préparation d'une éventuelle réponse psychomotrice plus fine (voie longue thalamo-cortico-amygdalienne, comprenant le cortex associatif et l'hippocampe).

Finalement, la mémoire émotionnelle de l'événement est intégrée par l'hippocampe, transformée en mémoire explicite autobiographique. Elle peut servir de réservoir d'expérience pour de nouveaux apprentissages.

- Dépassement de cette réponse physiologique en cas de violences

Ces mécanismes neuro-bio-psychologiques vont être dépassés en cas d'effraction psychique, engendrée par des traumatismes particulièrement terrorisants, imprévus et inconcevables. En effet, les violences extrêmes auxquelles sont confrontées les victimes font s'effondrer toutes les certitudes et les représentations mentales acquises et provoquent une confrontation à leur propre mort, sans échappatoire possible. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les traumatismes se produisent dans un climat censé être sécurisant (ex : violence intrafamiliale, conjugale).

Face à l'évènement traumatisant, la victime subit une **sidération psychique**. Elle est paralysée, psychiquement et physiquement, et ne peut plus se défendre. Dans le cadre d'une agression sexuelle par exemple, elle se trouve dans l'incapacité d'opposer une quelconque résistance et un refus formel. L'absence de « non » ne veut donc pas dire qu'elle est consentante.

En fait, la modulation secondaire de l'amygdale ne se fait plus car le cortex associatif et l'hippocampe sont bloqués. Ainsi, il n'est plus possible pour la victime de mobiliser les représentations conceptuelles générées par le cortex et les éventuels souvenirs pouvant aider à comprendre le contexte et à trouver des solutions. De même, l'amygdale reste activée et la réponse émotionnelle demeure maximale. Par conséquent, les sécrétions de cortisol et d'adrénaline ne sont plus régulées, leurs taux deviennent critiques alors que l'organisme n'est pas en mesure d'utiliser le surrégime qu'ils entraînent (blocage psychique et physique). Leurs concentrations sont responsables d'une toxicité cardio-vasculaire (pour l'adrénaline ; possibilité d'infarctus du myocarde induit par le stress, d'hypertension artérielle maligne) et neurologique (pour le cortisol, via l'hyperglycémie ; état de mal épileptique, nécrose neuronale).

Devant ce stress extrême qui met finalement en jeu le pronostic vital de l'individu, un mécanisme de sauvegarde exceptionnel va se mettre en place pour stopper cette hyperstimulation. Par le biais de neuromédiateurs corticaux (dont les endorphines), il va se produire une déconnexion entre l'amygdale palatine d'un côté, et le cortex associatif et l'hippocampe de l'autre, faisant disjoncter l'ensemble du circuit émotionnel et arrêter la production excessive des hormones du stress.

D'une part, la déconnexion entre amygdale et cortex associatif se traduit par l'installation d'un **syndrome dissociatif**. Les informations parvenant par d'autres voies au cortex associatif sont alors traitées sans connotation émotionnelle, sans souffrance psychique et physique. La victime est donc coupée de ses émotions, de son empathie naturelle et de sa propre personne pour pouvoir endurer, tolérer ce qu'elle traverse. Elle paraît anesthésiée, ne réagissant pas au stress, à la douleur, aux agressions elles-mêmes. Elle donne souvent une impression de bizarrerie, communicant sans émotions, ne manifestant aucun geste de sympathie ou d'attachement envers autrui. Souvent considérées à tort comme atteintes d'autisme ou d'un autre trouble psychiatrique (ex : dépression), les personnes présentant ce syndrome sont vulnérables à autrui et risquent plus encore d'être de nouveau victime de violence par la suite.

D'autre part, la déconnexion entre amygdale et hippocampe se manifeste par la constitution d'une **mémoire traumatique**, inconsciente et émotionnelle. La mémoire implicite émotionnelle physiologique reste piégée dans l'amygdale et ne peut plus être transformée en mémoire déclarative autobiographique, d'où des troubles de la mémoire pouvant aller jusqu'à une amnésie traumatique totale. L'intégration anormale de cette mémoire émotionnelle est à l'origine d'un circuit de peur conditionnée, appelée mémoire traumatique.

Ainsi, la victime est incapable de se rappeler avec précision les faits liés à l'évènement traumatisant (entraînant la méfiance de son entourage et des professionnels qu'elle sollicite) mais en revit potentiellement les sensations (de douleur psychique et physique, de terreur) et les émotions (y compris celles de l'agresseur) sous forme de reviviscences, flash-backs, cauchemars (cf. Ci-dessous). Mais c'est sans compter sur le syndrome dissociatif qui masque tant qu'il est présent l'expression de la mémoire traumatique (la victime étant incapable d'éprouver la moindre émotion). A ce stade-là, la victime adopte un récit flou et dénué d'émotions, attisant encore plus la suspicion de ses interlocuteurs.

En cas de levée du danger (ex : lorsqu'une victime de violence conjugale quitte le lieu de vie commune), la connexion entre ces différentes structures cérébrales redevient possible.

Le syndrome dissociatif disparaît alors et la victime peut éprouver de nouveau des émotions. Toutefois, sa disparition révèle la présence de la mémoire traumatique, qui va pouvoir pleinement s'exprimer.

Dans ce cas, n'importe quel stimulus (sensoriel, cénesthésique, algique, contextuel), en lien avec le ou les évènements traumatisants (ex : appels téléphoniques répétés de l'agresseur, confrontation en face à face avec celui-ci lors de procédures juridiques ; plus largement bruits, odeurs, images, lieux...), stimule l'amygdale hypersensible, qui envoie des informations « fantômes » au cortex. Ceci fait ressurgir et revivre le ou les évènements traumatisants à la victime, de manière incontrôlée et brutale, sous forme de réminiscences (flash-backs, souvenirs intrusifs de tout ou partie de l'épisode), de ruminations, de rêves répétitifs et cauchemars angoissants, de sensations, d'émotions et de pensées diverses. Dans le même temps, l'amygdale sollicitée génère une réponse émotionnelle au stress par les mécanismes détaillés plus haut. La victime ressent une sensation de danger imminent, qui la plonge dans la même détresse et la même terreur qu'initialement. Elle peut être sujette à des troubles anxieux, dont des attaques de panique, et est habitée d'un sentiment d'insécurité permanent.

Malgré tout, la personne n'arrive pas à établir de lien entre ce qu'elle ressent et l'agression passée. Les informations émotionnelles qui lui parviennent lors de la réactivation de la mémoire traumatique sont incompréhensibles car dépourvues de repères spatio-temporels (absence de constitution d'une mémoire autobiographique au moment des faits).

Son mal-être persistant lui incite à élaborer des stratégies de survie inconscientes pour empêcher cette intense souffrance, tout en ne sachant pas d'où celle-ci provient. Elle peut adopter des conduites de contrôle accompagnées d'une hypervigilance, la maintenant dans un état d'alerte constant. Cette activité de surveillance et d'anticipation mobilise tout son

psychisme, induisant des troubles du sommeil, de l'attention, de la concentration ainsi que des tensions musculaires douloureuses. Elle peut aussi mener des conduites d'évitement, afin de ne pas stimuler l'amygdale et l'activation de la mémoire traumatique. Dans ce cas, elle esquivé le moindre stimulus pouvant rappeler un élément du traumatisme initial. Cela est à l'origine d'un retrait social et affectif, de phobies, d'obsessions, d'une peur de tout changement, d'intolérance au stress, de troubles du sommeil et de troubles cognitifs.

Et quand ces stratégies de survie ne suffisent plus, la mémoire traumatique se déclenche tout de même. Cependant, elle n'entraîne plus de vraie disjonction des structures cérébrales par la terreur qu'elle fait ressurgir, car il survient un effet d'accoutumance et de tolérance aux molécules sécrétées par le cerveau. Pour éviter cet envahissement du psychisme, la victime peut provoquer cette disjonction en adoptant des conduites dissociantes inconscientes, dans le but d'obtenir un état d'anesthésie affective et physique et se couper de sa souffrance. En pratique, cela s'exprime par des conduites dangereuses, censées aggraver le stress (hétéro ou auto-agressivité, mise en danger, contact avec son ancien agresseur) ou la prise de substances dissociantes (alcool, drogues, psychotropes). S'en suit une dépendance certaines vis-à-vis de ce qui l'aide à se dissocier. Paradoxalement, la victime d'état de stress post-traumatique peut donc se sentir mieux auprès de son agresseur (conjoint, membre de sa famille...) car elle n'est plus atteinte par l'expression brutale et violente de la mémoire traumatique, qui reste masquée par le maintien du syndrome dissociatif.

Au vu de tous ces éléments, expliquer les mécanismes neuro-bio-psychologiques de l'état de stress post-traumatique semble indispensable pour rassurer les femmes victimes de violences traumatiques, en leur apportant des clés de compréhension par rapport à ce qu'elles traversent. Prendre le temps de leur démontrer que la cohorte de réactions qu'elles peuvent ressentir a été objectivée scientifiquement est une première réponse à leur souffrance, à leur isolement, un premier pas vers l'espoir de s'en sortir par une prise en charge médicale complète, spécifique et dédiée. Dans ce contexte, une intervention médicale spécialisée, via des psychothérapies essentiellement, les aiderait à relier les symptômes psychotraumatiques aux violences, afin d'arriver à les contrôler pour progressivement les intégrer dans la mémoire autobiographique.

De même, la connaissance de la symptomatologie et des mécanismes de l'état de stress post-traumatique appliqué aux violences faites aux femmes apporte aux médecins généralistes une nouvelle grille de lecture des symptômes et comportements parfois atypiques et indéchiffrables que présentent certaines victimes de violences. L'enjeu est une meilleur

compréhension au sein de la relation thérapeutique et une meilleure identification de ce trouble si singulier, qui peut aggraver l'état de santé somatique et psychique de celles qui en font les frais, et s'installer durablement (voire à vie) en cas de non-prise en charge.

1-4-3- L'enfant co-victime^{6,37,90}

Avant de poursuivre, il est important d'évoquer l'impact des violences conjugales sur les enfants. Il faut savoir qu'ils sont victimes de la violence qui règne dans leur famille, même quand elle n'est pas directement dirigée contre eux. Ils la ressentent systématiquement et s'exposent dans tous les cas à une certaine maltraitance psychologique.

En France, en 2016, 25 enfants mineurs ont été tués par l'un de leurs parents dans un contexte de violences conjugales. 9 ont été tués par leur père en même temps que leur mère et 16 au décours d'un refus de séparation du couple, sans que l'autre parent ne soit tué. De plus, leur présence n'empêchent pas le passage à l'acte : 16 enfants ont été témoins des scènes de crimes dans 15 affaires différentes ; 22 enfants, la plupart en bas âge, étaient présents au domicile mais non témoins visuels des faits⁴⁰.

De même, ils ont parfois à vivre des situations de manipulation, de déchirement entre les deux parents avec des sentiments contradictoires et des conflits de loyauté ou de protection, où ils tiennent le rôle de boucs-émissaires, de sauveurs, de protecteurs, d'agents doubles, etc. Par ailleurs, un certain nombre de passages à l'acte démarrent autour d'une question concernant l'éducation de l'enfant. De ce fait, les enfants peuvent se sentir coupables de la situation, confondant prétexte et cause de la violence.

Selon leurs âges et leurs situations, les enfants qui vivent dans une atmosphère de violence entre leurs parents risquent plus que les autres enfants d'avoir des troubles psycho-comportementaux : sentiment d'insécurité, d'impuissance, anxiété de séparation, faible estime de soi, repli sur soi, comportements régressifs chez ceux ayant moins de 6 ans (énurésie, parler bébé, sucer son pouce), troubles de l'alimentation et du sommeil, difficultés relationnelles, scolaires et d'apprentissage, troubles psychosomatiques. Les violences dans le couple affecte également leur capacité à créer un lien d'attachement sécurisant. Ils ont alors tendance à créer un style d'attachement préoccupé, évitant ou désorganisé. Ils sont aussi plus enclins à développer des troubles anxiodépressifs et post-traumatiques. La plupart des parents sous-

estiment le taux d'exposition à des scènes traumatiques, malgré le fait que la majorité des enfants sont des témoins oculaires ou auditifs des agressions dans le couple. Quant aux adolescents, ils sont exposés à des risques de suicide, d'addictions, de fugues, d'attitudes de cruauté. La violence dans la famille pendant l'enfance est un facteur de violence envers le futur conjoint. Pour finir, il a été démontré que le fait d'avoir été victime de violences dans l'enfance augmente le risque d'en être de nouveau victime à l'âge adulte. Selon l'enquête ENVEFF²⁹, les femmes qui ont subi des violences physiques ou sexuelles durant l'enfance encourent respectivement 3 fois et 5 fois plus le risque d'en subir à l'âge adulte.

Ainsi, les enfants exposés aux violences conjugales sont à considérer comme victimes de maltraitance. Leur prise en charge doit être alors adaptée en fonction de cela. Le soignant prenant connaissance d'une situation de ce type peut adresser une information préoccupante à la Cellule Départementale de Recueil et d'évaluation de l'Information Préoccupante (CRIP), voire effectuer un signalement au procureur de la République.

En résumé, les violences faites aux femmes entraînent de lourdes conséquences sur l'état de santé des victimes, sans qu'aucun symptôme ne soit véritablement pathognomonique de ce contexte. Il est facile de méconnaître cette réalité en raccrochant des symptômes multiples et non spécifiques à des pathologies purement organiques ou psychiatriques.

Conséquences des violences faites aux femmes :

Graves, avec ± mise en jeu du pronostic vital

Physiques, psychiques et gynéco-obstétricales

Aspécifiques et non pathognomoniques des violences

Repérage et connaissance de l'état de stress post-traumatique

Pour conclure, cette première partie avait pour objectif de faire une synthèse pratique des dernières données disponibles concernant les violences faites aux femmes. Elles font référence à plusieurs domaines d'activités (médecine, droit, psychologique, épidémiologie, etc.), soulignant la transversalité et la complexité de cette problématique. De ce fait, il est nécessaire pour tout médecin généraliste de se montrer ouvert et pro-actif quant à l'amélioration des compétences professionnelles utiles à la prise en charge des femmes victimes de violences, car cela demeure aussi à sa portée.

Cependant, il ne faut pas oublier que l'étude réalisée pour ce travail de thèse a été menée dans un environnement militaire, celui de l'armée française au travers de la médecine d'unité. Il est intéressant d'évoquer ce que le métier des armes peut apporter en termes de considérations et de réflexions nouvelles sur ce sujet. Cela permettrait de comprendre et d'émettre plus facilement des hypothèses concernant les résultats de l'étude.

Chapitre 2 : Femmes de l'armée française

Les violences faites aux femmes concernent certainement les femmes militaires, qu'elles aient été victimes de violences avant ou pendant leur engagement. S'interroger spécifiquement sur la relation entre le milieu militaire et la violence peut apporter un regard différent et complémentaire à cette thématique.

Dans un premier temps, le processus de féminisation des armées sera décrit par le biais de l'histoire contemporaine française, afin de comprendre dans quel contexte les femmes se sont progressivement imposées au sein de l'institution militaire.

Cela permettra ensuite de dresser un état des lieux plus éclairé concernant la place actuelle des femmes engagées au sein des forces armées françaises.

Par la suite, face à une égalité professionnelle en cours d'acquisition, il est licite de questionner les fondements et les valeurs militaires pouvant influencer l'image de la femme combattante et freiner en partie son intégration.

Enfin, fort de cette analyse, il s'agira de réfléchir à un éventuel lien entre les violences faites aux femmes et les spécificités du monde militaire.

2-1- Histoire contemporaine de la féminisation des armées françaises^{91,92,93,94,95,96}

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la féminisation des armées n'est pas un phénomène récent. Bien sûr, lorsque l'on évoque en France la participation de femmes dans les conflits armés, on pense en premier lieu à Jeanne d'Arc, dont les exploits guerriers et le destin sont fortement inscrits dans la mémoire nationale. L'Histoire est en fait émaillée de récits et de témoignages décrivant des femmes engagées dans des guerres, en particulier au cours des deux derniers siècles.

En effet, durant les conflits du XIX^{ème} siècle, non loin des champs de bataille, elles sont alors vivandières (souvent épouses ou veuves de soldats) ou encore prostituées. Mais on trouve aussi des femmes au sein des troupes, comme par exemple les quelques huit cents femmes enrôlées en tant que dragons ou officier de hussards au sein de la Grande Armée de Napoléon. Celles-ci servent à visage découvert ou de façon anonyme, à cause du décret du 30 avril 1793 de la Convention nationale, prescrivant que « les femmes servant actuellement dans les armées seraient exclues du service militaire ». Ce décret vise à l'époque à empêcher les soldats d'être « pervers » et détournés de leur mission guerrière.

Finalement, à la veille de la Première Guerre Mondiale, une politique d'exclusion des femmes de l'armée s'enclenche, marquant le début de leur retrait progressif de la sphère combattante. Seules les blanchisseuses et les vivandières, jugées indispensables au service des troupes, gardent leur place.

Avant de poursuivre, il faut préciser que les modifications qui se sont produites au sein de l'armée française sont à considérer au regard des multiples bouleversements que la société tout entière ait connu lors du dernier siècle. Par souci de clarté, certains faits historiques et de société seront parfois uniquement suggérés.

2-1-1- Durant la Première Guerre Mondiale

En 1914, conformément à la dynamique d'exclusion mentionnée plus haut, les infirmières sont désormais les seules à être officiellement tolérées. Même la figure emblématique et populaire de la vivandière a complètement disparu. Dès le début de la guerre, elles sont alors recrutées via le Service de Santé des Armées. En 1916, le Corps des infirmières temporaires, engagées pour la durée de la guerre, est ainsi créé.

Mais dans l'ensemble, la question de l'entrée des femmes dans les services auxiliaires de l'armée ne concerne qu'une minorité de celles-ci. Seuls le Royaume-Uni et l'Armée Impériale Russe comptent dans leurs rangs des femmes, au sein du Queen Mary's Army Auxiliary Corps et du Women's Royal Naval Service pour les britanniques, et du 1^{er} bataillon féminin de la mort pour les russes.

C'est finalement au sein de la société civile qu'elles participent le plus à l'effort de guerre, assumant de nouvelles responsabilités et métiers, accédant ainsi en masse au monde du travail : chefs de famille, munitionnettes, conductrices de tramways, marraine de guerre, ouvrière des usines de guerre, remplaçante des hommes aux champs ou dans les villes. Avec la Grande Guerre, les femmes ont ainsi fait les premiers pas sur le chemin de l'émancipation. Mais pour beaucoup, l'après-guerre marque un retour « à la normale » et aux valeurs traditionnelles.

2-1-2- Dans l'entre-deux-guerres

Au lendemain de ce conflit, l'excédent des décès sur les naissances renvoie les esprits au spectre du dépeuplement. Cela va alimenter la propagande populationniste et la politique familialiste faisant l'éloge de la femme au foyer. Pour l'opinion dominante, le champ de bataille des femmes est celui de la maternité.

Véritable période de transition historique, l'entre-deux-guerres est surtout marqué par la poursuite du combat féministe pour l'égalité des sexes, notamment par la lutte pour l'accès à la citoyenneté politique et au droit de servir sous les drapeaux.

2-1-3- Durant la Seconde Guerre Mondiale

La loi Paul-Boncour du 11 juillet 1938 sur l'organisation de la nation en temps de guerre annonce un premier tournant concernant l'engagement des femmes dans les conflits armés. Pour la première fois, l'armée française ouvre ses portes aux femmes, désormais mobilisables comme les hommes, prévoyant « qu'il serait fait appel à un personnel de complément, non mobilisable, et à des volontaires, des deux sexes, ayant reçu une instruction préliminaire spécialisée ». En 1939, elles représentent un effectif de six mille six cents personnes.

Pourtant, les Infirmières Pilotes et Secouristes de l'Air (IPSA) restent au sol et les volontaires féminines, comme celles des Sections Sanitaires Automobiles (SSA), continuent de « servir » à titre bénévole dans les structures de la Croix Rouge Française. Le décret du 31 janvier 1940 sur les dons et le concours des civils à la défense nationale continue d'assimiler l'action des civils, et donc des femmes, à une entreprise caritative. Ainsi, bien que placé sous l'autorité publique, ce personnel bénévole doit le respect à la hiérarchie militaire, tout en acceptant de renoncer à une quelconque rémunération.

Le 21 avril 1940, le gouvernement publie le statut des « auxiliaires féminines des formations militaires ». A ce titre, les auxiliaires s'engagent pour un an et reçoivent une rémunération. En pleine débâcle, le 17 juin 1940, un deuxième décret est publié mobilisant provisoirement les pilotes auxiliaires féminines pour convoyer des avions de faible puissance. La nouveauté de ces textes réside dans l'attribution aux nouvelles recrues d'un statut militaire

prenant en compte leurs compétences. Cependant, il est précisé qu'elles ne peuvent souscrire un engagement au-delà du conflit.

La défaite de juin 1940 provoque un changement radical du contexte politique et culturel de la guerre. À la suite des accords d'armistice, 1 600 000 prisonniers de guerre français sont transférés en Allemagne, provoquant un important déficit masculin. Désormais, la mobilisation ne concerne plus que des volontaires, assimilés à des rebelles par le Gouvernement de Vichy.

En réponse, le 18 juin 1940, le Général De Gaulle appelle les Français à le rejoindre à Londres pour constituer les effectifs des Forces Françaises Libres (FFL), appelée aussi la Résistance extérieure.

Répondant à une organisation militaire conventionnelle, les FFL recrutent des patriotes sans se soucier de leur sexe, donnant l'opportunité aux femmes de se mobiliser pour participer à l'entreprise de libération nationale. Elles sont d'abord originaires de France et du Royaume-Uni mais, à partir du débarquement allié du 8 novembre 1942, les engagements féminins s'étendent à l'Afrique du Nord, à Haïti, à la Nouvelle Calédonie, aux colonies...

Le 7 novembre 1940, à Londres, est fondée la première unité militaire du « Corps féminin des Volontaires Françaises », composée initialement de vingt-six femmes. A titre de comparaison, à cette même période, l'armée britannique dénombre trente-cinq mille femmes des Auxiliary Territorial Service (ATS). Il est probable que ces dernières aient d'ailleurs grandement influencé la création des premières unités féminines françaises au sein de la Résistance extérieure.

C'est le 16 décembre 1941 que naît le premier statut militaire pour les femmes engagées au sein des FFL, avec le Corps des Volontaires Françaises (CVF). Son objectif est de remplacer tous les hommes aptes au combat par des femmes dans des emplois qu'elles peuvent exercer sans « dénaturer » le sexe féminin, c'est-à-dire au sein de services administratifs, de transport ou d'infirmières. Le message est clair : les femmes qui s'engagent le font pour libérer un combattant, non pour combattre elles-mêmes. Elles n'ont donc jamais accès au maniement des armes. D'autre part, dans aucune des trois armes, elles ne sont gradées. On parle alors de classes pour les officiers et de catégories pour les sous-officiers, ce qui accentue la distinction entre les sexes. De plus, à part quelques exceptions, peu d'entre elles occupent des fonctions dirigeantes.

Toutefois, de nombreuses femmes se sont illustrées durant cette partie du conflit, comme les Rochambelles (nom formé à partir de celui du comte de Rochambeau, connu pour avoir participé à la guerre d'Indépendance américaine). Menée par Florence Conrad, une infirmière

franco-américaine ayant participé à la Première Guerre Mondiale au sein de la Croix-Rouge, cette unité se compose de quatorze françaises venant de New York, conductrices de dix-neuf ambulances Dodge WC54. Les Rochambelles arrivent au Maroc en 1943 et proposent leurs services au Général Leclerc, alors à la tête de la 2^{ème} division blindée (DB). Croyant initialement à une plaisanterie, il souhaite réquisitionner uniquement les ambulances, sous-estimant la force morale de ces femmes. Mais Florence Conrad, déterminée, réussit à le convaincre d'incorporer le groupement entier à la 2^{ème} DB. Renforcées par les volontaires d'Afrique du Nord, elles débarquent donc en Normandie aux côtés du Général Leclerc et participent aux combats jusqu'à Paris. L'adjointe de Florence Conrad, Suzanne Torrès, prend ensuite la tête des Rochambelles jusqu'au nid d'aigle de Hitler. Elles sont soixante-cinq à terminer la guerre, et certaines continueront en Indochine.

Conjointement à l'appel aux soldats, les messages de mobilisation destinés aux civils deviennent rapidement des exhortations à la subversion. Ils ciblent d'abord explicitement les hommes, puis, au cours de l'été 1941, ils sont également adressés aux Françaises. De ce fait, la Résistance intérieure, essentiellement civile, favorise une participation féminine importante. Ceci s'explique par la nature même de ses actions, n'induisant pas nécessairement un effet de genre : convoyage, renseignement et logistique. Les pratiques de la clandestinité peuvent aussi conduire à instrumentaliser le féminin pour mieux dissimuler un acte subversif, en comptant sur le fait que les femmes sont censées échapper plus aisément au Service du Travail Obligatoire (STO), instauré par l'Allemagne nazie durant l'Occupation. De plus, la nécessité de former des poches de résistance à l'intérieur de sphères sociales très réduites sollicite particulièrement les réseaux familiaux, professionnels et amicaux, de composition mixte.

En 1944, trois milles femmes participent au combat dans l'armée de la Libération, sous l'autorité organique du commandant Hélène Terré. Le 26 avril 1944, avec l'appui de cette dernière, le corps des Auxiliaires Féminines de l'Armée de Terre (AFAT) est créé, regroupant l'ensemble des femmes servant sous le drapeau de la France Libre. A la libération, l'armée française compte plus de treize milles femmes.

La même année, après plusieurs décennies de militantisme, les femmes obtiennent finalement le droit de vote et d'éligibilité, posant au passage la question de l'influence de la guerre sur leur émancipation. De même, le préambule de la Constitution de 1946 proclame que « la loi garantit à la femme, dans tous les domaines, des droits égaux à ceux de l'homme ».

Mais encore une fois, le retour à la paix annonce un retour « à la normale » semblable à celui de 1918. Car, au sortir de la Deuxième Guerre mondiale, nombreux sont ceux qui continuent à penser que le rôle des femmes dans l'armée doit se cantonner aux missions de service. En outre, à l'heure des décorations et de la reconnaissance pour « services rendus à la Nation », elles sont très peu représentées parmi les Compagnons de la Libération (seulement six sur 1 038 personnes titulaires de cette haute distinction) ou encore très tardivement décorées de la Légion d'Honneur.

2-1-4- De l'après-guerre jusqu'à nos jours

Lorsqu'éclate en 1945 la guerre d'Indochine (puis en 1954 celle d'Algérie), la mobilisation féminine est relancée avec le (ré)engagement de nombreuses volontaires, bien que toujours désarmées, conformément aux lois militaires. A cette époque, les Françaises sont avant tout appelées à être des mères prolifiques, subissant la politique de répression de l'avortement alors à son apogée à la Libération⁹⁷.

Le décret n° 51-1197 du 15 octobre 1951 va définir un statut militaire particulier pour le personnel féminin, autorisé à s'engager dans les armées, mais exclusivement sous contrat et sans assimilation de grade. A souligner que c'est la première fois que les femmes peuvent s'enrôler en temps de paix.

L'histoire de la féminisation des armées s'accélèrent dans les années 1970, dans un contexte de bouleversements sociaux importants dans la société civile. En 1971, est créé le service national volontaire ouvert aux jeunes filles, définitivement institutionnalisé en 1983. L'accès au volontariat service long (VSL) est autorisé.

La loi du 13 juillet 1972, concernant le statut général des militaires, prévoit pour la première fois les mêmes droits et les mêmes devoirs pour le personnel masculin et féminin. L'accès des femmes aux trois armées y est toutefois limité par des quotas maximaux. Dans le même esprit, le corps des officiers des armes et les corps des sous-officiers de carrière sont fermés aux femmes.

Le décret du 23 mars 1973 leur ouvre des carrières équivalentes à celles des hommes, mais le recrutement, l'avancement et la formation sont distinctes de ceux de leurs homologues masculins. L'Ecole Interarmées du Personnel Militaire Féminin (EIPMF) ouvre ses portes le 1er avril 1973. Elle a pour mission de fournir une formation de base aux personnels militaires

féminins des trois armées, essentiellement sous-officiers mais également officiers, répartis de 1974 à 1977 en trois promotions d'un peu plus de 20 élèves chacune. Elle assure en outre un complément d'instruction aux élèves sous-officiers de l'armée de Terre et forme les Volontaires militaires féminines de l'armée de Terre, les élèves de la Gendarmerie et celles du Détachement d'Intervention Parachutiste Féminin (DIPF).

Finalement, les décrets du 22 décembre 1975 et du 18 février 1977 mettent fin au particularisme statutaire de 1973 : les anciens corps spécifiquement féminins disparaissent. Plusieurs écoles d'officiers leur deviennent progressivement accessibles à partir de cette époque : l'École polytechnique en 1970, l'École de l'air et l'École militaire de l'air en 1976. Par ailleurs, c'est au milieu des années 1970 que se généralise le port de la tenue militaire pour les femmes et qu'elles se font appeler par leur grade et non plus « Madame » ou « Mademoiselle ».

A partir de la décennie suivante, l'accès aux métiers de la Défense se diversifie. Créée en 1982, la Commission d'étude prospective de la femme militaire propose notamment de leur ouvrir les grandes Ecoles militaires et la majorité des spécialités dans les différentes armées, de former ensemble femmes et hommes, de supprimer le « F » (pour féminin) accolé au nom, et d'ouvrir des structures de garde pour enfants. L'École Interarmées du Personnel Militaire Féminin ferme ainsi ses portes le 31 août 1983.

L'entrée à École Spéciale Militaire de Saint-Cyr devient possible en 1983, en lien avec l'ouverture aux femmes des unités combattantes, mais dans la limite de 5 % des recrutements annuels. En 1992, l'École Navale peut à son tour accueillir ses premières élèves, avec un quota de 10 % par an, parallèlement à la possibilité qui leur ait donnée d'embarquer dans les bâtiments de la Marine Nationale (sous forme d'un volontariat à l'embarquement pour les mères de famille uniquement).

De profonds changements vont avoir lieu au milieu des années 1990. Le 22 février 1996, Jacques Chirac, alors Président de la 5^{ème} République, annonce la fin du service militaire. C'est un tournant historique pour l'armée française, qui doit relever le défi de sa professionnalisation. En effet, face à la nécessité de remplacer ses appelés par des engagés, l'Institution ne peut plus se priver de la moitié de la jeunesse française.

Dans ce contexte si particulier, le décret n° 98-86 du 16 février 1998 abroge tous les quotas de recrutement qui limitaient jusqu'à présent l'accès des femmes aux armées, donnant une nouvelle impulsion au processus de féminisation ainsi amorcé. Il autorise cependant

certaines restrictions d'emploi à condition qu'elles soient nécessaires, adaptées, proportionnées et réévaluées régulièrement.

Dans l'Armée de Terre comme dans l'Armée de l'Air, tous les métiers sont donc en théorie accessibles aux femmes. En 1999, pour la première fois, une femme devient pilote de chasse, et neuf autres commandos de l'air.

Les femmes entrant dans la Marine Nationale après le 1er janvier 1999 peuvent dorénavant embarquer quelle que soit leur situation de famille (fin du volontariat à l'embarquement pour les mères de famille exclusivement). En octobre 2000, les postes de fusiliers marins et commandos deviennent mixtes.

Dans la Gendarmerie Nationale, les sous-officiers féminins ont accès à la Garde Républicaine et au groupe de surveillance et d'intervention dès l'année 1999 ; aux emplois concernant les unités navigantes de la gendarmerie maritime à partir d'août 2000 ; et à la musique de la gendarmerie mobile depuis décembre 2002.

D'autres phénomènes peuvent contribuer à cette ouverture favorable à la féminisation. Tout d'abord, la plupart des conflits armés contemporains n'obéissent plus au modèle des guerres traditionnelles. Les militaires doivent désormais fréquemment faire face à des situations où il s'agit moins de combattre que de prévenir la guerre. De plus, la technicité croissante de la guerre, avec le développement de technologies de pointe, conduit les militaires à devoir acquérir plus de compétences spécialisées qu'autrefois. Il ne s'agit plus uniquement de compter sur la force physique et l'agressivité collective pour mener une mission à terme. Enfin, il ne faut pas occulter les répercussions des mutations de la société civile, où la femme occupe une place de plus en plus prépondérante dans le milieu du travail.

Ainsi, le taux de féminisation de l'armée française passe de 7,1% en 1992 à environ 15%, proportion restée dès lors relativement stable.

Avec l'opportunité donnée aux sous-officiers féminins de gendarmerie de servir dans les escadrons de la gendarmerie mobile en 2016 et l'intégration de femmes dans un équipage de sous-marin nucléaire lanceur d'engins en 2017, l'ensemble des métiers de la défense sont désormais totalement accessibles aux femmes. Elles servent à toutes les spécialités et à tous les niveaux de grade de l'armée.

Ainsi, la féminisation de l'armée française est surtout le fruit d'un long processus historique, juridique et social, témoignant de la reconnaissance de l'engagement des femmes au cours des conflits ayant jalonné l'histoire contemporaine française.

Mais si l'armée française est aujourd'hui connue comme étant l'une des plus féminisée au monde, avec une égalité réglementaire acquise entre les sexes, on peut s'intéresser à la place qu'occupent réellement les femmes militaires au sein de ce milieu professionnel.

2-2- Place actuelle des femmes engagées dans les forces armées françaises

Pour son 7^{ème} rapport de juin 2013, le Haut Comité d'Evaluation de la Condition Militaire (HCECM) a eu pour mission de réfléchir à la question de l'égalité professionnelle entre femmes et hommes. Pour cela, il a réalisé une étude qui évalue différents aspects liés à la condition féminine militaire des forces armées françaises. Les principales informations qui en ressortent vont permettre ici de dresser une vue d'ensemble de la place des femmes dans l'armée française de nos jours⁹⁸.

2-2-1- Taux de féminisation

En 2012, les femmes constituent un effectif de 48 300 officiers, sous-officiers et militaires du rang, soit un taux de féminisation des armées françaises de 15,07 %, classant la France au quatrième rang mondial, à égalité avec l'Australie, et au deuxième rang européen, après la Hongrie où les femmes représentent 20 % des effectifs des armées. Or, depuis 2007, cette proportion n'augmente plus alors que l'objectif fixé était d'atteindre les 20%.

En 2011, les femmes ont représenté 25 % des candidats au recrutement et 18,4 % des candidats retenus.

Toutefois, hors gendarmerie, leur proportion dans le recrutement externe a diminué progressivement à partir des années 2000, passant d'une moyenne de 20% en 2002 à un taux de 12 % en 2012.

2-2-2- Caractéristiques socio-démographiques

En moyenne, les femmes militaires sont âgées entre 30 et 37 ans, selon les armées, directions ou services. Elles ont environ 3 ans de moins que leurs homologues masculins.

Leur ancienneté moyenne au sein de l'Institution s'évalue entre 7 et 15 ans selon les services, et est inférieure de 4 ans à celle des hommes.

Concernant leur situation familiale, 62 % d'entre elles sont célibataires (soit 20 % de plus que leurs collègues masculins).

De même, 40 % des femmes militaires sont mères. Parmi elles, 95 % ont des enfants âgés de moins de onze ans, 35 % élèvent des enfants de moins de trois ans.

2-2-3- Répartition professionnelle

En 2012, les principales unités où les femmes militaires servent sont des unités de soutien et ce, pour 38,2 % d'entre elles. Mais elles sont aussi 22,3 % à être affectées en unité de combat ou opérationnelle, constituant une part non négligeable des effectifs.

Toutefois, ces chiffres sont à nuancer quand il est question de leur répartition en termes de filières : elles sont 40,3 % à exercer dans la filière « administration - gestion », 14,9 % dans la filière « santé » et 14,8 % dans la filière « électronique - informatique ». Enfin, 10,5 % des femmes engagées sont employées dans la filière « combat ».

Leur présence dans le Service de Santé des Armées (55% des effectifs, cf. ci-dessous) ainsi que, de manière générale, dans les fonctions administratives, reflète une certaine attirance pour les métiers médicaux et du tertiaire. Attirance qui n'est pas une spécificité des femmes dans les armées, mais qui concorderait avec la distribution des rôles masculins et féminins dans notre société.

A contrario, ces femmes sont encore très peu nombreuses dans les spécialités les plus directement associées au combat, comme l'infanterie ou les blindés (0,5 %), les fusiliers-marins (0,6 %), et dans une moindre mesure l'artillerie (3,7 %). Par ailleurs, les taux de féminisation n'ont cessé de diminuer dans ces unités de combat, passant pour l'infanterie de 4,3% en 2002 à 0,5% en 2012, par exemple. De ce fait, l'Armée de Terre est l'arme où la proportion de femmes est la plus faible (10 %).

En outre, en 2014, seulement 6,7 % des femmes engagées dans les forces ont participé à une opération extérieure (OPEX) ou à une mission embarquée de la Marine Nationale. Elles sont alors 2,4 fois moins représentées en OPEX qu'elles ne le sont dans l'armée.

	Armée de Terre	Marine Nationale	Armée de l'Air	Gendarmerie Nationale	Service de Santé des Armées	Autres
Effectif total	118 488	37 682	47 297	96 974	8 579	6 621
Effectif féminin	12 094	5 122	10 109	15 419	4 773	781
Proportion %	10,21%	13,59%	21,37%	15,9%	55,64%	11,80%

Tableau 2 : Effectifs et proportions des femmes militaires au sein des différentes armées (2012).

En somme, la répartition des femmes au sein des différentes armes et filières se révèle être disparate, avec en point d'orgue une présence plus marquée au sein d'unités de soutien plutôt que d'unités combattantes.

2-2-4- Statut militaire

Comparativement à leurs homologues masculins, les femmes engagées dans l'armée sont moins nombreuses à faire carrière dans l'Institution (cf. ci-dessous).

		Contrat	Carrière
Officiers	Femmes	36,3%	67,3%
	Hommes	19,4%	80,6%
Sous-officiers	Femmes	41,8%	58,2%
	Hommes	28,7%	71,3%

Tableau 3 : Proportions des hommes et des femmes sous contrat et de carrière (2013).

2-2-5- Rémunération

Le statut général des militaires garantit l'égalité de rémunérations des militaires, tout sexe confondu, à métier égal.

Il existe tout de même des écarts de rémunérations en défaveur des femmes, de 18 % en 2011. Cela s'explique par plusieurs facteurs, dont certains ont été cités précédemment : une ancienneté moyenne plus faible pour les femmes que pour les hommes, une part plus importante de femmes dans des métiers où le poids des primes opérationnelles est faible, une représentation moins importante des femmes dans les grades les plus élevés et dans les emplois de direction ou d'encadrement supérieur.

A titre informatif, en 2017, selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), le revenu salarial des femmes reste inférieur en moyenne de 24 % à celui des hommes⁹⁹.

En conclusion, l'étude du HCECM brosse le portrait d'une femme militaire qui, en comparaison à son homologue masculin, est globalement plus jeune, célibataire, jeune mère, engagée pour une durée plus courte, moins souvent de carrière que sous contrat, moins bien rémunérée mais également sous-représentée en OPEX et dans les unités de combat, et sur-représentée dans les unités de soutien. Le taux de féminisation global de l'armée française, l'un des plus haut au monde, stagne autour de 15% depuis quelques années. De même, le taux de recrutement externe semble être à la baisse. Au total, ces différents paramètres paraissent témoigner de la persistance de nombreuses disparités professionnelles entre femmes et hommes militaires.

Cependant, cette enquête n'a pas pour vocation de déterminer les éventuels liens de causalité, externes ou internes à l'Institution, qui influenceraient le parcours professionnel de ces femmes. On ne peut alors qu'émettre des hypothèses : les femmes retournent-elles plus rapidement à la vie civile que les hommes parce qu'elles éprouvent des difficultés à articuler vie professionnelle et vie privée ? Les unités combattantes sont-elles moins attractives pour elles ou existe-t-il trop d'obstacles pour y accéder ? Les jeunes mères voulant partir en OPEX se heurtent-elles à la réticence de leurs compagnons qui ne se sentent pas prêts à assumer seuls la charge des enfants ?

Quoiqu'il en soit, avec ces deux premières sous-parties, on voit bien que l'intégration des femmes dans l'armée ne s'est pas faite de manière spontanée et naturelle et est encore à consolider aujourd'hui.

2-3- Spécificités du milieu militaire, vecteurs d'influence de l'intégration des femmes militaires

Sans tomber dans des raccourcis hâtifs, il est intéressant de réfléchir à l'influence des spécificités du milieu militaire sur le degré d'intégration des femmes dans l'armée, ce qui pose indirectement la question de leurs effets sur la facilitation d'éventuels comportements déviants, telles que les violences. Cela offre l'opportunité de se pencher sur ce qui définit dans ses fondements l'identité militaire, en termes d'exigences et de contraintes opérationnelles et de mode de fonctionnement à part entière. Il s'agit par la même occasion d'interroger les rapports entre femmes et hommes dans ce milieu où la culture et l'organisation sont historiquement basées sur des valeurs dites masculines.

2-3-1- La femme combattante face aux exigences et contraintes opérationnelles

Le rôle des femmes dans l'armée est parfois remis en cause par certains, leur présence pouvant générer une véritable crispation. En effet, on voudrait leur opposer leurs insuffisances « naturelles » et inhérentes à leur sexe et à leur genre. Ces « faiblesses » les empêcheraient de se montrer aussi performantes que les hommes en situation de conflit où les contraintes opérationnelles sont extrêmes.

Interroger les fondements anthropologiques et physiologiques de ces considérations semblent alors indiqué. L'enjeu est de démêler le vrai du faux et de déconstruire les idées préconçues liés aux femmes.

Tuer et être tuée^{100,101,102}

Le statut général des militaires (refondu par la loi n°2005-270 du 24 mars 2005) stipule que « l'état de militaire exige en toute circonstance esprit de sacrifice, pouvant aller jusqu'au sacrifice suprême ». Cela rappelle que l'armée est avant tout un outil de combat : se battre, risquer sa vie, donner la mort hors du cadre légal de légitime défense différencient le monde militaire du monde civil. En somme, la violence et le combat font partie intégrante de l'identité militaire et sont inhérentes à son rôle premier : l'engagement opérationnel.

Or, dans l'imaginaire populaire, cette capacité à faire la guerre serait incompatible avec la nature profonde des femmes, n'étant naturellement pas amenées à tuer ou à mourir mais au

contraire à donner la vie. Leur mort au combat serait donc vraisemblablement moins bien acceptée par la société.

Cette représentation s'appuie sur un ensemble de stéréotypes, constituant de la pensée occidentale, qu'il faut alors éprouver.

Dans l'histoire de l'Humanité, la plupart des civilisations ont systématiquement attribué la capacité de faire la guerre aux hommes. Qu'est-ce qui explique cette constante ?

La théorie de l'universalité de la valence différentielle des sexes, développée par Françoise Héritier, peut contribuer à répondre à ceci.

Selon cette anthropologue française, cela renvoie à se poser la question suivante : comment l'Humanité a-t-elle trouvé un sens à la différence la plus visible entre les deux sexes, celle de leurs corps respectifs ? Il faut se rappeler que pendant des milliers d'années, les êtres humains ne peuvent se fier qu'à l'expérience de leur sens (et non à des connaissances scientifiques et techniques comme c'est le cas aujourd'hui) pour donner un sens à leurs observations. Car c'est bel et bien l'observation de cette différence biologique entre les sexes qui est au fondement des structures sociales et du rapport inégalitaire universel entre femmes et hommes.

D'une part, les êtres humains constatent que seules les femmes ont le pouvoir de donner la vie : « pourquoi sont-elles les seules à pouvoir engendrer des enfants des deux sexes alors que les hommes pourraient faire des garçons et elles des filles ? » Il ne faut pas oublier que depuis l'aube de l'Humanité, les hommes veulent avoir des fils qui leur ressemblent, c'est un fait anthropologiquement admis. « Et pourquoi donc la copulation est-elle nécessaire pour concevoir un enfant ? ». La question sous-jacente à ces réflexions, la vraie question pour les hommes, est celle-ci : « à quoi servent-ils ? ».

La réponse apportée est que ce sont eux qui mettent les enfants dans les femmes, se contentant alors d'être des réceptacles. De cette représentation archaïque de la procréation (théorisée par Aristote, l'un des pères de la Médecine) découle la volonté de contrôler la reproduction des femmes, dans une logique de préservation d'un certain ordre social, dont l'homme en serait le garant. De ce fait, l'appropriation par ce dernier du pouvoir de fécondité, vital à la constitution et à la survie de toute société, doit s'accompagner du confinement des femmes dans leur rôle maternel (et domestique), les privant dans le même temps de l'accès au savoir, au pouvoir et à disposer de leur corps.

Ainsi, la différence biologique observée entre les sexes, venant plus d'une construction culturelle que de la « Nature », génère une répartition sexuée des tâches au sein de toute société ; la guerre, le pouvoir et le savoir étant le territoire de l'homme et la reproduction celui de la femme. Son rôle est alors réduit à faire des fils que les hommes ne peuvent pas concevoir eux-mêmes. Selon Claude Lévi-Strauss, cette répartition sexuée est l'un des piliers de la famille et de la société occidentale.

Par conséquent, les femmes ne pourraient pas faire la guerre et par extension intégrer l'armée car cela serait « contre-nature ». Donner la vie et donner la mort semblent alors incompatibles. Combattre pour une femme reviendrait donc à devoir se viriliser et renoncer à accéder à « sa féminité ». Après tout, l'une des rares figures héroïques féminines reconnue en France n'est-elle pas vierge ? Dans le même esprit, de nos jours, lorsqu'une femme militaire tombe enceinte, elle est déclarée temporairement inapte (avant même d'être limitée physiologiquement) et ne porte plus son uniforme et ses attributs militaires.

D'autre part, une deuxième distinction biologique a été observée par nos ancêtres : les femmes perdent du sang régulièrement alors que les hommes, eux, n'en perdent que par accident ou volontairement. De là est née l'une des autres constantes de l'Humanité, à savoir l'impossibilité symbolique pour les femmes de tuer en faisant couler le sang.

En effet, si elles se retrouvent à perdre du sang en même temps qu'elles ont leurs menstruations, l'accumulation de ces hémorragies mettrait en péril leur vie et leur fécondité. Suivant ce principe, les femmes en âge de procréer ne peuvent donc être des soldats. Parmi les groupes de femmes ayant combattu jadis, comme chez les Gaulois ou les Amazones du Dahomey, on retrouve essentiellement des combattantes impubères et non mariées ou ayant atteint la ménopause. Cela est d'autant plus parlant dans le domaine de la chasse. Les femmes y ont accès au même titre que les hommes dans de nombreuses sociétés, mais doivent utiliser des armes différentes, des armes dites « féminines » (chiens, gourdins, feu), afin de ne jamais faire couler le sang⁹³.

Ainsi, le fait que les femmes aient toujours été confrontées à de nombreuses difficultés pour accéder aux métiers des armes pourrait s'expliquer en partie par notre héritage culturel et symbolique, provenant des origines de l'Humanité. Toutefois, c'est sans compter sur les doutes de certains, qui questionnent leurs capacités opérationnelles et donc leur légitimité au sein des forces.

Capacités opérationnelles

- Apport de l'anthropologie

La féminisation des armées est-elle compatible avec le maintien de la capacité opérationnelle des armées françaises ? Cette question alimente constamment les débats et pourrait traduire là encore un mode de pensée issu de l'héritage culturel et symbolique exposé par Françoise Héritier¹⁰⁰.

La différence biologique des sexes, dont résulte la notion de répartition sexuée des tâches, contribuerait à ce que femmes et hommes partagent des catégories de pensées « orientées », exprimant des valeurs masculines et féminines. Ainsi, dans une communauté, chaque individu serait assigné à un rôle social spécifique, déterminé en fonction de son sexe d'appartenance. C'est ce qui est appelé le genre.

Selon l'anthropologue, cette pensée de la différence engendre forcément, d'un point de vue cognitif, une hiérarchisation des sexes, donnant toujours aux femmes une moindre valeur. C'est ce qu'on appelle communément la discrimination basée sur le genre.

En effet, cette hiérarchisation s'inscrit elle-même dans un système de valeurs binaires (haut/bas, sec/humide, chaud/ froid, actif/passif, sain/malsain, pur/impur, etc.), dans lesquelles se répartissent de manière opposée et contraire les valeurs masculines et féminines.

Or, il existe des valeurs positives et des valeurs négatives, associées respectivement au masculin et au féminin. En exemple, là où les termes « faible », « passif », « émotif », plutôt connotés négativement, évoquent des traits féminins, leurs antonymes « fort », « actif », « ferme » suggèrent une certaine masculinité, ainsi valorisée. Par conséquent, les activités prisées sont celles qu'exercent les hommes et à contrario, les activités féminines sont souvent décriées. Dans la même idée, alors qu'il est remarquable pour une femme de s'aventurer dans des métiers dits « masculins », l'inverse n'est pas apprécié de la même manière. L'explication du dénigrement de tout ce qui a attrait au féminin est qu'il sert avant tout à légitimer la domination d'un sexe sur l'autre et à maintenir les femmes dans la situation de dominées, garantissant l'ordre social.

Ainsi, il existerait un sexe « fort » et un sexe « faible ». La « faiblesse » naturelle et congénitale des femmes légitimerait leur subordination jusque dans leur corps et leur interdirait par la même occasion l'accès à la sphère guerrière.

En outre, l'appropriation et le contrôle de la fécondité des femmes, ainsi que leur confinement dans un rôle maternel, paraissent avoir été accompagnés de la création de savoir-faire techniques spécialisés, c'est-à-dire à usage exclusivement masculin. Se constitue alors un domaine réservé masculin, comme il y a une activité exclusivement féminine, celle de la reproduction biologique. Ainsi, on peut se poser la question de l'influence de cet héritage quant à la création des groupes d'intervention strictement masculin dans les années 1970, période-clé de la montée en puissance de la féminisation des armées.

En somme, si les femmes n'avaient pas leur place en première ligne, c'est que, par leur genre, elles ne seraient pas de taille à combattre. D'ailleurs, si elles devaient se retrouver au front, leurs collègues masculins pourraient se sentir contraints de se détourner en partie de leur objectif opérationnel pour les protéger du danger.

Toutes ces représentations ne seraient finalement que le fruit de l'amalgame fait entre une réalité biologique innée, celle de la procréation, et les capacités physiques et intellectuelles acquises individuellement, déterminant l'aptitude à combattre ou non. Ces femmes se heurteraient visiblement à une identité militaire se reposant sur des valeurs dites masculines, et construite par essence autour de l'usage de la force et du pouvoir d'ôter la vie par le combat et le maniement des armes.

Néanmoins, si sonder les fondements de la pensée occidentale est nécessaire pour comprendre la place actuelle des femmes dans les armées (notamment leur faible représentation dans les OPEX et unités de combat), des réponses scientifiques doivent étayer l'approche de la féminisation des armées, tant l'enjeu de performances opérationnelles individuelles et collectives paraît essentiel aux yeux de l'Institution.

- Capacités opérationnelles physiques

La première approche consiste à déterminer s'il a été démontré scientifiquement de réelles différences de capacités physiques entre femmes et hommes, ce qui pourrait potentiellement avoir une répercussion sur les capacités opérationnelles des armées.

Lors du colloque « Femmes militaires, et maintenant ? » du 8 mars 2017, à l'Institut de Recherche Stratégique de l'Ecole Militaire (IRSEM), la Médecin en Chef (MC) N. Koulmann

et la Médecin en Chef A. Malgoyre ont exposé les différences physiologiques et anthropométriques observables entre les deux sexes et ont discuté de leur impact sur l'aptitude physique au combat¹⁰³. Dans leur revue de la littérature médicale, elles mettent en avant certains points concernant les performances physiques des femmes, comparativement à celles des hommes.

Tout d'abord, les femmes sont en moyenne plus petites, ont une masse maigre (c'est-à-dire une masse musculaire) plus faible, en particulier au niveau des membres supérieurs (-33 à -50 %, contre -20 à -25 % au niveau des membres inférieurs), et une masse grasse supérieure (+10 %). Ceci a des conséquences directes sur le développement de la force et de la puissance musculaire, puisque la force mesurée au niveau du haut du corps chez la femme serait l'équivalent de 40 à 60 % de celle mesurée chez l'homme, alors qu'au niveau des membres inférieurs elle représenterait en moyenne 70 à 75 % de celle mesurée chez l'homme.

De plus, les niveaux d'aptitude physique aérobie sont plus faibles chez la femme que chez l'homme, avec une différence de 10% lorsque la consommation maximale d'oxygène est exprimée en fonction de la masse corporelle.

Ces données défavorisent les femmes en matière de performance physique au combat, en particulier lorsqu'il s'agit de réaliser des tâches militaires comme lever, transporter des charges lourdes ou encore les déplacer sur de longues distances (paquetage, équipements de protection balistique). Or, en situation réelle opérationnelle, la charge portée imposée n'est pas proportionnelle à la masse des individus, mais liée aux contraintes du théâtre et aux équipements devant être transportés.

En résumé, travaillant à un pourcentage supérieur à leurs capacités maximales pour maintenir les mêmes niveaux de performance que les hommes, les femmes se fatigueraient plus vite et seraient prédisposées à un risque plus important de blessures musculosquelettiques liées à l'exercice.

Ce surrisque de blessures pourrait aussi être attribué à des différences structurelles anatomiques au niveau osseux et à une plus grande laxité articulaire. Le fait que les os longs chez la femme soient plus fins que chez l'homme pourrait contribuer à expliquer l'incidence plus importante des fractures de fatigue chez le personnel féminin, les différences hormonales ayant également leur part de responsabilité dans cette pathologie.

Mais les auteures vont nuancer ces faits. Elles soulignent d'une part que ces éléments correspondent à des moyennes dans des sous-populations d'hommes et de femmes et qu'il existe des écarts interindividuels importants à l'intérieur de ces groupes. Donc, même si en

moyenne les femmes sont globalement moins fortes que les hommes, il est noté un certain recouvrement entre les populations, la femme la plus forte étant plus forte que l'homme le plus faible.

En outre, elles attirent l'attention sur le fait que ces différences physiologiques avérées ne doivent pas faire oublier le rôle délétère des équipements le plus souvent mal adaptés aux femmes, car conçus pour les hommes. Un équipement mal adapté crée au minimum un inconfort et peut contribuer significativement à augmenter la charge mentale et physique de la tâche à effectuer, voire à accroître le risque de blessures.

Pour finir, elles mettent en avant qu'un niveau élevé d'aptitude cardio-vasculaire (aptitude aérobie) permet de réduire, sans les annuler, ces différences physiologiques dans l'incidence des blessures musculosquelettiques.

D'autre part, les températures extrêmes peuvent être vectrices de différences entre les sexes en termes de capacités opérationnelles.

L'incidence des pathologies liées à la chaleur et tout particulièrement du coup de chaleur d'exercice n'est pas plus élevée chez la femme que chez l'homme. Elles tolèrent donc aussi bien la chaleur que leurs homologues masculins, ce qui est intéressant à prendre en compte quand on sait que la plupart des théâtres d'opérations actuels se situent dans des régions chaudes du globe.

En outre, si avoir une plus importante masse grasse pour les femmes favoriserait à priori leur tolérance aux froids extrêmes, cet effet est contrebalancé par une surface corporelle plus élevée par rapport au volume corporel, augmentant ainsi les pertes de chaleur. De même, la plus grande incidence du phénomène de Raynaud, majorée à certains moments du cycle menstruel, participe au fait que les femmes présenteraient un risque de gelures des extrémités plus important que les hommes. Pour ce dernier point, les chercheuses préconisent que ce surrisque peut être aisément prévenu par le développement d'améliorations technologiques des vêtements de protection (nouveaux textiles).

Pour terminer, les MC Koulmann et Malgoyre s'intéressent à l'impact d'éventuelles différences physiologiques entre les sexes dans des spécialités spécifiques des métiers de la Défense.

Premièrement, elles rapportent que les femmes auraient une aptitude aux contraintes aéronautiques similaires à celle des hommes. Effectivement, ces dernières ont en moyenne une tolérance à l'hypoxie identique à celle de leurs confrères. De plus, la tolérance aux accélérations

continues et soutenues, spécifiques de l'aviation de combat, ne semble pas dépendre d'une différence liée au sexe, alors même qu'elle est variable d'un individu à l'autre.

Deuxièmement, dans le domaine des activités subaquatiques, l'incidence des accidents de décompression ne serait pas plus élevée chez le personnel féminin. Avec une cage thoracique plus petite et des volumes pulmonaires plus faibles, la femme disposerait d'une autonomie plus importante en plongée, ce qui représente un net avantage opérationnel. D'ailleurs, s'il existe au sein de la Marine Nationale des barèmes différenciés pour les épreuves physiques au sol, ceux-ci n'existent plus dès lors qu'il s'agit de tester les aptitudes subaquatiques.

En conclusion, les auteurs affirment que les activités militaires requérant un haut niveau d'aptitude physique, tout particulièrement le port de charges lourdes, constituent les seules tâches risquant objectivement de mettre en difficulté les femmes militaires par rapport à la plupart de leurs congénères masculins.

Il est vrai que la légitimité des femmes au sein de l'armée semble parfois être contestée pour cette raison. Pourtant, si de réelles limites physiologiques ont été mises en évidence par rapport aux hommes, leur place dans les forces ne devrait pas être remise en question. En effet, comme cela a été expliqué précédemment, il existe un certain chevauchement entre les sexes en termes de performances physiques, la femme la plus forte étant plus forte que l'homme le plus faible. De plus, plusieurs propositions ont été formulées par les auteurs de l'article pour moduler les performances opérationnelles globales des femmes militaires, réduisant sans pour autant l'annuler cette différence de performance physique : adaptation des équipements militaires et des entraînements physiques et sportifs (comme pour tout individu souhaitant progresser), prise en compte de leurs points forts en vue d'apporter une certaine complémentarité aux forces armées. Enfin, il pourrait être discuté d'ajuster les barèmes de sélection initiale et d'évaluation en cours d'engagement en fonction de normes minimales d'aptitudes requises à un poste donné, et non plus en fonction du sexe de l'individu^{101,103}.

Cependant, la spécificité des forces armées n'est plus uniquement basée sur l'emploi de la force physique individuelle, même si cela reste un prérequis indispensable. L'exercice militaire requiert plus que jamais des capacités intellectuelles et mentales solides, afin de pouvoir exploiter au mieux les ressources à dispositions (humaines, matérielles, technologiques...), au profil de théâtres d'opérations qui s'intensifient et deviennent de plus en plus complexes (lutte contre le terrorisme, maintien de la paix, appui d'actions humanitaires et

de secours aux populations, etc.). La question est donc de savoir s'il existe de réelles différences en termes de capacités intellectuelles et mentales entre femmes et hommes, qui pourraient influencer leurs capacités opérationnelles et ainsi devoir reconsidérer la place de chacun d'un point de vue objectif et scientifique.

- Capacités opérationnelles intellectuelles et mentales

Lors du même colloque cité précédemment, la MC M. Trousselard et la Dr. C. Aufauvre-Poupon ont tenté de déterminer, via le prisme des neurosciences, s'il existerait une différence sexuée de comportement et de fonctionnement cérébral potentiellement en défaveur des femmes militaires¹⁰⁴.

Au préalable, il faut considérer que le sexe d'un individu affecterait le développement et le fonctionnement de son cerveau et donc par extension son comportement. Leur idée est donc d'essayer de mieux comprendre l'influence du sexe d'un individu sur les mécanismes de désadaptations aux environnements opérationnels.

Pour commencer, elles passent en revue les différentes données concernant les différences liées au sexe dans le développement du système nerveux.

D'une part, elles rapportent qu'à la naissance, le volume du cerveau masculin est supérieur de manière significative d'environ 1 à 4% à celui du cerveau féminin, proportionnellement par rapport au poids et à la taille.

D'autre part, elles relèvent dans la littérature scientifique plusieurs études démontrant par l'IRM cérébrale des variations de structure interne du cerveau selon le sexe, de la naissance jusqu'à l'âge adulte. En comparaison, les filles auraient en moyenne légèrement plus de matière grise (zone de concentration des corps cellulaires des neurones) que les garçons ; à l'inverse les garçons auraient un peu plus de matière blanche (zone de concentration des fibres nerveuses issues des corps cellulaires des neurones, assurant la communication entre les régions cérébrales) que les filles. Toutefois, quand on compare des cerveaux d'hommes et de femmes de même volume, ces différences disparaissent. Finalement, plus un cerveau est volumineux, plus le rapport entre matière blanche et matière grise augmente, quel que soit le sexe de l'individu. Au fond, le développement accru des fibres blanches consécutif à l'augmentation du volume cérébral aurait surtout pour fonction d'assurer une meilleure propagation de l'influx nerveux dans les régions distantes du cerveau.

Les différences observées concernent donc principalement le volume du cerveau. Les auteures précisent par ailleurs que l'état actuel des connaissances ne permet pas d'attribuer à partir de ces données des prédispositions de comportements ou d'aptitudes (activité motrice, langage, orientation dans l'espace...) en fonction du sexe. Ces différences-là seraient à pondérer au regard des influences culturelles et sociales présentes dès l'enfance, qui contribuent au développement cérébral pendant la période de croissance de l'individu.

Il a tout de même été démontré des différences comportementales et neurofonctionnelles traduisant un autre type de différence de structure cérébrale.

En effet, les femmes obtiennent de meilleures performances sensorielles, attentionnelles, mnésiques visuelles (visages) et de cognition sociale que les hommes, qui montrent quant à eux de meilleurs résultats dans la perception de l'espace, le repérage tridimensionnel et la vitesse d'exécution sensorimotrice.

Des variations de répartition de la connectivité cérébrale entre les sexes expliquent ces observations. De fortes connexions cérébrales sont rapportées chez l'homme au sein d'un même hémisphère cérébral alors que chez la femme, ces connexions sont plus développées entre les deux hémisphères. Cette connectivité peut rendre compte chez l'homme d'une grande vitesse de traitement des informations et de réalisation de tâches liant la perception à l'action et chez la femme d'une facilité d'intégration du raisonnement et de l'intuition, produisant une meilleure intelligence émotionnelle et un meilleur niveau de langage.

Par la suite, les chercheuses rappellent que des spécificités hormonales sont fréquemment évoquées pour expliquer les différences homme-femme. Deux (neuro)-hormones, l'ocytocine et la testostérone, à priori impliquées dans le modelage des comportements sexués, sont particulièrement étudiées.

L'ocytocine - considérée comme le support hormonal de l'attachement du couple, de la communication sociale, de la coopération et de la gestion du stress - est classiquement associée aux comportements féminins doux, empathiques et maternels. En réalité, en raison de la méconnaissance de ses mécanismes d'action au sein du système nerveux, il n'existe aucune base scientifique solide démontrant cette idée. Là-encore, il faut considérer le poids des facteurs psychosociaux dans le modelage des comportements dits féminins.

La testostérone – censée être vectrice de la compétitivité, de la virilité ou encore de l'impulsivité – serait quant à elle impliquée dans les caractéristiques psychosociales masculines. Là encore, si la testostérone a bien des effets sur le volume et la force musculaire,

son action sur le système nerveux et les comportements individuels est loin d'être clairement comprise. En effet, aucune relation statistiquement significative n'a été établie entre désir sexuel et taux sanguin de testostérone, pour la population générale d'hommes adultes en bonne santé. Dans le même ordre d'idée, la testostérone sanguine n'apparaît pas associée à des comportements agressifs ou à risque chez l'adolescent, ni chez des hommes auteurs d'actes de délinquance. Pour ces derniers, les facteurs explicatifs retrouvés sont de nouveau des facteurs psychosociaux (niveau d'éducation, milieu socio-économique). En somme, les données actuelles ne permettent pas non plus de prédire un comportement en fonction de la concentration en testostérone.

Pour finir, la MC Trousselard et la Dr. Aufavre-Poupon ont cherché à savoir si des différences de sexe existaient en termes de comportements adaptatifs face à des facteurs de stress liés aux environnements opérationnels.

En préambule, il faut savoir que des comportements adaptatifs assurent un ajustement de chaque individu face aux stressseurs du quotidien. Or, ces mécanismes peuvent être dépassés en cas d'exposition à un stress majeur, comme cela peut être le cas lors de missions opérationnels. Tout individu soumis à cette intensité de stress voit donc son risque de dépression augmenter nettement.

Des données épidémiologiques récentes objectivent une vulnérabilité à la dépression plus importante chez les hommes. Mais ces disparités épidémiologiques s'enracineraient surtout dans des différences socio-professionnelles : les hommes dépressifs rapportent des événements de vie délétères en lien avec des difficultés relatives au travail ou à une situation de divorce ; les femmes dépressives citent des événements de vie néfastes liés à des problèmes de relations affectives.

De plus, les environnements opérationnels (camps de campagne en OPEX, sous-marins, bases antarctiques/subantarctiques) se caractérisent par une certaine pauvreté sensorielle, consécutive aux contraintes sensorielles, cognitives et émotionnelles inhérentes à la nature même de l'exercice militaire. Cette pauvreté sensorielle est reconnue comme favorisant l'émergence d'une souffrance dépressive.

Ainsi, les auteures soulignent qu'il serait particulièrement important d'étudier les stressseurs du milieu opérationnel relatifs à des différences sexuées. Le but serait de mieux appréhender les risques de dépression et donc l'impact opérationnel de ces différences en termes de capacités d'adaptation. Cette question est d'autant plus importante qu'un militaire est

plus à risque de déclencher une pathologie traumatique après un évènement traumatisant s'il est en souffrance dépressive.

A ce jour, les neurosciences ne permettent donc pas de définir de différences entre les sexes en termes de capacités opérationnelles intellectuelles et mentales. Le sexe d'un individu affecte le cerveau, mais la manière dont il le fait dépend également de facteurs psychologiques, sociaux et culturels.

En conclusion, le doute ambiant concernant les capacités des femmes à faire face aux exigences et contraintes opérationnelles du milieu militaire (en particulier au sein des unités de combat et lors des OPEX) semble être alimenté par la présence de quelques différences physiologiques. Ces dernières alimentent surtout les stéréotypes qui dépeignent les femmes comme inadaptées et incompatibles par nature à la guerre. Ces idées préétablies peuvent être majoritairement déconstruites grâce à l'apport de l'anthropologie. En outre, dans l'état actuel des recherches biomédicales relatives à la différence de sexe, il n'y aurait pas dans l'absolu de justification à exclure les femmes de la sphère militaire.

L'autre défi des femmes militaires réside dans le fait de devoir s'affirmer dans un environnement basant son fonctionnement autour du genre masculin.

2-3-2- La femme combattante face au mode de fonctionnement des armées

Les armées sont perçues comme asexuées ou mono-sexuées, c'est-à-dire masculines. Mais les femmes ont toujours suivi les soldats, qu'elles aient été lavandières, vivandières, infirmières, concubines, prostituées, voire combattantes. Cependant, abstraction faite pour les infirmières, leur éviction progressive au début du XXème siècle rend le champ de bataille exclusivement masculin, favorisant l'affirmation d'un domaine réservé pour les hommes. La troupe adopte en conséquence un fonctionnement qui lui est propre, obéissant à des codes de virilité et de masculinité. A l'inverse, l'arrière devient un lieu féminin.

Là encore, la féminisation des armées vient bouleverser cet ordre et fait considérer avec un regard neuf des piliers de la vie militaire.

Primauté du collectif sur l'individu¹⁰⁵

L'une des principales différences entre les collectivités du monde civil et l'armée est que cette dernière fonde son fonctionnement sur un collectif soudé et fort, s'appuyant sur une identité commune, dont la cohésion en représente le ciment. L'arrivée des femmes dans ce milieu essentiellement masculin peut revêtir un caractère inhabituel, voire menaçant pour la communauté. En effet, plus ou moins consciemment, leur présence peut compromettre cette dynamique de groupe, tant la culture militaire peut être ancrée dans une logique genrée.

- Cohésion et solidarité du groupe primaire

Parce que les militaires ont de grandes chances d'être confrontés à la violence et surtout à la mort (qu'ils la provoquent ou en soient les victimes), la cohésion est considérée comme indispensable et salutaire pour leur survie, mais également pour la réussite des missions qui leurs sont confiées.

Pour comprendre pourquoi la cohésion a tant d'importance dans le fonctionnement des armées, il faut remonter à ses origines, datant de la théorisation des conflits du XIX^{ème} siècle par le colonel Charles Ardant du Picq (1821-1870)^{106,107}.

Cet officier est principalement reconnu pour sa théorie de l'ascendant psychologique. Novatrice à l'époque, cette dernière inspire encore l'armée française d'aujourd'hui. Cette pensée, issue de la grande expérience du commandement et de la guerre de cet homme, se résume de la manière suivante : l'enjeu d'un combat repose plus sur des facteurs psychologiques à l'échelle du combattant lui-même, que sur des manœuvres et stratégies appliquées à l'échelle de la masse.

Pour démontrer cela, ce théoricien militaire a recours à des techniques relativement proches des méthodologies de la sociologie moderne. Il analyse des questionnaires distribués à des officiers ayant l'expérience du combat, en les mettant en relation avec des descriptions de champs de batailles et en les comparant aux caractéristiques des guerres antiques et modernes. De façon inédite, il place alors le soldat (« l'instrument premier du combat ») au centre de son étude.

Il met en évidence que, sous le feu ennemi, les règlements et les ordres sont rarement appliqués et que la peur reste la norme parmi les combattants. Il décrit la défaite comme une rupture psychologique due à la peur, qui engendre désordre, confusion, et panique.

En réponse, il conçoit un modèle tactique inédit, qualifié de combat « d'apache » ou de « jeu de cache-cache » par ses détracteurs. Selon lui, les manœuvres d'approches de l'ennemi doivent s'appuyer sur l'obtention de conditions favorables avant la confrontation directe. L'effet de surprise est particulièrement recherché, afin de déstabiliser l'adversaire par la peur et ainsi provoquer sa fuite. Cela requiert une arrivée furtive des fantassins en ordre dispersé.

En faisant ce choix tactique, il veut mettre à profit les progrès techniques de l'armement individuel du XIX^{ème} siècle, qui confère à l'infanterie une plus grande puissance et portée de feu. Désormais, les soldats ont l'opportunité de se battre de manière autonome, en choisissant leur cible par exemple (principe du chasseur à pied). Ce modèle, qui s'oppose à celui de la guerre napoléonienne (combat en ligne) sous-entend que ce type de combat fait échapper le soldat au contrôle total de l'officier.

L'enjeu est donc désormais de savoir comment faire combattre un homme seul, au milieu d'un champ de bataille de plus en plus vaste, complexe et terrifiant. Pour Charles Ardant du Picq, la réussite de cette méthode réclame aux officiers responsables des troupes d'éduquer et de former leurs soldats à la gestion de la peur. Il s'agit de faire en sorte qu'ils puissent supporter la terreur du champ de bataille pour la retourner contre l'ennemi et ce, jusqu'à l'obtention de la victoire, elle-même finalement plus tributaire d'une supériorité psychologique que d'une destruction physique.

Pour surmonter l'instinct de conservation individuel, il propose alors un endoctrinement, basé sur la création d'une solidarité et d'un « esprit de corps » qui garantissent la mobilisation totale de chacun pour les intérêts du groupe. Cet esprit de corps est ainsi décrit comme une sorte de force morale influençant le collectif, résultant de la confiance accordée aux chefs et aux camarades, de l'estime mutuelle et de l'amitié solide entre hommes de troupe. Cela découle d'une connaissance longue et réciproque de tous les éléments du groupe, permise et favorisée par le partage d'une culture et de valeurs communes. Ainsi, cette cohésion prend tout son sens à l'échelle du groupe « primaire » ou « élémentaire » (le groupe primaire est l'environnement humain immédiat du combattant, la forme de vie sociale se rapprochant le plus de sa famille).

Finalement, en pleine confrontation avec l'ennemi, quand le guerrier se sent ployer, il « tient » pour ses camarades, qui sont les garants de sa survie autant qu'il l'est de la leur. Leurs regards comptent plus que les ordres formels ; la crainte d'être accusé de les abandonner contrecarre la peur de la mort.

Malgré une certaine reconnaissance, le modèle tactique de Charles Ardant du Picq ne fut pas réellement appliqué par ses contemporains. D'une part, parce que le recrutement de

masse de la circonscription ne pouvait déboucher sur la mise en place à grande échelle de l'apprentissage de la gestion de la peur, d'autre part à cause de divergences d'opinions exprimées par ses pairs concernant le mode de combat à adopter.

Par la suite, les avancées en armement de la Première Guerre Mondiale provoquent un nouveau saut dans la terreur. Les fantassins sont alors bien plus victimes des obus que des balles. L'ennemi n'a donc plus de véritable visage. Paradoxalement, les offensives sont de plus en plus dévastatrices. Tout cela concourt à une déshumanisation des combats à l'échelle du soldat, amplifiant l'effet terrorisant de chaque confrontation. Les conflits contemporains deviennent progressivement plus difficiles à supporter psychologiquement, comme l'atteste l'historien militaire anglais John Keegan (1934-2012).

Cette évolution des conflits peut expliquer que l'héritage de Charles Ardant du Picq n'ait pas été oublié. Sa vision avant-gardiste d'une armée professionnelle, bien équipée, entraînée, soudée (et finalement contrôlée) demeure une source d'inspiration pour de nombreuses armées. Cela est d'autant plus vrai que les conflits actuels (lutte contre le terrorisme) exigent des efforts opérationnels plus conséquents de la part des institutions militaires et de chaque élément qui la compose.

La cohésion est donc toujours inculquée dans l'armée française, en tant que tradition issue de la culture et de l'identité militaire.

Sa raison d'être encore aujourd'hui est qu'elle facilite les actions collectives incontournables et nécessaires pour assurer la victoire sur l'ennemi. Car elle rassemble, unifie au sein d'une même institution une grande diversité de situations individuelles et collectives, pour garantir une coopération la plus efficace possible. En effet, outre leurs singularités propres, les militaires peuvent être issus de milieux socio-économiques hétérogènes et avoir emprunté des cursus professionnels ou scolaires disparates avant de s'engager. De plus, l'Armée de Terre, la Marine Nationale, l'Armée de l'Air et la Gendarmerie Nationale jouent des rôles spécifiques, par le biais de métiers différents, dans des milieux physiques distincts.

En outre, cet esprit de corps permet d'offrir aux combattants le cadre rassurant et sécuritaire que confère le groupe primaire. C'est cette véritable deuxième famille qui peut les aider à conserver un certain équilibre mental et moral.

De ce besoin d'unité va donc découler la nécessité de se référer à une identité partagée commune, basée sur une culture et des valeurs dites militaires (respect de l'autre, intégrité, loyauté, courage, honneur, exemplarité, discipline, solidarité, etc.). L'adhésion à ce système est

la condition à la naissance d'un collectif soudé et fort transcendant l'individu, entretenu par un sentiment d'appartenance et d'identification.

- Vecteurs de la cohésion de groupe

L'accès à la cohésion est rendu possible par la transmission de la culture et des valeurs militaires au sein de la communauté militaire, via des vecteurs particuliers.

L'entraînement militaire et les chants traditionnels sont des exemples de vecteurs assurant cette passation. Ils facilitent les processus d'incorporation et d'intériorisation du savoir-faire et du savoir-être militaires et sont indispensables à la pérennisation des fondements de l'identité militaire partagée.

D'une part, l'entraînement physique et sportif, indissociable de la condition militaire, peut être vu comme l'inducteur d'une collectivité pour plusieurs raisons.

Au préalable, il faut rappeler que son objectif premier est de forger le soldat à la guerre, en le faisant acquérir une complète maîtrise de soi par une transformation de son être. Cela sous-entend une hypercorrection du corps et de l'esprit (remodelage physique du corps, amélioration de la résistance physique et mentale, dépassement de soi à l'effort, modification de la perception de la douleur, du froid...) pour que puisse se construire un homme-soldat « idéal » (et donc connoté : lorsque le corps forme un bloc dur, des éléments moraux lui sont associés, comme la droiture, le courage, la force mentale). En ce sens, l'entraînement physique militaire véhicule l'idée d'uniformisation et de recherche d'une identité idéale collective¹⁰⁸.

Mais tout cela n'est rendu possible que par l'entraide sur le « terrain », attendue et provoquée, qui n'est autre que la démonstration concrète des valeurs militaires que l'on veut inculquer : solidarité et cohésion, mais aussi courage, esprit de sacrifice, discipline... La pratique collective du parcours du combattant en est le parfait exemple : le franchissement de certains obstacles nécessite une complète coopération et synchronisation de l'ensemble du groupe.

D'autre part, les chants militaires traditionnels incarnent un socle incontournable pour réunir toutes les personnes au sein de la communauté militaire.

A la fois manifestation et instrument de la cohésion, le chant utilise très souvent le pronom *nous*, qui fait exister le groupe au-delà de la simple somme d'individualités. Les soldats affirment leur propre existence en fonction de leur appartenance à ce groupe, sans cesse redéfini

par lui-même et par l'exclusion des éléments exogènes. Les représentations véhiculées dans les différents chants sont ailleurs généralement collectives.

Une fonction narcissique peut être attribuée au chant traditionnel. Dans la plupart des cas, les militaires sont sujets et destinataires de leurs discours, se racontant et se décrivant pour célébrer leur propre militarité, renforçant en conséquence la clôture et la cohésion du groupe. Tout cela empêche qu'un membre ne se désolidarise de sa troupe.

Ainsi, grâce à cette forme de socialisation qu'est la cohésion, chaque individu peut s'identifier et être identifié à tous les échelons institutionnels, appartenant de manière graduelle à l'ensemble des forces armées, à une armée, une arme, un régiment, une compagnie, un groupe primaire, etc.

La cohésion a pour but d'amener chaque militaire à faire passer les intérêts du groupe avant les siens pour garantir la réussite de la mission, y compris dans des situations qui impliquent de devoir surpasser sa propre peur de la mort.

En somme, cet esprit de corps est la résultante de l'expression de l'identité, de la culture et de valeurs militaires. Elle semble indissociable du fonctionnement de l'armée française.

L'ensemble de ces explications a principalement pour objectif de souligner le rôle majeur de la cohésion dans les dynamiques de groupes observées dans la sphère militaire. Cette analyse peut offrir des pistes de compréhension par rapport à ce qui se joue pour les femmes quant à leur intégration au sein des forces.

- L'intégration des femmes dans la communauté militaire

Dans l'armée française, la vie professionnelle et quotidienne se déroule au sein d'une collectivité composée majoritairement d'hommes, où sont mis en avant des valeurs viriles. Axée sur une identité partagée masculine, la cohésion peut constituer une limite quant à l'intégration des femmes dans l'armée.

En effet, les femmes militaires ne représentent généralement qu'une minorité des effectifs d'une unité. Leurs différences (biologiques et de genre) transparaissent alors aisément et sont donc plus facilement stigmatisables. C. Weber dépeint deux attitudes vis-à-vis du personnel féminin, basées sur les stéréotypes de genre. La première attitude se caractérise par le fait que les individus voient, toujours et avant tout, la femme avant de voir la militaire.

L'influence des représentations du genre féminin est alors prépondérante, attribuant spontanément aux femmes engagées des caractéristiques en accord avec leur sexe. La seconde attitude vise à assimiler chaque femme à une femme générique, représentante et représentative de toutes les autres femmes au sein de l'Institution. Ceci conduit à généraliser les dimensions jugées négatives liées au sexe féminin à l'ensemble de cette minorité. A contrario, la constatation de grandes qualités chez une femme ne constitue qu'une exception venant « confirmer la règle »¹⁰².

L'enjeu pour cette minorité se résume à intégrer un groupe en adhérant à un esprit de corps et à une dynamique qui se réfère à des valeurs masculines, dans lesquelles elles ne se retrouvent pas nécessairement. Afin de compenser l'exclusion symbolique due à leur sexe et répondre aux attentes du groupe, les femmes ont à effacer leurs différences et à fournir un effort d'adaptation plus important, quitte à nier leur féminité.

Plusieurs comportements dictés plus ou moins consciemment par cet enjeu-là ont été rapportés. Pour « se fondre dans le moule », certaines peuvent adopter des codes et attitudes plus viriles. D'autres ressentent la nécessité d'être en permanence exemplaire et irréprochable, aussi bien dans les comportements que dans les performances physiques et professionnelles, afin d'éviter toute critique facile. Cela se traduit par une exigence consentie à faire aussi bien, voire mieux que leurs homologues masculins. De même, dans certaines interactions avec leurs camarades, elles doivent pouvoir faire preuve de répondant (L'art du répondant) : avoir de la répartie face à certaines réflexions pour ne pas donner l'impression de se laisser faire, désamorcer l'agressivité érotique pouvant être exprimée par certains, être vigilante devant le favoritisme des supérieurs parfois paternalistes, sans pour autant montrer du mépris¹⁰⁸.

Ainsi, les difficultés d'intégration à ce milieu majoritairement masculin s'expliquent par le fait que les femmes sont sujettes aux préjugés et stéréotypes inhérentes à leur genre, à leur isolement en termes d'effectif et en tout état de cause à leur forte visibilité. Il s'agit d'apporter constamment la preuve de leur valeur militaire et de leur mérite, et au fond de rassurer leurs collègues masculins quant au respect de l'intégrité de l'esprit de corps. L'enjeu pour elles est de pouvoir être acceptées au sein de la communauté et de bénéficier de tous les avantages salutaires que celle-ci peut offrir (gestion de la peur au combat, équilibre mental, reconnaissance et légitimation par ses supérieurs et camarades).

Sexualité au sein de la sphère militaire¹⁰⁹

La sexualité du combattant est un autre aspect qui influence à sa manière le fonctionnement des armées, notamment en termes d'opérationnalité et d'intégration des femmes. Les considérations qui s'y rapportent appartiennent au domaine de la culture et mettent en avant les différences entre les sexes qui ont été évoquées précédemment.

Durant les conflits du XX^{ème} siècle, Les sociétés en guerre mobilisent les représentations culturelles du masculin et du féminin, en appelant les hommes à se montrer forts et virils et les femmes à se montrer dévouées. Le rôle du soldat est alors de défendre la terre et la nation en protégeant femmes et enfants. Les discours et l'iconographie des guerres de cette époque utilisent de ce fait des registres genrés : féminisation de l'ennemi pour souligner sa faiblesse, assimilation de la conquête du territoire par l'ennemi au viol de la femme-nation, etc.⁹²

Pour entretenir la confiance du soldat et nourrir sa virilité dans un contexte où elles sont mises à rude épreuve, l'expression de la sexualité (sous-entendue hétérosexuelle) semble indispensable, comme l'assurance qu'elle est partagée par les autres membres de l'unité, et plus largement par la population à protéger¹¹⁰. Indissociable de la sphère militaire masculine, le sexe requiert pourtant un contrôle et une régulation par les institutions militaires pour en limiter certaines dérives.

L'emploi stratégique de la *pin-up* dès l'entrée en guerre des Etats-Unis en décembre 1941, tout comme la création des bordels militaires de campagne par l'armée française illustrent bien la place de la sexualité et de sa gestion dans l'exercice militaire.

Revenir aux raisons ayant motivé leurs mises en place va constituer une base pour réfléchir ensuite à la sexualité en milieu opérationnel et à ce que cela implique par rapport à l'intégration des femmes dans les armées.

- La *pin-up* américaine durant la Seconde Guerre Mondiale¹¹¹

Dès l'engagement des Etats-Unis en décembre 1941, les besoins sexuels des soldats représentent une des préoccupations des autorités militaires américaines, qui partent du principe qu'en temps de guerre, leurs hommes ressentent plus que jamais le besoin d'évasion et de réconfort apporté par le sexe. De ce fait, un contrôle de la morale sexuelle est décidé pour endiguer la frustration collective générée par l'absence des épouses et petites amies. Ainsi, dans le but de maintenir le moral des troupes, mais aussi d'empêcher les exactions sexuelles sur les

populations autochtones, la propagation de maladies vénériennes et l'homosexualité (la guerre étant l'affaire de « vrais hommes »), des images de *pin-up* sont diffusées gratuitement aux unités via des magazines dédiés. Dans chaque rédaction, la sélection des dessins ou clichés est soumise à des critères précis de pudeur et de bon goût, imposés par l'encadrement militaire : les images doivent être érotiques et non pas pornographiques.

La *pin-up* est alors une fille simple, saine, au visage presque enfantin, mais aux attributs sexuels très marqués : seins en obus, jambes interminables, taille de guêpe, fesses hautes. Le pouvoir de cette figure réside dans sa capacité à paraître innocente tout en se rattachant aux codes classiques de la séduction. Car tout en étant sexy, elle demeure chaste et passive, ne dévoilant son corps qu'à son insu, dans des situations où elle est surprise par le spectateur. Ces mises en scène, qui se caractérisent par leur humour et leur improbabilité, permettent d'érotiser la femme sans en faire un sujet sexuel actif.

Cette image féminine offre donc un support virtuel de fixation auto-érotique, faisant naître le rêve au lieu d'exacerber le manque de sexe déstabilisateur. Elle permet de rassurer les soldats sur leur virilité et leur hétérosexualité, sans exacerber leurs angoisses grâce à son air de vierge naïve et débordante de santé. Cette candeur empêche par la même occasion de rappeler que leurs compagnes, esseulées, ont les mêmes besoins.

Enfin, il ne faut pas négliger le symbole patriotique derrière ces représentations féminines. Pour les soldats, elles incarnent les femmes restées au pays - patientant jusqu'à leur retour - et donc la patrie à défendre.

Les soldats américains engagés durant la Seconde Guerre Mondiale s'approprient les *pin-up* de différentes manières, par exemple en en peignant sur le nez de leurs avions (*Nose Art*). Elles partagent ainsi encore plus leur quotidien et accompagnent les aviateurs dans les missions les plus risquées. Il est intéressant de noter que plus le conflit s'éternise et plus les dessins sont osés. La tension, l'éloignement géographique et l'isolement entraînent chez les mobilisés le besoin de plus en plus visibles d'être rassurés par une présence féminine et de garder un lien avec le pays.

En somme, la Seconde Guerre Mondiale voit l'utilisation stratégique de ces « femmes de papiers » se développer en une industrie florissante. Figures d'optimisme et d'espoir, incarnant la patrie à défendre et une certaine morale sexuelle, elles participent à l'avènement d'une masculinité triomphante, mettant en valeur une hétérosexualité assumée mais canalisée.

Après la fin de la guerre, elles incarneront finalement les valeurs d'une société américaine victorieuse et en pleine expansion et deviendront un incontournable de la culture populaire occidentale.

- Les Bordels Militaires de Campagne dans l'armée française^{112,113,114}

Les Bordels Militaires de Campagne (BMC) constituent un autre exemple d'une manifestation institutionnalisée de la sexualité des militaires. Ils font partie intégrante de la vie régimentaire jusqu'à la fin des années 1970 et au-delà dans de rares formations stationnées hors métropole. Leur existence, encore taboue aujourd'hui sans être cachée, est ancrée dans le contexte historique des conflits que l'armée française a connu durant le XX^{ème} siècle. Elle traduit la préoccupation de l'Institution à pallier une certaine misère sexuelle du combattant.

A la prise d'Alger le 5 juillet 1830, l'armée, alors seule représentante de l'autorité de la Nation française, affiche une volonté de contrôler la prostitution. L'idée est d'éviter aux hommes d'aller à la recherche de femmes autochtones, et donc de se mettre en danger tout en compromettant les relations avec la population locale (ex : en se faisant agresser dans certains quartiers dangereux, en provoquant des bagarres, en commettant des exactions, etc.).

Le 13 juillet 1830, un service de police et de salubrité est créé. Le 11 août, un dispensaire est ouvert pour les filles publiques. Le 27 mars 1831, les bases de la réglementation sont posées, conformes à celles de la métropole. Le 28 novembre 1835, un arrêté en fixe les règles définitives : c'est la naissance du BMC.

Jusqu'en 1918, le BMC reste une particularité des unités de l'Armée d'Afrique. Chaque unité possède alors sa propre section de charme, qui la suit lors de ses déplacements opérationnels. En métropole, les bordels des villes de garnison suffisent aux besoins des soldats.

Toutefois, au cours de la Première Guerre Mondiale, la propagation des maladies vénériennes devient exponentielle. Devant l'ampleur de l'épidémie, où les médecins militaires dénombrent pas moins de 20% à 30% d'hommes atteints de syphilis, une politique de santé publique est lancée le 5 janvier 1916, s'adressant aussi bien à l'armée qu'à la population civile. Conçue et mise en œuvre par le Service de Santé des Armées, elle comporte un volet prophylactique et thérapeutique, ainsi que la recherche des contaminés.

Mais en dépit des efforts, l'épidémie n'est pas endiguée. Pour ralentir cette propagation, un contrôle sanitaire des prostituées et des soldats semble s'imposer. En 1918, le président du

Conseil des ministres Georges Clemenceau charge son chef de cabinet militaire, le général de division Mordacq, d'installer des BMC dans le voisinage des camps installés en métropole, c'est-à-dire dans de petites villes ou près de villages. Alors qu'aucune réglementation de la prostitution n'existe, le général Mordacq signe le 13 mars 1918 la circulaire ministérielle qui place officiellement ces maisons closes sous contrôle militaire. Les généraux de région sont chargés de déterminer les besoins et de fournir le personnel (proxénètes et prostituées) en faisant appel aux services de police. Le génie trouve les locaux adéquats ou, à défaut, construit des baraques. Le Service de Santé des Armées surveille l'état de santé des prostituées et de leurs clients. Des moyens sont fournis par l'intendance, dont des préservatifs et des pommades prophylactiques. Des consignes, rédigées en français et en anglais, à appliquer *ante et post coitum*, sont affichées dans les chambres.

Au sortir de la guerre, sur les seules données existantes datant d'une période entre 1916 et 1918, 250 000 cas de maladies vénériennes sont répertoriés, ce qui est probablement en dessous de la réalité. Dans la population civile, près de 500 000 cas de syphilis sont enregistrés en quatre ans de guerre.

Par la suite, les bordels militaires vont se multiplier dans l'entre-deux-guerres ; presque chaque ville ayant une garnison ou un régiment en possède un.

Durant la Seconde Guerre mondiale, des unités d'Afrique du Nord viennent dans l'hexagone accompagnées de leurs BMC.

Toutefois, la loi de fermeture des maisons closes de 1946, dite loi « Marthe Richard », va freiner leur expansion, mais uniquement en métropole. En effet, cette loi ne s'applique pas hors du territoire national. Ainsi, cette pratique, devenue « tradition », s'accroît et se développe pendant les guerres coloniales d'Indochine et d'Algérie.

Ignorant le cadre juridique, les BMC des anciens théâtres d'opérations extérieures continuent de fonctionner pendant plusieurs années après leur implantation en métropole, via un système de « sous-traitance ». C'est le cas pour le BMC du 2^{ème} Régiment Etranger de Parachutistes (REP), qui déménage en 1967 de Bousfer (Algérie) à Calvi. Finalement, le démantèlement d'un vaste réseau de prostitution provoque sa fermeture en 1978. Il est alors le dernier BMC encore en activité en métropole.

Par ailleurs, le dernier BMC en territoire français, celui de la Légion Etrangère à Kourou (Guyane), ferme en 1995.

Si le caractère « hors-la-loi » du BMC a probablement contribué à sa disparition au sein des armées françaises, on peut penser que l'émergence de l'épidémie de SIDA dans les années 1980 a aussi eu un rôle. En effet, cette pathologie qui engage à l'époque le pronostic vital à court terme, met en échec la prévention des maladies vénériennes instaurée par le SSA. Exposer les militaires (et secondairement leurs conjoint(e)s) au risque de contracter ce genre de pathologie vénérienne n'est plus possible. La sexualité en mission ne peut donc plus être encouragée de la sorte.

En somme, si l'existence des BMC s'est étalée sur une période aussi longue, c'est qu'ils ont été considérés pendant longtemps comme bénéfiques pour le fonctionnement des unités.

Outre l'intérêt de préserver leur potentiel opérationnel par le contrôle de la transmission de maladies vénériennes, ils étaient dépeints comme un lieu de détente, où l'on s'y rendait pour rechercher de l'affection, sans forcément qu'il y'ait de rapports sexuels. Ils auraient ainsi agi positivement sur le moral des troupes.

De même, leur présence visait à garantir la sécurité des militaires français, en leur évitant de vagabonder hors du camp en quête de rencontres, et donc de s'alcooliser, de subir des accidents ou des agressions.

Ces maisons de tolérance auraient également eu un rôle de régulation des besoins sexuels et auraient ainsi empêché d'éventuelles exactions et débordements, que ce soit en temps de paix ou de guerre, favorisés par de longues périodes d'abstinence ou des engagements opérationnels difficiles.

Ainsi, sa création, ainsi que l'essor de la *pin-up* américaine, traduisent indirectement le fait que le sexe est considéré comme inhérent à la vie du militaire, quoiqu'il arrive. Ces deux exemples permettent d'illustrer certaines caractéristiques de cette sexualité influencée par l'environnement opérationnel.

- Sexualité du combattant en temps de guerre

Pour commencer, il faut rappeler que l'exercice militaire obéit à des contraintes et exigences qui n'ont pas d'équivalents en milieu civil. Le devoir de tout militaire est d'être en mesure de combattre et de tuer, tout en ayant conscience qu'il met sa vie en péril. Il doit aussi mettre de côté son confort personnel et accepter de vivre dans des conditions de vie dégradées, notamment en OPEX. Tout cela a donc probablement une incidence sur sa sexualité.

Toutefois, ce n'est vraisemblablement pas le cas en situation de combat, où le militaire semble se concentrer sur sa mission et sur ce qui lui paraît essentiel pour assurer sa survie et celle du groupe (grâce à la cohésion, entre autres). Dans ces circonstances, le combattant pratiquerait l'abstinence sans effort.

A l'inverse, dès qu'il sort de cette situation de danger imminent, lorsque sa vie n'est donc plus en jeu, les préoccupations humaines ordinaires, telle que le sexe, peuvent refaire surface. Or, dans le quotidien d'une OPEX, la sexualité du combattant pourrait être impactée par certains facteurs. Il ne faut pas oublier que la projection sur un théâtre d'opération modifie brutalement le contexte de vie d'un militaire, contraint à s'adapter pour trouver des repères dans ce nouvel environnement.

L'éloignement géographique de ses proches, ainsi que ce nouveau mode de vie peuvent engendrer une certaine solitude. En effet, alors qu'il est entièrement encadré sur le plan matériel et que le rythme de ses journées se calquent sur l'organisation de la mission, il peut paradoxalement avoir plus de temps pour lui, se retrouvant face à lui-même et ce, sans y avoir été forcément préparé. Il finit par devoir finalement gérer son angoisse de la mort et son stress, l'ennui lié à l'attente de la mission et à l'absence de distractions, son manque d'affection et de sexe, mais aussi ses préoccupations habituelles (liées à son couple, à ses problèmes financiers, etc.). Cela expliquerait en partie quelques modifications observées habituellement et empiriquement en cours de mission : remises en question (du couple, de certains aspects de sa vie, etc.), accentuation de la pratique sportive, augmentation de la consommation de tabac et d'alcool (à force d'allées et venues à la « popote »), et possiblement de drogues et de sexe¹¹⁵.

Avec la disparition des BMC, la sexualité du combattant en OPEX est désormais délaissée au gré des offres locales, pouvant entraîner de potentielles retombées tactiques, voire stratégiques et/ou politiques (ex : accusations portées contre des soldats français de l'opération Sangaris, qui auraient commis des abus sexuels en Centrafrique entre 2013 et 2015). Pour éviter les relations sexuelles et les débordements avec les femmes autochtones, le commandement fait désormais appliquer un certain nombre de mesures : interdiction d'avoir des relations sexuelles avec les habitants du pays, quartiers de la ville et établissements autorisés circonscrits, obligation de sortir et de rentrer en groupe, heure limite de retour obligatoire au camp, informations sur les IST, réglementation de la consommation d'alcool, considéré comme

facilitateur de rapports sexuels non protégés, accès mis à disposition dans certains camps de sites internet pornographiques.

En parallèle, l'armée doit faire face à un phénomène encore récent : la féminisation des effectifs en OPEX.

Dans l'imaginaire collectif, comme cela a été discuté plus haut, une femme faisant irruption dans un environnement masculin deviendrait perturbatrice de l'ordre social. La tension sexuelle engendrée que sa présence faciliterait ce trouble. Dans ce cas, le problème qu'elle rencontrerait ne serait pas lié à ses compétences mais plutôt à son sexe, ou plus exactement à sa sexualité.

De plus, l'angoisse de la mort, la promiscuité, la vie en collectivité quasi-permanente pendant des durées prolongées, l'isolement et l'éloignement du conjoint favoriseraient les rencontres en OPEX plus qu'en garnison, sans que celles-ci ne perdurent forcément après la mission. Encore une fois, la préoccupation de dérives éventuelles est au premier plan. De ce fait, dans l'intérêt de préserver l'opérationnalité et la bonne cohésion des troupes, les relations sexuelles entre militaires en opération ne sont pas souhaitées, sans être toutefois interdites. Ainsi, des règles de conduite sont souvent dictées plus ou moins explicitement, portant entre autres sur l'apparence (maquillage, bijoux, coiffure, tenue vestimentaire civile non ostentatoire) et le comportement (façon de s'adresser aux collègues masculins) du personnel féminin, mais aussi sur le fonctionnement de l'ensemble de l'unité (séparation sexuée des locaux de vie, des sanitaires, etc.).

Mais au-delà de l'objectif de préserver l'opérationnalité du groupe, ces règles témoignent de la volonté de refréner l'émergence de comportements déviants entre femmes et hommes militaires. Il est donc licite de se questionner sur l'existence ou non d'un lien entre spécificités du métier des armes et les violences faites aux femmes.

2-4- Violences faites aux femmes au sein de la sphère militaire

Ce travail de thèse a aussi pour finalité d'évoquer les violences interpersonnelles commises à l'encontre de femmes militaires par leurs frères d'armes. Au sein des forces militaires françaises, comme dans toute institution, les phénomènes de harcèlements, discriminations et violences sont possibles. Depuis quelques années, avec en particulier avec la sortie en 2014 d'une enquête journalistique intitulée *la Guerre invisible*¹¹⁶, l'intérêt médiatique

concernant ce sujet n'a cessé de croître, posant ouvertement la question du lien entre la présence des femmes au sein de la sphère militaire et l'émergence de violences. La féminisation récente de l'armée a pu en effet mettre ces violences davantage en évidence, les amplifiant peut-être, les rendant plus visibles probablement.

En réalité, il existe dans l'armée française très peu de données scientifiques concernant les violences faites aux femmes militaires.

Le rapport 2013 du Haut Comité d'évaluation de la Condition Militaire, déjà évoqué plus haut, n'aborde pas spécifiquement les questions relatives au harcèlement sexuel ou autres « comportements inadéquats »⁹⁸.

Le rapport de la mission d'enquête sur les cas de harcèlement, agressions et violences sexuelles dans les armées¹¹⁷, rédigé à la demande du ministère de la défense en 2014, souligne dans son plan d'action la nécessité de mener des études pour combler l'absence de statistiques fiables, plaçant les « comportements et actes prohibés à caractère sexuel ou sexiste » au centre des préoccupations. Pour lutter contre ces violences sexuelles en particulier, elle propose des recommandations axées sur la prévention, le renforcement des sanctions des auteurs et de l'accompagnement des victimes.

Expression concrète de ces considérations, la cellule Thémis est ainsi créée la même année. Structure interne à la Défense, mais indépendante des états-majors, directions et services, son objectif est de lutter contre les formes de harcèlement, de discriminations ou de violences sexuelles au sein du ministère de la Défense. N'importe quel personnel du ministère des armées, militaire ou civil, femme ou homme, témoin ou victime, a la possibilité de signaler par téléphone ou par courriel tout cas de violence sexuelle perpétrée dans le cadre du service ou sous emprise militaire. Le rôle de cette cellule est d'écouter, informer, protéger, orienter et suivre les victimes dans leurs démarches (juridiques notamment) ; de participer ou de conduire une enquête si nécessaire ; de conseiller le commandement, en termes de sanctions par exemple ; et de former tout agent du ministère à cette question. Elle a également pour fonction de centraliser les données en lien avec cette problématique. De ce fait, elle possède les seules données disponibles concernant les violences interpersonnelles dans ce milieu.

De son début d'activité en 2014 jusqu'au 31 décembre 2017, cet organisme a été sollicité pour près de 35 cas de viols, 63 agressions sexuelles, 116 situations de harcèlement sexuel, 31 actes d'atteinte à la vie privée et 56 faits de discriminations. Ces chiffres sont

certainement sous-évalués, étant donné que la cellule Thémis ne peut comptabiliser que les cas qui lui ont été déclarés¹¹⁸.

En somme, aucune donnée ne permet ce jour de démontrer que les femmes engagées dans l'armée française sont soumises à un risque accru de violences interpersonnelles liées à leur condition féminine.

Dans l'état actuel des connaissances, on ne peut donc s'appuyer que sur les réflexions qui ont été développées précédemment. Celles-ci laissent à supposer que les quelques aspects du métier des armes qui freineraient la féminisation et l'intégration des femmes pourraient également être le lit de violences à l'encontre des femmes militaires. Une liste hypothétique de facteurs de risque favorisant ces violences en découlerait : conditions de vie inhabituelles liées à un théâtre opérationnel (éloignement familial, séparation du couple, promiscuité, durée de mission prolongée, dureté de l'OPEX, angoisse de la mort), distinctions entre militaires (en fonction du sexe, de l'âge, du grade, de l'ancienneté, du statut professionnel), groupe avec une identité militaire hyper-masculine, faible taux de féminisation du commandement ou de la troupe, altération de l'esprit de cohésion, emprise de l'arme (locaux de vie communs, vie en collectivité au sein de la garnison, activités de cohésion), intégration d'une école militaire, situation de formation ou de stage, consommation de substances illicites (alcool, drogues), vulnérabilité individuelle sous-jacente (antécédents de violences, environnement socio-économique défavorable), désinhibition liée à l'exercice de la violence guerrière...

Dans tous les cas, cette question paraît complexe et ne se limiterait pas à rechercher uniquement un lien de causalité linéaire¹¹⁹. Une étude pourrait être menée pour identifier ces potentiels facteurs de risque.

En conclusion, cette revue de la littérature laisse à penser que la population des femmes militaires soutenues par le Service de Santé des Armées n'est pas épargnée par le phénomène des violences envers les femmes, voire qu'elles sont exposées à des risques spécifiques.

Même si l'étude qui va être détaillée plus bas n'évalue pas uniquement et spécifiquement les violences entre militaires, la mise en exergue des particularités du métier des armes aidera à appréhender les résultats de cette enquête, qui est de toute manière immergée dans ce monde-là.

Mais pour les médecins d'unité comme pour les médecins généralistes, l'enjeu reste le même : identifier des violences subies par leurs patientes lors de consultations de médecine de premier recours.

Chapitre 3 : Repérage des violences à l'encontre des femmes

Face au caractère insidieux et endémique des violences faites aux femmes et à leurs effets délétères sur la santé, la pratique d'un repérage sous forme de questions formulées lors de consultations semble une solution intéressante pour traiter ce phénomène.

3-1- Intérêt du repérage en médecine générale

Malgré l'ampleur démontrée des violences faites aux femmes tant à l'échelle mondiale que française, peu de médecins généralistes sont confrontés de manière fréquente et régulière à ce phénomène. D'après une étude qualitative incluant 21 médecins généralistes de Basse-Normandie, la plupart de ces soignants estiment avoir été très peu sollicités pour ce motif de consultation, justifiant parfois que les violences seraient l'apanage de milieux sociaux défavorisés ne concernant donc pas leur patientèle¹²⁰. En moyenne, ils ne reçoivent en consultation qu'une à deux femmes victimes de violences au cours d'une année⁷. Ainsi, les médecins généralistes méconnaissent la plupart du temps les violences qu'endurent ou ont enduré leurs patientes.

Confirmant cela, l'enquête ENVEFF a permis de mettre en évidence qu'une part non négligeable de ces situations n'était pas dévoilée : 45% des répondantes parlaient pour la première fois de ce qu'elles avaient vécu lors des entretiens téléphoniques menés pour l'étude. De même, deux tiers des victimes de violences sexuelles racontaient leur agression pour la première fois²⁹.

En 2004, au Centre Municipal de Santé de Romainville (Seine-St-Denis), le médecin généraliste G. Lazimi a interrogé de manière systématique cent consultantes âgées entre 18 et 92 ans pour savoir si elles avaient des antécédents de violences verbale, physique et sexuelle. Au total, près de 90% des victimes de violences sexuelles et 50% des victimes de violences physiques interrogées en parlaient pour la première fois¹²¹.

Selon l'enquête Cadre de Vie et Sécurité déjà citée plus haut, seule une minorité des femmes victimes de violences conjugales sollicite explicitement des professionnels. Ceci est d'autant plus vrai quand elles vivent encore sous le même toit que leurs conjoints violents^{3,17}.

Finalement, le peu de médecins généralistes qui prennent connaissance de ce genre de situations sont la plupart du temps mis au courant par les patientes elles-mêmes¹²⁰.

Tout cela laisse supposer que peu de médecins interrogent directement leurs patientes à propos des violences faites aux femmes. Il y a donc un hiatus très net pour ce sujet entre le vécu des femmes et la réalité des consultations de médecine générale.

Il s'avère que lors de ces consultations, certaines victimes n'osent finalement pas rompre le silence et dénoncer ce qu'elles subissent. Les raisons invoquées sont la peur de l'incompréhension du médecin et le manque de temps pour s'exprimer en consultation. Finalement, elles ne montrent que ce qui leur semble entendable par leurs médecins, en fonction de leur ouverture, leur interrogatoire, leur disponibilité, leur écoute et leur empathie³⁶. De plus, la crainte de l'agresseur et de ses représailles contre elles ou leurs enfants, le sentiment de honte, de culpabilité et de désespoir qu'elles ressentent parfois sont également des obstacles pouvant les confiner au silence. D'autres ne se perçoivent pas comme des victimes de violences ou s'en jugent responsables. Elles sont dans le déni, la banalisation, la minimisation. Comme on l'a vu précédemment, tout ceci peut témoigner de l'influence de l'emprise, des stratégies de l'agresseur et de complications consécutives aux violences^{36,37,122,123}.

Malgré tout, les professionnels de santé représentent le premier recours de ces femmes^{3,17}. Ils sont d'ailleurs invités depuis plusieurs années à « se sentir investi d'un « devoir d'ingérence » dans ce qui peut paraître relever du privé et qui pourrait représenter un danger vital si le médecin ne s'engageait pas pour protéger les victimes »¹²⁴.

La pratique d'un repérage, sous forme de questions formulées lors d'une consultation médicale, semble indiquée pour libérer la parole. Par ailleurs, ces questions sont généralement bien accueillies par les patientes. D'après l'étude du Dr. Palisse portant sur les violences sexuelles, chez 145 femmes consultant en médecine générale en Ile-de-France, 83% ont trouvé normal d'être interrogées sur ce type de violence. D'ailleurs, parmi les victimes qui ne s'étaient jusqu'alors jamais confiées, deux sur trois auraient souhaité que leur médecin de famille aborde le sujet avec elles. Au total, 83% des femmes de l'échantillon pensent que la prise en charge des violences sexuelles fait partie du rôle du médecin généraliste. Une même proportion estime en plus que cela donnerait la possibilité aux femmes victimes de violences sexuelles de parler.

Une étude suédoise, réalisée en 2007 auprès de 413 femmes consultant chez des sages-femmes ou dans des centres de planification familiale, a révélé que 92% des femmes de l'échantillon trouvent approprié d'être interrogées sur la sexualité en général et 72% sur les violences sexuelles¹²⁵.

L'implication du médecin généraliste paraît donc primordiale pour repérer activement les femmes victimes de violences et ainsi enclencher le processus de prise en charge qu'elles ne débutent parfois pas d'elles-mêmes.

Intérêt du repérage des violences faites aux femmes :

Peu de femmes victimes de violences ont déjà parlé spontanément de ce sujet à un professionnel de santé.

Peu de professionnels de santé questionnent leurs patientes à ce sujet.

Le soignant représente pourtant un interlocuteur privilégié pour les victimes.

La pratique du repérage des violences est bien accueillie, voire attendue par les patientes.

3-2- Modalités du repérage

3-2-1- Stratégie de repérage systématique versus ciblée

A l'heure actuelle, il n'y a pas de recommandation officielle en France quant à la meilleure manière de repérer les violences faites aux femmes en consultation médicale. Cette forme de dépistage pourrait être réalisée sous forme d'un questionnement systématique, ou alors de manière ciblée en fonction de certains signes cliniques d'alerte. Aucune recherche n'a permis de comparer ces deux stratégies à ce jour.

Selon l'étude qualitative de Basse-Normandie, en dehors des consultations où la victime s'est confiée directement à son médecin, les généralistes ayant mis à jour une situation de violence ont procédé par interrogatoire sur signes évocateurs, principalement devant des coups et des troubles psychologiques. Aucun médecin n'a évoqué spontanément le repérage systématique¹²⁰.

Alors qu'il n'a été démontré du côté des patientes aucune gêne, voire au contraire une certaine attente concernant l'évocation plus libre de ce sujet, de nombreux soignants éprouvent des difficultés à poser la question, ce qui représente un frein à la démocratisation de cette pratique. Vision stéréotypée des violences (milieu défavorisé, etc.), perception d'une faible fréquence de leur incidence, sentiment d'intrusion dans la vie privée, crainte de réactions négatives, manque de temps, sentiment d'isolement face à cette problématique, absence de

travail en réseaux spécialisés, méconnaissance de la prise en charge ultérieure sont autant de raisons qu'ils invoquent à l'idée d'appliquer cette pratique au quotidien^{16,126}. On peut imaginer que l'adhérence à ce procédé sera plus délicate à acquérir si cela doit être effectué à chaque consultation de manière systématique.

Pourtant, plusieurs études de repérage en France ont pris le parti de mettre à l'épreuve un exercice systématique de ce repérage^{127,128,129,130}. Les résultats laissent transparaître une certaine efficacité du dispositif puisque des cas de violence sont révélés en masse à chaque fois.

Une méta-analyse américaine a réalisé une synthèse méthodique d'une quinzaine d'essais randomisés évaluant diverses actions de dépistage et de soutien aux femmes victimes de violences conjugales. Les résultats ont montré qu'un repérage systématique des violences conjugales augmente de façon significative le nombre de victimes identifiées¹³¹.

Bien qu'il n'ait jamais été démontré d'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des victimes ainsi identifiées, au vu du bon accueil du repérage et devant certains bénéfices potentiels (levée de l'isolement, sentiment d'être écoutée et reconnue comme victime, libération de la parole), le repérage systématique des violences faites aux femmes aurait une balance bénéfices-risques plutôt favorable³⁷.

Pour son mémoire traitant de l'intérêt et de la faisabilité du dépistage des violences faites aux femmes en consultation médicale, le Dr. Lazimi a conçu un protocole où il était question pour 51 médecins généralistes et les 2 sages-femmes de poser systématiquement les trois mêmes questions suivantes à 557 patientes :

- Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants, injures, menaces ?
- 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 ?
- Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles : attouchements, viol, rapports forcés ?

Près de 77,5 % des participants répondent qu'ils n'ont pas eu de difficulté à poser ces trois questions de façon systématique. 81 % déclarent que leurs patientes n'ont eu aucune

difficulté à répondre. Pour information, 63% des 557 femmes interrogées ont confié avoir été victime de violences à un moment donné de leur vie (62,8% de violence verbale, 42,7% de violence physique, 17,8% de violence sexuelle).

Ainsi, le fait de pouvoir s'appuyer sur un arsenal de questions simples permettrait de vaincre la gêne et le sentiment d'intrusion des médecins qui pratiqueraient ce repérage. Poser la question des violences de manière systématique pourrait aussi rendre ce dispositif plus « automatique » et intégré à tout interrogatoire médical, au même titre que le fait d'évaluer la consommation d'alcool et de substances illicites pour n'importe quel patient.

3-2-2- Formulation de questions de repérage à destination des patientes

Outre les questions citées ci-dessus, il existe de multiples formulations pour aborder le sujet des violences avec les patientes. L'équipe de la revue *Prescrire* a réalisé un récapitulatif de questions possibles, émanant du travail de plusieurs équipes qui ont réfléchi à cela³⁷ :

- Parfois, les femmes qui ont des problèmes comme les vôtres ont des difficultés à la maison. Est-ce votre cas ?
- Comment ça se passe quand vous n'êtes pas d'accord avec votre conjoint, quand vous vous disputez ?
- Vous êtes-vous déjà sentie en danger à la maison, avez-vous parfois peur de ce que votre conjoint pourrait dire ou faire ?
- Nous savons que la violence touche de nombreuses femmes. Quelqu'un vous a-t-il déjà fait du mal ?
- Avez-vous déjà été humiliée ou giflée (ou insultée, dénigrée, bousculée, brutalisée, frappée, menacée, etc.) ? Par qui ?
- Avez-vous été victime de violences verbales, physiques ou sexuelles au cours de votre vie, au travail ou dans votre famille ?
- Votre conjoint vous a-t-il forcée à avoir des relations sexuelles ou tout autre contact sexuel que vous ne vouliez pas ?
- Est-ce que votre conjoint essaie de vous contrôler ? Vous empêche-t-il de sortir, de voir votre famille ou vos amis, de chercher un travail ?
- Vos enfants vont-ils bien, eux ?

Ces questions ont toutes en commun d'être relativement courtes, simples dans leur vocabulaire et sans ambiguïté concernant la thématique évoquée (même si certaines ne mentionnent pas directement le terme « violence »). Elles rappellent le style et l'attitude à adopter pour interroger une personne présentant des idées suicidaires (« avez-vous envie de mourir ? »). Chaque intervenant peut s'en inspirer pour diriger ses entretiens tout en étant le plus à l'aise possible.

Par ailleurs, une mise en scène du repérage des violences en consultation de médecine générale est proposée sous la forme d'une vidéo (intitulée « Anna ») par la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Disponible facilement sur internet, elle peut servir à illustrer cette pratique et aider les professionnels de santé à trouver les mots et attitudes adéquates, pour eux-mêmes et les patientes.

3-2-3- Circonstances de vigilance particulière

D'après leur revue de la littérature, l'équipe de *Prescrire* a également établi un listing de situations devant inciter tout soignant à rechercher la présence de violences, en gardant à l'esprit qu'il n'existe pas d'évaluation solide sous-tendant ces propositions :

- Plaintes vagues paraissant parfois exagérées, voire provoquant l'agacement des soignants, pour des symptômes variés alors qu'aucune cause physique apparente n'est détectée : fatigue, douleurs diverses, troubles gynécologiques, troubles de l'alimentation, etc. ;
- Consultations répétées sans motif clair ; rendez-vous médicaux pour les femmes elles-mêmes ou pour leurs enfants souvent manqués sans raison sérieuse ;
- Blessures physiques qui ne semblent pas correspondre à l'explication donnée ou de blessures apparaissant anciennes et multiples ;
- Traumatismes physiques subis pendant la grossesse ;
- Grossesses non désirées ;
- Troubles psychiques (anxiété, stress, manifestations de peur, dépression, idées suicidaires, détachement, apathie, confusion, hyperexcitation, trouble du sommeil) ;
- Manque de confiance en soi, perte de l'estime de soi, culpabilité, honte, dépréciation de soi, impuissance, résignation, indignité, isolement social ;
- Consommations addictives (alcool, drogues, médicaments, tabac) ;

- Troubles psychiques ou comportementaux chez les enfants ;
- Certaines attitudes du partenaire : attention excessive, réponses faites à la place de la patiente, attitude de dénigrement ou d'agressivité.

Ainsi, cela donne à penser que la pratique d'un repérage sur signes évocateurs peut se baser sur un pool de circonstances particulières et prédéfinies. Cette liste est intéressante car elle met en avant certaines situations de vulnérabilité reconnues, telle que la grossesse.

En revanche, il faut être vigilant devant ce principe car les tableaux mentionnés ci-dessus peuvent représenter une grande variété de motifs de consultation en médecine générale. Ils peuvent renvoyer surtout, comme on l'a déjà vu précédemment, à des symptômes aspécifiques et non pathognomonique des violences. Le risque est donc de ne pas penser à évoquer la violence cachée et se focaliser sur des étiologies purement somatiques ou psychiatriques pour un motif de consultation.

Modalités du repérage des violences faites aux femmes :

Préférer la pratique d'un questionnement systématique à chaque consultation.

Adopter un panel de questions courtes, faciles à poser et à comprendre.

3-3- Repérer pour orienter et prendre en charge

La finalité d'un repérage des violences faites aux femmes est bien sûr de mettre en place en réponse une prise en charge adaptée et éclairée.

Dans certaines études, près de 70 % des médecins déclarent avoir besoin de formation sur le thème des violences envers les femmes¹²⁷. Il est certain que la méconnaissance des spécificités de leur prise en charge constitue un frein à la promotion de cette pratique en médecine de premier recours.

C'est pourquoi il est utile d'en mentionner les grands principes et de détailler certains points essentiels, notamment en présentant le principe d'appui en première ligne.

3-3-1- L'appui de première ligne selon l'OMS

L'OMS a édité un manuel clinique s'adressant directement aux professionnels de santé qui pourraient être confrontés à des situations de violences lors de leur exercice. Ce document

leur fournit un certain nombre de conseils afin de les aider à prendre en charge les victimes de violences¹³².

Il recoupe des éléments qui ont déjà été mis en valeur dans ce travail de thèse sous forme d'encadrés (Voir les encadrés « Ce qu'il faut lui dire »). Aussi, la trame principale de cette partie sera calquée sur l'articulation du manuel, mais d'autres informations viendront la compléter.

Généralités

Ces conseils sont axés autour de ce que l'OMS appelle l'appui de première ligne. Ce type de soin consiste à « dispenser des soins pratiques et à répondre aux besoins émotionnels et physiques d'une femme, ainsi qu'à ses besoins en matière de sécurité et de soutien, sans faire intrusion dans sa vie privée ».

L'idée sous-jacente est de proposer une aide pour que la victime puisse faire face à ses besoins pratiques, ce qui l'encouragerait ensuite à affronter ses besoins émotionnels. Puis, en proposant une prise en charge prenant en compte ses besoins émotionnels, cela renforcerait son aptitude à prendre en charge elle-même ses besoins pratiques.

Il ne s'agit pas de vouloir résoudre les problèmes à sa place, la convaincre de quitter son conjoint violent ou l'inciter à tout prix à porter plainte.

L'appui de première ligne implique cinq tâches distinctes, qui vont permettre de répondre aux besoins de la patiente en termes de prise en charge globale :

- L'écouter
- S'informer de ses besoins et préoccupations
- Valider son expérience
- Améliorer sa sécurité
- La soutenir

Ecouter

L'écoute représente la base de toute communication de qualité et est l'un des principaux aspects de l'appui de première ligne. Elle donne l'occasion pour la patiente chez qui l'on a identifié une situation de violences subies de dire ce qu'elle veut, dans un endroit sûr et privé, à une personne attentionnée qui veut avant tout l'aider.

La posture à adopter est celle d'une écoute empathique et attentive, analysant toutes les formes d'expression du langage qu'emploie la patiente, qu'il soit verbal (y compris ce qui n'est pas explicitement dit) ou corporel (expressions faciales, gestuelle, contacts visuels).

Le tableau suivant est issu du manuel et résume les principaux conseils adressés aux soignants en termes d'écoute empathique et active :

	A faire	A ne pas faire
Comportement	<ul style="list-style-type: none"> - Soyez patient et calme - Faites-lui savoir que vous écoutez ; par exemple, hochez la tête ou dites « hmm ... » 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne la pressez pas de raconter son histoire. - Ne regardez pas votre montre et ne parlez pas trop vite. Ne répondez pas au téléphone, ne regardez pas un écran d'ordinateur et n'écrivez pas.
Attitude	<ul style="list-style-type: none"> - Admettez ce qu'elle ressent. - Laissez-la raconter son histoire à son rythme. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne jugez pas ce qu'elle a ou n'a pas fait, ni ce qu'elle ressent. Ne dites pas : « Vous ne devriez pas ressentir cela », « Vous devriez vous estimer heureuse d'avoir survécu », ni « Ma pauvre ». - Ne lui demandez pas de se dépêcher.
Discours	<ul style="list-style-type: none"> - Donnez-lui l'occasion de dire ce qu'elle veut. Demandez : « Comment puis-je vous aider ? ». - Encouragez-la à continuer de parler si elle le désire. Demandez : « Voudriez-vous m'en dire plus ? ». - Autorisez le silence. Donnez-lui le temps pour réfléchir. - Restez concentré sur son expérience et sur l'objectif de lui offrir un appui. - Admettez ce qu'elle veut et respectez ses désirs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne partez pas du principe que vous savez ce qui est mieux pour elle. - Ne l'interrompez pas. Attendez qu'elle ait fini pour poser des questions. - N'essayez pas de conclure ses pensées à sa place. - Ne lui racontez pas l'histoire de quelqu'un d'autre et ne parlez pas de vos soucis. - Ne pensez pas et n'agissez pas comme si vous deviez résoudre ses problèmes à sa place.

Tableau 4 : Conseils concernant ce qu'il faut faire ou ne pas faire en situation d'écoute.

S'informer de ses besoins et de ses préoccupations

Dans une situation de violence, les besoins d'une victime peuvent être variés et englober des besoins physiques, émotionnels mais aussi économiques ; de même ses préoccupations peuvent concerner le domaine de la sécurité ou de l'appui social, mais pas seulement. Il faut s'enquérir de cela et essayer de prendre connaissance et de respecter ce qui paraît être le plus important à ses yeux.

Les techniques présentées ci-dessous sont utiles pour aider la patiente à exprimer ce dont elle a besoin et pour s'assurer de bien la comprendre :

Techniques d'interaction	
Principes	Exemples
- Formulez vos questions comme des invitations à prendre la parole.	« De quoi souhaiteriez-vous parler ? »
- Posez des questions ouvertes pour encourager votre interlocutrice à parler plutôt qu'à répondre par « oui » ou par « non ».	« Comment vous sentez-vous par rapport à cela ? »
- Répétez ou reformulez ce que la personne dit pour vérifier votre compréhension.	« Vous avez mentionné que vous vous sentiez très frustrée. »
- Mettez en évidence ses sentiments.	« Il semble que vous soyez en colère à propos de ... ? » ; « Vous semblez énervée. »
- Cherchez à en savoir plus si nécessaire.	« Pourriez-vous m'en dire plus à ce sujet ? »
- Demandez des précisions si vous ne comprenez pas.	« Pouvez-vous réexpliquer cela, s'il vous plaît ? »
- Aidez-la à définir et à exprimer ses besoins et ses préoccupations.	« Y a-t-il quelque chose dont vous avez besoin ou qui vous préoccupe ? » « Il semble que vous ayez peut-être besoin d'un endroit où loger. » « Il semble que vous soyez inquiète pour vos enfants. »
- Résumez ce qu'elle a exprimé.	« Vous semblez dire que ... »
A éviter	
Ne posez pas de questions suggestives, comme « J'imagine que cela vous a énervée, n'est-ce pas ? »	
Ne posez pas de questions introduites par « pourquoi », par exemple « Pourquoi avez-vous fait cela ... ? » Elles peuvent sembler accusatrices.	

Tableau 5 : Techniques d'interaction pour évaluer les besoins et préoccupations d'une victime

Valider son expérience

Valider l'expérience d'une victime de violences signifie lui faire savoir qu'elle est écoutée attentivement, que ce qu'elle dit est compris et cru sans jugement ni condition.

Améliorer sa sécurité

Parmi les femmes qui ont été victimes d'actes de violence, beaucoup craignent pour leur sécurité.

D'autres peuvent estimer ne pas avoir besoin d'un plan de sécurité parce qu'elles ne croient pas que la violence se manifesterait encore. En cas de violences conjugales, il faut expliquer à la patiente que la violence ne s'arrêtera pas d'elle-même. Au contraire, elle a tendance à se poursuivre, voire à s'aggraver (Cf. le modèle de la violence cyclique).

Évaluer la dangerosité d'une situation et établir un plan de sécurité sont des processus continus, étalés sur l'ensemble de la prise en charge et à adapter à mesure que les besoins, options et ressources d'une victime évoluent.

Évaluer la dangerosité

Le risque immédiat est surtout incarné par le risque d'homicide par un conjoint ou ex-conjoint violent.

Certaines femmes savent quand elles sont en danger immédiat. Si une patiente craint pour sa sécurité, il faut donc la prendre au sérieux.

Cependant, d'autres peuvent avoir besoin d'aide pour déterminer si elles courent un risque immédiat ou non. Dans le cadre de violences conjugales, les questions suivantes peuvent être posées pour déterminer ce risque :

- La violence physique s'est-elle produite plus souvent ou s'est-elle aggravée au cours des six derniers mois ?
- Votre partenaire a-t-il déjà utilisé une arme ou vous a-t-il déjà menacée avec une arme ?
- A-t-il déjà essayé de vous étrangler ?
- Croyez-vous qu'il pourrait vous tuer ?
- Vous a-t-il déjà battue quand vous étiez enceinte ?
- Est-il violemment et constamment jaloux de vous ?

Si l'interrogée répond « oui » à au moins trois des questions suivantes, elle est susceptible d'être exposée à un risque de violence particulièrement élevé. Dans ce cas, il faut envisager de l'orienter vers des services appropriés pour lui fournir un abri ou un logement sûr, ou travailler avec elle pour trouver un lieu sûr où elle puisse aller. Il ne faut pas hésiter à lui dire que l'on pense qu'elle court peut-être un grave danger.

En France, plusieurs mesures de protection d'urgence ont été prévues pour faire face à ce genre de situation et sont détaillées sur les sites stop-violence.gouv.fr et justice.fr. Ce sont notamment :

- L'ordonnance de protection : elle peut être délivrée en urgence par le juge aux affaires familiales saisi par la personne en danger. Il n'est pas nécessaire que la victime ait préalablement porté plainte, mais elle doit démontrer au juge saisi à la fois les violences subies et le danger auquel elle ou ses enfants sont exposés ;
- Le téléphone dit « grand danger » (TGD) : dans certains cas, il peut être attribué par le procureur. C'est un téléphone spécifique permettant à une victime de violences conjugales de contacter directement une plateforme spécialisée qui alertera si nécessaire la police ou la gendarmerie. La victime peut être géolocalisée si elle le souhaite.

Pour finir, évaluer la dangerosité d'une situation pour une victime revient à évaluer si elle présente des idées ou conduites suicidaires, rappelant que les violences génèrent des conséquences psychologiques et psychiatriques parfois graves.

Etablir un plan de sécurité

Toute femme victime de violences devrait disposer d'un plan de sécurité, en vue de pouvoir mieux gérer toute manifestation brutale et extrême de violence.

- Étudier comment améliorer sa sécurité au domicile : Si les discussions susceptibles de dégénérer en violence ne peuvent être évitées, on peut conseiller d'essayer de faire en sorte qu'elles aient lieu dans un endroit que la patiente peut quitter facilement. On peut également lui conseiller de rester éloignée de toute pièce où il pourrait y avoir des armes.

- Si le départ s'avère être la seule solution pour elle : on peut lui recommander d'établir ses plans et de partir pour un lieu sûr **avant** d'en informer son partenaire. Sinon, elle peut s'exposer, ainsi que ses enfants, à un risque de violence plus important.

Plan de sécurité	
Lieu sûr où aller	« Si vous deviez quitter votre maison à la hâte, où pourriez-vous aller ? »
Plan pour les enfants	« Partiriez-vous seule ou emmèneriez-vous vos enfants ? »
Transport	« Comment gagneriez-vous ce lieu sûr ? »
Objets à emporter	« Aurez-vous besoin d'emporter des documents, des clés, de l'argent, des vêtements ou d'autres objets quand vous partirez ? Qu'est-ce qui est essentiel ? Pouvez-vous rassembler ces objets dans un lieu sûr ou les laisser à quelqu'un, au cas où ? »
Finances	« S'il vous faut partir, avez-vous accès à de l'argent ? Où cet argent est-il rangé ? Pouvez-vous le prendre en cas d'urgence ? »
Soutien dans le voisinage	« Y a-t-il un voisin ou un proche à qui vous puissiez parler de la violence et qui pourrait appeler la police ou vous venir en aide ? »

Tableau 6 : Outil de travail pour établir un plan de sécurité avec la patiente

De même, on peut lui conseiller de préparer un « sac de départ » conservé dans un lieu sûr facile d'accès, avec quelques effets personnels (vêtements, double des clés, affaires de toilette...), des papiers et documents importants (passeport, livret de famille, carnets de santé, titre de propriété, bulletins de salaires, diplômes, carte grise, carte de sécurité sociale, preuves rassemblées...), de l'argent, etc. Elle peut aussi préenregistrer et apprendre par cœur les numéros d'urgence (Police/Gendarmerie, associations, autre soutien), signaler aux forces de l'ordre où elle compte se rendre, convenir d'un code de communication avec un proche pour signaler un danger et informer les enfants sur la conduite à tenir en cas de danger.

- Éviter de la mettre en danger : Ne parler de violence que lorsque la patiente est strictement seule. Étudier avec elle la manière dont elle expliquera où elle a été. Si elle doit emporter des papiers (pour la police, par exemple), discuter de ce qu'elle fera des papiers.

Soutenir

Dans ce type de consultation, apporter son soutien à une victime revient à lui permettre d'accéder à d'autres ressources utiles pour renforcer son appui social, tout en assurant un accompagnement et un suivi dans son parcours.

Cette partie citée dans le manuel de l'OMS va surtout permettre de s'en détacher pour introduire des notions-clés plus adaptées à la pratique de la médecine en France.

Les besoins d'une victime vont généralement au-delà de ce qu'il est possible d'offrir en consultation de médecine générale. Pour que sa prise en charge soit optimale, celle-ci doit avant tout être multidisciplinaire. Ainsi, tout médecin doit veiller à se créer son propre réseau avec des professionnels de son secteur formés aux violences faites aux femmes pour orienter au mieux la victime vers les structures et spécialistes dont elle a besoin.

Par habitude, il ne travaille de toute manière jamais seul mais se place souvent au sein d'un maillage plus large d'intervenants de divers domaines, comme c'est le cas quand il s'occupe de patients atteints de diabète, de cardiopathie, de néoplasie, etc.

Les acteurs à associer à cette prise en charge peuvent appartenir à différents domaines, leurs actions étant complémentaires :

- Psychologue ou psychiatre formé à l'état de stress post-traumatique ;
- Assistant de service social ; aide sociale à l'enfance (ASE) et autre travailleur social
- Juriste ou avocat ;
- Infirmier,
- Associations d'écoute et d'aide aux victimes, d'hébergement d'urgence ;
- Accueils de jour (AJ) et Lieu d'Ecoute, d'Accueil et d'Orientation (LEAO)
- Unité médico-judiciaire
- Commissariat ou gendarmerie
- Centre de planning familial, service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) ;
- Centre d'Informations sur les Droits des Femmes et des Familles ;
- Référent « violences faites aux femmes » de chaque structure hospitalière.

En France, plusieurs ressources sont à disposition ; le focus va être fait ici sur les deux principales, facilement identifiables et mobilisables :

- Stop-violences-femmes.gouv.fr : Ce site internet gouvernemental répertorie les numéros d'urgence, les numéros d'écoute, d'information et d'orientation et les associations nationales et de proximité pouvant être contactés en cas de besoin. Il est à destination aussi bien des femmes souhaitant se renseigner elles-mêmes qu'aux professionnels. Pour ces derniers, il propose en outre des outils de formation, d'informations juridiques, des modèles de certificats et d'attestations, des affiches à apposer dans les salles d'attente et des vidéos informatives. Par ailleurs, un dispositif en haut de page permet en un clic d'effacer toute trace de passage rapidement, ce qui évite de mettre en danger la victime qui consulterait cette adresse.
- [Le 3919 « Violences Femmes info »](http://Le3919.fr) : C'est le numéro national de référence d'écoute téléphonique et d'orientation à destination des femmes victimes de toutes formes de violences, de leur entourage et des professionnels concernés. Il assure une écoute, une information et, en fonction des demandes, une orientation adaptée vers les dispositifs locaux d'accompagnement et de prise en charge. L'appel est anonyme, gratuit, confidentiel (pas de traces sur les factures téléphoniques), accessible depuis un poste fixe ou mobile, en France métropolitaine et DOM-TOM, 7 jours sur 7, de 9h à 22h du lundi au vendredi et de 9h à 18h les samedis, dimanches et jours fériés. Ce n'est pas un numéro d'urgence. Il est géré par la Fédération Nationale Solidarité Femmes et est soutenu par le Ministère chargé des droits des femmes ; il s'appuie sur un partenariat avec les principales associations nationales de lutte contre les violences.

Le manuel de l'OMS précise qu'il arrive qu'une patiente ne donne pas suite aux conseils d'orientation donnés, et donne là-encore plusieurs conseils aux soignants pour maximiser les chances qu'elle réussisse à accéder à l'aide disponible :

- Être sûr que l'orientation réponde à ses préoccupations ou besoins les plus importants ;
- Si elle exprime des difficultés pour aller voir le professionnel conseillé, essayer de trouver des solutions avec elle le cas-échéant. Elle peut évoquer les problèmes suivants, par exemple : personne n'est disponible pour garder ses enfants ; son partenaire pourrait découvrir sa démarche et essayer de l'empêcher de poursuivre ; absence de moyens de transport.

- Si elle accepte l’orientation proposée : lui parler du service en question (lieu et intervenant en eux-mêmes, accessibilité en transport) ; proposer de téléphoner pour lui prendre un rendez-vous si cela peut l’aider (par exemple, si elle n’a pas de téléphone ou de lieu sûr pour appeler) ; lui noter à sa demande les informations dont elle aurait besoin (heure, lieu, modalités de transport, nom de l’intervenant) et lui demander de réfléchir aux moyens de garantir qu’aucun tiers ne verra ce papier ; dans la mesure du possible, veiller à ce qu’une personne de confiance l’accompagne à son premier rendez-vous.

D’autre part, il est préférable de passer des accords d’orientation officiels avec les organisations vers lesquelles sont orientées ces femmes, si possible en s’entendant à l’avance sur la procédure de prise de contact (la prise de rendez-vous sera-t-elle faite par le médecin ou la patiente ?).

En somme, l’appui de première ligne met en avant la relation humaine entre la patiente et son médecin. Il ne s’agit plus uniquement de poser un diagnostic et décider d’un traitement thérapeutique. Son objectif est de privilégier l’écoute attentive, représentant déjà un aspect primordial de la prise en charge, et la réponse empathique du soignant face aux besoins et aux préoccupations de la victime, avec le souci de renforcer l’appui social dont elle dispose et d’améliorer sa sécurité. Son but est aussi de pouvoir l’aider à découvrir et à étudier elle-même les options qui s’offrent à elle, et à sentir qu’elle a la force de prendre des décisions importantes et de les mettre en œuvre.

3-3-2- Mobiliser ses connaissances pour aider la victime

Des connaissances concernant la thématique des violences faites aux femmes ont été distillées tout au long de cet état de l’art avec le souci de les présenter de manière concrète et ainsi facilement mobilisables dans l’exercice quotidien de la médecine générale.

Tout en s’inspirant du concept d’appui de première ligne, on peut alors se rappeler les quelques éléments-clés qui ont été exposés. Après avoir repéré une situation de violence, plusieurs paramètres sont importants à identifier :

- Nombre de types de violence présents ;
- Lien du ou des agresseurs avec la victime ;
- Durée des violences ; fréquence et répétitivité ; caractère récent ou non ;

- Antécédents personnels et familiaux de violences ;
- Gravité, notamment en termes de conséquences physiques, psychiques (rechercher spécifiquement des signes pouvant faire évoquer un état de stress post-traumatique), gynéco-obstétricales ; rechercher également un impact sur les enfants ;
- En cas de violences conjugales : manifestations cycliques de la violence, stratégies de l'agresseur, présence d'une relation d'emprise.

L'intérêt de cette démarche est de pouvoir amener la patiente à réfléchir au lien qui existerait entre la violence qu'elle subit et plusieurs aspects de sa vie.

En lui expliquant tout ce qui se joue derrière une situation de violence, l'enjeu est de lui faire prendre conscience que les violences ont des conséquences sur l'état de santé des victimes et de leurs enfants, ce qui peut donner une nouvelle dimension à ses problèmes de santé et ouvrir la voie à un arsenal thérapeutique complémentaire.

L'autre objectif est de réussir avec elle à contrer une éventuelle relation d'emprise, en brisant le cycle de la violence et en contrant les stratégies de manipulation de l'agresseur par des stratégies inverses²⁴ :

- **Il veut l'isoler** ≠ Je manifeste mon intérêt pour elle ; je l'aide à repérer autour d'elle qui peut l'aider, la soutenir ; je lui propose un suivi régulier ;
- **Il l'humilie, la traite comme un objet** ≠ Je valorise et encourage sa personne et chacune de ses actions : elle est courageuse, elle cherche une solution, elle envisage des possibilités ; je salue ses capacités, avec les enfants, dans son emploi, vis-à-vis de sa famille, dans son parcours de démarche, etc. ; je l'invite à décider et je valide ses décisions ;
- **Il la rend responsable de la situation et la culpabilise** ≠ Je m'appuie sur le droit pénal pour attribuer à l'agresseur la pleine et totale responsabilité de ses actes ;
- **Il fait régner la terreur** ≠ Je me préoccupe d'assurer sa sécurité tout en lui démontrant la dangerosité de son agresseur ; je résiste moi-même à l'emprise de la peur et pour cela je fonde mon raisonnement et mes déclarations sur la loi qui sanctionne et réprime de tels agissements ;
- **Il cherche à assurer son impunité en recrutant des alliés** ≠ Je suis sur mes gardes pour ne pas être recruté parmi ses alliés ; je ne suis pas dans le déni, je ne banalise pas les faits qui me sont rapportés.

3-3-3- Rédaction du Certificat Médical Initial (CMI)

Le certificat médical est un document médico-légal qui constitue un élément de preuve de la violence subie. Toutefois, il n'est pas indispensable pour le dépôt de plainte.

Les soignants ont l'obligation d'en rédiger un si une victime en fait la demande. Dans ce cas, il est à remettre en main propre à celle-ci, dans le respect du secret médical.

En France, le Conseil de l'Ordre des médecins conseille d'établir systématiquement un certificat médical constatant des violences même si les victimes n'en font pas la demande, quitte à le consigner simplement dans le dossier. Si une victime change d'avis et souhaite finalement porter plainte, le médecin est alors en mesure de lui fournir une copie du certificat¹³³.

Certains points concernant sa rédaction sont à souligner ; certains peuvent apporter une plus-value importante à la patiente (ex : dans le cadre d'une procédure juridique).

Le soignant doit décrire ce qu'il constate avec objectivité, en rajoutant si possible des photos des lésions constatées (avec l'accord de la patiente), sans omettre d'éventuelles manifestations psycho-comportementales. Ceci est d'autant plus important que les violences ne laissent parfois aucune trace (violence verbale et psychologique, étranglement minime, etc.).

De plus, l'évaluation de l'incapacité totale de travail (ITT) est facultative. Elle correspond à « la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime ». Ces activités font référence aux actions telles que manger, se laver, dormir, s'habiller, se déplacer, parler, jouer (si la victime est un enfant). Cette évaluation est parfois difficile et peut être fixée ultérieurement par un médecin légiste sur la base des signes décrits sur le certificat. Si l'ITT est déterminé, il est impératif de préciser sur le certificat : « sous réserve de complications ultérieures ».

Il convient aussi de mentionner sur le certificat si l'examen a été réalisé en présence d'une autre personne et s'il a nécessité un interprète, auquel cas ses nom, prénom et adresse sont à noter^{37,134}.

Pour rappel, la MIPROF, en coopération avec le Conseil National de l'Ordre des médecins, met à disposition sur le site « Stop-violences-femmes.gouv.fr » un modèle de certificat médical initial pour adulte, avec une notice explicative.

Mise à part la rédaction d'un certificat médical, on peut suggérer à la victime d'essayer de recueillir d'autres types de preuves : témoignages écrits datés et signés, SMS, courriels et courriers échangés avec l'agresseur, photos, images, vidéos utilisées contre la patiente, comptes rendus hospitaliers...

3-3-4- Secret médical

Pour sécuriser et rassurer une femme victime de violences qui viendrait à se confier lors d'une consultation, il ne faut pas négliger l'importance de lui rappeler qu'elle est protégée par le secret médical et qu'un soignant n'est autorisé à révéler des faits de violence qu'avec son consentement.

Toutefois, il faut savoir qu'en France, certaines situations font exception à ce principe et doivent être dans ce cas expliquées à la patiente pour éviter tout malentendu. Le Code pénal (article 434-3) et les articles 9 et 44 du Code de déontologie médicale font obligation aux soignants de signaler aux autorités médicales, judiciaires ou administratives les faits de violence avérés ou probables, quand ils estiment en conscience qu'il y a mise en danger de personnes mineures ou de personnes qui ne sont pas en état de se protéger en raison de leur âge, de leur état psychique ou physique ou d'une grossesse.

Enfin, le rôle privilégié que peut avoir le médecin dans l'enclenchement d'une procédure judiciaire par les victimes de violences est reconnu en droit français. En effet, la peur des victimes de ne pas être crues par les forces de l'ordre lorsqu'elles déposent plainte peut constituer un obstacle. L'article 226-14, 2° du Code pénal entend surmonter partiellement cet obstacle. Il autorise tous les professionnels de santé à violer le secret médical lorsque une victime majeure les y autorise afin de faire connaître au procureur de la République les violences sexuelles présumées qui découlent des atteintes physiques ou psychologiques que le médecin a pu observer.

3-3-5- Être patient

Sortir de la violence est souvent un processus long et douloureux. Le rôle des soignants n'est pas de forcer la victime à prendre des décisions trop rapides. En prenant en compte les effets néfastes des violences (emprise, état de stress post-traumatique et autres conséquences),

tout médecin est en mesure de comprendre les comportements d'une patiente et d'accepter que la prise en charge prenne du temps. Une prise en charge de ce type doit alors s'organiser dans la durée.

En résumé, le rôle des soignants n'est pas de confronter les victimes à leur propre façon d'appréhender les violences, ni de prendre des décisions à leur place. Ils doivent s'inspirer d'un certain nombre de principes spécifiques à la prise en charge des violences (cinq aspects de l'appui de première ligne, expliquer l'emprise et l'état de stress post-traumatique, etc.) pour adapter l'accompagnement qu'ils vont fournir dans la durée. En somme, l'objectif premier est ainsi d'aider les victimes à s'aider elles-mêmes, par un soutien éclairé, global et pluridisciplinaire.

Deuxième partie : Etude

Chapitre 1 : Objectifs

Ce travail de thèse s'inscrit dans une volonté d'introduire dans le domaine de la médecine militaire le sujet des violences à l'encontre des femmes, problématique de plus en plus étudiée au sein de la communauté médicale civile et pour laquelle une ouverture s'opère progressivement quant à l'amélioration de la prise en charge des femmes victimes de violences.

Dans ce contexte, il semble essentiel que les médecins des forces armées françaises s'emparent à leur tour de cette question, d'autant plus qu'ils soutiennent l'une des armées les plus féminisées au monde.

Ainsi, tout en se rappelant que l'essence même de leur métier est d'être confronté à la violence guerrière, l'objectif de l'étude a été d'évaluer leurs connaissances, leurs expériences professionnelles et leurs opinions concernant les violences faites aux femmes et leur repérage.

L'hypothèse de départ était que les médecins d'unité, au même titre que leurs confrères civils, possèderaient des connaissances parcellaires et peu spécifiques en rapport avec les violences faites aux femmes. De plus, peu d'entre eux seraient confrontés à cette problématique en consultation, du moins de manière coutumière. Pour autant, un certain nombre seraient potentiellement favorables à la promotion de la lutte contre les violences faites aux femmes en médecine d'unité, sous couvert de formations préalables, sans qu'ils ne mettent spontanément en avant le repérage systématique.

Cette analyse n'a pas eu pour vocation de déterminer la prévalence des violences parmi les femmes militaires, ni à rechercher l'existence de spécificités liées au milieu militaire pouvant favoriser l'émergence de violences dans les troupes.

Chapitre 2 : Matériels et méthodes

2-1- Cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude **quantitative, observationnelle et descriptive**, de type **enquête transversale**.

Elle s'est déroulée du 14 mai au 18 juin 2018.

2-2- Population étudiée

La population étudiée a été constituée d'une part des médecins d'unité encore en activité en mai-juin 2018, appartenant aux Centres médicaux des Armées (CMA) de Paris et de Versailles (soit 84 individus ; 42 médecins dans chaque CMA) et d'autre part, de deux promotions d'Internes des Hôpitaux des Armées (IHA), inscrits au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale et au Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine d'urgence, ayant passé les Epreuves Classantes Nationales (ECN) en 2015 et en 2016 (soit un effectif total de 142 individus ; 77 personnes pour la promotion ECN 2015 et 65 pour la promotion ECN 2016). Au total, 226 médecins ont été sollicités.

Les critères d'inclusion étaient larges, puisqu'il suffisait d'accepter de participer à l'étude et d'appartenir à l'un de ces deux groupes.

Par ailleurs, ces groupes de médecins ont été choisis pour leur pratique de la médecine générale au sein des antennes médicales, soit de manière habituelle (Médecins des Forces), soit de manière ponctuelle lors des stages chez les praticiens des armées de premier niveau (IHA de médecine générale et DESC de médecine d'urgence).

Les critères d'exclusion étaient définis par le non renvoi du questionnaire d'enquête ainsi que son remplissage incomplet.

De plus, un critère de non-inclusion a été fixé, écartant de l'étude les IHA des deux promotions n'ayant pas réalisé de stage chez les praticiens des armées.

Concernant la taille de l'échantillon, le nombre de sujets nécessaires n'a pas été déterminé, étant donné le type d'étude qui a été mené ici.

2-3- Procédure

Pour permettre la réalisation de cette enquête transversale, un auto-questionnaire (Cf. Annexe) a été diffusé par message électronique aux médecins d'unité des CMA de Paris et de Versailles, ainsi qu'aux IHA des promotions ECN 2015 et 2016.

La liste des adresses e-mails de l'ensemble de ces médecins des forces et IHA ayant effectué un stage chez le praticien de niveau 1 a été recueillie par l'intermédiaire de l'annuaire informatique interne des CMA de Paris et de Versailles, ainsi que par celui du Bureau des Internes et Assistants de l'Ecole du Val-de-Grâce pour les IHA.

Sur la base du volontariat, chaque participant devait compléter le questionnaire et le retourner via le même procédé, à une adresse électronique dédiée, avant une date limite indiquée sur le courriel initial.

Quelques précisions de réponse ont pu être demandées par échange de mail.

Aucun financement n'a été nécessaire pour le déroulement de l'enquête.

Le sujet de thèse et le questionnaire ont été acceptés par la commission des thèses de la Faculté de Médecine Paris Descartes du 13 mars 2018, dirigée par le Dr. A. Lorenzo et le Dr. H. Partouche.

2-4- Questionnaire

2-4-1- Généralités

Cet auto-questionnaire, strictement anonyme, était divisé en 4 parties :

- Une page de couverture introduisant la thématique du repérage des violences à l'encontre des femmes, mentionnant également quelques informations concernant les objectifs et modalités de l'étude ;
- Un cartouche de renseignements généraux (sexe, âge, statut professionnel), à compléter par le répondant ;
- Le questionnaire en lui-même, découpé en 3 sous-parties ;
- Un dernier cartouche citant certains des principaux contacts utiles à la prise en charge des victimes de violences, donnés à titre indicatif.

2-4-2- Elaboration du questionnaire

Avant de poursuivre, il est utile de détailler certaines idées ayant influencé la création de ce questionnaire.

En effet, outre son rôle de collecte de données, celui-ci se devait d'être synthétique, abordable et peu chronophage, balayant dans le même temps les principaux aspects relatifs au repérage des violences faites aux femmes engagées dans les forces armées. Cet équilibre visait à inciter chaque participant potentiel à répondre à l'enquête, tout en les interpellant et sensibilisant à propos de cette problématique.

Premièrement, la page de couverture dressait un aperçu à propos des violences faites aux femmes, en procédant à quelques rappels des grands principes sous-tendant cette thématique, déjà décrits en première partie de cette thèse. Ancrer cela dans le fil de l'actualité permettait d'attirer l'attention du lecteur, en lui faisant se remémorer certaines affaires de violences sexuelles fortement médiatisées en 2017-2018.

Deuxièmement, le questionnaire en lui-même, conçu dans cette optique de collecte de données et de sensibilisation, répondait à plusieurs défis pour chacune de ses sous-parties.

La première sous-partie du questionnaire avait pour but d'établir un aperçu des connaissances globales des médecins d'unités et IHA par rapport au repérage des violences faites aux femmes. Tout l'enjeu résidait dans la nécessité d'être le plus discriminant possible dans les questions, afin de départager ceux qui possédaient quelques notions de ceux qui n'en avaient pas au préalable, en veillant à rester à un niveau de difficulté correct quant à la mobilisation des données actuelles liées à cette thématique (en particulier pour les items utilisant des

connaissances épidémiologiques). Pour s'en assurer, cette sous-partie a été relue et testée par quelques IHA et médecins militaires, qui devaient justifier et commenter leurs réponses. Une adaptation des questions a été réalisée par la suite. Concernant la deuxième question, elle a été rédigée à la façon d'un Questionnaire à Choix Multiple (QCM) « sanctionnant », afin de tester au mieux ces connaissances : certains items proposés étaient faux, d'autres vrais. Les participants ont eu pour consigne de cocher ceux qu'ils considéraient comme des affirmations vraies. Pour la troisième question, chaque répondant pouvait cocher la ou les cases correspondant aux organismes qu'il connaissait, spécialisés dans la prise en charge des violences.

La deuxième sous-partie, véritable cœur de l'étude, abordait plus directement l'expérience professionnelle des répondants concernant la pratique du repérage des violences faites aux femmes. Le premier item marquait un tournant dans le remplissage du questionnaire, puisqu'il permettait d'identifier celles et ceux qui avaient déjà été confrontés à ce motif de consultation. Cela leur laissait l'opportunité de caractériser d'avantage au fur et à mesure du questionnaire les situations de ce type rencontrées au cours de la dernière année (ou de leur stage chez le praticien de niveau 1, d'une durée de 6 mois, pour les IHA). Pour ce faire, les questionnaires des travaux de thèse du Dr. Palisse⁹, du Dr. Barroso Debel¹⁶ et du Dr. Auslender³⁸ ont été une source d'inspiration pour fournir la trame de cette sous-partie. Ainsi, les questions retenues et adaptées permettaient de déterminer plusieurs aspects des cas de violences rencontrés en consultation : leur fréquence et leur nombre, les circonstances dans lesquelles les praticiens en avaient pris connaissance, les types de violences identifiés (tout en les définissant plus explicitement par des exemples pour contrer la subjectivité de chacun), les relations qu'entretenaient les victimes et leur(s) agresseur(s) et le caractère récent ou non des violences.

La troisième et dernière sous-partie invitait les répondants à livrer leurs opinions à propos de la pratique du repérage des violences faites aux femmes, en se projetant dans leur exercice quotidien de la médecine d'unité. La dernière question avait pour objectif d'explorer les potentiels obstacles pouvant freiner l'adhérence des praticiens à ce dispositif. Cette liste non exhaustive d'items s'inspirait là encore des résultats de la thèse du Dr. Barroso Debel, qui se base sur une enquête qualitative au cours de laquelle ont été menés des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes, interrogés sur ce qui pouvait les empêcher de faire du repérage de la violence conjugale.

2-5- Recueil des données

Les résultats ont été entrés dans le logiciel Excel.

Bien que les identités des répondants n'aient pas été explicitement demandées dans les questionnaires, elles auraient pu être retrouvées par le biais de leurs adresses e-mails. Une anonymisation a donc été effectuée à la réception des questionnaires.

2-6- Analyse des données recueillies

Une analyse statistique descriptive a été réalisée, avec calcul d'effectifs, de pourcentages et de moyennes, avec le soutien méthodologique initial du Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées (CESPA).

2-7- Aspects éthiques

Aucun avis éthique n'a été demandé pour la réalisation de cette étude. En effet, la participation à l'enquête s'est basée sur le volontariat uniquement, sollicitant des professionnels de santé potentiellement exposés dans leur exercice quotidien à des situations de violences perpétrées à l'encontre des femmes. De même, aucune question n'a concerné leur vie privée.

Chapitre 3 : Résultats

3-1- Inclusion dans l'étude

Sur les 226 questionnaires envoyés, 59 ont été retournés, soit un taux de réponse global de 26,1%. Sur les 84 médecins d'unité sollicités, 17 questionnaires ont été renvoyés, soit un taux de réponse de 20,2%. Chez les 142 IHA, 42 ont répondu, soit un taux de réponse de 29,6%. (Cf. Figure 5)

Aucun questionnaire n'a été exclu de l'étude.

Au total, ce sont donc 59 questionnaires qui ont été analysés.

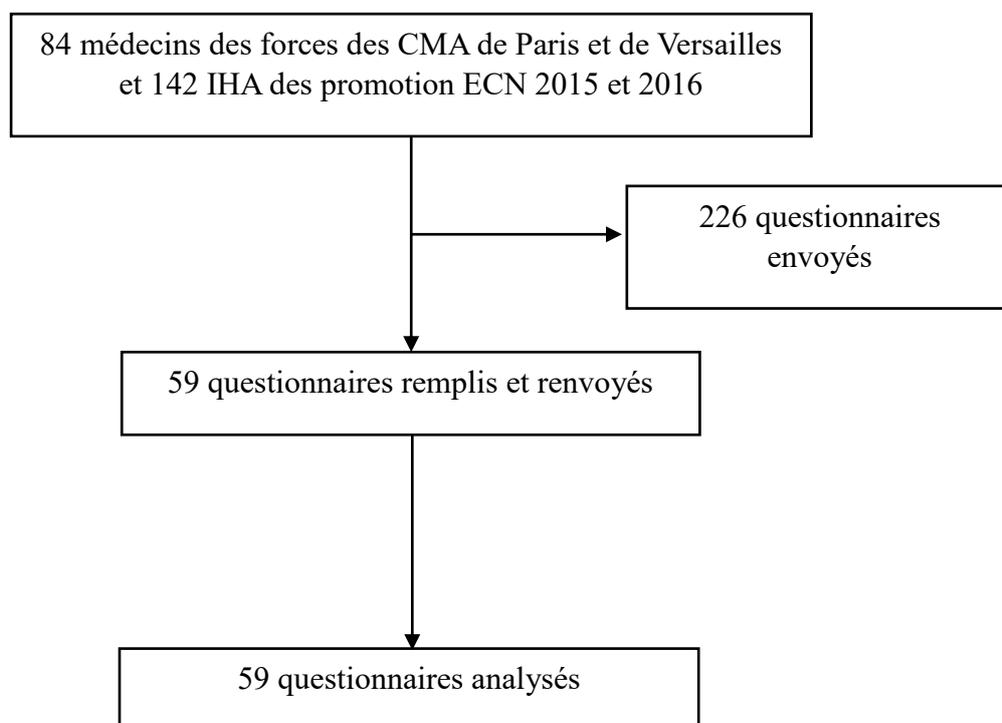


Figure 5 : Diagramme de flux.

3-2- Description de la population étudiée

Le tableau ci-dessous résume les principales caractéristiques des médecins d'unité et IHA ayant répondu au questionnaire.

En résumé, il s'agissait d'un échantillon composé majoritairement de :

- Femmes (à 71,2%, soit un sex-ratio H/F de 0,40),
- Ayant le plus souvent le statut d'Interne des Hôpitaux des Armées (71,2%),
- Agées entre 20 et 30 ans (71,2%), avec un âge moyen de 30,1 ans et un âge médian de 27,0 ans.

Caractéristiques des répondants	Effectif (n = 59)	Proportion (%)	
Sexe (59)	Homme	17	28,8
	Femme	42	71,2
Statut professionnel (59)	Interne des Hôpitaux des Armées	42	71,2
	Médecin des forces	17	28,8
Âge (59)	Entre 20 et 30 ans	42	71,2
	Entre 30 et 40 ans	12	20,3
	Plus de 40 ans	5	8,5

Tableau 7 : Caractéristiques de la population – données qualitatives.

3-3- Description des résultats du questionnaire

3-3-1- Connaissances concernant les violences faites aux femmes

Question I-1 : Connaissez-vous le principe du repérage systématique des violences faites aux femmes ?

Environ 81,4% des médecins d'unité et IHA ne connaissaient pas la pratique du repérage systématique des violences faites aux femmes.

	Effectif (n = 59)	Proportion (%)
Oui	11	18,6
Non	48	81,4

Tableau 8 : Effectifs et proportions des réponses à la question I-1 « Connaissez-vous le principe du repérage systématique des violences faites aux femmes ? »

Question I-2 : En France (Cochez-la ou les affirmations vraies) :

Les taux de bonne réponse étaient variables, allant de 52,5% à 89,8% suivant les items, que le tableau 9 récapitule :

- Un peu moins de la moitié des répondants (44,1%) pensaient, à tort, que parmi les femmes qui ont été victimes de viols et tentatives de viols au cours de leur vie, moins d'un quart d'entre elles étaient mineures au moment des faits, alors qu'en réalité, elles représentent une proportion nettement plus importante : c'est près de la moitié de ces femmes (50%) qui ont été victimes de viols ou tentatives de viols avant l'âge adulte,
- Près de 30,5% des répondants ne savaient pas que les violences faites aux femmes sont considérées comme un enjeu majeur de santé publique,
- La grande majorité des médecins et internes (89,8%) avaient la notion que la plupart des viols sont commis par quelqu'un que connaît personnellement la victime,
- De même, ils étaient nombreux (88,1%) à connaître le fait que moins d'une femme sur 5 victime de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple déclarent avoir déposé plainte,
- Pour finir, environ un peu moins de la moitié des répondants (44,1%) se figuraient, là encore à tort, que les professionnels de santé sont le deuxième recours, après les Forces de l'Ordre, pour les femmes victime de violences conjugales. Ils incarnent en fait les premiers interlocuteurs vers lesquelles se tournent les femmes victimes de violences conjugales.

Item avec correction	Coché (n = 59)	Non coché (n = 59)	Taux de bonnes réponse s (%)	Taux de mauvai ses réponse s (%)
22% des femmes victimes de viols ou tentatives de viols au cours de leur vie l'ont été avant leur 18 ans ; FAUX (50% et non pas 22%).	26	33	55,9	44,1
Les violences faites aux femmes sont considérées comme un enjeu majeur de santé publique par l'Organisation Mondiale de la Santé ; VRAI .	41	18	69,5	30,5
Dans 90% des cas de viols en France, l'agresseur est connu de la victime ; VRAI .	53	6	89,8	10,2
Moins d'une femme sur 5 victime de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple déclarent avoir déposé plainte ; VRAI .	52	7	88,1	11,9
Les professionnels de santé sont le deuxième recours, après les Forces de l'Ordre, pour les femmes victime de violences conjugales ; FAUX (ils représentent le premier recours, avant les Forces de l'Ordre).	26	33	55,9	44,1

Tableau 9 : Effectifs et proportions des réponses à la question I-2 « En France (Cochez-la ou les affirmations vraies) », taux de bonnes ou de mauvaises réponses, item par item.

En exploitant les réponses en fonction du nombre de fautes comptabilisées par individu, il se dégageait que près de 78% des participants se trompaient au moins une fois pour cette question. Parmi eux, 44,1% ont fait au moins deux fautes sur les cinq items.

Nombre de fautes	Effectif (n = 59)	Proportion (%)
Aucune	13	22,0
1 faute	20	33,9
Au moins 2 fautes	26	44,1

Tableau 10 : Effectifs et proportions du nombre de fautes à la question I-2 « En France (Cochez-la ou les affirmations vraies) », exploitation des réponses en fonction du nombre de fautes par individu.

Question I-3 : Parmi les organismes cités ci-dessous, lesquelles connaissez-vous ?

Un quart des participants (25,4%) ne connaissait aucun des organismes proposés.

La cellule Ecoute Défense, que 47,5% des médecins d'unité et internes identifient, était l'organisme le plus connu parmi ceux proposés, suivis par la cellule Thémis (30,5%), le numéro national d'écoute et d'orientation 3919 (27,1%) et la cellule STOP DISCRI (11,9%), spécifique à la Gendarmerie Nationale.

	Effectif (n = 59)	Pourcentage (%)
Cellule Thémis	18	30,5
Cellule Ecoute Défense	28	47,5
Le 3919	16	27,1
Cellule STOP DISCRI	7	11,9
Aucun	15	25,4

Tableau 11 : Effectifs et proportions des réponses à la question I-3 « Parmi les organismes cités ci-dessous, lesquelles connaissez-vous ? »

Parmi celles et ceux qui avaient pour contact au moins un de ces organismes (n = 44), ils étaient 56,8% à avoir entendu parler d'une seule de ces structures, 31,8% à en identifier deux et 11,4% à en reconnaître trois. Personne ne connaissait tous les organismes.

Au total, les participants connaissaient 1,2 des organismes proposés en moyenne.

Nombre d'organismes connus	Effectif (n = 44)	Proportion (%)
1	25	56,8
2	14	31,8
3	5	11,4
4	0	0

Tableau 12 : Effectifs et proportions des réponses à la question I-3 « Parmi les organismes cités ci-dessous, lesquelles connaissez-vous ? », exploitation des réponses en fonction du nombre d'organismes connus par individu.

Question I-4 : Pensez-vous avoir eu une formation initiale suffisante pour repérer et prendre en charge une femme victime de violences ?

Près de 86,5% (Plutôt non = 42,4% ; non = 44,1%) des personnes questionnées estimaient qu'elles n'avaient pas eu une formation initiale suffisante pour repérer et prendre en charge une femme victime de violences.

	Effectif (n = 59)	Proportion (%)
Oui	0	0
Plutôt oui	8	13,6
Plutôt non	25	42,4
Non	26	44,1
Ne sait pas	0	0

Tableau 13 : Effectifs et proportions des réponses à la question I-4 « Pensez-vous avoir eu une formation initiale suffisante pour repérer et prendre en charge une femme victime de violences ? »

Question I-5 : Avez-vous suivi une formation complémentaire spécifique à la prise en charge des violences (hors violences guerrières) ?

Aucune personne n'a suivi de formation complémentaire spécifique à la prise en charge des violences (hors violences guerrières).

	Effectif (n = 59)	Proportion (%)
Oui	0	0
Non	59	100

Tableau 14 : Effectifs et proportions des réponses à la question I-5 « Avez-vous suivi une formation complémentaire spécifique à la prise en charge des violences (hors violences guerrières) ? »

> **80%** des participants ne connaissaient pas le principe du repérage systématique des violences faites aux femmes

~ **80%** se trompaient au moins une fois à la question-test de connaissances

25% n'identifiaient aucun des organismes d'aide aux victimes proposés dans l'énoncé

> **80%** estimaient ne pas avoir eu une formation initiale suffisante pour repérer et prendre en charge une victime de violences

3-3-2- Expériences professionnelles en lien avec les violences faites aux femmes

Question II-1 : Au cours des 12 derniers mois (ou au cours du stage chez le praticien pour les IHA), avez-vous reçu en consultation au moins une femme militaire avec laquelle vous avez parlé de violences qu'elle subirait ou aurait subi par le passé (hors violences guerrières) ?

Environ 40,7% des médecins des forces et IHA ont déjà été confrontés en consultation, au moins une fois au cours de la dernière année (ou du stage chez le praticien), à une situation où une femme militaire subissait ou avait subi des violences.

	Effectif (n = 59)	Proportion (%)
Oui	24	40,7
Non	35	59,3

Tableau 15 : Effectifs et proportions des réponses à la question II-1 « Au cours des 12 derniers mois (ou au cours du stage chez le praticien pour les IHA), avez-vous reçu en consultation au moins une femme militaire avec laquelle vous avez parlé de violences qu'elle subirait ou aurait subi par le passé (hors violences guerrières) ? »

De la question II-2 à II-7, les répondants pris en compte comme effectif total vont être ceux ayant répondu « oui » à la question II-1 (n = 24).

Question II-2 : Quelle a été la fréquence de ce type de consultation ?

Dans les trois-quarts des cas (75,0%), les médecins ont dû mener ce genre de consultation à une fréquence d'au moins 1 fois par an, sans en avoir tous les mois. D'autres (20,8%) rapportaient traiter des situations de violences à l'encontre de femmes engagées de manière mensuelle. Aucun médecin ne rencontrait ce type de consultation tous les jours.

	Effectif (n = 24)	Proportion (%)
≥ 1/jour	0	0
≥ 1/semaine	1	4,2
≥ 1/mois	5	20,8
≥ 1/an	18	75,0

Tableau 16 : Effectifs et proportions des réponses à la question II-2 « Quelle a été la fréquence de ce type de consultation ? »

Question II-3 : Combien de consultations de ce type avez-vous rencontré ?

Quatorze de ces praticiens (58,3%) étaient capables de se rappeler le nombre de consultations de ce genre auxquelles ils avaient eu affaire.

Le nombre médian de ces visites médicales était de 1 [valeurs allant de 1 à 5, sur un total de 14 réponses].

Question II-4 : Comment avez-vous pris connaissance des situations de violences que vous avez rencontré lors de ces consultations ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

D'une part, 58,3% des participants ont appris qu'au moins une de leurs patientes était ou avait été victime de violence parce que c'était ce qui la motivait à consulter initialement. C'est le mode de révélation le plus fréquent parmi ceux proposés dans l'étude.

De plus, 45,8% d'entre eux signalaient qu'ils avaient eu connaissance de cela parce que la patiente elle-même avait décidé d'en parler spontanément pendant le rendez-vous médical.

D'autre part, la pratique d'un questionnement, qu'il soit systématique lors de consultations-clés (29,2%) ou sur signes d'alerte (33,3%) représentait pour les praticiens d'autres circonstances non négligeables où étaient dévoilées des situations de violences subies par des femmes militaires vues en visite.

Il est également à souligner que pour 25% des participants, l'intervention d'un tiers extérieur avait joué un rôle incitatif pour repérer ultérieurement certains cas de violence.

	Effectif (n = 24)	Proportion (%)
Motif initial de consultation	14	58,3
Par la pratique d'un questionnaire systématique à chaque consultation	0	0
Par la pratique d'un questionnaire systématique lors de consultations-clés	7	29,2
Par la pratique d'un questionnaire sur signes d'alerte	8	33,3
Grâce à des faits rapportés par un tiers, vous incitant à aborder le sujet avec la personne concernée	6	25
La patiente a décidé spontanément d'en parler, modifiant le cours de la consultation	11	45,8
Autre	0	0

Tableau 17 : Effectifs et proportions des réponses à la question II-4 « Comment avez-vous pris connaissance des situations de violences que vous avez rencontré lors de ces consultations ? (Une ou plusieurs réponses possibles) »

Question II-5 : Quel(s) type(s) de violences avez-vous identifié lors de ces consultations ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

La violence verbale et psychologique a été le type de violence le plus rapporté, par près de 95,8% des répondants. En outre, la moitié d'entre eux (50,0%) avait aussi repéré de la violence physique. 33,3% ont également identifié de la violence sexuelle. Très peu d'affaires de violence économique ont été constatées (4,2%). Enfin, seulement 4,2% de l'effectif n'était pas en mesure de caractériser plus précisément la violence rencontrée.

	Effectif (n = 24)	Proportion (%)
Violence verbale et psychologique	23	95,8
Violence physique	12	50,0
Violence sexuelle	8	33,3
Violence économique	1	4,2
Ne sait pas	1	4,2

Tableau 18 : Effectifs et proportions des réponses à la question II-5 « Quel(s) type(s) de violences avez-vous identifié lors de ces consultations ? (Une ou plusieurs réponses possibles) »

Question II-6 : Par qui ces violences ont-elles été perpétrées ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

Certains résultats se démarquent particulièrement. Un peu moins des trois quarts des praticiens interrogés (70,8%) ont mentionné avoir pris en charge des femmes militaires victimes de violence au travail. Plus de la moitié d'entre eux (54,2%) ont eu à faire face à de la violence conjugale. Pour finir, 20,8% se sont occupés de femmes issues des forces victimes de violence intrafamiliale.

	Effectif (n = 24)	Proportion (%)
Membre de la famille (parents, grand-parents, fratrie, oncles...)	5	20,8
Conjoint(e) ou ex-conjoint(e)	13	54,2
Entourage proche (amical...)	1	4,2
Collègue de travail	17	70,8
Individu inconnu de la victime	1	4,2
Ne sait pas	0	0
Autre	1	4,2

Tableau 19 : Effectifs et proportions des réponses à la question II-6 « Par qui ces violences ont-elles été perpétrées ? (Une ou plusieurs réponses possibles) »

L'un des praticien a préféré préciser sa pensée en cochant la case « autre ». Pour cette

personne, dans 80% des cas qu'elle a rencontré, les auteurs des faits étaient des conjoints violents, qui pouvait parfois être aussi des collègues de travail des victimes.

Question II-7 : Parmi les récits qui vous ont-été confiés, certains renvoient-ils à des faits de violences commis dans les 12 mois précédant la consultation ?

Pour 87,5% des récits confiés, les actes de violence ont été commis récemment, c'est-à-dire dans les 12 mois précédant la consultation.

	Effectif (n = 24)	Proportion (%)
Oui	21	87,5
Non	1	4,2
Ne sait pas	2	8,3

Tableau 20 : Question II-7 « Parmi les récits qui vous ont-été confiés, certains renvoient-ils à des faits de violences commis dans les 12 mois précédant la consultation ? »

~ **40%** des participants ont déjà eu en consultation au moins une femme militaire victime de violence au cours de la dernière année.

Dans **75%** des cas, à une fréquence de $\geq 1/\text{an}$.

Le nombre médian de visite était de **1**.

~ **60%** des questionnés ont appris que leurs patientes étaient victimes de violence parce que cela constituait le **motif initial de consultation**.

96% ont rapporté des cas de violence **verbale et psychologique**, **50%** de la violence **physique** et **33%** de la violence **sexuelle**.

~ **70%** ont pris en charge des situations de violence au travail et **>50%** des cas de violence conjugale.

~ **87 %** des récits confiés renvoient à des actes de violence récents.

3-3-3- Opinions relatives au repérage des violences faites aux femmes en unité

Question III-1 : Pensez-vous que le médecin d'unité puisse avoir un rôle central dans le repérage et la prise en charge (orientation) des femmes victimes de violences ?

Près de 91,6% (Oui = 49,2% ; plutôt oui = 42,4%) des individus interrogés estimaient que le médecin pouvait avoir un rôle central dans le repérage et la prise en charge (orientation) des femmes victimes de violences.

	Effectif (n = 59)	Proportion (%)
Oui	29	49,2
Plutôt oui	25	42,4
Plutôt non	3	5,1
Non	0	0
Ne sait pas	2	3,4

Tableau 21 : Effectifs et proportions des réponses à la question III-1 « Pensez-vous que le médecin d'unité puisse avoir un rôle central dans le repérage et la prise en charge (orientation) des femmes victimes de violences ? »

Question III-2 : D'après vous, la pratique d'un repérage des violences faites aux femmes est-elle possible en médecine d'unité ?

Environ 91,5% (Oui = 52,5% ; plutôt oui = 39,0%) des participants jugeaient que la pratique d'un repérage des violences faites aux femmes pouvait être possible en médecine d'unité.

	Effectif (n = 59)	Proportion (%)
Oui	31	52,5
Plutôt oui	23	39,0
Plutôt non	2	3,4
Non	1	1,7
Ne sait pas	2	3,4

Tableau 22 : Effectifs et proportions des réponses à la question III-2 « D'après vous, la pratique d'un repérage des violences faites aux femmes est-elle possible en médecine d'unité ? »

Question III-3 : Dans l’hypothèse où cette pratique serait appliquée en médecine d’unité, quelle(s) forme(s) devrait-elle adopter selon vous ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

Les modalités les plus souvent citées par les médecins interrogés étaient le questionnement sur signes d’alerte (74,6%), le questionnement oral systématique lors de consultations-clés (61%) ainsi que le questionnement écrit systématique lors de consultations-clés (45,8%).

	Effectif (n = 59)	Proportion (%)
Questionnement oral systématique à chaque type de consultation	3	5,1
Questionnement oral systématique lors de consultations-clés	36	61,0
Questionnement écrit systématique lors de consultations-clés	27	45,8
Questionnement sur signes d’alerte	44	74,6
Ne sait pas	1	1,7
Autre	3	5,1

Tableau 23 : Effectifs et proportions des réponses à la question III-3 « Dans l’hypothèse où cette pratique serait appliquée en médecine d’unité, quelle(s) forme(s) devrait-elle adopter selon vous ? (Une ou plusieurs réponses possibles) »

Trois praticiens ont voulu apporter des précisions complémentaires en cochant la case « autre ». Le premier proposait un questionnement orienté en fonction d’indications obtenues lors des réunions du groupe de travail « risques psycho-sociaux ». Le second donnait l’idée d’investir l’infirmier pour diffuser des informations, par le biais de posters de « prévention » entre autres, concernant les principaux numéros d’écoute dédiés et la possibilité de consulter un médecin pour ce motif. Le troisième suggérait qu’une campagne d’affichage et de publicité dans les unités pourrait encourager les femmes (et aussi les hommes) à identifier les médecins d’unité comme des interlocuteurs adaptés dans ce genre de circonstances.

Question III-4 : Est-il nécessaire de former au préalable les médecins d’unité à la problématique des violences envers les femmes ?

Là-encore, 88,1% des médecins inclus dans l'enquête (Oui = 50,8% ; plutôt oui = 37,3%) pensaient globalement qu'il était nécessaire de former au préalable les médecins d'unité à la problématique des violences faites aux femmes.

	Effectif (n = 59)	Proportion (%)
Oui	30	50,8
Plutôt oui	22	37,3
Plutôt non	5	8,5
Non	1	1,7
Ne sait pas	1	1,7

Tableau 24 : Effectifs et proportions des réponses à la question III-4 « Est-il nécessaire de former au préalable les médecins d'unité à la problématique des violences envers les femmes ? »

Question III-5 : Selon vous, qu'est-ce qui remet en question la mise en place de cette pratique en médecine d'unité ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

Pour la moitié des répondants (50,8%), aucune raison n'empêchait réellement le développement et la mise en place d'un dispositif de repérage des violences en médecine d'unité.

La méconnaissance des réseaux spécialisés ainsi que des modalités de prise en charge des violences faites aux femmes représentait tout de même des raisons pouvant remettre en cause la mise en place du repérage en médecine d'unité, respectivement pour 54,2% et 47,5% des participants.

Un peu moins d'un quart des soignants (23,7%) mettaient aussi en avant le manque de temps en consultation.

Le sentiment d'intrusion dans la vie privée d'autrui était ressenti comme un frein à cette pratique par 18,6% des médecins.

Peu d'entre eux pensaient que le fait d'aborder le sujet des violences lors d'un entretien médical pourrait provoquer des retombées négatives pour la patiente, le médecin ou la relation thérapeutique même.

Enfin, aucun participant ne considérait que les femmes engagées dans les forces représentaient une population globalement moins concernée par ce genre de violences.

	Effectif (n = 59)	Proportion (%)
Les femmes engagées dans l'armée représentent une population globalement moins concernée par les violences faites aux femmes	0	0
Méconnaissance concernant la prise en charge des violences faites aux femmes	28	47,5
Méconnaissance des réseaux spécialisés	32	54,2
Manque de temps en consultation	14	23,7
Sentiment d'intrusion dans la vie privée d'autrui	11	18,6
Balance bénéfiques/risques défavorable pour la patiente	1	1,7
Risque de rompre ou altérer la relation de soins	4	6,8
Risque de retombées négatives pour le médecin	2	3,4
Aucune raison n'empêche réellement le développement et la mise en place d'un dispositif de repérage des violences en médecine d'unité	30	50,8
Autre	10	16,9

Tableau 25 : Question III-5 « Selon vous, qu'est-ce qui remet en question la mise en place de cette pratique en médecine d'unité ? (Une ou plusieurs réponses possibles) »

Dix des personnes interrogées (16,9%) ont mentionné d'autres obstacles possibles. Pour quatre d'entre eux, certaines patientes pourraient avoir peur de se confier au médecin des forces, par crainte d'être déclarées inaptes à servir sous les drapeaux. De plus, un individu citait la difficulté à pouvoir organiser un suivi régulier avec le même médecin militaire, qui est par essence très mobile lors de sa carrière (mutations, départ en OPEX...). Un autre praticien soumettait l'idée que le contexte professionnel dans lequel s'inscrivent les consultations de médecine militaire pourrait empêcher les patientes de se confier. En outre, quelqu'un exprimait

son point de vue en expliquant que les patientes victimes de violences en dehors du cadre de travail préféreraient se tourner vers des soignants extérieurs (hors urgences), afin de séparer leur vie professionnelle et privée. Deux médecins interrogés soulignaient aussi le risque de retombées négatives pour la victime dans le cas où l'agresseur partagerait avec cette dernière le même lieu de travail, que ce soit en tant que conjoint pour l'un, qu'en tant que simple collègue de travail pour le second. Un participant précisait également que le repérage des violences pourrait se faire par le « médecin généraliste », mais que la prise en charge et l'orientation des victimes relèveraient plus du travail de psychologues et éventuellement de médecins légistes. Puis, le fait que les femmes soient moins nombreuses que les hommes dans l'armée constituerait un frein pour une des répondants. Pour finir, quelqu'un n'attribuait pas ce rôle de repérage des violences faites aux femmes au médecin des forces.

~ **90% des participants** estimaient que le médecin d'unité pouvait avoir un rôle central dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences.

~ **90%** jugeaient que repérer des situations de violences faites aux femmes était possible en médecine d'unité.

Sous forme de questionnaire sur signes d'alerte (**75%**), ou systématiquement à l'oral (**61%**) ou à l'écrit (**45,8%**) lors de certaines consultations-clés.

~ **90%** considéraient qu'il serait nécessaire de suivre une formation au préalable.

D'autant plus que la méconnaissance des réseaux spécialisés (**54,2%**) et des modalités de prise en charge (**47,5%**) représentait des obstacles possibles au développement de cette pratique.

~ **50%** ne voyaient aucune raison devant réellement empêcher le développement et la mise en place d'un dispositif de repérage des violences en médecine d'unité.

Chapitre 4 : Discussion

L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances, expériences professionnelles et opinions relatives aux violences faites aux femmes et à leur repérage, chez les médecins d'unité exerçant au sein des CMA de Paris et de Versailles, ainsi que chez les IHA de médecine générale et DESC de médecine d'urgence ayant réalisé un stage chez le praticien des armées de niveau 1.

L'hypothèse de départ était qu'ils possèderaient, au même titre que leurs confrères civils, des connaissances lacunaires par rapport aux violences faites aux femmes. De même, peu d'entre eux seraient confrontés de manière habituelle à cette problématique. Pour autant, un certain nombre seraient potentiellement favorables à la promotion de la lutte contre les violences faites aux femmes en médecine d'unité, sous couvert de formations préalables, sans que le repérage systématique ne soit nécessairement une solution mise en avant.

Pour répondre à cela, une enquête transversale a été réalisée via la diffusion par courriel d'un auto-questionnaire, du 14 mai au 18 juin 2018.

Cette analyse n'a pas eu pour vocation de déterminer la prévalence des violences parmi les femmes militaires. Elle ne visait pas non plus à rechercher l'existence de spécificités liées au milieu militaire ayant pu favoriser l'émergence de violences dans les troupes, même si le cadre militaire est mentionné dans quelques items.

4-1- Les principaux résultats de l'étude

4-1-1- Nécessité d'une formation complémentaire

Les résultats de cette recherche suggèrent que les violences faites aux femmes sont globalement peu révélées en consultation de médecine d'unité.

Ce constat pourrait être justifié par le fait que les médecins interrogés connaîtraient peu le sujet : faible maîtrise des principales notions dont le repérage systématique fait partie ; méconnaissance des organismes d'aide aux victimes ; absence de participation à une formation complémentaire spécifique. Cela serait corroboré par le fait que 86,5% d'entre eux perçoivent la formation initiale comme insuffisante pour repérer et prendre en charge une femme victime

de violences. Par conséquent, la plupart n'auraient pas l'habitude de pratiquer un quelconque repérage de ce type.

C'est ce qui expliquerait que 59,3% des médecins n'aient jamais été confrontés à ce type de problématique durant la dernière année et que la majorité des violences rapportées aux participants n'aient pas été dévoilées par un questionnement dédié mais par les patientes elles-mêmes (motif initial de consultation et divulgation en cours de consultation). Ainsi, en considérant que peu de victimes se confient spontanément à ce propos, nous supposons que les médecins d'unité ignorent un grand nombre de situations de violences subies par leurs patientes. La faible fréquence de ce motif de consultation en témoignerait.

Malgré cette sous-estimation apparente, une très grande majorité des participants estime pourtant qu'un médecin d'unité peut avoir un rôle central dans le repérage et la prise en charge des femmes militaires victimes de violences.

Mettre en place une formation spécifique représenterait alors un moyen de favoriser cette pratique, d'autant plus que les principaux freins à sa démocratisation seraient la méconnaissance des spécificités de cette prise en charge (54,2%) et celle des réseaux spécialisés (47,5%). D'ailleurs, 88,1% des médecins inclus dans l'enquête jugent qu'il est nécessaire de se former au préalable à la problématique des violences envers les femmes.

Nous présumons que la mise en place d'un programme de formation spécifique augmenterait nettement le taux d'identification des patientes victimes de violences. En effet, dans une étude américaine de 2002, il a été démontré que les médecins formés repéraient de manière significativement plus élevée les violences conjugales¹³⁵. En outre, l'efficacité de cette mesure serait d'autant plus manifeste que peu d'autres obstacles paraissent limiter l'application du repérage. D'ailleurs, pour 50,8% des répondants, aucune raison n'empêcherait réellement son développement en médecine d'unité. Certains freins ne semblent d'ailleurs par rédhibitoires, comme le sentiment d'intrusion dans la vie privée (18,6%) ; cette perception pourrait être discutée et reconsidérée au cours d'une formation dédiée. Le but serait alors de la surpasser, en apprenant que peu de patientes ressentent en réalité une gêne à répondre à ce genre de questions.

4-1-2- Influence de l'exercice de la médecine d'unité

Nous pensons que le cadre singulier de la médecine militaire a influencé certains résultats de l'étude.

L'une des missions du médecin d'unité est de déterminer si un militaire est apte ou non à son poste, en évaluant plusieurs paramètres de son état de santé. La Visite Médicale Périodique (VMP), qui a lieu tous les deux ans, est une consultation dédiée à l'application de ce principe. Plus globalement, elle représente aussi une occasion d'aborder certains enjeux de santé avec le patient, que ce soit en termes de soins ou de prévention. En pratique, plusieurs questions y sont habituellement posées de manière assez systématique, visant à rendre compte de la globalité et de la complexité du consultant. La proportion assez importante des violences identifiées par questionnement systématique (29,2%) pourrait témoigner de cette manière d'exercer la médecine.

Lors de ces consultations, le médecin d'unité s'intéresse aux conditions de travail du consultant et en particulier à la qualité des relations que celui-ci entretient avec ses pairs et ses supérieurs hiérarchiques. Nous présumons que cette propension à évoquer la vie professionnelle a pu favoriser la révélation de quelques cas de violences au travail, expliquant que la majorité des violences rapportées aient été commises par un collègue (70,8%).

Enfin, soulignons que huit praticiens sur les dix ayant mentionné en commentaire d'autres obstacles au repérage en médecine d'unité ont avancé des raisons spécifiques au cadre militaire de leur exercice : crainte de l'inaptitude pouvant dissuader un individu de se confier ; difficulté à organiser un suivi régulier avec le même médecin militaire à cause des exigences opérationnelles et de carrière (mutations, départ en OPEX...) ; poids du cadre professionnel et nécessité d'une séparation entre vie privée et vie professionnelle ; retombées potentielles si l'agresseur partage le même lieu de travail ou est en couple avec la victime (vie en collectivité, partage des locaux de vie, promiscuité, etc.).

4-1-3- Modalités du repérage en médecine d'unité

Selon les praticiens sollicités, le questionnement systématique lors de consultations-clés, qu'il soit oral (61%) ou pourquoi pas écrit (45,8%), représenteraient des modalités de

repérage à envisager. Nous pensons que ces choix ont été mis en avant car ils signifieraient des alternatives compatibles avec l'exercice actuel de la médecine d'unité décrit ci-dessus (questionnement systématique au cours des VMP pour d'autres problèmes de santé). Encore une fois, ce résultat témoignerait de la manière singulière d'exercer la médecine en antenne médicale.

Toutefois, c'est le questionnement sur signes d'alerte qui est le mode d'identification le plus séduisant pour les répondants (74,6%). Ce type de repérage pourrait avoir été choisi pour ce qu'il est en tant que tel : l'expression de la façon dont est enseigné et exercé la médecine de nos jours. En effet, face à une plainte, des symptômes sont recherchés à l'anamnèse et à l'examen clinique, pour être ensuite rassemblés en syndromes, permettant de dégager plusieurs hypothèses diagnostiques. Une stratégie diagnostique est conduite au décours pour confirmer l'une des hypothèses et déterminer la prise en charge thérapeutique la plus adaptée. En suivant ce raisonnement, nous pourrions supposer que les médecins conçoivent qu'il existe des signes évocateurs de violences (ex : ecchymoses et hématomes multiples, fractures...) et qu'il suffit d'y être confronté pour les suspecter. Or, comme cela a été démontré plus haut, l'éventail des conséquences de la violence sur la santé est large, aspécifique et peut renvoyer à un grand nombre de motifs de consultation de médecine de premier recours. Donc, à moins d'y être particulièrement sensibilisé ou d'avoir été formé, il est possible qu'en se basant sur ce genre de repérage, encore un trop grand nombre de violences ne soient pas dévoilées.

4-2- Les forces de l'étude

Cette thèse de médecine était la première en France à avoir abordé et étudié le phénomène des violences à l'encontre des femmes au sein de l'armée française. De ce fait, son originalité a pu interpeller les médecins ayant bien voulu participer à l'étude. D'ailleurs, de nombreuses demandes de retours sur les résultats nous sont parvenues au décours du rendu du questionnaire, permettant parfois d'entamer des discussions informelles autour de ce sujet. Dans le meilleur des cas, certains praticiens auraient pu être sensibilisés à cela par le biais du remplissage du questionnaire.

Ce travail s'inscrit dans un contexte de levée progressive des tabous concernant les violences faites aux femmes. Depuis déjà quelques années, cette problématique est en effet de plus en plus considérée, à diverses échelles, comme en témoignent la création de la MIPROF

en 2013, les plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes, l'ouverture de la cellule Thémis en 2014 ou encore la médiatisation d'affaires d'abus sexuels, que ce soit dans le milieu civil ou militaire, en France ou à l'étranger, qui ont pu contribuer aussi à la libération de la parole au sein des sociétés occidentales. Cette dynamique a probablement favorisé l'émergence de plusieurs recherches médicales pour mieux cerner les enjeux liés à ce phénomène. Etant donné qu'aucune étude de ce type n'a été conduite dans le domaine de la médecine militaire, alors même que la féminisation des effectifs est de plus en plus prise en compte, cette démarche intellectuelle est d'autant plus d'actualité et nécessaire.

4-3- Les limites de l'étude

4-3-1- Biais de sélection

Cette étude présente probablement un biais de sélection important, lié au faible taux de réponse et à la représentativité altérée de l'échantillon.

Le taux de réponse au questionnaire était de 26,1% (soit 20,2% pour les médecins d'unité et 29,6% pour les IHA). Le nombre de retours a donc été assez faible. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce biais de non-réponse évident, permis en partie par le fait que l'étude se basait sur le principe du volontariat.

Tout d'abord, il est possible que plusieurs médecins d'unité n'aient pas été suffisamment disponibles pour pouvoir répondre au questionnaire. En effet, ce dernier leur était envoyé à leur adresse professionnelle ; or, ils doivent gérer au quotidien de multiples demandes émanant de leurs patients, de leur commandement ou de diverses missions qui leur incombent (formation des internes, prévention, soutien sanitaire, médecine du travail, etc.). Ainsi, cette étude aurait pu passer assez inaperçu dans le fil d'autres courriels classés comme nettement plus prioritaires. Ce raisonnement pourrait être appliqué aux IHA, qui doivent jongler entre plusieurs obligations universitaires, qui font de l'internat une période exigeante. De même, la durée de l'étude et l'unique rappel par courriel n'étaient peut-être pas suffisants pour interpeller réellement les potentiels participants.

D'autre part, nous pouvons nous demander si la thématique même des violences faites aux femmes aurait pu avoir une influence sur le taux de réponse. Le fait qu'un seul item évoque cela dans le programme de l'externat (item 183/10 : Accueil d'un sujet victime de violences sexuelles) présupposerait que la formation initiale des études de médecine ne soit pas perçue

comme suffisante pour acquérir les connaissances principales sur le sujet. Ainsi, certains médecins auraient pu ne pas participer à l'étude par indifférence, due à un manque de sensibilisation, ou au contraire par conscience de leurs lacunes concernant les violences faites aux femmes.

Enfin, nous n'excluons pas la possibilité d'avoir constitué un carnet d'adresses e-mails contenant quelques erreurs (fautes de frappe, adresses non valides) ou encore d'avoir été confrontés sans le savoir à divers problèmes techniques (ex : courriel filtré comme indésirable ou autre).

Concernant l'échantillon des participants, nous remarquons qu'un profil particulier est représenté majoritairement, celui de l'IHA de sexe féminin, âgée de 27 ans. En contrepartie, les hommes, les médecins d'unité et les individus âgés de plus de 40 ans sont sous-représentés.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les participantes se seraient plus facilement mobilisées pour cette étude car elles seraient au fond plus sensibilisées à cette problématique, étant elles-mêmes des femmes militaires.

De plus, la forte représentation des internes pourrait témoigner d'une certaine prédisposition à mon égard, étant donné que je fais partie d'une des promotions d'internes sollicitées.

En somme, la population incluse ne serait pas représentative de la population cible. Les médecins ayant participé à l'enquête auraient donc des caractéristiques intrinsèques différentes par rapport à ceux n'ayant pas répondu au questionnaire, ce qui pourrait fausser certains résultats.

4-3-2- Biais d'information

L'auto-questionnaire recueillait des informations rétrospectives relatives aux expériences professionnelles des douze derniers mois précédant l'enquête. Par conséquent, un biais de mémorisation est à considérer, d'autant plus que ce motif de consultation était visiblement peu fréquent. De même, des répondants auraient pu particulièrement se remémorer certains cas en fonction de leur gravité apparente ou de leur caractère bouleversant, occultant en contrepartie d'autres histoires perçues comme moins « marquantes ». Dans tous les cas, le fait que seulement 58,3% des praticiens (parmi ceux ayant déjà été confrontés à cette problématique au cours de la dernière année) aient été capables de se rappeler le nombre de consultations de ce type

illustrerait bien cela.

Un biais de mesure est également à craindre pour la première partie du questionnaire, qui avait pour but d'évaluer le savoir des médecins à propos des violences faites aux femmes.

D'une part, nous avons fait le choix de tester leurs connaissances épidémiologiques sous la forme d'un QCM pour la question I-2, ce qui présente en théorie quelques inconvénients pour permettre une interprétation fiable des résultats : variations interindividuelles de l'interprétation des libellés des items, équilibre délicat à trouver entre nécessité d'être discriminant et niveau de difficulté raisonnable.

D'autre part, le caractère non exhaustif de ces questions offrirait une vision essentielle mais néanmoins réductrice des violences faites aux femmes. Il se peut que des médecins possèdent quelques notions pratiques qui n'aient pas été mises en valeur dans ces quelques items.

En outre, des participants auraient pu avoir tendance à définir leur formation initiale comme insuffisante après avoir répondu avec difficulté aux questions précédentes.

Enfin, soulignons que les QCM sont utilisés de manière routinière pour tester les étudiants en médecine. Ils symbolisent en quelque sorte l'exigence de ce cursus, où il faut constamment prouver que les enseignements inculqués ont été assimilés et maîtrisés. Ainsi, les réponses des interrogés auraient pu être influencés par leur envie de ne pas commettre d'erreur, quitte à contourner certaines difficultés (en faisant des suppositions par exemple).

Ainsi, nous pouvons nous demander si les résultats de cette partie décriraient réellement le niveau de connaissances des répondants.

Pour finir, des erreurs de saisie des réponses au questionnaire ont pu survenir, bien que celles-ci aient été limitées par une double vérification.

4-3-3- Biais de confusion

L'analyse d'éventuels biais de confusion n'a pas été faite pour cette recherche. Il aurait nécessité pour cela de poursuivre plus loin l'analyse statistique des données recueillies, en prenant en compte des facteurs confondants potentiels : sexe, âge, statut professionnel, formation médicale initiale (variant en fonction de la faculté d'appartenance et de l'époque où elle a été suivie), durée d'exercice (en sachant que les internes ont fourni leurs réponses en se basant sur un stage de 6 mois alors que les médecins d'unité ayant répondu ont pu s'appuyer

sur une année de pratique), taux de féminisation des unités soutenues (certains régiments comme ceux de la Légion Etrangère étant généralement exclusivement masculins).

En résumé, ne ressort de cette étude transversale descriptive qu'un certain nombre d'hypothèses et de points de réflexion qui marquent la nécessité de poursuivre les investigations, à la fois dans le domaine de la médecine militaire mais aussi celui des forces en général.

4-4- Perspectives possibles

Plusieurs pistes peuvent être explorées pour améliorer la prévention et la prise en charge des violences envers les femmes au sein de la sphère médico-militaire.

Tout d'abord, nous souhaiterions encourager la mise en place d'un repérage systématique des violences commises à l'encontre du personnel militaire féminin lors de consultations-clés (ex : VMP, consultation de retour de mission), sous couvert du développement de formations complémentaires spécifiques à l'égard des médecins d'unité et IHA. Par la même occasion, cette pratique pourrait s'appliquer à l'ensemble du personnel militaire venant consulter en attente médicale.

De plus, plusieurs études pourraient être conduites afin de continuer à mieux appréhender les violences subies par les femmes militaires. Une enquête en population permettrait de déterminer leur incidence dans cet environnement singulier. Une autre recherche pourrait essayer d'identifier des facteurs de risque spécifiques au milieu militaire pouvant favoriser l'émergence de comportements violents entre militaires.

Enfin, dans le but de constituer une base de données fournie, nous suggérons l'ajout des violences faites aux femmes sur la liste de surveillance épidémiologique des armées du Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées.

Conclusion

Les violences faites aux femmes sont considérées comme un problème majeur de santé publique. En effet, depuis plusieurs années, des recherches pluridisciplinaires ont permis de déterminer qu'elles constituent un phénomène endémique touchant toutes les catégories de population et toutes les sociétés, reflétant ainsi les inégalités entre femmes et hommes. Elles entraînent pour les victimes des conséquences néfastes sur leur état de santé en termes de morbi-mortalité, en favorisant la survenue de pathologies diverses et aspécifiques. Processus complexe et polymorphe englobant un grand nombre de réalités, les violences à l'encontre des femmes n'en sont pas moins caractérisables et pénalisées aux yeux de la loi, notamment en France.

Au vu de l'ampleur de ces violences, les femmes militaires françaises peuvent aussi y avoir été exposées, que ce soit avant ou pendant leur engagement. La féminisation récente de l'armée a pu mettre ces violences davantage en évidence, les amplifiant peut-être, les rendant plus visibles probablement. Les rapports entre femmes et hommes sont par ailleurs interrogés dans un milieu où la culture et l'organisation sont historiquement basées sur des valeurs dites masculines. A l'heure actuelle, malgré certaines réponses apportées par l'Institution, peu de recul et de certitudes ont été apportés sur le sujet.

En consultation de médecine générale, les praticiens méconnaissent souvent la plupart des violences que subissent leurs patientes, qui ont tendance à ne pas se confier spontanément à ce propos. Pourtant, le soignant peut représenter à leurs yeux un interlocuteur privilégié. Ce constat souligne le poids des obstacles les empêchant de se livrer davantage. Les médecins essaient donc de s'adapter et certains proposent la pratique d'un repérage systématique des violences lors des entretiens médicaux.

Qu'en est-il pour les médecins du Service de Santé des Armées ? L'essence même de leur métier est d'être confronté à la violence guerrière, mais aussi de dépister un certain nombre de pathologies dans le cadre de visites médicales d'aptitudes.

Et pourtant, l'expérience empirique suggère que les violences faites aux femmes sont également peu abordées dans le domaine de la médecine militaire.

L'objectif de ce travail de thèse était de dresser un état des lieux des connaissances,

expériences professionnelles et opinions des praticiens des armées à propos de cette thématique.

Une étude transversale par auto-questionnaire a donc été menée du 14 mai au 18 juin 2018, auprès de médecins d'unité appartenant aux Centres médicaux des Armées (CMA) de Paris et de Versailles et de deux promotions d'Internes des Hôpitaux des Armées (IHA), inscrits au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale et au Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de médecine d'urgence. Au total, sur 226 médecins et internes sollicités, 59 ont été inclus.

Les résultats de l'étude ont montré que 81,4% des médecins d'unité et IHA ne connaissaient pas la pratique du repérage systématique des violences faites aux femmes.

Sur les douze mois précédant l'enquête, ils étaient 40,7% à avoir été confrontés en consultation à une femme militaire subissant ou ayant subi des violences, à une fréquence d'au moins 1 fois par an pour les trois quarts d'entre eux. Environ 58,3% des praticiens l'ont découvert parce que les violences étaient le motif initial de consultation, 45,8% parce que les patientes elles-mêmes décidaient finalement de leur en parler spontanément.

Une très grande majorité des soignants (91,6%) estimaient qu'un médecin d'unité pouvait avoir un rôle central dans le repérage et la prise en charge des femmes militaires victimes de violences, sous couvert d'une formation spécifique (88,1%).

Cette étude présente plusieurs limites, notamment le faible taux de réponses, le biais de mémorisation, ainsi que celles inhérentes à une étude transversale descriptive.

En conséquence, ce travail souligne l'intérêt de réfléchir au développement et à la promotion de formations spécifiques visant à sensibiliser les médecins d'unité au repérage et à l'orientation des victimes de violences. A terme, la pratique d'un repérage lors de consultations-clés pourrait être envisagée, l'enjeu principal étant d'améliorer la prise en charge des femmes militaires, ce qui peut indirectement favoriser leur opérationnalité et leur bonne intégration au sein des forces.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Organisation Mondiale de la Santé; 2012 [consulté le 8 septembre 2018]. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé : La violence envers les femmes: une urgence de santé publique. Disponible sur : <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-085217/fr/>.
2. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Organisation Mondiale de la Santé; 2013 [consulté le 8 septembre 2018]. 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. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85242/WHO_RHR_HRP_13.06_fre.pdf?sequence=1.
3. Stop-violences-femmes.gouv.fr [en ligne]. Secrétariat d'état en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes; 2017 [consulté le 8 septembre 2018]. Violences contre les femmes, la loi vous protège : La lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes n°12- « Violences au sein du couple et violences sexuelles » - novembre 2017. Disponible sur : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/no12-violences-au-sein-du-couple.html>.
4. Lazimi G. Rôle des généralistes dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de violences. In : Coutanceau R, Salmona M, dir. Violences conjugales et famille. Malakoff : Dunod; 2016. p. 52-63.
5. Salmona M. Mémoire traumatique et victimologie [en ligne]. Association Mémoire traumatique et victimologie; 2014 [consulté le 7 juillet 2018]. Violences faites aux femmes. Disponible sur : <http://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-faites-aux-femmes.html>.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé [rapport]. Genève; 2002.
7. Chambonnet, Douillard, Mallet, et al. La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. Rev Praticien- Médecine Générale. 2000; 1481-1485.

8. Stop-violences-femmes.gouv.fr [en ligne]. Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les Violences et la Lutte contre la Traite des Êtres Humains; 2015 [consulté le 4 janvier 2018]. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes n°6 : violences au sein du couple et violences sexuelles : impact sur la santé et prise en charge médicale des victimes. Disponible sur : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_ONVF_-_no_6_-_mai_2015_-_violences_et_sante.pdf
9. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes [thèse d'exercice de médecine générale]. Paris; 2013. 100 p.
10. Salmona M. Mémoire traumatique et victimologie [en ligne]. Association Mémoire traumatique et victimologie; 2010 [consulté le 26 juin 2018]. Violences sexuelles. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-sexuelles.html>.
11. Accueil [En ligne]. Légifrance [consulté le 12 février 2018]. Légifrance, le service public de la diffusion du droit. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
12. Salmona M. Mémoire traumatique et victimologie [en ligne]. Association Mémoire traumatique et victimologie; 2010 [consulté le 21 février 2018]. Violences physiques. Disponible sur : <http://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-physiques.html>.
13. Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les Violences et la Lutte contre la Traite des Êtres Humains. Anna. Dailymotion; 2014.
14. Hirigoyen MF. Femmes sous emprise : les ressorts de la violence dans le couple. Paris : Oh ! Editions; 2005.
15. Salmona M. Mémoire traumatique et victimologie [en ligne]. Association Mémoire traumatique et victimologie; 2010 [consulté le 21 février 2018]. Violences psychologiques. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-psychologiques.html>.

16. Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale [thèse d'exercice de médecine générale]. Paris; 2013. 126 p.
17. Hélène Guedj. Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » [rapport]. Paris; 2017.
18. Conseil de l'Europe [en ligne]. Strasbourg : Conseil de l'Europe; 2011 [consulté le 26 juin 2018]. Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Istanbul, 2011. Série des Traités du Conseil de l'Europe-n°210. Disponible sur : <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/0900001680084840>.
19. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droit de l'homme [en ligne]. New York : Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme; 2013 [consulté le 18 mars 2018]. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Disponible sur : <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>.
20. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Genève : Organisation Mondiale de la Santé; 2017 [consulté le 23 juin 2018]. La violence à l'encontre des femmes : principaux faits. Disponible sur : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
21. Issuu [en ligne]. Médecins du monde; 2009 [consulté le 11 février 2018]. Violences faites aux femmes : genre, culture et société, approche pratique. Disponible sur : https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/guidevff_fr.pdf.
22. Stop-violences-femmes.gouv.fr [en ligne]. Secrétariat d'état en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes [consulté le 2 février 2018]. Violences contre les femmes, la loi vous protège : Violences au sein du couple. Disponible sur : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Violences-au-sein-du-couple,317.html>.
23. Ronai E, Durand E. Violences conjugales : le droit d'être protégée. Malakoff : Dunod; 2017.
24. Morbois C, Casalis MF. L'aide aux femmes victimes de viol. Bègles : L'Esprit du Temps; 2002.

25. Coutanceau R, Besset MO, Javay A. Evaluation et prise en charge du conjoint violent. In : Coutanceau R, Salmona M, dir. *Violences conjugales et famille*. Malakoff : Dunod; 2016. p. 142-152.
26. Guyot F. Violences conjugales, aspect législatif. In : Coutanceau R, Salmona M, dir. *Violences conjugales et famille*. Malakoff : Dunod; 2016. p. 15-22.
27. United Nations [en ligne]. United Nations; 2015 [consulté le 24 mars 2018]. *The World's Women 2015: violence against women*. Disponible sur : <https://unstats.un.org/unsd/gender/worldswomen.html>.
28. FRA European Union Agency for Fundamental Rights [en ligne]. Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne; 2014 [consulté le 24 mars 2018] *La violence à l'égard des femmes : une enquête à l'échelle de l'UE – Les résultats en bref*. Disponible sur : <http://fra.europa.eu/fr/publication/2014/la-violence-lgard-des-femmes-une-enquete-lchelle-de-lue-les-rsultats-en-bref>.
29. Jaspard M. *Le questionnaire de l'enquête ENVEFF : enquête nationale sur les violences envers les femmes en France*. Paris : INED; 2003.
30. Debauche A, Lebugle A, Brown E, et al. *Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles*. Paris : INED; 2017.
31. stop-violences-femmes.gouv.fr [en ligne]. Secrétariat d'état en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes; 2017 [consulté le 13 avril 2018]. *Violences contre les femmes, la loi vous protège : La lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes n°10- « Les viols, tentatives de viol et agressions sexuelles en France » - novembre 2016*. Disponible sur : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/No10-Les-viols-tentatives-de-viol.html>.
32. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008 Apr 5;371(9619):1165-72.

33. United Nations of International Children's Emergency Fund. Cachée sous nos yeux : une analyse statistique de la violence envers les enfants[rapport]. New York ; 2014.
35. ONU femmes [en ligne]. Organisation des Nations Unies Femmes [Consulté le 25 mars 2018]. Centre virtuel de connaissances pour mettre fin à la violence contre les femmes et les filles : facteurs causaux de protection et de risque. Disponible sur : <http://www.endvawnow.org/fr/articles/300-facteurs-causaux-de-protection-et-de-risque-.html?next=301>.
36. Lazimi G, Piet E, Casalis MF. Violences faites aux femmes en France et rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et étude de repérage systématique. In : Maso M, Limousin M, Bénézit J, dir. Les cahiers de santé publique et de protection sociale. Fondation Gabriel Péri; 2011. p. 10-18.
37. Rédaction prescrire. Violences conjugales : reconnaître et accompagner les victimes. Rev Prescrire 2018 ; 38 (413) : 92-200.
38. Auslender V. Les violences faites aux femmes : enquête nationale auprès des étudiants en médecine [thèse d'exercice de médecine générale]. Paris; 2015. 179 p.
39. United Nations Office on Drugs and Crime [en ligne]. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime; 2013 [consulté le 3 avril 2018]. Global study on homicide. Disponible sur : http://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf.
40. Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes [en ligne]. Délégation aux victimes; 2016 [consulté le 4 avril 2018]. Etude nationale sur les morts violentes au sein de couple 2016. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/09/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2016.pdf>.
41. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. Pediatrics 2000;106:E11.

42. Decker MR, Miller E, McCauley HL, Tancredi DJ, Anderson H, Levenson RR, Silverman JG. Recent partner violence and sexual and drug-related STI/HIV risk among adolescent and young adult women attending family planning clinics. *Sex Transm Infect* 2014;90:145-9.
43. Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc* 2014;17:18845.
44. Wingood GM, Seth P, DiClemente RJ, Robinson LS. Association of sexual abuse with incident high-risk human papillomavirus infection among young African-American women. *Sex Transm Dis* 2009;36:784-6.
45. Alvarez J, Pavai J, Mack KP, Chow JM, Baumrind N, Kimerling R. Lifetime interpersonal violence and self-reported chlamydia trachomatis diagnosis among California women. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18:57-63.
46. Paras ML, Murad MH, Chen LP, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302:550-61.
47. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Arch Fam Med.* 2000 May;9(5):451-7.
48. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet.* 2002 Apr 13;359(9314):1331-6.
49. Davis D, Luecken LJ, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clin J Pain.* 2005 Sep-Oct;21(5):398-405.
50. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public Health (Oxf).* 2011 Mar;33(1):15-21.

51. Ciccone DS, Elliott DK, Chandler HK, Nayak S, Raphael KG. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis. *Clin J Pain*. 2005 Sep-Oct;21(5):378-86.
52. Wegman HL, Stetler C. A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosom Med* 2009;71:805-12.
53. Rich-Edwards JW, Spiegelman D, Lividoti Hibert EN, et al. Abuse in childhood and adolescence as a predictor in type 2 diabetes in adult women. *Am J Prev Med* 2010;39:529-36.
54. Midei AJ, Matthews KA. Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. *Obes Rev*. 2011 May;12(5):e159-72.
55. Batten SV, Aslan M, Maciejewski PK, Mazure CM. Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *J Clin Psychiatry* 2004;65:249-54.
56. Vos T, Astbury J, Piers LS, Magnus A, Heenan M, Stanley L, Walker L, Webster K. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bull World Health Organ*. 2006 Sep;84(9):739-44.
57. Riley EH, Wright RJ, Jun HJ, Hibert EN, Rich-Edwards JW. Hypertension in adult survivors of child abuse: observations from the Nurses' Health Study II. *J Epidemiol Community Health* 2010;64: 413-8.
58. Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, Anda RF. Insights Into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experience study. *Circulation* 2004;110:1761-6.
59. Bossarte RM, Swahn MH, Choudhary E. The associations between area of residence, sexual violence victimization, and asthma episodes among US adult women in 14 states and territories, 2005-2007. *J Urban Health*. 2009 Mar;86(2):242-9.

60. Hilden M, Schei B, Swahnberg K, et al. A history of sexual abuse and health: a nordic multicentre study. *BJOG* 2004;111:1121-7.
61. Yosef A, Allaire C, Williams C, Ahmed AG, Al-Hussaini T, Abdellah MS et al. Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Dec;215(6):760.e1-760.e14.
62. Chandler HK, Ciccone DS, Raphael KG. Localization of pain and self-reported rape in a female community sample. *Pain Med.* 2006 Jul-Aug;7(4):344-52.
63. Romito P, Cedolin C, Bastiani F, Beltramini L, Saurel-Cubizolles MJ. Sexual harassment and menstrual disorders among Italian university women: A cross-sectional observational study. *Scand J Public Health.* 2017 Jul;45(5):528-535.
64. Cour F, Robain G, Claudon B, Chartier-Kästler E. Abus sexuels dans l'enfance : intérêt de leur diagnostic pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels, ano-rectaux et vésico-sphinctériens, *Progrès en Urologie*, Volume 23, Issue 9,2013, Pages 780-792.
65. García-Pérez H, Harlow SD. When coitus produce pain: an exploration of female sexuality in northwest Mexico. *Salud Publica Mex.* 2010 Mar-Apr;52(2):148-55.
66. Coker AL, Hopenhayn C, Desimone CP, Bush HM, Crofford L. Violence against Women Raises Risk of Cervical Cancer. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18:1179-85.
67. Cadman L, Waller J, Ashdown-Barr L, Szarewski A. Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2012;38:214-20.
68. Watson-Johnson LC, Townsend JS, Basilekc, Richardson LC. Cancer screening and history of sexual violence victimization among U.S. adults. *J Womens Health (Larchmt)* 2012;21:17-25.

69. Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]. Organisation Mondiale de la Santé; 2014 [cité le 19 mars 2018]. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/fr/.
70. Hall M. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy : a systematic review and meta-analysis. *Plos Med* 2014 ; 11(1) : e1001581, 25 pages.
71. Romito P, Escribà-Agüir V, Pomicino L, Lucchetta C, Scrimin F, Molzan Turan J. Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion. *Womens Health Issues*. 2009 Sep-Oct;19(5):335-43.
72. Johri M, Morales RE, Boivin JF, Samayoa BE, Hoch JS, Grazioso CF et all. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011 Jul 6;11:49.
73. Sanchez SE, Alva AV, Diez Chang G, Qiu C, Yanez D, Gelaye B, Williams MA. Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal exposure to intimate partner violence during pregnancy in Peru. *Matern Child Health J*. 2013 Apr;17(3):485-92.
74. Joudrier H. Violences conjugales, grossesse et médecine générale : enquête au sein de l'association SOS Femmes 93 [thèse d'exercice de médecine générale]. Paris; 51p.
75. Dhar D, McDougal L, Hay K, Atmavilas Y, Silverman J, Triplett D et all. Associations between intimate partner violence and reproductive and maternal health outcomes in Bihar, India: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2018 Jun 19;15(1):109. doi: 10.1186/s12978-018-0551-2.
76. Silverman J-G, Decker M-R, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S states ; associations with maternal and neonatal health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, 140-148.

77. Valladares E1, Ellsberg M, Peña R, Högberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstet Gynecol.* 2002 Oct;100(4):700-5.
78. Valladares E1, Peña R, Ellsberg M, Persson LA, Högberg U. Neuroendocrine response to violence during pregnancy--impact on duration of pregnancy and fetal growth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(7):818-23.
79. Martin SL, Macy RJ, Sullivan K, Magee ML. Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse.* 2007 Apr;8(2):135-48.
80. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé,* 1998, 76(6):591-98.
81. Chen LP, Murad MH, Paras ML, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 2010;85:618-29.
82. Chou KL. Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in middle-aged and older adults: evidence from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *J Clin Psychiatry* 2012;73:e1365-71.
83. Salmona M. Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. In : Coutanceau R, Salmona M, dir. *Violences conjugales et famille.* Malakoff : Dunod; 2016. p. 98-107.
84. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. *Int J Occup Environ Med* 2012;3:2-9.
85. Crocq L, Dalligand L, Villerbu L, Tarquinio C, Duchet C, Coq JM, et all. *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes.* Elsevier Masson; 2014.

86. Colas MD, Lahutte B, Vautier V. Troubles psychiques post-traumatiques : précocité et continuité des soins. In : Mérat S, dir. Le blessé de guerre. Montrouge : Arnette; 2013. p. 573-584.
87. Lebigot F. Le traumatisme psychique. *Stress et trauma* 2009 ; 9 (4) : 201-204.
88. American Psychiatric Association. DSM V, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, traduction française. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2015.
89. Salmona M. Mémoire traumatique et victimologie [en ligne]. Association Mémoire traumatique et victimologie [consulté le 31 juillet 2018]. Mécanisme. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/mecanismes.html>.
90. Karen Sadlier. L'enfant co-victime de la violence dans le couple. In : Coutanceau R, Salmona M. *Violences conjugales et famille*. Malakoff : Dunod; 2016. p. 122-131.
91. Capdevila L. La mobilisation des femmes dans la France combattante (1940-1945). *Clio*. Jan2000;(12).
92. Thébaud F. Penser les guerres du XXe siècle à partir des femmes et du genre. Quarante ans d'historiographie. *Clio*. Jan2014;(39):157–82.
93. Jauneau É. Images et représentations des premières soldates françaises (1938-1962). *Clio*. 2009;(30):231–52.
94. Attia S. Aller au-delà des idées reçues. *Inflexions*. 2011; 17 : 31-40.
95. Elodie Jauneau. Des femmes dans la France combattante pendant la Deuxième Guerre mondiale : Le Corps des Volontaires Françaises et le Groupe Rochambeau. *Genre & Histoire* [En ligne]. 2008 [consulté le 29 avril 2018]. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/genrehistoire/373>.
96. Tanguy JM. *L'armée au féminin : ces femmes qui font l'armée française du XXIe siècle*. Paris : Edition Pierre de Taillac; 2016.

97. Cahen F, Capuano C. La poursuite de la répression anti-avortement après Vichy. Une guerre inachevée ? Vingtième Siècle. Revue d'histoire, vol. 111, no. 3, 2011 : 119-131.
98. Ministère des armées [en ligne]. Haut Comité d'Evaluation de la Condition Militaire; 2013 [consulté le 12 août 2018]. 7ème rapport : les femmes dans les forces armées françaises. Disponible sur : <https://www.defense.gouv.fr/portail/vous-et-la-defense/evaluation-de-la-condition-militaire/hcecm/publications/les-rapports-thematiques/7eme-rapport-juin-2013>.
99. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques [en ligne]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques; 2017 [consulté le 16 août 2018]. Femmes et hommes, l'égalité en question. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586419?sommaire=2586548>.
100. Héritier F. Masculin, féminin I. Paris : O. Jacob; 2012.
101. Planiol A. L'intégration des femmes dans les armées américaines. Études de l'IRSEM. 2016; 43.
102. Planiol A, dir. Revue défense nationale : actes du colloque Femmes militaires, et maintenant ? Paris : comité d'étude de défense nationale; 2017.
103. Koulmann N, Malgoyre A. Les différences physiologiques homme-femme : quel impact sur l'aptitude physique au combat ? Planiol A, dir. Revue défense nationale : actes du colloque Femmes militaires, et maintenant ? Paris : comité d'étude de défense nationale; 2017. p.37-40.
104. M. Trousselard, C. Aufauvre-Poupon. Neurosciences et différences homme-femme : application aux environnements opérationnels. In : Planiol A, dir. Revue défense nationale : actes du colloque Femmes militaires, et maintenant ? Paris : comité d'étude de défense nationale; 2017. p. 41 à 46.
105. Coste F. Analyse du système de valeurs militaires et des caractères conservateurs de l'armée [mémoire du Diplôme d'Etudes Approfondies en science politique]. Lille; 2002. 123 p.

106. Ardant du Picq C. Etudes sur le combat. Hachette et Dumaine; 1880.
107. M. Goya. Ardant du Picq, l'officier à l'écoute du soldat. Science et vie - Guerres et histoire. 2012; 10 : 76-80.
108. D. Lorient L, Friedmann G, Benkara L. Métiers de la défense, le choix des femmes : identités et mixité des emplois dans l'armée de Terre. Paris : Centre d'études en sciences sociales de la Défense; 2001.
109. Rioux E, Andruétan Y, Barry JC, Castillo M, Chéron B, Clervoy P, et all. Et le sexe ? Paris : armée de Terre; 2018.
110. Bouzard T. Sexualité et chansons de soldats. In : Rioux E, Andruétan Y, Barry JC, Castillo M, Chéron B, Clervoy P, et all. Et le sexe ? Paris : armée de Terre; 2018. p. 13-21.
111. Favre C. La pin-up, érotisme et patriotisme américain durant la Seconde Guerre mondiale. In : Rioux E, Andruétan Y, Barry JC, Castillo M, Chéron B, Clervoy P, et all. Et le sexe ? Paris : armée de Terre; 2018. p. 37-42.
112. Weimann D. Le derniers BMC. In : Rioux E, Andruétan Y, Barry JC, Castillo M, Chéron B, Clervoy P, et all. Et le sexe ? Paris : armée de Terre; 2018. p. 103-112.
113. Benoit C. Le soldat et l'amour. In : Rioux E, Andruétan Y, Barry JC, Castillo M, Chéron B, Clervoy P, et all. Et le sexe ? Paris : armée de Terre; 2018. p. 113-123.
114. Thiéblemont A. Et la vie de couple, bordel ? In : Rioux E, Andruétan Y, Barry JC, Castillo M, Chéron B, Clervoy P, et all. Et le sexe ? Paris : armée de Terre; 2018. p. 125-133.
115. Desplanque-Guillet N. Aumônier en OPEX. In : Rioux E, Andruétan Y, Barry JC, Castillo M, Chéron B, Clervoy P, et all. Et le sexe ? Paris : armée de Terre; 2018. p. 59-65.
116. Minano L, Pascual J. La guerre invisible : révélations sur les violences sexuelles dans l'armée française. Paris : Arènes & Causette; 2014.

117. La documentation Française [en ligne]. Contrôle Général des Armées; 2014 [consulté le 2 aout 2018]. Rapport de la mission d'enquête sur les cas de harcèlement, agressions et violences sexuels dans les armées. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000227.pdf>.
118. Dal E. Comité de pilotage Thémis. Observatoire de la parité. 2018; Paris.
119. Andruétan Y. Wargasme. In : Rioux E, Andruétan Y, Barry JC, Castillo M, Chéron B, Clervoy P, et all. Et le sexe ? Paris : armée de Terre; 2018. p. 53-58.
120. Canuet H, Belin I, Henry G. Prise en charge de la femme victime de violences conjugales par les médecins généralistes, une étude qualitative. *Exercer* 2010;92:75-81.
121. Lazimi G. « Violences faites aux femmes. » *Revue du Praticien- Médecine générale*, 2005 : 1180.
122. Piau Charruau D. 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. 86 p.
123. Coutanceau R. Les difficultés à dire honte et culpabilité. In : Coutanceau R, Salmona M, dir. *Violences conjugales et famille*. Malakoff : Dunod; 2016. p. 108-120.
124. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Paris : La Documentation Française; 2001.
125. Wendt E, Hildingh C, Lidell E, Westerståhl A, Baigi A, Marklund B. Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(5):590-5.
126. Leroy-Sharma C. Prise en charge des violences sexuelles en médecine générale : étude quantitative auprès de 17 médecins généralistes [thèse d'exercice de médecine générale]. Paris; 2012. 162 p.

127. Lazimi G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? Etude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes. 557 patientes interrogées. Intérêt et faisabilité [Mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire « Stress, traumatisme et pathologies »]. Paris; 2007.
128. Delespine M. 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 dans le cadre du Diplôme d'Etat de sage-femme]. 2009.
129. Gazaigne L. Violences faites aux femmes: poser la question est-il possible? [Mémoire de Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale]. Paris; 2008.
130. Sarafis C. L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères conjugales et familiales [mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire de victimologie]. 2009.
131. Nelson HD et coll. Screening women for intimate partner violence. A systematic review to update the 2004 U.S preventive services task force recommendation. *Ann Intern Med* 2012 ; 156 (11) : 796-808.
132. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Organisation Mondiale de la Santé; 2014 [consulté le 27 aout 2018]. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle. Manuel clinique. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf?sequence=1.
133. Ordre des médecins. Que faire face à une victime de violence ? Le guide juridique. *Médecins* 2017 ; 51 : 28.
134. Haute autorité de santé [en ligne]. Haute autorité de santé; 2011 [consulté le 28 aout 2018]. Certificat médical initial concernant une personne victime de violences. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011->

11/certificat_medical_initial_concernant_une_personne_victime_de_violences_-_recommandations.pdf.

135. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to screening for domestic violence. J Gen Intern Med. 2002 Feb;17(2):112-6.

Annexe 1

QUESTIONNAIRE SUR LE REPERAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES EN MEDECINE D'UNITE

Longtemps méconnues, voire tolérées, les violences à l'encontre des femmes ont progressivement émergé dans le débat public grâce aux mobilisations féministes, à la publication d'enquêtes scientifiques visant à mieux les connaître et plus récemment à certaines affaires de violences sexuelles largement médiatisées.

Néanmoins, elles restent probablement encore de nos jours un phénomène sous-estimé et peu abordé en médecine, alors que l'on sait qu'elles ont un réel impact sur la santé des victimes.

Certaines femmes hésitent encore à rompre le silence et à dénoncer ce qu'elles subissent. Un questionnement réalisé lors de consultations médicales permettrait d'améliorer leur repérage et leur prise en charge.

En tant que médecins d'unité, nous avons pour mission d'identifier un certain nombre de situations à risque dans le cadre de visites médicales systématiques. Qu'en est-il pour cette question ?

Ainsi, dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale, j'ai rédigé un questionnaire qui aborde le repérage des violences faites aux femmes en médecine d'unité. Il a pour objectif de dresser un état des lieux des connaissances, expériences professionnelles et opinions des médecins et futurs médecins d'unités concernant cette problématique.

Il est anonyme, non obligatoire et nécessite entre 5 à 10 minutes pour être complété.

Je vous remercie par avance de votre participation,

Interne des Hôpitaux des Armées COUTSIS Arthur

Renseignements généraux

Vous êtes : un homme une femme

Votre âge : ans

Votre statut professionnel :

Interne ayant effectué un stage en unité

Médecin des Forces Armées

I- Aperçu des connaissances des médecins d'unités concernant le repérage des violences faites aux femmes.

1- Connaissez-vous le principe du repérage systématique des violences faites aux femmes ?

Oui

Non

2- En France (Cochez-la ou les affirmations vraies) :

22% des femmes victimes de viols ou tentatives de viols au cours de leur vie l'ont été avant leur 18 ans

Les violences faites aux femmes sont considérées comme un enjeu majeur de santé publique par l'Organisation Mondiale de la Santé

Dans 90% des cas de viols en France, l'agresseur est connu de la victime

Moins d'une femme sur 5 victime de violences physiques et/ou sexuelles au sein du couple déclarent avoir déposé plainte

Les professionnels de santé sont le deuxième recours, après les Forces de l'Ordre, pour les femmes victime de violences conjugales

3- Parmi les organismes cités ci-dessous, lesquelles connaissez-vous ?

Cellule Thémis

Cellule Ecoute Défense

39 19

Cellule STOP DISCRI

Aucun

4- Pensez-vous avoir eu une formation initiale suffisante pour repérer et prendre en charge une femme victime de violences ?

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Ne sait pas

5- Avez-vous suivi une formation complémentaire spécifique à la prise en charge des violences (hors violences guerrières) ?

- Oui
- Non

II- Expérience professionnelle concernant le repérage des violences faites aux femmes en médecine d'unité.

1- **Au cours des 12 derniers mois***, avez-vous reçu en consultation au moins une femme militaire avec laquelle vous avez parlé de violences qu'elle subirait ou aurait subi par le passé (hors violences guerrières) ?

- Oui
- Non

* Pour les internes : Au cours de votre stage chez le praticien.

Si « Non » à la question précédente, passer directement au III.

2- Quelle a été la fréquence de ce type de consultation ?

- $\geq 1/\text{jour}$
- $\geq 1/\text{semaine}$
- $\geq 1/\text{mois}$
- $\geq 1/\text{an}$

3- Combien de consultations de ce type avez-vous rencontré ?

- consultation(s)
- Ne sait pas

4- Comment avez-vous pris connaissance des situations de violences que vous avez rencontré lors de ces consultations ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Motif initial de consultation
- Par la pratique d'un questionnement systématique à chaque consultation
- Par la pratique d'un questionnement systématique lors de consultations-clés (exemples : visites médicales périodiques, première consultation, consultation en retour de mission...)
- Par la pratique d'un questionnement sur signes d'alerte (troubles psychologiques ou psychiatriques, comportementaux, somatiques ...)
- Grâce à des faits rapportés par un tiers (commandement, collègues, entourage proche...), vous incitant à aborder le sujet avec la personne concernée
- La patiente a décidé spontanément d'en parler, modifiant le cours de la consultation
- Autre
Précisez :

5- Quel(s) type(s) de violences avez-vous identifié lors de ces consultations ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Violence verbale et psychologique (propos jugés sexistes, humiliants, dévalorisants, injurieux ou menaçants...)
- Violence physique (coups, bousculades, gifles, étranglements...)
- Violence sexuelle (attouchements, rapports forcés, viols...)
- Violence économique (contrôle des dépenses, privation de ressources économiques...)
- Ne sait pas

6- Par qui ces violences ont-elles été perpétrées ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Membre de la famille (parents, grands-parents, fratrie, oncles...)
- Conjoint(e) ou ex-conjoint(e)
- Entourage proche (ami(e)...)
- Collègue de travail
- Individu inconnu de la victime
- Ne sait pas
- Autre
Précisez :

7- Parmi les récits qui vous ont-été confiés, certains renvoient-ils à des faits de violences commis dans les 12 mois précédant la consultation ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

III- Repérage des violences faites aux femmes en médecine d'unité.

1- Pensez-vous que le médecin d'unité puisse avoir un rôle central dans le repérage et la prise en charge (orientation) des femmes victimes de violences ?

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Ne sait pas

2- D'après vous, la pratique d'un repérage des violences faites aux femmes est-elle possible en médecine d'unité ?

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Ne sait pas

3- Dans l'hypothèse où cette pratique serait appliquée en médecine d'unité, quelle(s) forme(s) devrait-elle adopter selon vous ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Questionnement oral systématique à chaque type de consultation
- Questionnement oral systématique lors de consultations-clés (exemples : visites médicales périodiques, première consultation, consultation en retour de mission...)
- Questionnement écrit systématique lors de consultations-clés (exemple : sous forme d'une question rajoutée sur les questionnaires distribués avant chaque visite médicale périodique)
- Questionnement sur signes d'alerte (troubles psychologiques ou psychiatriques, comportementaux, somatiques ...)
- Ne sait pas

Autre

Précisez :

4- Est-il nécessaire de former au préalable les médecins d'unité à la problématique des violences envers les femmes ?

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non
- Ne sait pas

5- Selon vous, qu'est-ce qui remet en question la mise en place de cette pratique en médecine d'unité ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Les femmes engagées dans l'Armée représentent une population globalement moins concernée par les violences faites aux femmes
- Méconnaissance concernant la prise en charge des violences faites aux femmes
- Méconnaissance des réseaux spécialisés
- Manque de temps en consultation
- Sentiment d'intrusion dans la vie privée d'autrui
- Balance bénéfiques/risques défavorable pour la patiente (risque de réactiver des traumatismes anciens, d'induire des dépressions, des représailles...)
- Risque de rompre ou altérer la relation de soins
- Risque de retombées négatives pour le médecin (retombées judiciaires, investissement émotionnel trop important, sentiment d'impuissance et d'isolement, de mal-être...)
- Aucune raison n'empêche réellement le développement et la mise en place d'un dispositif de repérage des violences en médecine d'unité
- Autre

Précisez :

39 19

« Violences Femmes Info »

09 88 68 55 55

« Cellule Thémis » (harcèlement et violences sexuelles), themis@intradef.gouv.fr

08 08 800 321

« Ecoute Défense » (aide psychologique)

Résumé

Repérage en médecine d'unité des violences faites aux femmes.

Introduction : Les violences faites aux femmes sont considérées comme un problème majeur de santé publique. Les médecins généralistes méconnaissent la plupart des violences que subissent leurs patientes. La pratique d'un repérage systématique est de plus en plus envisagée afin de mieux identifier ces situations. Au même titre que leurs confrères civils, les médecins militaires semblent être peu confrontés à ce phénomène, alors que les femmes militaires françaises peuvent aussi y avoir été exposées. Ce travail a pour objectif de dresser un état des lieux des connaissances, expériences professionnelles et opinions des praticiens des armées concernant cette thématique. **Méthodes :** Une étude transversale par questionnaire a été menée du 14 mai au 18 juin 2018, auprès des médecins d'unité des Centres Médicaux des Armées de Paris et de Versailles et de deux promotions d'Internes des Hôpitaux des Armées de médecine générale et d'urgence. Au total, sur 226 personnes sollicités, 59 ont été inclus. **Résultats :** 81,4% des participants ne connaissent pas la pratique du repérage systématique des violences faites aux femmes. Au cours de la dernière année, ils sont 40,7% à avoir été confrontés de manière très occasionnelle à cette problématique. Une très grande majorité des répondants estiment qu'un médecin d'unité pourrait avoir un rôle central dans le repérage et la prise en charge des femmes militaires victimes de violences, sous couvert d'une formation. **Conclusion :** Ce travail souligne l'intérêt de réfléchir au développement de formations spécifiques visant à sensibiliser les médecins d'unité au repérage et à l'orientation des femmes militaires victimes de violences.

Mots clés : Médecine militaire, repérage, violences, femmes.

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06