



**HAL**  
open science

## IVG et violences sexuelles : quel lien ?

Nadège Zaazou

► **To cite this version:**

Nadège Zaazou. IVG et violences sexuelles : quel lien ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02733432

**HAL Id: dumas-02733432**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02733432>**

Submitted on 12 Jun 2020

**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 - ShareAlike 4.0 International License

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Nadège ZAAZOU**

Le 7 mars 2019

TITRE

IVG et violences sexuelles : quel lien ?

Directeur de thèse : Dr Carole DURAND

JURY

- Président : Pr Pierre BOULOT, PU-PH Gynécologie obstétrique
- Assesseurs : Pr Eric BACCINO, PU-PH Médecine légale et droit de la santé  
Pr Thierry MAUDELONDE, Professeur émérite  
Dr Carole DURAND
- Membre invité : Pr Aubert AGOSTINI, PU-PH Gynécologie obstétrique, Université  
Aix-Marseille

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Nadège ZAAZOU**

Le 7 mars 2019

TITRE

IVG et violences sexuelles : quel lien ?

Directeur de thèse : Dr Carole DURAND

JURY

Président : Pr Pierre BOULOT, PU-PH Gynécologie obstétrique

Assesseurs : Pr Eric BACCINO, PU-PH Médecine légale et droit de la santé  
Pr Thierry MAUDELONDE, Professeur émérite  
Dr Carole DURAND

Membre invité : Pr Aubert AGOSTINI, PU-PH Gynécologie obstétrique, Université  
Aix-Marseille

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves  
 ALRIC Robert  
 ARNAUD Bernard  
 ASTRUC Jacques  
 AUSSILLOUX Charles  
 AVEROUS Michel  
 AYRAL Guy  
 BAILLAT Xavier  
 BALDET Pierre  
 BALDY-MOULINIER Michel  
 BALMES Jean-Louis  
 BALMES Pierre  
 BANSARD Nicole  
 BAYLET René  
 BILLIARD Michel  
 BLARD Jean-Marie  
 BLAYAC Jean Pierre  
 BLOTMAN Francis  
 BONNEL François  
 BOUDET Charles  
 BOURGEOIS Jean-Marie  
 BRUEL Jean Michel  
 BUREAU Jean-Paul  
 BRUNEL Michel  
 CALLIS Albert  
 CANAUD Bernard  
 CASTELNAU Didier  
 CHAPTAL Paul-André  
 CIURANA Albert-Jean  
 CLOT Jacques  
 D'ATHIS Françoise  
 DEMAILLE Jacques  
 DESCOMPS Bernard  
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard  
 DUMAS Robert  
 DUMAZER Romain  
 ECHENNE Bernard  
 FABRE Serge  
 FREREBEAU Philippe  
 GALIFER René Benoît  
 GODLEWSKI Guilhem  
 GRASSET Daniel  
 GROLLEAU-RAOUX Robert  
 GUILHOU Jean-Jacques  
 HERTAULT Jean  
 HUMEAU Claude  
 JAFFIOL Claude  
 JANBON Charles  
 JANBON François  
 JARRY Daniel  
 JOYEUX Henri  
 LAFFARGUE François  
 LALLEMANT Jean Gabriel  
 LAMARQUE Jean-Louis  
 LAPEYRIE Henri  
 LESBROS Daniel  
 LOPEZ François Michel  
 LORIOT Jean  
 LOUBATIERES Marie  
 Madeleine  
 MAGNAN DE BORNIER  
 Bernard  
 MARY Henri  
 MATHIEU-DAUDE Pierre  
 MEYNADIER Jean  
 MICHEL François-Bernard  
 MICHEL Henri

MION Charles  
 MION Henri  
 MIRO Luis  
 NAVARRO Maurice  
 NAVRATIL Henri  
 OTHONIEL Jacques  
 PAGES Michel  
 PEGURET Claude  
 PELISSIER Jacques  
 POUGET Régis  
 PUECH Paul  
 PUJOL Henri  
 PUJOL Rémy  
 RABISCHONG Pierre  
 RAMUZ Michel  
 RIEU Daniel  
 RIOUX Jean-Antoine  
 ROCHEFORT Henri  
 ROSSI Michel  
 ROUANET DE VIGNE LAVIT  
 Jean Pierre  
 SAINT AUBERT Bernard  
 SANCHO-GARNIER Héléne  
 SANY Jacques  
 SEGNARBIEUX François  
 SENAC Jean-Paul  
 SERRE Arlette  
 SIMON Lucien  
 SOLASSOL Claude  
 THEVENET André  
 VIDAL Jacques  
 VISIER Jean Pierre

#### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude  
 BLANC François  
 BOULENGER Jean-Philippe  
 BOURREL Gérard  
 BRINGER Jacques  
 CLAUSTRES Mireille  
 DAURES Jean-Pierre  
 DAUZAT Michel  
 DEDET Jean-Pierre  
 ELEDJAM Jean-Jacques  
 GUERRIER Bernard  
 JOURDAN Jacques

MARES Pierre  
 MAURY Michèle  
 MILLAT Bertrand  
 MAUDELONDE Thierry  
 MONNIER Louis  
 PREFAUT Christian  
 PUJOL Rémy  
 SULTAN Charles  
 TOUCHON Jacques  
 VOISIN Michel  
 ZANCA Michel

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé  
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie  
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale  
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation  
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
COUBES Philippe – Neurochirurgie  
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie  
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire  
DAVY Jean Marc - Cardiologie  
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation  
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie  
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
ELIAOU Jean François - Immunologie  
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale  
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie  
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence  
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire  
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation  
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick – Cardiologie  
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie  
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition  
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie  
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale  
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive  
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie  
CAMU William-Neurologie  
CANOVAS François-Anatomie  
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion  
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation  
CORBEAU Pierre-Immunologie  
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale  
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation  
DAUVILLIERS Yves-Physiologie  
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale  
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie  
DE VOS John – Cytologie et histologie  
DROUPY Stéphane -Urologie  
DUCROS Anne-Neurologie  
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie  
HAYOT Maurice - Physiologie  
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence  
KOENIG Michel-Génétique moléculaire  
LABAUGE Pierre- Neurologie  
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation  
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie  
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière  
LECLERCQ Florence-Cardiologie  
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales  
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
MATECKI Stéfan -Physiologie  
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
MOREL Jacques - Rhumatologie  
MORIN Denis-Pédiatrie  
NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
PRUDHOMME Michel - Anatomie  
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
TOUITOU Isabelle-Génétique

TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

**PU-PH de 2ème classe**

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie  
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
CAPTIER Guillaume-Anatomie  
CAYLA Guillaume-Cardiologie  
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
DAIEN Vincent-Ophtalmologie  
DORANDEU Anne-Médecine légale -  
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie  
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
GENEVIEVE David-Génétique  
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie  
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie  
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie  
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie  
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence  
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile  
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie  
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie  
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie  
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
LONJON Nicolas - Neurologie  
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
LUKAS Cédric-Rhumatologie  
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale  
MORANNE Olivier-Néphrologie  
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
NOCCA David-Chirurgie digestive  
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale  
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie  
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie  
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
RIVIER François-Pédiatrie  
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
ROUBILLE François-Cardiologie  
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie  
SULTAN Ariane-Nutrition  
THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie  
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
VILLAIN Max-Ophtalmologie  
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
VINCENT Thierry-Immunologie  
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

### **PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine**

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

### **Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

#### **MCU-PH Hors classe**

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

#### **MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion  
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail  
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie  
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire  
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire  
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction  
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie  
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie  
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie  
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

**MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe**

BERTRAND Martin-Anatomie  
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation  
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie  
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire  
GOUZI Farès-Physiologie  
HERRERO Astrid – Chirurgie générale  
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie  
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire  
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie  
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques  
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale**

**Maîtres de conférence de 1<sup>ère</sup> classe**

COSTA David

**Maîtres de conférence de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice  
OUDE-ENGBERINK Agnès

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale**

GARCIA Marc  
MILLION Elodie  
PAVAGEAU Sylvain  
REBOUL Marie-Catherine  
SERAYET Philippe

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

### **Maîtres de Conférences hors classe**

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

### **Maîtres de Conférences de classe normale**

BECAMEL Carine - Neurosciences  
BERNEX Florence - Physiologie  
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé  
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire  
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire  
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques  
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques  
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé  
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé  
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques  
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé  
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques  
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences  
MOUTOT Gilles - Philosophie  
PASSERIEUX Emilie - Physiologie  
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie  
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

## **PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie  
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique  
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale  
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

# **REMERCIEMENTS**

-Au Professeur BOULOT, qui me fait l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous en remercie et espère être à la hauteur de vos attentes.

- Au Professeur BACCINO, qui me fait l'honneur d'accepter d'être membre de mon jury et de juger mon travail.

-Au Professeur MAUDELONDE, qui me fait l'honneur d'accepter d'être membre de mon jury et de juger mon travail. Merci de ce que vous m'avez apporté durant ces 4 années d'internat.

-Au Professeur AGOSTINI, merci d'avoir accepté sans condition de faire partie de ce jury. Dans ce domaine de prédilection qu'est pour vous l'IVG, j'ai l'immense privilège d'une évaluation de mon travail par votre personne.

-Au Docteur DURAND, qui m'a fait l'honneur de diriger ma thèse. Vous m'avez accompagnée tout au long de ce travail. Votre soutien, votre bienveillance et votre patience ont été d'une importance incroyable. Merci pour cette approche si singulière et inspirante que vous avez de la gynécologie.

-A mes enfants, Lysandre et Rose qui m'ont fait découvrir l'amour inconditionnel. N'essayez pas de changer le monde mais trouvez quelque chose que vous aimez, qui vous épanouisse. Faites-le chaque jour jusqu'à la fin de vos jours...et peut-être que le monde changera...

-A celui que j'aime depuis maintenant 8 ans...celui avec qui j'ai construit une vie que je n'aurais pu imaginer. Merci pour m'avoir soutenue et poussée toutes ces années. Tu es ma force, mon roc. Notre complicité est précieuse et j'espère qu'on la gardera toujours. Je t'aime.

-A mes parents : vous êtes si uniques et je suis fière d'avoir des parents comme vous.

-A ma mère pour ton soutien indéfectible à tous les niveaux depuis toujours. C'est grâce à tes jus d'orange maison, ton poisson « pour la mémoire » et tes heures d'écoute que j'en suis là aujourd'hui.

-A mon père : ça y'est je crois qu'on y est...le moment où je dois te coller mon diplôme sur le front parce que « si tes résultats ne sont pas à la hauteur de tes espérances, dis-toi que le Grand Chêne aussi, un jour, a été un gland »

-A mon frère : merci de m'avoir prêté le sweat rouge de la réussite. Et tu le sais, docteur ou pas tu resteras toujours ma puce. Et à Camille, ma belle-sœur, pour nos instants potins que j'adore.

-A ma belle-famille: quelle chance j'ai de vous avoir. Vous êtes si bienveillants et attentionnés depuis toujours.

-Mention spéciale pour Elisabeth : merci pour tout, ton dévouement, ta gentillesse, je suis très fière de notre relation. Je ne pouvais pas rêver mieux comme belle-mère.

- A Marion: je repense à ce moment où on a décidé de faire médecine...sans toi je n'aurais jamais pu franchir le pas. Merci pour ta patience et ton amitié. Tu l'as prouvé jusqu'à aujourd'hui avec la relecture. Merci Romain pour nous avoir supporté pendant toutes ces étapes de médecine.

- A Chloé : merci pour ces 20 ans d'amitié. Comme on le dit on est tellement différentes mais quoiqu'il se passe on est toujours là l'une pour l'autre...d'une danse devant la glace à des petits pas de danse sur Barry White.

-A Charal : avec ces remerciements, j'ai peur de passer en tête du fameux classement... Merci d'avoir été là du jour des résultats de la P1 avec ton cri de charalus jusqu'à aujourd'hui.

-A Aurélia et Anne-Laure: le temps des « week-end révision Bédoule » est loin...mais l'amitié et l'envie de se retrouver est toujours là. Sans, vous l'externat aurait été beaucoup moins drôle.

-Aux bretons : parce qu'aimer en amitié est plus fort qu'être aimé.

-A Audrey : ma plus belle rencontre durant mon internat.

-A mon parrain : pour ta présence et ta gentillesse depuis toujours. J'ai du mal à te rendre la pareil. Tu es une personne précieuse.

-A tous ceux que j'ai connu par Jérémy mais que je considère maintenant comme mes amis : Manon (bien que loin je pense fort à toi), Guigui et cloclo, Théo, Sima (n'oublie pas, ma thèse est bien le 7 mars), Pauline (je t'exempte de la chanson douce maison qui irait très bien avec mon sujet), Sven, Cyrille (laisse tomber la team rocket), Mél, Benje, Lulu, Anne (merci pour ta superbe couette), Marina, Camille, Laura et Florianne.

-Aux vigneron : vous êtes mon plus beau souvenir de Béziers.

-A toutes les personnes qui ont fait que ce travail a pu se réaliser : Laura merci pour ta patience, tes conseils et ton féminisme. Aux équipes de Montpellier (Gaëlle pour tes précieux conseils, Simon et Nathalie pour votre disponibilité), Marseille (Chloé, Marine et la super équipe d'infirmières), Béziers, Sète (un immense merci à Annie), au Dr Marien et Durand pour avoir accepté de participer à ce travail.

-Et surtout merci à toutes ces femmes qui font que j'exerce le plus beau métier du monde.

# **SOMMAIRE**

<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>15</b>
<b>Préambule .....</b>	<b>16</b>
<b>1 / CONTEXTE.....</b>	<b>17</b>
1-1 Cadre légal des violences sexuelles .....	17
1-1-1 Définition juridique des violences sexuelles.....	17
1-1-2 Définition juridique des relations entre auteur des faits et victimes.....	18
1-1-3 Peines encourues .....	18
1-1-4 Délai de prescription.....	20
1-1-5 Obligation d'information du soignant.....	20
1-2 Historique des violences sexuelles .....	21
1-3 Principales données statistiques des violences sexuelles.....	22
1-3-1 Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes (ENVEFF), 2001 .....	22
1-3-2 Enquête cadre de vie et sécurité, 2012-2017 .....	23
1-3-3 Enquête Violence et Rapport de Genre (VIRAGE).....	25
1-4 Conséquences des violences sexuelles sur le plan gynécologique.....	27
1-4-1 Douleurs pelviennes chroniques .....	28
1-4-2 Infections génitales.....	28
1-4-3 Cancer du col .....	28
1-4-4 Dysfonction sexuelle.....	29
1-4-5 Infertilité.....	29
1-5 Conséquences obstétricales des violences sexuelles.....	30
1-6 Autres conséquences somatiques des violences sexuelles.....	31
1-6-1 Au niveau urologique.....	31
1-6-2 Au niveau digestif.....	32
1-6-3 Autres.....	32
1-7 Facteurs influençant les conséquences somatiques des violences sexuelles.....	33
1-8 Principales statistiques des IVG en France.....	33
1-9 Historique de l'IVG en France .....	35
1-10 Focus sur les IVG répétées .....	37
1-11 Grossesse issue d'un viol.....	38
1-12 Objectifs de l'étude .....	39
<b>2/ MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>40</b>
2-1 Population étudiée .....	40

2-2	Critères d'inclusion.....	40
2-3	Critères d'exclusion.....	41
2-4	Déroulement de l'étude.....	41
2-5	Description du questionnaire .....	42
2-6	Calcul du Nombre de Sujets Nécessaires .....	43
2-7	Traitement des données et analyse statistique.....	43
2-8	Caractéristiques des différents lieux d'IVG .....	44
2-8-1	CHRU Montpellier .....	44
2-8-2	CHU Conception Marseille .....	45
2-8-3	Centre Hospitalier Bassin de Thau.....	45
2-8-4	Centre Hospitalier Béziers .....	45
2-8-5	Praticiens .....	46
2-9	Ethique et protection des personnes .....	46
<b>3/</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>47</b>
3-1	Lieu de consultation.....	47
3-2	Données socio-démographiques.....	48
3-3	Antécédents obstétricaux.....	49
3-4	Contraception.....	50
3-5	Suivi gynécologique .....	52
3-6	Violences sexuelles.....	53
3-6-1	Au cours des 12 derniers mois.....	53
3-6-2	Au cours de la vie.....	54
3-7	Abord des violences sexuelles.....	56
3-8	Comparatif des violences sexuelles avec l'étude VIRAGE.....	57
3-9	Première IVG versus IVG répétées.....	58
3-10	Principales caractéristiques en fonction des lieux d'IVG .....	60
3-11	Caractéristiques des patientes victimes de viol .....	62
3-12	Caractéristiques des patientes victimes de violences sexuelles au cours de la vie.....	63
<b>4/</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>64</b>
4-1-	Principaux résultats .....	64
4-2	Biais et limites de l'étude .....	68
4-3	Propositions concrètes : .....	69
4-3-1	Dépistage systématique .....	69
4-3-1-a	Etudes et recommandations sur le dépistage.....	69
4-3-1-b	Freins au dépistage.....	70

4-3-1-c Perspectives.....	70
4-3-2 Efficacité du réseau.....	71
4-3-3 Former les professionnels de santé.....	71
4-3-4 Etablir des centres de référence .....	72
<b>5/ CONCLUSION.....</b>	<b>74</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>75</b>
<b>Annexe 1 : questionnaire .....</b>	<b>80</b>
<b>Annexe 2 : documents d'information .....</b>	<b>85</b>

# **GLOSSAIRE**

- CF : Confer
- CH : Centre Hospitalier
- CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CHU : Centre hospitalo-universitaire
- CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
- ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IMG : Interruption Médicale de Grossesse
- ITT : Interruption Totale de Travail
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- LARC : Contraception à Longue Durée d'Action Réversible
- MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes victimes de violence et la lutte contre la traite des êtres humains
- NSN : Nombre de Sujets Nécessaires
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SA : Semaines d'Aménorrhée
- VIRAGE : Enquête Violences et Rapport de Genre

# **Préambule**

« Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes... » Simone Veil.

Les violences sexuelles engagent la société dans son ensemble et mobilisent des sphères aussi variées que sont les médias, les pouvoirs publics, les professionnels de santé etc.

Depuis le début de mon internat, j'ai réalisé que nous, médecins, sommes confrontés à cette problématique de façon presque quotidienne.

Cela soulève de multiples remises en questions, raisonnements, peurs, jugements... qui nous modifient, nous font évoluer en tant que professionnel de santé et en tant que citoyen.

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) s'inscrit dans l'histoire de vie de nos patientes avec des conséquences potentielles sur leur état de santé au long cours. De même, ce parcours de vie est, pour 14% des cas (1), modulé par des violences sexuelles subies.

C'est ainsi que j'ai souhaité me lancer dans un travail de thèse s'attachant à rechercher un lien entre ces violences, les IVG et les échecs de contraception.

Cela permettrait peut-être de mettre un sens sur ces phénomènes qui nous bousculent et aideraient le professionnel sollicité par le terrain à adapter sa pratique.

# **1 / CONTEXTE**

## 1-1 Cadre légal des violences sexuelles

### 1-1-1 Définition juridique des violences sexuelles

Le code pénal français distingue trois classes d'infraction : les contraventions, les délits et les crimes, suivant leur gravité. (1)

Le viol est un crime jugé en cour d'assises, et est défini comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte menace ou surprise » (*article 222-23 CP*). (2)

Il peut s'agir d'une pénétration vaginale, anale, buccale (fellation), digitale (pénétration avec le doigt) ou d'une pénétration au moyen d'un objet commise sur autrui. (1) . Il est important de souligner l'absence de notion de consentement dans la définition juridique du viol.

Les agressions sexuelles autres que le viol constituent un délit et sont jugées devant le tribunal correctionnel. Elles sont définies comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte menace ou surprise » (*article 222-22 CP et 222-27 CP*). (3)

Les actes visés peuvent être des attouchements du sexe subis ou à faire, des caresses de nature sexuelle, ou une pénétration à faire sur son agresseur.

L'exhibition sexuelle est un délit défini par le code pénal comme « le fait d'imposer une exhibition à la vue d'une personne non consentante dans un lieu accessible aux regards du public » (4)

## 1-1-2 Définition juridique des relations entre auteur des faits et victimes

«le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués,..., quelle que soit la nature des relations existants entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage » (*article 222-22 CP*).

Depuis la loi n° 2018-703 du 3 août 2018 relatives aux dispositions renforçant la protection des mineurs contre les violences sexuelles, « la contrainte peut être physique ou morale ...et lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur, la contrainte morale ou surprise peuvent résulter de la différence d'âge existant entre la victime et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur la victime. Cette autorité de fait pouvant être caractérisée par une différence d'âge significative entre la victime mineure et l'auteur majeur. Lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur de quinze ans, la contrainte morale ou la surprise sont caractérisées par l'abus de la vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement nécessaire pour ses actes ».

Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis par : «

- Un ascendant
- Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou nièce
- Le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité d'une des personnes mentionnées, s'il a sur la victime une autorité de droit ou de fait ». (*article 222-31-1*) (5)

## 1-1-3 Peines encourues

L'auteur(e) d'un viol encourt une peine de quinze ans de réclusion criminelle (*article 222-23 CP*). (2)

Cependant, en cas de viol, la peine encourue est majorée à vingt ans en cas de circonstances aggravantes (*article 222-24*) (6) :

1/ Lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente

2/ Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans

3/ Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou **à un état de grossesse**, est apparente ou connue de l'auteur.

4/ Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité ou dépendance résultant de la précarité de sa situation économique ou sociale est apparente ou connue de l'auteur.

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

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

7/ Lorsqu'il est commis avec usage ou menace d'arme.

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

9/ Lorsqu'il est commis en concours avec un ou plusieurs autres viols commis sur d'autres victimes.

10/ Lorsqu'il est commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité.

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

12/ Lorsqu'il est commis dans l'exercice de cette activité sur une personne qui se livre à la prostitution y compris de façon occasionnelle.

13/ Lorsqu'un mineur était présent au moment des faits et y a assisté.

14/ Lorsqu'une substance a été administrée à la victime à son insu afin d'altérer son discernement ou le contrôle de ses actes.

Le viol est puni de de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'il a entraîné la mort de la victime. (*article 222-25*) (7)

Le viol est puni de la réclusion à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie. (*article 222-26*) (8)

Les agressions sexuelles ou tentatives d'agressions sexuelles autres que le viol sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. (*article 222-27*) (9).

Aussi, elles sont punies de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 d'euros d'amende en cas de circonstances aggravantes (*article 222-28*) (10)

L'exhibition sexuelle est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

#### 1-1-4 Délai de prescription

La prescription se définit comme un principe général de droit qui désigne la durée au-delà de laquelle une action en justice n'est plus recevable.

Concernant le viol, le délai de prescription est de 20 ans à partir du jour où l'infraction a été commise et de 6 ans pour l'agression sexuelle chez les personnes majeures (*loi du 27 février 2017*).

Depuis la loi du 03 août 2018, le délai de prescription des crimes sexuels à l'encontre des mineurs est porté à 30 ans (contre 20 ans auparavant) à compter de la majorité de la victime (article 7). (11)

#### 1-1-5 Obligation d'information du soignant

« Le fait pour quiconque ayant connaissance d'atteinte ou d'agression sexuelle infligés à un **mineur** ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou **d'un état de grossesse**, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende ».

« Lorsque le défaut d'information concerne un mineur de quinze ans, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende ». (article 434-3) (12)

## 1-2 Historique des violences sexuelles

Il m'a semblé important de faire un bref rappel sur l'évolution des termes « viol et agressions sexuelles ». A mon sens, ce changement va au-delà du cadre législatif. En effet, il marque une révolution de notre société dans la lutte contre ces violences.

P. Brouardel, médecin spécialisé dans le viol d'enfant écrivit en 1909 « un homme seul ne peut violer une femme qui fait des mouvements énergiques du bassin pour le repousser. Par conséquent, si l'acte a été commis, c'est que la femme ne s'est pas défendue ». (13)

La définition du viol a été inscrite au code pénal en 1980 et y a été modifiée en 1994 en rajoutant la notion de « menace ». Cependant, aucune condition portant sur le sexe des protagonistes (à contrario d'un peu plus de deux siècles où l'on pouvait lire sur l'encyclopédie que le viol était une violence uniquement envers le sexe féminin) ni sur la nature de la relation entre l'auteur des faits et la victime n'était retenue. (14)

La notion d'inceste a été absente du Code Pénal jusqu'en 2010. Avant cela, l'inceste était réprimé par deux circonstances aggravantes : mineur de quinze ans, et existence d'un lien entre la victime et l'auteur des faits.

Le délai de prescription chez les mineurs à point de départ de la majorité a été introduit dans la loi de 1998 et vient d'être rallongé à trente ans au lieu de vingt depuis août 2018. (15)

De plus, il est important de souligner que le viol conjugal a été reconnu comme circonstances aggravantes depuis 2006 avec en 2010 la disparition de référence à la présomption de consentement. (16)

La définition de l'agression sexuelle a quant à elle été introduite au Code Pénal en 2011. (17)

Sur le plan européen, en 2011, la France a ratifié la convention d'Istanbul, convention européenne sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et de la violence domestique. Les états signataires sont dans l'obligation de sensibiliser la population, former les professionnels, collecter des données et soutenir la recherche dans le domaine des violences faites aux femmes. (18)

Au niveau national, dans le cadre de sa mobilisation pour l'égalité entre les hommes et les femmes, érigée en grande cause du quinquennat, le Gouvernement a attribué en 2018 le label Grande cause nationale à la Fédération Solidarité Femmes. (19)

Cependant, des stéréotypes sur les différences hommes/femmes perdurent dans notre société. Une enquête de 2015 interrogeant 1001 personnes a porté sur les représentations des français sur les violences sexuelles. Elle révèle que près d'un(e) interrogé(e) sur 5 est d'accord avec l'affirmation « lorsque l'on essaye d'avoir une relation sexuelle avec elles, beaucoup de femmes disent « non » mais ça veut dire « oui » ». Egalement 21 % des interrogés estiment que « lors d'une relation sexuelle, les femmes peuvent prendre du plaisir à être forcées » (20)

## 1-3 Principales données statistiques des violences sexuelles

Devant les innombrables études dans le domaine, j'ai choisi de m'attarder sur celles ayant eu un impact dans la société ou celles sur lesquelles je me suis appuyée pour mon questionnaire et mon analyse de données.

### 1-3-1 Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes (ENVEFF), 2001

Elle est la première enquête statistique réalisée en France sur ce thème à la suite des recommandations faites au Gouvernement en 1995 lors de la conférence Mondiale sur

les femmes à Pékin « de produire des statistiques précises concernant les violences faites aux femmes ».

Elle constitue l'enquête de référence en matière de l'analyse de ces violences dans un contexte où les enquêtes de victimisation (menées depuis 1980) ne mesuraient alors ni le viol ni les violences conjugales.

C'est une enquête téléphonique auprès de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans.

1,2 % des femmes interrogées déclaraient avoir subi au moins une fois des attouchements sexuels au cours des 12 derniers mois. Les viols affectaient 0,3 % des femmes. 2,9 % des femmes avaient également été victimes d'exhibitionnisme. (21)

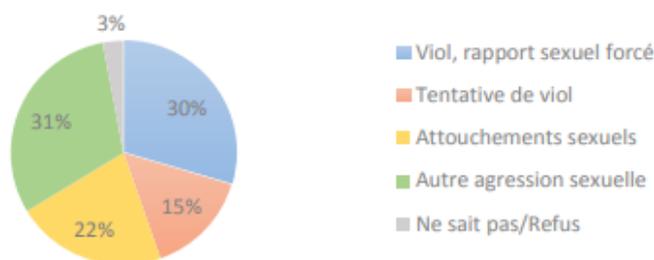
1% des femmes dénonçaient des violences sexuelles conjugales au cours des 12 derniers mois. Les deux tiers, en avaient parlé pour la première fois en répondant au questionnaire.

### 1-3-2 Enquête cadre de vie et sécurité, 2012-2017 (22)

Enquête de « victimisation » produite chaque année depuis 2007, son objectif est de compter et de décrire les infractions (vols, actes de vandalisme, violences physiques et sexuelles) dont sont victimes les ménages et les individus.

Le nombre de victimes de violences sexuelles (incluant les actes d'exhibitionnisme, les gestes déplacés et les agressions sexuelles) en dehors des ménages est en moyenne de 158 000 par an soit 0,4 % de victime dans la population. 8 victimes sur 10 sont des filles. Parmi ces violences, 30% sont des viols, 15% des tentatives de viols, 22 % d'attouchements sexuels, et 31 % d'autres agressions sexuelles. (Cf figure 1)

Figure 1 : nature des violences sexuelles subies

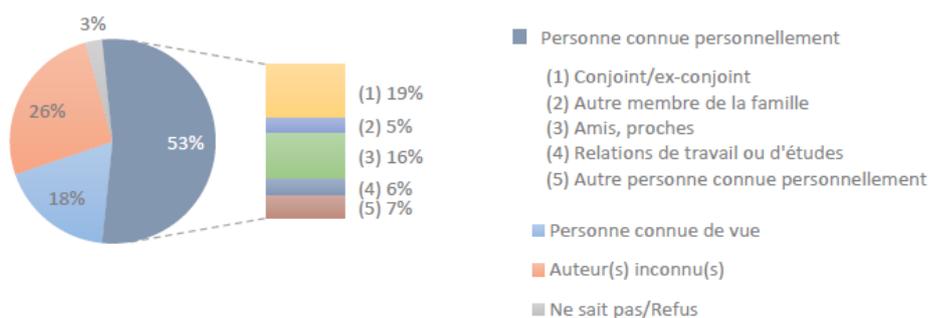


Champ : individus de 18 à 75 ans de France métropolitaine, incident le plus récent dans l'année.  
 Source : enquêtes Cadre de vie et sécurité 2013 à 2017, Insee-ONDRP-SSMSI.  
 Lecture : en moyenne entre 2012 et 2016, 30 % des victimes de violences sexuelles déclarent avoir subi un viol.

Les jeunes majeurs de moins de 30 ans sont surreprésentés, leur part atteignant 45 % des victimes de violence sexuelle.

En dehors des ménages, 71 % des victimes connaissaient leurs agresseurs (Cf figure 2) avec près de 19 % de violences sexuelles conjugales.

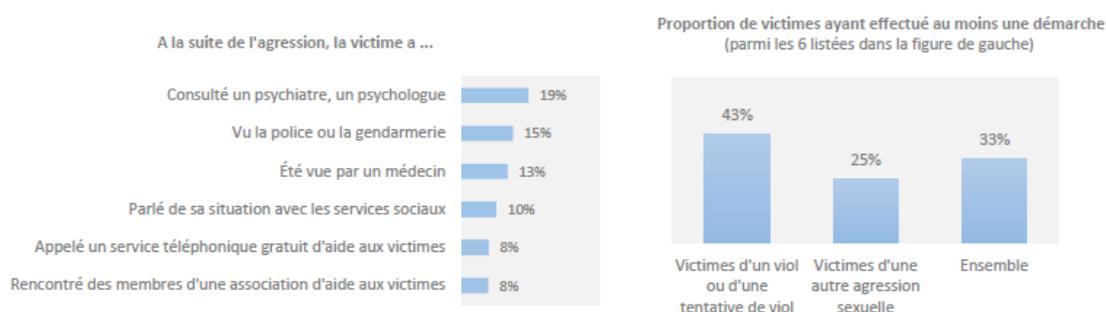
Figure 2 : lien entre la victime et l'auteur



Champ : individus de 18 à 75 ans de France métropolitaine, incident le plus récent dans l'année.  
 Source : enquêtes Cadre de vie et sécurité 2013 à 2017, Insee-ONDRP-SSMSI.  
 Lecture : en moyenne entre 2012 et 2016, 53 % des victimes de violences sexuelles en dehors du ménage déclarent qu'elles connaissent personnellement leur(s) agresseur(s). Parmi les personnes connues personnellement, on peut distinguer : le conjoint ou ex-conjoint (identifié par 19 % des victimes), un autre membre de la famille (5 %), un ami ou un proche (16 %), une relation de travail ou d'étude (6 %) ou une autre personne connue personnellement (7 %).

En moyenne, 13 % des victimes de violences sexuelles ont été vues par un médecin à la suite de l'agression et 6% ont reçu un certificat d'Interruption Totale de Travail (ITT). (Cf figure 3).

Figure 3 : démarches entreprises par les victimes de violences sexuelles



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

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

*Lecture : en moyenne entre 2012 et 2016, 13 % des victimes de violences sexuelles ont été vues par un médecin suite à l'agression.*

*Parmi les victimes d'un viol ou d'une tentative de viol, 43 % déclarent avoir effectué au moins une des 6 démarches listées dans la figure de gauche.*

Le taux de plainte est très faible : 12% des victimes de viol ou tentative de viol et 5 % des victimes d'agression sexuelle ont déposé plainte.

63 000 personnes sont victimes chaque année de violences sexuelles avec ou sans violence physique au sein du ménage au moment de l'enquête.

### 1-3-3 Enquête Violence et Rapport de Genre (VIRAGE) (1)

Etude réalisée auprès de 27268 personnes âgées de 20 à 69 ans en 2015 pour mesurer l'ampleur des violences subies par les femmes ainsi que les hommes.

Au cours des 12 derniers mois : 2,9 % des femmes ont été victimes de violences sexuelles (hors harcèlement sexuel et exhibitionnisme) et 0,26 % victime d'au moins un viol.

En tenant compte des victimisations multiples vécues par certaines femmes, ce sont près de 580 000 femmes de 20 à 69 ans qui sont victimes d'agressions sexuelles dans l'année.

Au cours de la vie, 3,26 % des femmes ont été victimes de viol et 13,8 % d'agression sexuelle. Au total plus de 14 % des femmes ont été confrontées à des violences sexuelles au cours de leur vie.

A savoir que la famille et les proches forment l'espace où se déclare le plus de viol, tentatives de viols et d'attouchements du sexe. (Cf Tableau 1)

Aussi, nous pouvons constater qu'1,1 % des femmes déclarent des violences sexuelles conjugales.

Tableau 1 : proportion de victimes de violences sexuelles (hors harcèlement sexuel et exhibitionnisme) par catégorie juridique, par espace de vie et par sexe, vie entière, en %

Catégorie juridique	Espace de vie						
	Famille et proches	Études	Travail	Couple	Ex-conjoint.e	Espaces publics et autres	Tous espaces
FEMMES							
Viol	1,41	0,16	0,05	0,74	0,83	0,79	3,26
Tentative de viol	0,97	0,14	0,02	0,61	0,77	0,52	2,50
Autre agression sexuelle	4,80	1,33	1,74	0,73	1,03	7,61	13,84
- Dont « attouchement des seins et des fesses, baiser forcé et pelotage »	4,03	1,15	1,69	0,45	0,68	7,27	12,56
- Dont « attouchement du sexe »	2,33	0,32	0,08	0,65	0,81	1,05	4,42
Autre acte ou pratique sexuelle forcé.e <sup>(1)</sup>	0,2	0,02	0,05	0,11	0,21	0,20	0,66
Toutes violences sexuelles	4,99	1,38	1,78	1,13	1,48	7,85	14,47
Effectif observé	15 556	15 531	15 129	14 947	10 002	15 556	15 556

## 1-4 Conséquences des violences sexuelles sur le plan gynécologique

Les retentissements psychiatriques sont nombreux et bien connus : troubles anxieux, troubles de stress post traumatique, addictions, tentatives de suicide. Dans l'étude IVSEA de 2015, 42 % des victimes de violences sexuelles rapportent avoir déjà fait au moins une tentative de suicide. (23)

44 % des répondants de l'enquête rapportent avoir des idées suicidaires dues aux violences sexuelles subies.

Cependant, les conséquences somatiques et notamment gynécologiques sont moins connues et probablement sous estimées. (24)

Il m'a semblé important de les exposer pour les repérer lors de l'examen clinique gynécologique.

Bien sûr, nous ne pouvons nier que les atteintes gynécologiques sont intriquées aux atteintes psychiatriques induites par ces violences sexuelles.

D'un point de vue neurosensoriel, il existe des liens majeurs entre le système nerveux central et le pelvis. Les afférences d'origine viscérale vont ainsi se projeter dans les centres protubérantiels, puis s'ensuit une intégration et une modulation corticale (cortex limbique, amygdale, cingula, cortex préfrontal, axe hypothalamo pituitaire). Les efférences végétatives comprennent le système sympathique au niveau thoracolumbaire et le système parasympathique au niveau sacré. Il existe de multiples interrelations périphériques. Ainsi, un stress va agir sur le système nerveux végétatif sympathique qui va entraîner une altération du système nerveux central. Celui-ci ne pourra plus réguler à la baisse les signaux afférents viscéraux ou somatiques. Il en résulte des phénomènes d'hypersensibilité viscérale et de sensibilisation pelvienne avec des réactions musculaires secondaires entraînant ainsi un cercle vicieux.

## 1-4-1 Douleurs pelviennes chroniques

Ce sont les premières affections gynécologiques observées chez les femmes ayant subi des violences sexuelles.

De nombreuses équipes ont montré une augmentation significative des douleurs pelviennes chroniques.

Dans une étude de 100 dossiers de patientes ayant subi une coelioscopie (50 pour douleur pelvienne chronique, 50 pour ligature tubaire), les auteurs ont montré que 64 % des patientes ayant des algies pelviennes avaient un antécédent d'abus sexuel contre 23 % dans le groupe témoin. (25)

La prévalence des abus sexuels dans la population des femmes souffrant de syndrome douloureux chronique serait de 50 à 65 % contre 20 à 25 % de femmes consultant en gynécologie. (26)

## 1-4-2 Infections génitales

Au-delà des infections génitales des suites du viol, il a été montré dans la littérature une augmentation du nombre d'infections gynécologiques. Dans une étude américaine de 2016 (27), recherchant des antécédents de maltraitances physiques et sexuelles chez 495 femmes bénéficiant d'une coelioscopie ou laparotomie pour troubles gynécologiques, il a été retrouvé une augmentation significative de : pelvis inflammatoire, condylomes, herpès génital, trichomonas, chlamydiae, et papilloma virus.

## 1-4-3 Cancer du col

Une étude cas-témoins en Australie entre 1983 et 2007 a mis en évidence que des expériences sexuelles non désirées avec contact génital étaient un facteur de risque de cancer invasif du col utérin chez les patientes âgées de moins de 25 ans. Les auteurs expliquent ce lien par une interaction complexe entre facteurs biologiques et environnementaux. (28)

#### 1-4-4 Dysfonction sexuelle

Dans une étude autrichienne, des auteurs ont rapporté qu'il y avait une diminution du désir et des fantasmes sexuels chez des nombreuses femmes ayant été abusées sexuellement dans l'enfance, pouvant même entraîner une aversion sexuelle. (29)

Dans une étude de 1214 victimes de violences sexuelles, l'impact des violences sexuelles des victimes est considéré comme très important par 43 % d'entre elles. 8% des victimes interrogées déclarent que les violences les ont empêchées d'avoir toute vie sexuelle. (23)

Le vaginisme mérite une attention toute particulière. Il est défini comme une contraction réflexe inconsciente de la musculature périnéale qui se met en place à un moment déterminé par peur de la pénétration lors du rapport sexuel ou de l'examen gynécologique. Sa prévalence est estimée entre 5 à 17 %. (30). Après avoir éliminé une malformation vulvo-vaginale, les antécédents de violences peuvent être recherchés. Dans une étude de 2018, des antécédents d'abus sexuels étaient retrouvés de façon significative chez des patientes atteintes de vaginisme. (31)

#### 1-4-5 Infertilité

Un lien entre infertilité et antécédent de violences sexuelles a été mis en évidence dans une étude américaine s'intéressant aux anciennes combattantes. Chez celles-ci 62% avaient subi une agression sexuelle dans leur vie. Ces dernières déclaraient 23% d'infertilité contre 12 % pour celles n'ayant jamais eu de violence. (32) Evidemment, ce lien est multifactoriel puisque les troubles sexuels, psychiatriques et l'infertilité sont intimement liés. Il est à souligner qu'en sens inverse, l'infertilité est associée à un risque accru d'être victime de violence de la part du partenaire.

## 1-5 Conséquences obstétricales des violences sexuelles

Il est aisé de comprendre que dans ce contexte d'antécédent de violences sexuelles, l'accouchement prend une autre dimension pour ces patientes. Une étude anglaise a montré que les patientes ayant été abusées dans l'enfance avaient une plus grande peur de l'accouchement. Et notamment la crainte des touchers vaginaux, d'un obstétricien homme ainsi qu'un rapport à la nudité complexe. Cependant, ces patientes étaient significativement moins douloureuses. Ceci peut être expliqué par un état de dissociation, moyen protecteur dont se servent les patientes victimes. Cette dissociation pouvant alors entraîner une perte de contact avec l'équipe obstétricale. (33)

Il en résulterait alors un mode d'accouchement par césarienne plus élevé chez les patientes victimes de violences sexuelles. Une étude de cohorte européenne de 6724 femmes a montré un risque plus élevé de césarienne en urgence chez les multipares et de césarienne programmée pour les primipares abusées sexuellement.(34) Bien entendu, le lien de cause à effet n'est pas direct. Mais il nous permet d'appréhender l'accouchement sous un angle différent.

De par une multitude de facteurs, les antécédents de violence sexuelle sont plus à risque de complications durant la grossesse. Une étude allemande a démontré une augmentation significative de contractions prématurées, d'hospitalisations durant la grossesse et de naissances prématurées chez des patientes ayant été abusées sexuellement durant l'enfance. (35)

Les violences sexuelles, physiques et/ou psychologiques sont intimement intriquées.

Un modèle a été établi pour expliquer ces phénomènes dans le cadre de violences conjugales. Nous pouvons penser que ce modèle peut être extrapolé (cf infra) hors cadre conjugal. (36). Il met en exergue les différents phénomènes neurobiologiques, placentaires aboutissant à un petit poids de naissance et une naissance prématurée.

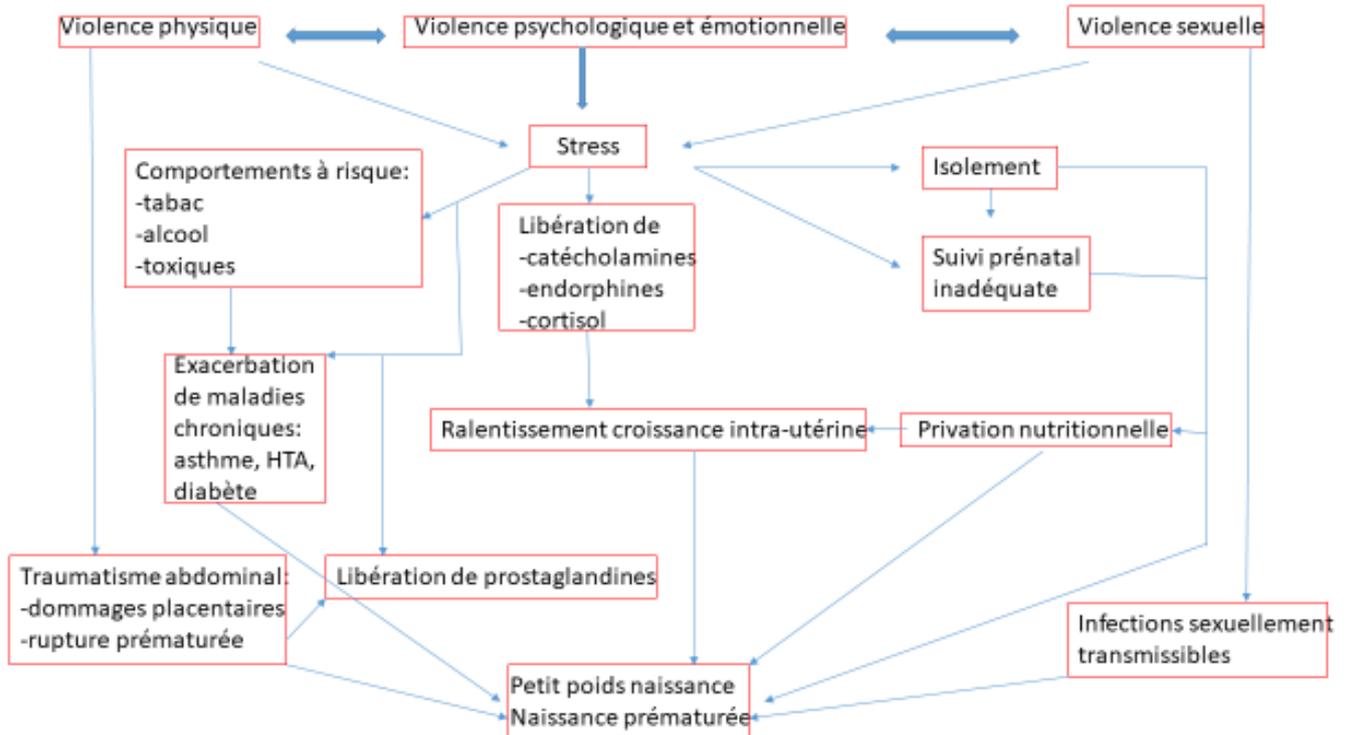


Schéma : violence du partenaire pendant la grossesse

## 1-6 Autres conséquences somatiques des violences sexuelles

### 1-6-1 Au niveau urologique

Une étude de 2003 a révélé une différence significative d'incontinence urinaire chez des patientes ayant été abusées sexuellement avec 72% d'incontinence urinaire versus 22 % chez le groupe contrôle. (37)

Chez l'enfant, le syndrome d'Hinman représente une entité à part. Il s'agit d'une dyssynergie vésico-sphinctérienne fonctionnelle responsable d'infections urinaires, de résidu chronique et parfois d'urétéro-hydronephrose avec insuffisance rénale. Il serait considéré comme étant psychologique et pourrait être secondaire à un abus sexuel.

(26) (38). En pratique ce syndrome associe incontinence urinaire, dysurie, infections urinaires et parfois encoprésie sans cause organique objectivé.

Chez l'adulte, tous les types de troubles du bas appareil urinaire sont retrouvés dans le contexte de violence sexuelle : énurésie, infections urinaires, urgenturie et très fréquemment dysurie et rétention chronique d'urines. (26)

### 1-6-2 Au niveau digestif

Il y aurait trois à quatre fois plus d'antécédent de violence sexuelle chez les patients présentant des troubles digestifs fonctionnels que chez ceux qui ont une pathologie organique. (26)

Une étude américaine a montré que chez les patients présentant des troubles fonctionnels intestinaux : 44 % auraient eu des antécédents d'attouchements sexuels, de tentative de viol ou de viol. (39)

Plusieurs travaux ont confirmé la prévalence élevée d'antécédent de violence sexuelle chez les femmes présentant un syndrome de l'intestin irritable, un anisme ou une dyspepsie. (26)

### 1-6-3 Autres

Des auteurs ont montré que les antécédents d'abus sexuels entraînaient chez l'adulte une très mauvaise aptitude à se défendre des agressions, qu'elles soient liées à une maladie physique ou au stress, ainsi qu'une fragilité psychologique. Il existe chez ces patients une plus grande sensibilité à la douleur par modification centrale de celle-ci avec survenue de syndrome douloureux de tous types, d'incapacité fonctionnelle et d'hyperconsommation médicamenteuse. (26) (40)

## 1-7 Facteurs influençant les conséquences somatiques des violences sexuelles (24)

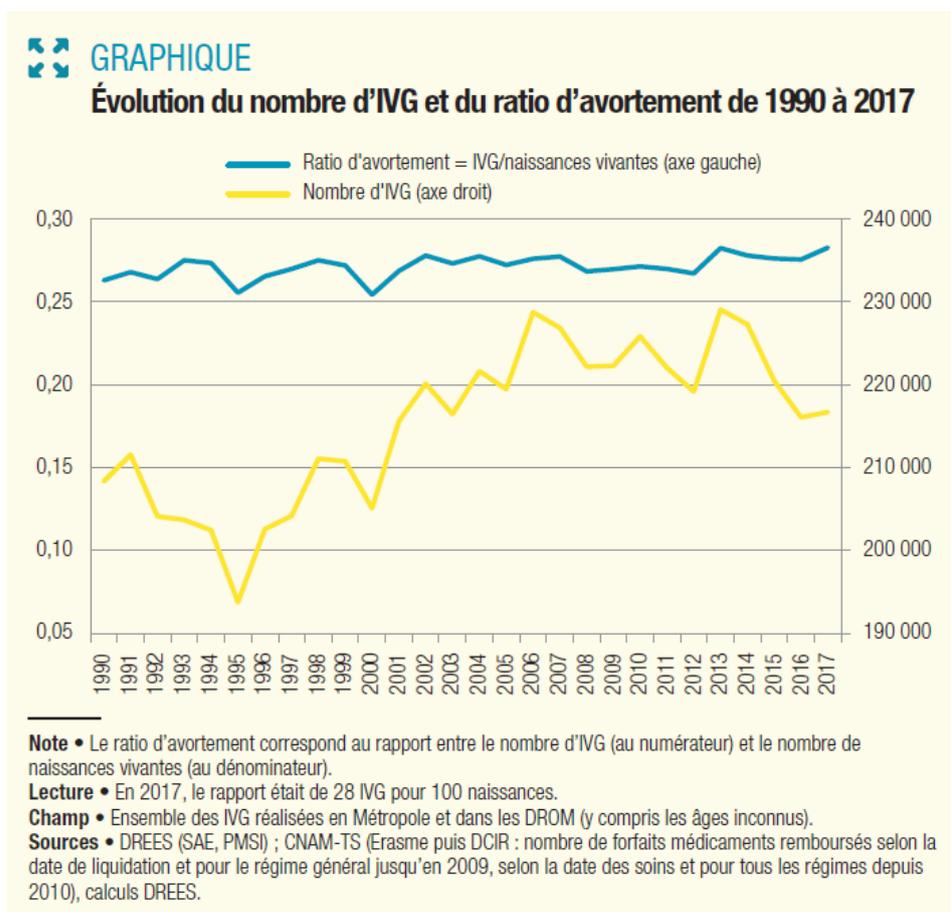
Les conséquences somatiques étant multifactorielles, plusieurs facteurs ont été identifiés comme modulateurs :

- **Caractéristiques des violences subies** : les conséquences des violences sexuelles seraient d'autant plus sévères que les violences ont été importantes. Le viol serait plus destructeur que la tentative de viol et que les attouchements. Aussi, plus le nombre d'agressions et/ou d'agresseur est nombreux plus les dégâts seraient sévères.
- **La coexistence d'autres formes de violence** : lorsque les personnes subissent en plus des violences physiques et/ou psychologiques, les conséquences seraient plus importantes.
- **L'âge au moment des premières violences** : les violences subies dans l'enfance seraient plus pathogènes que celles qui ont commencé à l'âge adulte. Il faut également noter qu'un enfant agressé a plus de risque de l'être de nouveau à l'âge adulte.
- **L'environnement social et familial** : un environnement aidant peut atténuer la pathogénicité des violences sans toutefois l'éliminer.

## 1-8 Principales statistiques des IVG en France (41)

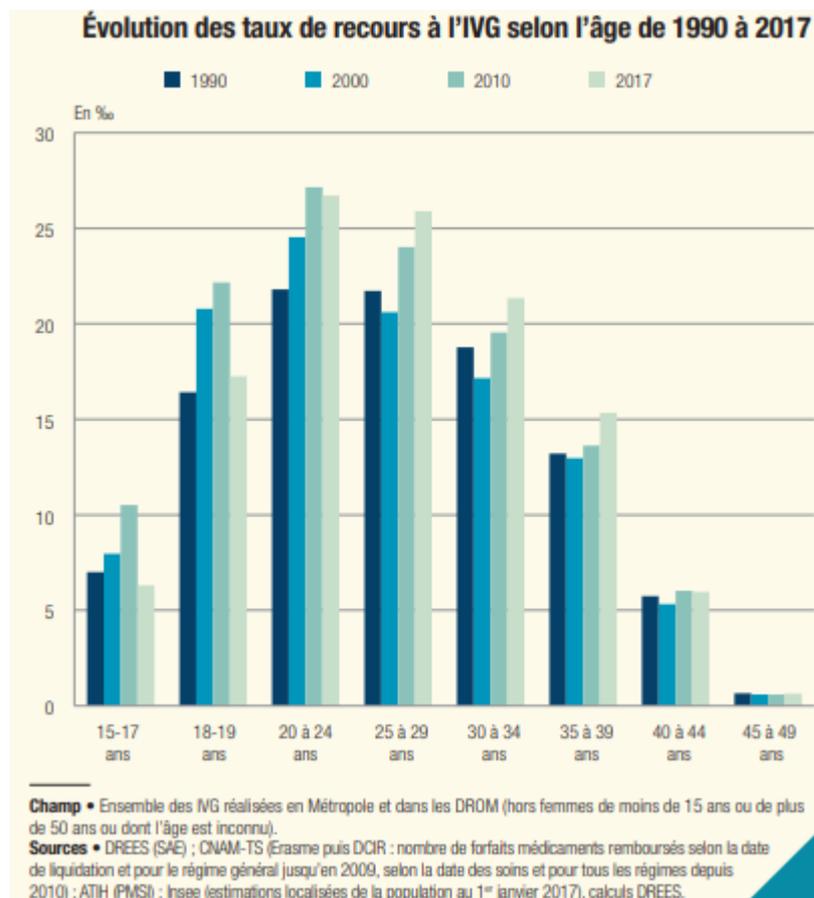
En 2017, 216 700 IVG ont été réalisées en France. Le taux de recours s'élève à 14,4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Métropole et 26,1 dans les départements et régions d'outremer.

Ce nombre reste relativement stable depuis plusieurs années. (Cf graphique évolution du nombre d'IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2017).



Les jeunes femmes (20 à 24 ans) restent les plus concernées, avec un taux de 26,7 IVG pour 1000 femmes pour la France entière. (Cf graphique évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2017)

L'indice conjoncturel se maintient à 0,53 IVG par femme.



Il existe de forts écarts régionaux avec des taux de recours allant du simple au double selon les régions. Ainsi, ce taux est de 21,4 IVG pour 1000 femmes dans la région Provence Alpes Côte d'Azur contre 10,2 en pays de la Loire.

22 % des IVG ont été réalisées en dehors d'une structure hospitalière. A l'hôpital la part des IVG instrumentales continue à décroître à 41%.

5 % des IVG sont pratiqués entre 12 et 14 SA avec des variations en fonction des départements.

## 1-9 Historique de l'IVG en France (42)

L'IVG est un droit garanti par la loi. Cette dernière (article L .2212-1 du Code de la santé publique) permet à toute femme enceinte majeure ou mineure, qui ne veut pas poursuivre cette grossesse de demander à un médecin ou une sage-femme l'interruption de celle-ci. Seule la femme concernée peut en faire la demande.

Le droit à l'avortement est un acquis majeur des femmes et le fruit d'un long combat. Il m'a semblé important d'exposer brièvement son histoire pour mettre en exergue l'évolution du droit des femmes en plus de 40 ans à disposer de leurs corps.

-En 1967, la « loi Neuwirth », relative à la régulation des naissances, autorise la fabrication et l'importation de contraceptifs, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineures, et interdit toute publicité commerciale ou propagande anti-nataliste.

- En 1975, la loi « Veil » est adoptée pour une période de 5 ans. Elle autorise l'IVG dans un délai de 10 semaines, sur simple demande à un médecin. Elle laisse la possibilité à tout médecin ou à tout établissement hospitalier ou privé de refuser de donner suite à une demande d'IVG. Elle s'efforce de limiter les IVG en cas de nécessité et d'empêcher qu'elle ne devienne un moyen de réguler les naissances. Elle ne prévoit pas le remboursement par la Sécurité Sociale, mais une prise en charge sur demande au titre de l'aide médicale.

-En 1982, prise en charge par l'Etat des dépenses engagées par l'assurance maladie au titre des IVG.

-1993 : création d'un délit d'entrave à l'IVG et suppression de la pénalisation de l'auto-avortement.

-2000 : mise en place de la contraception d'urgence.

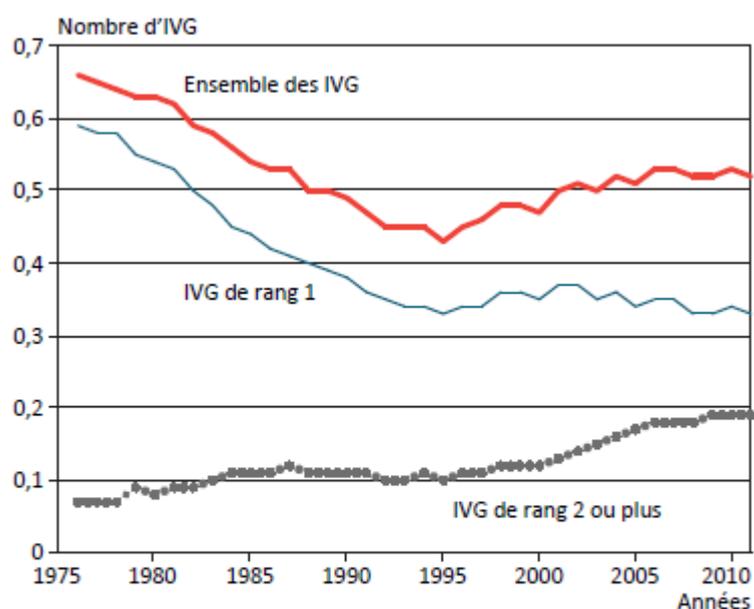
-2001 : allongement du délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse. Assouplissement des conditions d'accès aux contraceptifs et à l'IVG pour les mineures.

-2016 : suppression du délai de réflexion d'une semaine. Autorisation aux sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses et aux centres de santé des IVG instrumentales.

## 1-10 Focus sur les IVG répétées

En 2017, 32 % des femmes ayant recours à une IVG l'avaient déjà fait au moins une fois. (41)

Depuis 1975, la part des IVG répétées augmente de façon continue (Cf graphique : nombre d'IVG par femme, selon le rang de l'IVG) (43)



**Champ :** France métropolitaine.

**Source :** Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteures.

**Note :** les IVG de rang 1 sont celles qui sont des premières IVG pour les femmes, les IVG de rang 2 ou plus sont celles chez des femmes en ayant déjà eues.

Bien qu'il n'y ait pas de profil type de patiente répétant l'IVG, dans sa revue de littérature, pour comprendre la répétition des IVG, Gabrielle Hengy a mis en évidence plusieurs caractéristiques socio-démographiques chez les patientes subissant des IVG itératives : (44)

- Les patientes sont plus âgées
- Elles sont plus jeunes lors de leur première grossesse et IVG.
- Des conditions de vie difficiles et des difficultés économiques.

Les oublis de contraception orale sembleraient plus fréquents chez ces patientes et elles exprimeraient plus souvent que la contraception ne leur conviendrait pas. (44)

Instinctivement, nous pouvons penser que les femmes ayant recours à des IVG répétées sont plus en proie aux violences. Cela a été retrouvé dans la revue de la littérature.

Dans une étude de 2011, les femmes faisant des IVG multiples seraient plus victimes de violence conjugale avec 11,6 % des femmes versus 4,7 % pour la première IVG. (45). Cela a été confirmé par une étude plus récente de 2016, regroupant 480 patientes. La proportion de violences actuelles ou passées était de 53 % dans le groupe « IVG répétées » contre 33 % dans le groupe « 1<sup>ère</sup> IVG » avec une différence significative. (46)

En 2005, Morgny et Al dans une étude qualitative ont montré que plus de la moitié des femmes ayant recours à une IVG répétée avait subi des violences au cours de leur vie et que pour la moitié ce sont des violences sexuelles. (44)

## 1-11 Grossesse issue d'un viol

Les grossesses post viol constituent une violence particulière.(47)

Dans l'enquête du Dr Salmona, 8,5 % des victimes de viol ont rapporté une grossesse à la suite de ce viol. Parmi elles, 40 % ont fait une IVG, 25 % ont mené la grossesse à terme, 14 % ont fait une fausse couche et 5% ont fait une IMG. (23). Dans 68 % des cas, les victimes n'ont pas pu parler du viol lorsqu'elles ont effectué une demande de contraception d'urgence ou d'IVG.

L'étude enveef de 2001, retrouvait quant à elle 12 % de grossesses après un viol aboutissant dans 2/3 des cas à des IVG. (21)

Une enquête de 2009 retrouve que 23 % des demandes d'IVG font suite à une situation de violence dont 6% de viol. (48).

## 1-12 Objectifs de l'étude

Dans ce contexte ont émergé les différents objectifs de l'étude :

**Objectif principal:** Mesurer la proportion de femmes ayant subi des violences sexuelles chez les patientes demandant une IVG.

**Objectifs secondaires :**

-Evaluer le lien potentiel entre les demandes répétées d'IVG et les violences sexuelles.

-Evaluer les liens potentiels de l'exposition à des violences sexuelles sur le suivi gynécologique.

## **2/ MATERIELS ET METHODES**

Nous présentons ici une étude observationnelle, transversale et multicentrique.

Elle repose sur un questionnaire auto-administré, anonyme, proposé aux femmes se présentant pour une consultation pré-IVG.

### 2-1 Population étudiée

Patientes se présentant pour une consultation pré IVG entre avril et septembre 2018.

### 2-2 Critères d'inclusion

- Age >18 ans
- Toutes les femmes se présentant pour une demande d'IVG au CHRU de Montpellier, CHU Conception Marseille, CH Bassin de Thau (Sète), CH Béziers et chez 3 praticiens conventionnés pour pratiquer les IVG en ambulatoire (2 praticiens à Montpellier et 1 praticien à Marseille).

## 2-3 Critères d'exclusion

- Age < 18 ans.
- Refus de participer à l'étude.
- Celles ayant répondu au questionnaire auparavant.
- Présence d'un tiers accompagnant.
- Patiente ne parlant pas français.

## 2-4 Déroulement de l'étude

-L'objectif et le déroulement de l'étude ont été présentés lors de la première consultation de demande d'IVG, dans un bureau fermé, par les médecins ou sage femmes des différents centres.

-Il a été rappelé en fin de consultation aux patientes qu'elles pouvaient refuser de participer à l'étude: refuser de prendre le questionnaire ou arrêter d'y répondre si elles le souhaitaient.

-Après délivrance de l'information et recueil oral du consentement, le questionnaire anonyme a été remis aux patientes en mains propres. Un temps était alors prévu pour expliquer aux patientes la possibilité d'évoquer le sujet si elles le souhaitaient avec un membre de l'équipe soignante (médecin, sage-femme, psychologue, assistante sociale) lors de la seconde consultation d'IVG.

-Les femmes qui acceptaient de participer remplissaient seules le questionnaire: en salle d'attente ou dans une salle qui leur était réservée.

-Elles déposaient le questionnaire rempli dans une boîte fermée prévue à cet effet.

## 2-5 Description du questionnaire (Cf annexe 1)

Le questionnaire anonyme adressé aux femmes a été élaboré en collaboration avec la psychologue du service d'orthogénie du CHRU de Montpellier.

Il a été testé au préalable sur 16 personnes.

Les questions concernaient :

- De 1 à 5 : les données socio-démographiques.
- De 6 à 9 : les antécédents obstétricaux.
- De 10 à 11 : la contraception ; celle utilisée avant la grossesse et celle désirée après. Les patientes pouvaient cocher plusieurs possibilités.
- De 12 à 14 : l'examen gynécologique et sa fréquence.
- De 15 à 16 : les violences sexuelles.

Dans la description des actes de violence sexuelle, les mots « violences sexuelles, agressions et viol » n'ont pas été employés de façon délibérée.

En effet, ces mots sont remplis d'une charge émotionnelle intense et ils renvoient à des représentations qui sont propres à chaque femme.

La description d'actes simples était plus susceptible d'être comprise de façon similaire par les patientes. Elle tentait de se rapprocher des statuts juridiques : du viol, de l'agression sexuelle et de l'exhibitionnisme.

Nous avons différencié les violences sexuelles subies au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois pour avoir un aperçu de la temporalité des violences.

-De 17 à 20 : l'abord du sujet des violences sexuelles.

## 2-6 Calcul du Nombre de Sujets Nécessaires

L'objectif de l'étude est d'estimer la proportion de femmes victimes de violences sexuelles parmi les femmes ayant recours à l'IVG.

En émettant l'hypothèse d'une proportion attendue de 25% et en choisissant un risque de première espèce  $\alpha = 0,05$  :

Le NSN était de 288 questionnaires.

En prenant une marge de 10 % pour les questionnaires non exploitables, le nombre de questionnaires requis était donc de 317.

## 2-7 Traitement des données et analyse statistique

Les données ont été saisies de façon anonyme, informatiquement (<https://www.wepi.org/>).

Le traitement des données a ensuite été réalisé avec R Studio Version 1.1.463 et R version 3.5.2.

Les variables catégorielles ont été décrites par leurs effectifs et leurs fréquences et les variables continues par leur moyenne et leur écart-type. Des analyses bi-variées ont été conduites pour étudier le lien entre IVG répétées et violences sexuelles, lieux de consultation et violences sexuelles. Pour établir si les différences étaient significativement différentes d'un groupe à l'autre, ont été effectués :

- le test d'indépendance du Chi<sup>2</sup> pour les variables catégorielles
- le test de Student pour les variables continues (2 groupes à comparer)
- le test de Fisher pour les variables continues (>2 groupes à comparer)

Le seuil de significativité est fixé à 5%.

Pour les besoins de l'analyse, ont été construits deux indicateurs: violences sexuelles au cours des 12 derniers mois et violences sexuelles au cours de la vie. Ont été considérées comme victimes de violences sexuelles toutes les femmes ayant répondu au moins une fois à l'affirmative aux questions relatives à l'exhibition, à l'agression sexuelles ou au viol.

## 2-8 Caractéristiques des différents lieux d'IVG

Dans un souci de représentativité, nous avons choisi deux hôpitaux universitaires de régions différentes, deux hôpitaux périphériques, et des médecins de ville.

Pour la faisabilité de l'étude, le nombre d'investigateurs étant limité, nous avons choisi les centres en fonction de leurs situations géographiques.

### 2-8-1 CHRU Montpellier

Sur l'année 2018, le service d'orthogénie a réalisé 1034 IVG au total.

60% des IVG ont eu lieu par méthode médicamenteuse en Hôpital de Jour à moins de 9 SA.

Près de 11 % des IVG s'effectuaient entre 12 et 14 SA.

Les aspirations endo-utérines peuvent se faire sous anesthésie générale (AG) et par bloc para cervicale (BPC).

## 2-8-2 CHU Conception Marseille

En 2018, 2299 IVG ont été pratiquées dont 46% par méthode médicamenteuse.

Le Centre de Gynécologie Sociale possède ses propres blocs et lits d'hospitalisation.

A plus de 9 SA les IVG se font par aspiration endo-utérines sous AG ou BPC.

Entre 7 et 9 SA les IVG médicamenteuses se font en ambulatoire en hospitalisation à la journée.

A moins de 7 SA, les avortements peuvent se faire à domicile.

## 2-8-3 Centre Hospitalier Bassin de Thau

En 2018, 364 IVG ont eu lieu.

Les IVG médicamenteuses se font à domicile à moins de 7 SA.

Les aspirations endo utérines ne se font que sous anesthésie générale.

## 2-8-4 Centre Hospitalier Béziers

706 IVG ont eu lieu dont 60 % par méthode médicamenteuse.

Les IVG médicamenteuses se font également en hospitalisation à la journée.

## 2-8-5 Praticiens

Nous avons souhaité intégrer des médecins de ville à notre étude puisque 22% des IVG ont lieu hors cadre hospitalier. (41) 7 médecins de ville ont été contactés par téléphone mais seulement 3 ont accepté de participer à l'étude.

Le nombre d'IVG médicamenteuse par praticien pour l'année 2018 est de :

- 117 pour le Dr Durand .
- 47 pour le Dr Marien.
- 220 pour le Dr Federici.

## 2-9 Ethique et protection des personnes

La première page du questionnaire était un document d'information (Cf annexe 2) rappelant l'objectif de l'étude et la possibilité de rencontrer la psychologue du service d'orthogénie du CHRU de Montpellier ou la conseillère conjugale et familiale du CHU de la Conception avec leurs différents numéros.

-En fin de questionnaire étaient notés les numéros nationaux d'écoute anonymes et gratuits ainsi que l'adresse du site internet national destiné aux femmes victimes de violence.

-L'étude a été soumise à l'avis du Comité de Protection des Personnes Sud Méditerranée II qui a examiné le protocole de recherche et a émis un avis favorable le 6 avril 2018 (numéro d'identification : 2018-A00002-53)

# **3/ RESULTATS**

## 3-1- Lieu de consultation

Au total 415 questionnaires ont été remplis (Cf graphique lieu de consultation):

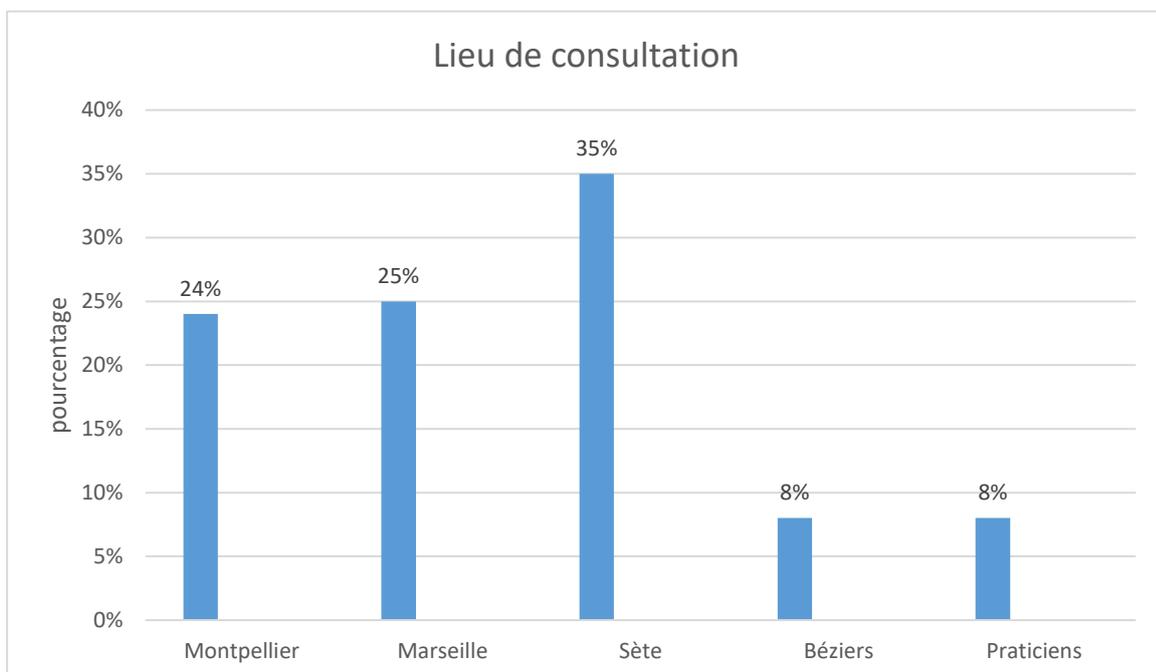
-99 au CHRU de Montpellier

-105 à Marseille

-146 à Sète

-33 à Béziers

-32 chez les praticiens en ambulatoire : 8 chez le Dr Marien, 7 chez le Dr Federici et 17 chez le Dr Durand

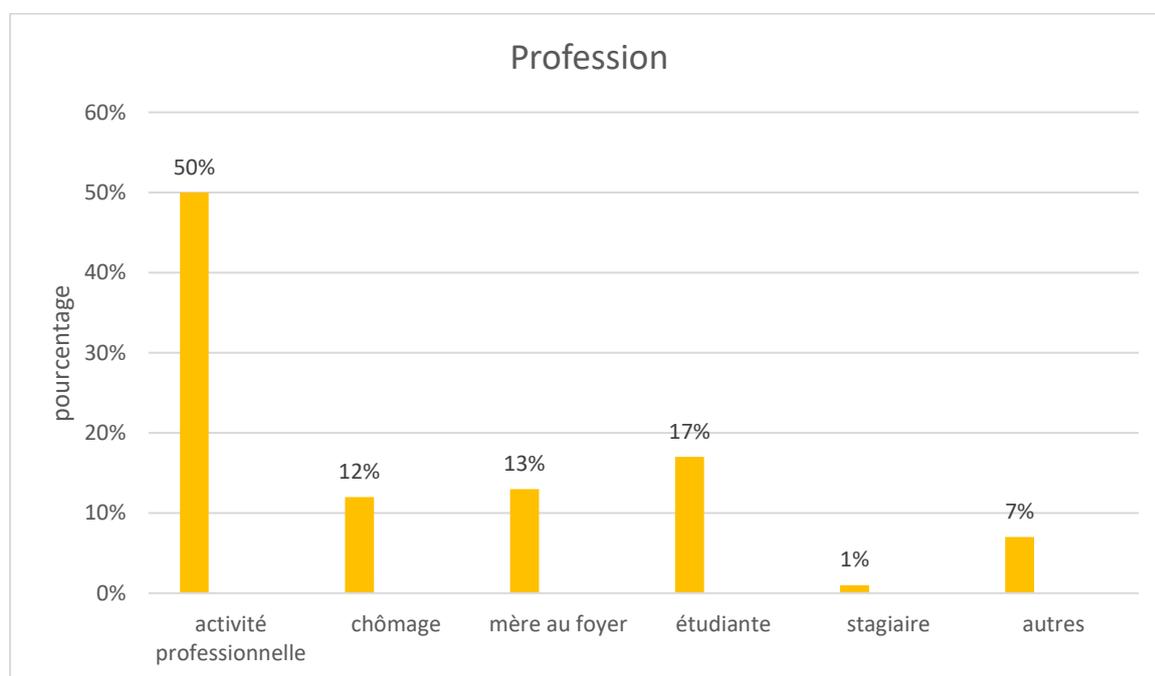


## 3-2 Données socio-démographiques

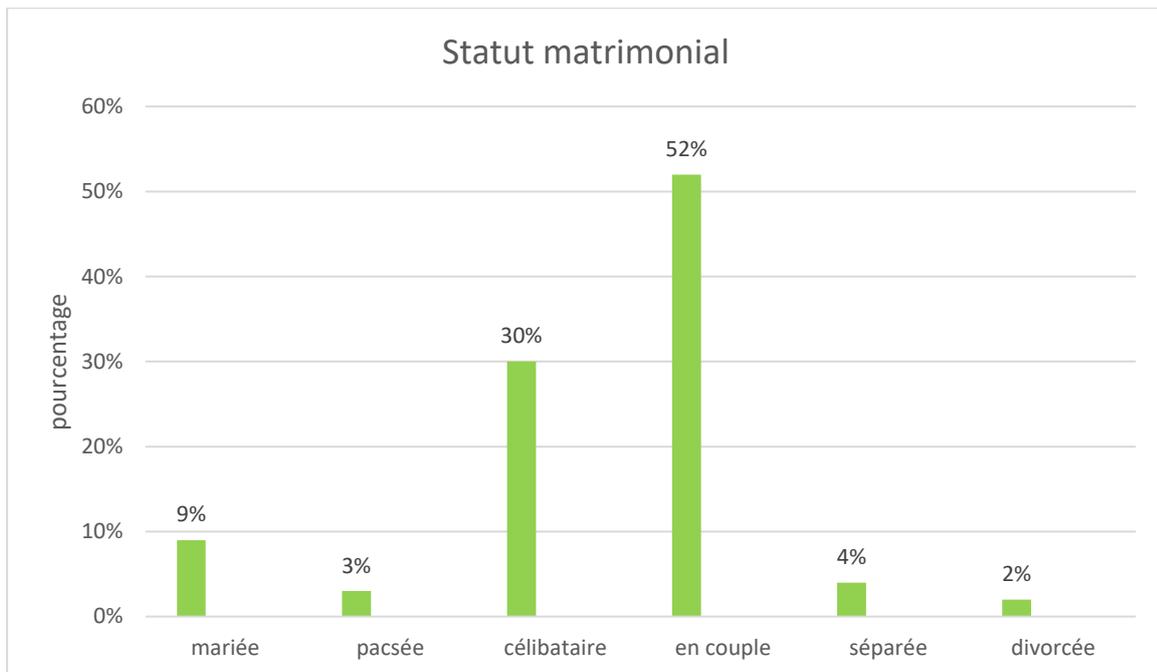
La moyenne d'âge des patientes est de 26,8 +/- 6,3 ans.

93% des patientes sont de nationalité française.

Sur le plan professionnel, la grande majorité des patientes (208) ont une activité professionnelle. 48 patientes sont au chômage, 55 sont mère au foyer, 70 sont étudiantes et 3 sont stagiaires. (Cf graphique activité professionnelle)

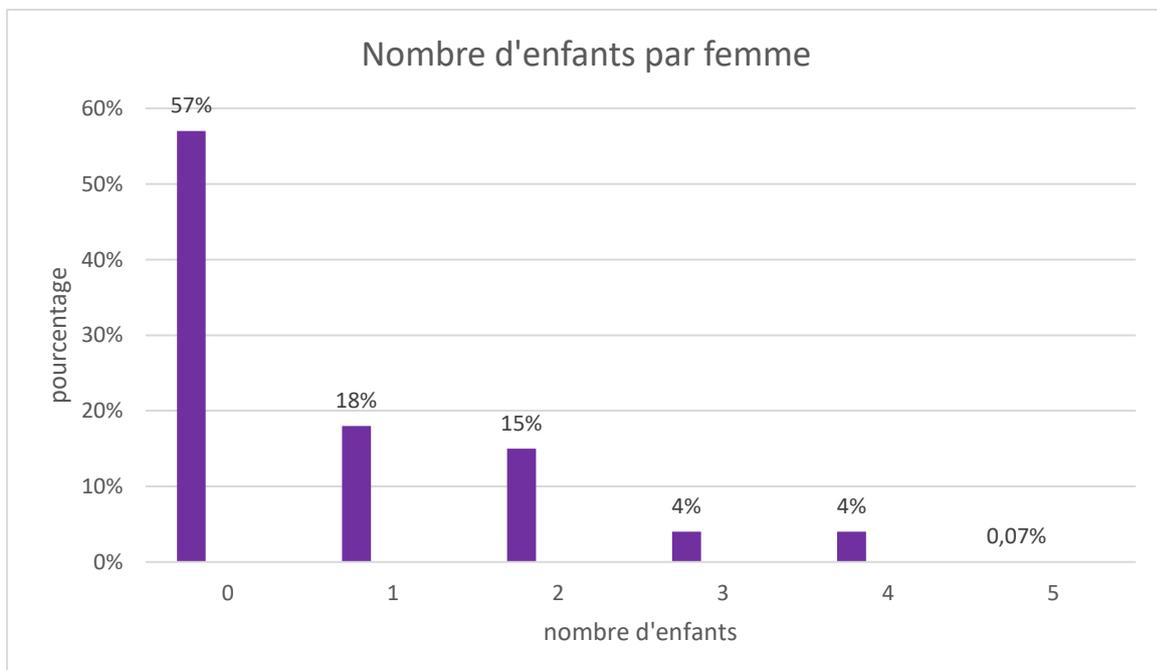


Concernant le statut matrimonial : la majorité des patientes sont en couples (214), 123 sont célibataires, 50 sont en union (Cf graphique statut matrimonial).



### 3-3 Antécédents obstétricaux

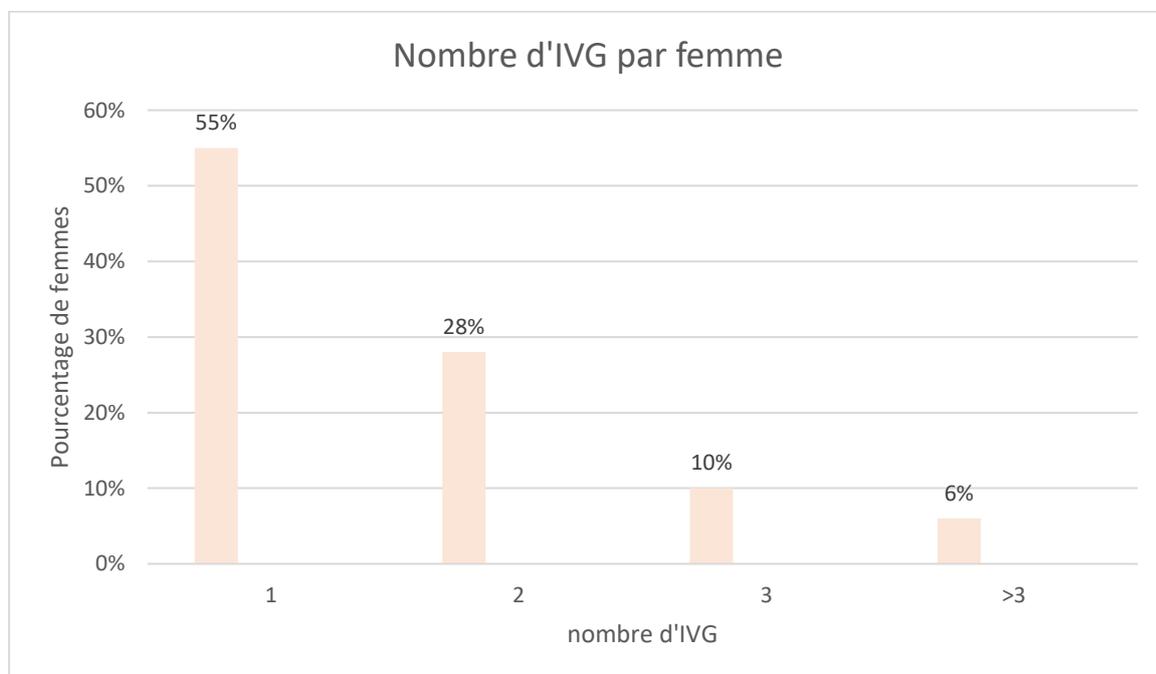
En moyenne, on retrouve 0,81 enfants par femme avec une majorité de femmes sans enfant (Cf graphique nombre d'enfants par femme)



Concernant les fausses couches, on retrouve une moyenne de 0,328 +/- 0,68 fausses couches par patiente.

Nous retrouvons une moyenne de 0,108 +/- 0,479 IMG par femme.

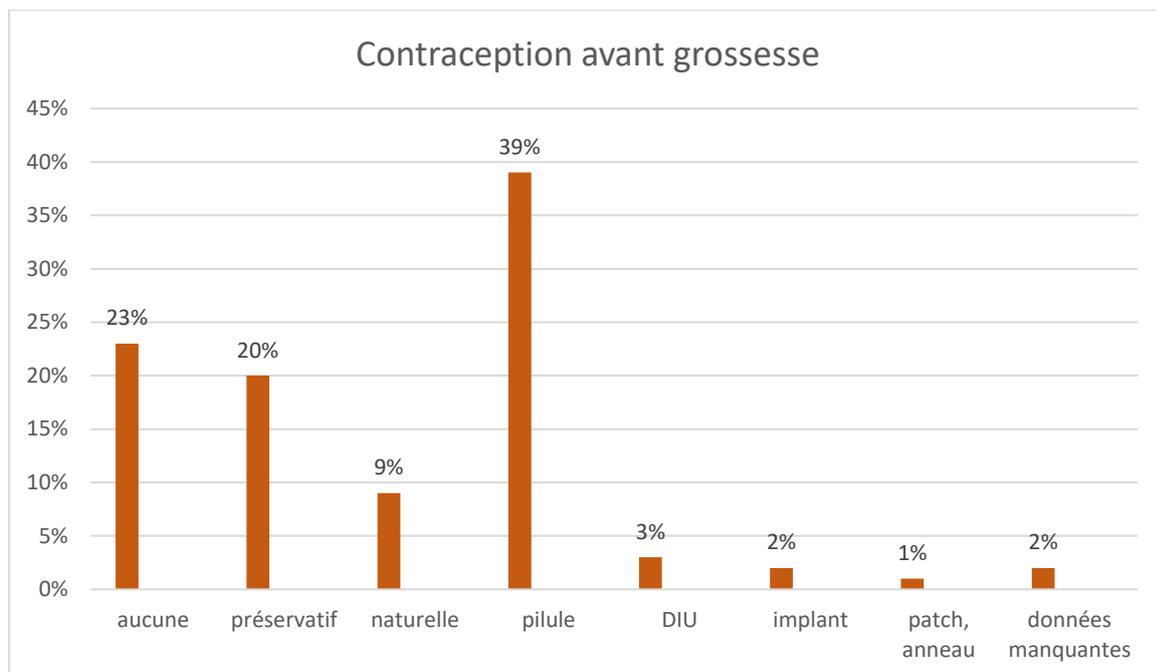
Le nombre moyen d'IVG par femme est de 1,72 +/- 1,025 avec 228 patientes qui ont fait 1 IVG, 116 qui ont fait 2 IVG et 70 patientes qui en ont fait au moins 3 (Cf graphique nombre d'IVG par femme)



### 3-4 Contraception

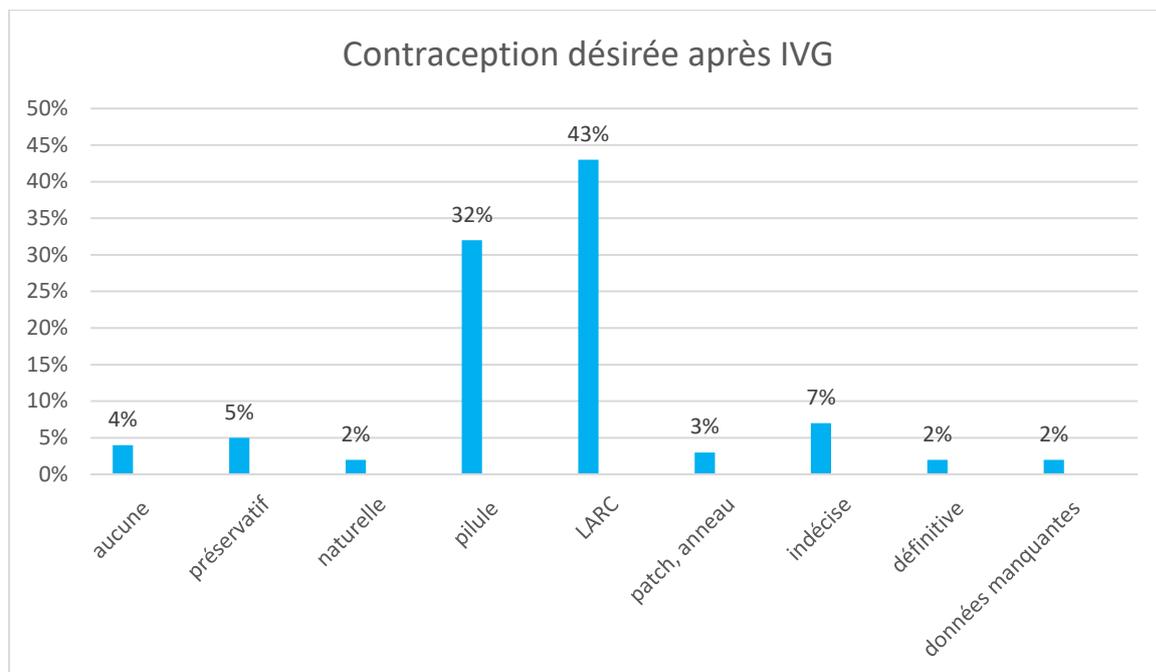
Avant la grossesse :

La majorité des patientes n'avait aucun moyen de contraception ou n'utilisait que le préservatif avant la grossesse. 39 % des femmes utilisaient la pilule (Cf graphique contraception avant grossesse)



Après la grossesse :

La majorité des patientes souhaitait une contraception à longue durée d'action réversible (LARC). 32 % des femmes auraient aimé la pilule après l'IVG. 2% désiraient une contraception définitive et 7% étaient toujours indécises. (Cf graphique contraception après IVG)



### 3-5 Suivi gynécologique

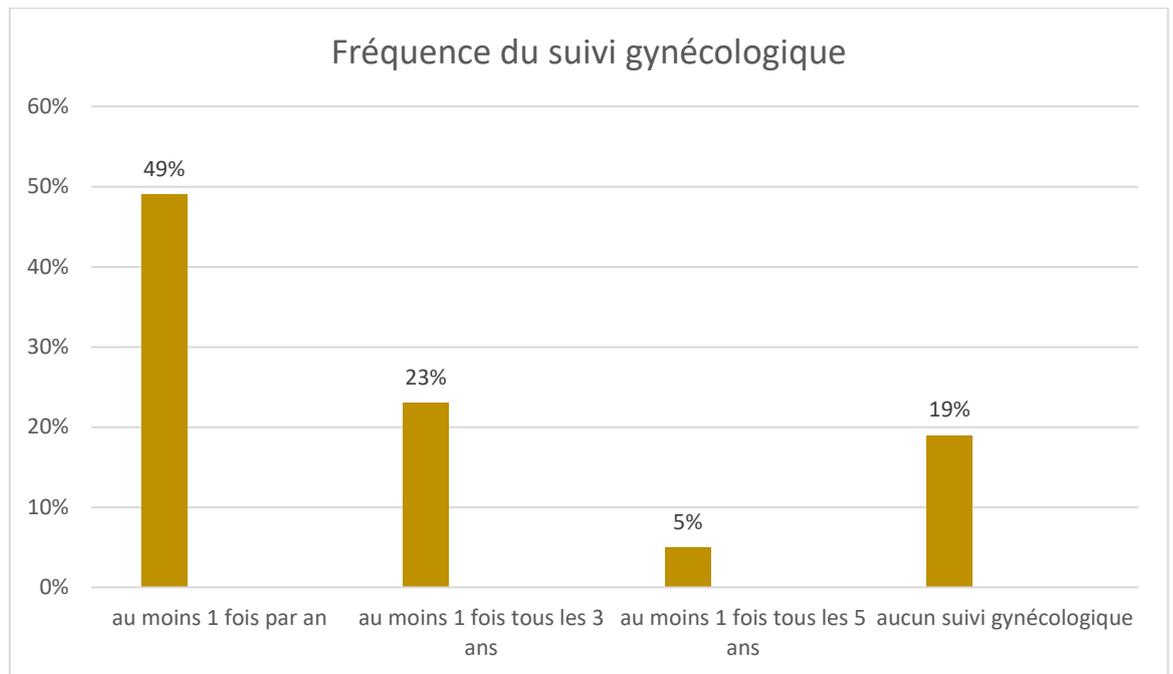
89 % des patientes avaient déjà eu un examen gynécologique.

Chez ces dernières :

- 22 % avaient déjà eu mal.
- 38 % avaient déjà été mal à l'aise.
- 9 % craignaient d'avoir un autre examen.

47% des patientes préféraient avoir un examen gynécologique par une femme, 7% par un homme et 46 % n'avaient aucune préférence.

La majorité des femmes avait un suivi gynécologique régulier. (Cf graphique fréquence du suivi gynécologique)



Au cours des 12 derniers mois, près de 62 % des patientes avaient consulté un professionnel de santé pour leur suivi gynécologique.

## 3-6 Violences sexuelles

### 3-6-1 Au cours des 12 derniers mois

20% des patientes ont subi au moins une forme de violence sexuelle (Cf tableau violences sexuelles au cours des 12 derniers mois) :

-18 % d'entre elles étaient des agressions sexuelles

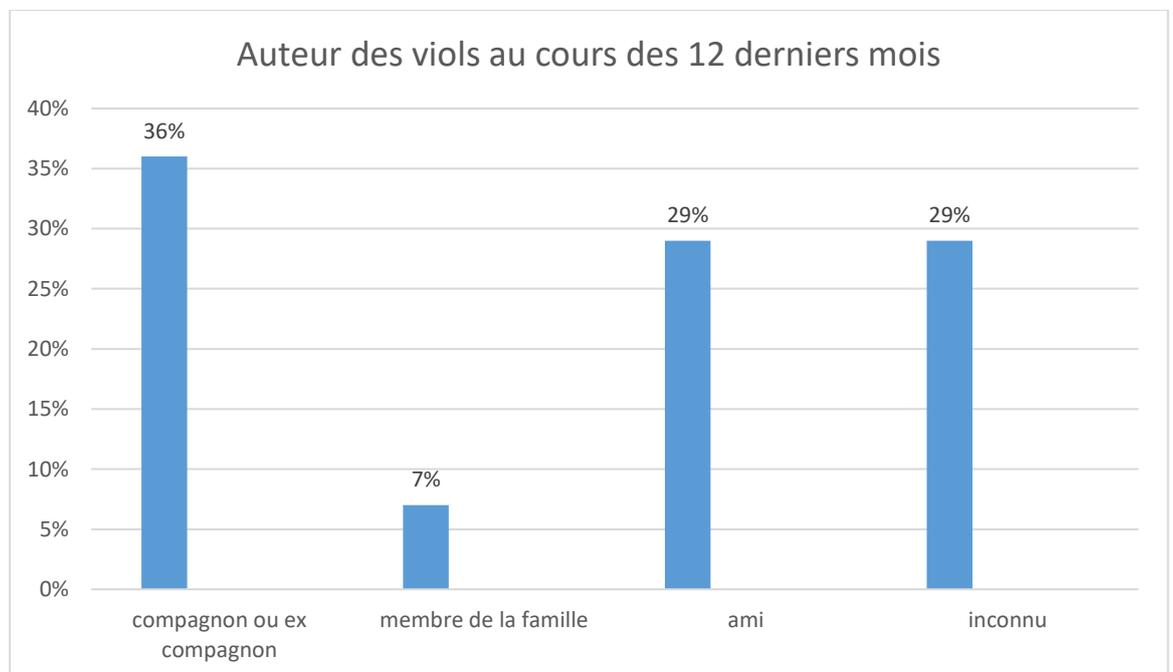
-5% des exhibitions

-3,4 % des viols

Type de violences	Pourcentage
Exhibition	5%
Se faire toucher les seins, les fesses ou le sexe	10,3%
Etre frotté ou collé	12,7%
Etre embrassé de force	6,5%
Etre forcé à se dénuder	1,5%
Etre forcé à toucher le sexe de quelqu'un d'autre	0,7%
Viol	3,4%

Tableau : type de violences sexuelles au cours des 12 derniers mois

Concernant les viols, dans 71,4 % des cas, l'agresseur était connu de la victime. (Cf graphique auteur des viols au cours des 12 derniers mois)



### 3-6-2 Au cours de la vie

Près de 47 % des femmes ont subi au moins un type de violence sexuelle (Cf tableau violences sexuelles au cours de la vie) avec :

-42 % d'agression sexuelle

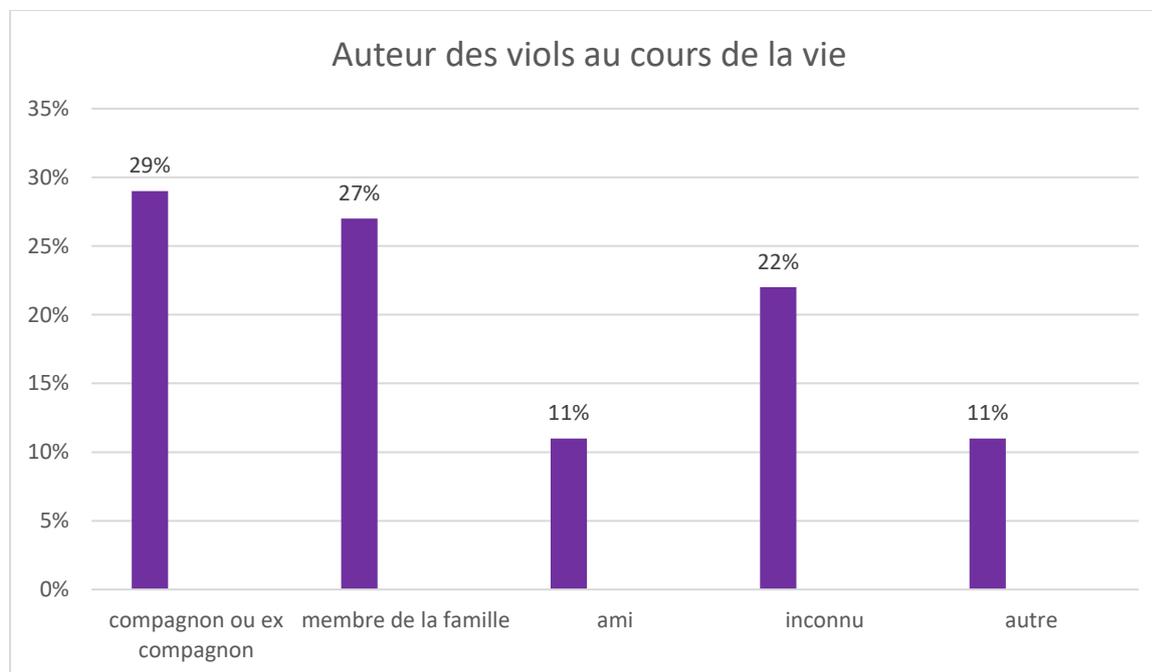
-26 % d'exhibitionnisme

-16% de viol

Type de violences	Pourcentage
Exhibition	26%
Se faire toucher les seins, les fesses ou le sexe	32%
Etre frotté ou collé	32%
Etre embrassé de force	23%
Etre forcé à se dénuder	8%
Etre forcé à toucher le sexe de quelqu'un d'autre	5%
Viol	16%

*Tableau : type de violences sexuelles au cours de la vie*

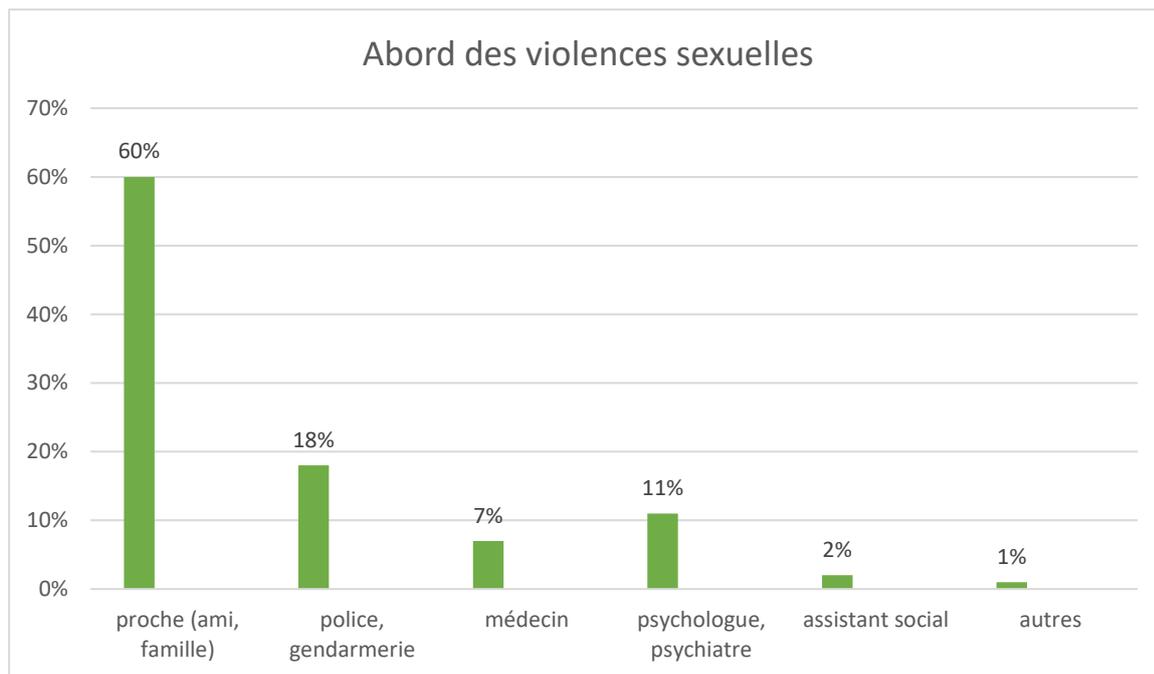
Dans près de 67% des cas, la victime connaissait son agresseur lors des viols. (Cf auteurs des viols au cours de la vie)



## 3-7 Abord des violences sexuelles

61% des patientes ayant subi des violences sexuelles ont déjà parlé de ces situations

La plupart d'entre elles en ont parlé à un proche. (Cf graphique Abord des violences sexuelles)



La majorité d'entre elles ne souhaitent pas que le sujet soit abordé que ce soit :

- à 87% au cours d'une consultation IVG.
- ou à 85% au cours d'une consultation médicale.

## 3-8 Comparatif des violences sexuelles avec l'étude

VIRAGE (Cf tableau)

Notre étude retrouve plus de violences sexuelles, sous toutes ces formes, que ce soit au cours de la vie ou au cours des 12 derniers mois par rapport à l'étude VIRAGE.

Type de violence	Etude VIRAGE	Thèse	IC (95%)	n
<b>Agression sexuelle : 12 derniers mois</b>	2,76%	18,3%	15%-22%	415
<b>Viol : 12 derniers mois</b>	0,26%	3,4%	2%-5,9%	406
<b>Toute forme de violence : 12 derniers mois</b>	2,9%	20,3%	16,6%-24,6%	409
<b>Agression sexuelle : au cours de la vie</b>	13,8%	43,7%	38,8%-48,7%	403
<b>Viol : au cours de la vie</b>	3,26%	15,9%	13%-20,6%	401
<b>Toute forme de violence : au cours de la vie</b>	14,4%	46,7%	43%-53%	404

*Tableau : comparatif des violences sexuelles entre l'étude VIRAGE et la thèse*

### 3-9 Première IVG versus IVG répétées (Cf tableau)

Les patientes ayant des IVG répétées (au moins 2) :

- sont plus âgées.
- sont plus actives professionnellement.
- ont en moyenne plus d'enfants.

Cependant, il n'y a pas de différence significative entre primo IVG et IVG répétées concernant le suivi gynécologique, et les violences sexuelles que ce soit au cours des 12 derniers mois ou au cours de la vie.

Nom des variables	modalités	1 IVG	IVG répétées	Total	p-value
<b>Nombre</b>		228	186	414	
<b>Age (ans)</b>		25	27	26	<0,01
<b>Nationalité</b>	Française Autres	208 20	178 8	386 28	0,079
<b>Statut professionnel</b>	En activité professionnelle Etude-stage-formation Sans emploi	47,8% 26,1% 26,1%	57,4% 31,1% 11,5%	52,1% 28,4% 19,6%	<0,01
<b>Nombre d'enfants (moyenne)</b>		0,71	0,94	0,81	0,047
<b>Nombre de fausses couches (moyenne)</b>		0,29	0,37	0,33	0,241
<b>Nombre de consultation gynécologique au cours des 12 derniers mois (moyenne)</b>		1,18	1,08	1,14	0,498
<b>Fréquence du suivi gynécologique</b>	Au moins 1 fois par an Au moins 1 fois tous les 3ans Au moins 1 fois tous les 5ans Aucun suivi gynécologique	48,8% 24% 4,6% 22,6%	54,4% 23,9% 5,6% 16,1%	51,4% 23,9% 5% 19,6%	0,411
<b>Agression sexuelle au cours des 12 derniers mois</b>		17,5%	19%	18,2%	0,7
<b>Viol au cours des 12 derniers mois</b>		4%	2,7%	3,5%	0,59
<b>Une forme de violence au cours des 12 derniers mois</b>		19,6%	20,7%	20,1%	0,805
<b>Agression sexuelle au cours de la vie</b>		41,2%	46,4%	43,5%	0,313
<b>Viol au cours de la vie</b>		14,2%	19,3%	16,5%	0,178
<b>Une forme de violence au cours de la vie</b>		45,5%	50,8%	47,9%	0,316

Tableau comparatif 1<sup>ère</sup> IVG versus IVG répétées

## 3-10 Principales caractéristiques en fonction des lieux

d'IVG (Cf tableau)

En moyenne, chez les praticiens, les patientes sont plus âgées et plus actives professionnellement.

On retrouve plus de violences sexuelles dans les grandes villes (Montpellier et Marseille) que ce soit à l'hôpital universitaire ou en médecine de ville. Cette différence significative avec Sète et Béziers se retrouve dans les viols au cours des 12 derniers mois ainsi qu'au niveau des agressions sexuelles et violence sexuelle en tout genre au cours de la vie.

Nom des variables	Praticiens	Montpellier	Marseille	Sète	Béziers	p-value
<b>Nombre 1 seul</b>	32	99	105	146	33	0,285
<b>Au moins 2</b>	16	57	53	88	14	
	16	42	51	58	19	
<b>Age (ans)</b>	28,5	26	26	27	26	<b>0,041</b>
<b>Nationalité</b>						0,949
-Française	93,8%	91,9%	93,3%	93,2%	97%	
-Autres	6,2%	8,1%	6,7%	6,8%	3%	
<b>Statut professionnel</b>						<b>0,021</b>
-En activité professionnelle	67,7%	46,9%	54,3%	51,7%	48,5%	
-Etude-stage- formation	9,7%	22,4%	30,5%	33,6%	33,3%	
-Sans emploi	22,6%	30,6%	15,3%	14,7%	18,2%	
<b>Nombre d'enfants (moyenne)</b>	0,62	0,58	0,86	0,91	1,09	0,176
<b>Nombre de fausses couches (moyenne)</b>	0,41	0,26	0,47	0,29	0,18	0,96
<b>Nombre de consultation gynécologique au cours des 12 derniers mois (moyenne)</b>	1,07	0,86	1,57	1,07	0,93	0,963
<b>Fréquence du suivi gynécologique</b>						0,251
-Au moins 1 fois par an	60%	42,9%	59,8%	48,9%	51,7%	
-Au moins 1 fois tous les 3ans	16,7%	27,6%	16,7%	30,2%	17,2%	
-Au moins 1 fois tous les 5ans	6,7%	8,2%	2,9%	4,3%	3,4%	
-Aucun suivi gynécologique	16,7%	21,4%	20,6%	16,5%	27,6%	
<b>Agression sexuelle au cours des 12 derniers mois</b>	20,7%	19,4%	21,9%	16,7%	9,4%	0,553
<b>Viol au cours des 12 derniers mois</b>	3,4%	7,1%	4,9%	0,7%	0%	<b>0,045</b>
<b>Une forme de violence au cours des 12 derniers mois</b>	24,1%	22,2%	25,7%	16,7%	9,4%	0,197
<b>Agression sexuelle au cours de la vie</b>	51,7%	55,1%	46,7%	37,4%	18,8%	<b>0,02</b>
<b>Viol au cours de la vie</b>	20,7%	21,4%	17,3%	13,7%	6,5%	0,258
<b>Une forme de violence au cours de la vie</b>	55,2%	58,2%	54,3%	40,7%	21,9%	<b>0,001</b>

*Principales caractéristiques en fonction des lieux d'IVG*

### 3-11 Caractéristiques des patientes victimes de viol (cf

tableau)

Ces femmes sont plus souvent en couple, étudiantes, stagiaires ou en formation. Cependant, il n'y a pas de différence significative dans le suivi gynécologique.

<b>Nom des variables</b>	<b>modalités</b>	<b>Non victime de viol</b>	<b>Victimes de viol</b>	<b>p-value</b>
<b>Nombre</b>		335	66	
<b>Age (ans)</b>		26,8	27,6	0,350
<b>Nationalité</b>	Française Autres	93,1% 6,9%	95,5% 4,5%	0,595
<b>Statut professionnel</b>	En activité professionnelle Etude-stage-formation Sans emploi	55,3% 25,1% 19,6%	43,1% 41,5% 15,4%	0,032
<b>Statut matrimonial</b>	Célibataire En couple	68,9% 31,1%	40,9% 59,1%	<0,001
<b>Nombre d'enfants (moyenne)</b>		0,81	0,86	0,736
<b>Nombre de fausses couches (moyenne)</b>		0,30	0,48	0,067
<b>Nombre de consultation gynécologique au cours des 12 derniers mois (moyenne)</b>		1,09	1,44	0,085
<b>Fréquence du suivi gynécologique</b>	Au moins 1 fois par an Au moins 1 fois tous les 3ans Au moins 1 fois tous les 5ans Aucun suivi gynécologique	48,9% 25,4% 4,6% 21,1%	62,1% 19,7% 6,1% 12,1%	0,163

*Tableau : caractéristiques des patientes victimes de viols*

### 3-12 Caractéristiques des patientes victimes de violences sexuelles au cours de la vie (Cf tableau)

Ces patientes sont plus souvent françaises, avec moins d'enfants et ont un suivi gynécologique plus régulier. En effet, la majorité d'entre elles bénéficient d'un suivi annuel.

Nom des variables	modalités	Non victime de violence sexuelle	Victimes de violences sexuelles	p-value
<b>Nombre</b>		210	194	
<b>Age (ans)</b>		26,6	27,2	0,279
<b>Nationalité</b>	Française Autres	91% 9%	96,4% 3,6%	<b>0,041</b>
<b>Statut professionnel</b>	En activité professionnelle Etude-stage-formation Sans emploi	51,9% 30,6% 17,5%	53,9% 24,9% 21,2%	0,375
<b>Statut matrimonial</b>	Célibataire En couple	67,1% 32,9%	61,7% 38,3%	0,254
<b>Nombre d'enfants (moyenne)</b>		0,97	0,66	<b>0,007</b>
<b>Nombre de fausses couches (moyenne)</b>		0,36	0,31	0,447
<b>Nombre de consultation gynécologique au cours des 12 derniers mois (moyenne)</b>		1,07	1,23	0,298
<b>Fréquence du suivi gynécologique</b>	Au moins 1 fois par an Au moins 1 fois tous les 3ans Au moins 1 fois tous les 5ans Aucun suivi gynécologique	49% 20,7% 4% 26,3%	53,6% 27,8% 5,7% 12,9%	<b>0,007</b>

Tableau : caractéristiques des patientes victimes de violences sexuelles

## **4/DISCUSSION**

### **4-1- Principaux résultats**

Le taux de données manquantes est correct avec 62% de questionnaires complets. Les questions abordant les violences sexuelles ont un taux de réponse élevé à 96%.

Avant l'avortement, plus de la moitié des patientes n'utilisait aucun moyen de contraception ou le préservatif seul. Plus d'une patiente sur trois utilisait la pilule. Ainsi, nous pouvons en déduire qu'il existe des erreurs de prise ou des oublis importants.

Après l'IVG les LARC sont les moyens de contraception privilégiés suivis de la pilule. Ces données sont similaires à celles d'une étude de 2017 s'intéressant aux méthodes contraceptives pré et post IVG. (49)

Les dispositifs intra utérins et les implants sont d'ailleurs les méthodes contraceptives à privilégier après une IVG selon les recommandations du CNGOF. (50)

Dans notre étude, près d'une femme sur deux demandant une IVG a été exposée à au moins une forme de violence sexuelle au cours de sa vie.

Avec près de 44% d'agressions sexuelles et 16% de viols, nous retrouvons une augmentation des violences sexuelles au cours de la vie par rapport à l'étude VIRAGE qui elle, se veut être représentative de la population française. (2)

Au cours des 12 derniers mois: la proportion de femmes victimes de violences sexuelles est également plus élevée que dans l'étude VIRAGE.

1 patiente sur 5 a été en situation de violence sexuelle avec près de 18% d'agressions sexuelles et 3,4% de viols. Nous pourrions penser que sur ces viols, certains ont abouti à cette situation d'IVG.

Les agressions sexuelles les plus fréquentes sont les attouchements et les frottements sexuels. Ce dernier acte de violence a le plus souvent lieu dans un espace public. (2)

Mais il existe des grandes différences entre l'étude VIRAGE et notre étude :

- L'âge : notre étude incluait des patientes de 18 ans et par définition s'arrêtait chez les femmes ménopausées.

Ainsi, dans l'étude VIRAGE, les femmes interrogées sont plus âgées avec potentiellement plus d'exposition à des violences au cours de leurs vies. Cependant, l'augmentation en âge favorise également les biais de mémorisation avec une potentielle sous-estimation.

- Nombre de personnes interrogées : l'échantillon est beaucoup plus important dans l'étude VIRAGE.
- La méthodologie : l'étude VIRAGE est une enquête téléphonique par tirage au sort. Ainsi, peut être que le fait que les questions soient posées oralement par un(e) enquêteur(trice) entraîne une sous-évaluation des violences sexuelles. L'étude VIRAGE n'a pas pris en compte l'exhibition dans les violences sexuelles. Mais, dans notre étude nous avons délibérément intégré la notion d'exhibition comme violence sexuelle car c'est un délit fréquent, condamnable par la loi. De plus, notre étude n'a pas pris la notion de tentative de viol.

Cependant, les questions concernant les agressions sexuelles et les viols étaient semblables, centrées sur les définitions juridiques des actes.

- Population étudiée : notre étude concerne uniquement les personnes demandant une IVG. Ainsi, par définition elle n'est pas représentative de la population française.

Ces chiffres sont un peu plus élevés également que ceux retrouvés dans une étude de 2009,(48). Cette dernière révèle 30% de violences sexuelles chez 100 patientes demandant une IVG. Cependant, dans cette étude, l'effectif était moins important, les questions étaient posées par les Conseillères Conjugales et Familiales, et les termes de « violences sexuelles » étaient utilisés. Ainsi, ces notions de violence n'étaient donc pas interprétées de la même façon par toutes les femmes.

Dans notre étude, la proportion d'IVG répétée est plus élevée que la moyenne nationale. (43)

Cela pourrait être expliqué par le fait que notre étude a eu lieu majoritairement dans les centres hospitaliers.

Comme dans différentes études, (44) il a été retrouvé une augmentation significative de l'âge et du nombre d'enfants chez ces patientes.

Notre étude retrouve une tendance à une augmentation des violences sexuelles sans différence statistiquement significative ( $p=0,316$ ). Une étude de 2016 révélait plus de violences conjugales lors d'IVG répétées (46). Or les violences au sein du couple et les violences sexuelles sont intimement liées de par la vulnérabilité qu'elles engendrent.(51) Ce lien n'a peut-être pas pu être mis en évidence dans notre étude de par un effectif trop faible.

Notre étude a montré que les patientes avaient un suivi gynécologique régulier.

Chez les patientes ayant subi une forme de violence au cours de la vie, celles-ci ont un suivi annuel plus fréquent de façon statistiquement significative ( $p =0,07$ ). Instinctivement, nous aurions pu penser que ces patientes étaient moins assidues sur le suivi gynécologique. Mais la réalité est en fait inversée : ces patientes viennent plus souvent nous voir.

La prévalence des violences sexuelles diffère en fonction des villes où ont eu lieu les IVG. En effet, à Montpellier et à Marseille nous retrouvons une augmentation statistiquement significative des violences sexuelles au cours de la vie que ce soit en médecine de ville ou dans les centres hospitalo-universitaires. En revanche, au niveau national, il n'existe pas de différence significative entre les moyennes et les grandes

agglomérations (52). Cette différence pourrait être expliquée par l'effectif plus réduit de notre étude par rapport aux études nationales.

Les auteurs des viols sont connus de la victime dans près de 70% des cas. Ce chiffre correspond à ce qui a été retrouvé au niveau national. (22)

Nous pouvons souligner une différence dans les viols incestueux. En effet, l'auteur du viol est un membre de la famille dans 7% des cas lors des 12 derniers mois contre 27 % au cours de la vie. Ce résultat nous permet d'émettre l'hypothèse que la majorité des viols dans le cadre familial a lieu lors de l'enfance et/ou de l'adolescence. Ceci a déjà été mis en exergue lors d'une étude de 2015. Elle rapportait que 81% des violences sexuelles débutaient avant l'âge de 18 ans, et pour une victime sur 2 avant l'âge de 11 ans. (23)

Notre étude met en avant la problématique du viol conjugal retrouvé dans près d'un cas de viol sur trois. Cela s'inscrit dans un cadre plus large de violence conjugale. En effet, ces violences interagissent et se cumulent sous différentes formes : psychologique, verbale, physique, sexuelle et administrative. (51). Au-delà de l'impact individuel, elle pose le problème des conséquences sociales avec l'exposition des enfants et les ordonnances de protection.

La majorité des patientes victimes de violences sexuelles ont déjà parlé de ces situations. Cependant, dans seulement 7% des cas, cette notion de violence a été abordé avec un médecin. Ce faible pourcentage a été retrouvé dans une étude de 2016 s'intéressant aux violences conjugales. (46)

Dans l'enquête cadre de vie et sécurité (Cf infra), 13% des victimes de violences sexuelles ont été vues par un médecin à la suite d'une agression.(22) Or nous pouvons penser que ces visites médicales post violence ont eu lieu dans le cadre d'une urgence médico-légale.

Mais, environ 86% des femmes ne voulaient pas que le sujet soit abordé en consultation médicale que ce soit en consultation pré IVG ou en consultation de routine.

18% des patientes ont parlé de cette situation à la police ou à la gendarmerie. Ce faible taux est également retrouvé dans l'enquête cadre de vie et sécurité où seulement une femme sur huit a porté plainte pour violence sexuelle. (22)

Cependant, début 2019 sont apparues les dernières données publiées par le ministère de l'intérieur. Le nombre de plaintes pour viol et agression sexuelle enregistrées par les forces de l'ordre a augmenté de près de 17% et 20 % respectivement. (53). L'institution met en avant « le contexte de libération de la parole et de prise de conscience collective des violences faites aux femmes...avec à la fois une plus grande révélation des faits et un abaissement du seuil de tolérance à ce type de violences ».

De plus, le ministère prévoit une poursuite de la hausse des signalements des victimes de violences sexuelles avec la mise en place depuis novembre 2018 du portail de signalement des violences sexuelles et sexistes qui « assure un accueil personnalisé et adapté par un policier ou un gendarme ».

Les personnes ressources pour ces femmes victimes sont majoritairement la famille et les amis. Mais dans les cas de viols, nous avons vu que l'auteur était dans le cercle familial ou conjugal dans la plupart des cas. Ainsi, il est aisé de comprendre les difficultés que traversent ces femmes pour en parler et pour porter plainte.

## 4-2 Biais et limites de l'étude

Notre étude présente quelques limites.

Tout d'abord nous ne connaissons pas le nombre et les caractéristiques des femmes n'ayant pas répondu au questionnaire.

Les questionnaires n'étaient pas donnés de façon systématique à toutes les patientes.

Ainsi, sa distribution était soumise à l'appréciation du corps médical et à sa disponibilité.

L'exclusion des patientes ne parlant pas français et des femmes accompagnées par un tiers a potentiellement entraîné un biais de sélection.

La nature de l'auto-questionnaire utilisé pour identifier les violences sexuelles n'a pas été validée dans la littérature. Cependant, nous nous sommes appuyés sur les différents articles existants sur le sujet pour composer les items.

Nous ne pouvons exclure également des biais de classement sur l'exposition aux violences sexuelles puisque les analyses ont été réalisées sur des données déclarées.

Notre étude est une étude épidémiologique descriptive de grade C HAS. (54)

Une étude cas témoins pourrait être réalisée en comparant des patientes qui consultent pour une IVG avec des patientes venant pour une consultation standard.

## 4-3 Propositions concrètes :

### 4-3-1 Dépistage systématique

#### 4-3-1-a Etudes et recommandations sur le dépistage

Notre étude soulève la question d'un dépistage systématique des violences sexuelles. Dans une étude de 2004, (55) le Dr LAZIMI a interrogé 100 patientes de façon systématique lors de consultations générales. 54% d'entre elles ont déclaré avoir été victimes de violences dont 21% de violences sexuelles. 90% des victimes parlaient pour la première fois de leurs violences sexuelles. Une autre étude de 2007 sur le dépistage systématique auprès de 557 patientes retrouvait 63% de victimes de violence.

L'OMS a en 2017, établi un plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans le domaine des violences faites aux femmes. (57) Il est affirmé que le

système de santé doit « repérer les victimes d'actes de violence et leur fournir des services de santé complets, à tous les niveaux »

### 4-3-1-b Freins au dépistage

Dans une étude qualitative de 2013, il a été retrouvé que près de la moitié des médecins interrogés ne posait jamais la question des violences lors d'une IVG. (56). Les raisons avancées par les médecins étaient nombreuses et diverses. S'en soulève la problématique de ces femmes médecins victimes elles-mêmes de ces violences. Cela pourrait peut-être expliquer la difficulté qu'ont certains médecins à poser la question.

Dans notre étude, la grande majorité des patientes ne souhaitait pas aborder le sujet des violences au cours de la consultation pré IVG. Nous pouvons penser qu'elles ne veulent pas en parler pour se focaliser sur l'IVG, pour ne pas se rajouter une douleur émotionnelle supplémentaire. Nous nous devons de respecter leurs choix.

### 4-3-1-c Perspectives

Pour autant, en médecine, il me semble fondamental de toujours expliquer à la patiente ce que nous faisons mais surtout pourquoi nous le faisons. L'objectif étant de créer une relation de confiance fondatrice pouvant faire émerger des demandes de soin. Ainsi, nous pourrions exposer aux patientes l'intérêt d'un tel dépistage.

L'abord de la question des violences lors de la consultation pré-IVG peut être bénéfique pour rappeler le cadre légal des violences à la patiente. En effet, avec l'allongement du délai de prescription concernant le viol à 20 ans et 30 ans pour les mineures, la quasi-totalité de nos patientes demandant une IVG pourrait bénéficier d'un recours en justice.

De plus, en cas de grossesse post-viol, une aspiration endo-utérine pourrait être privilégiée afin de recueillir le produit d'aspiration dans le cadre d'une éventuelle enquête.

Enfin, le dépistage systématique de ces violences en consultation de routine pourrait être utilisé en prévention primaire de l'IVG.

### 4-3-2 Efficacité du réseau

L'abord des violences sexuelles impose un travail en réseau afin d'obtenir une prise en charge globale efficace.

La patiente doit être au centre d'un tissu entremêlé de professionnels de santé, d'associations, de travailleurs sociaux, de policiers. (Cf figure OMS)(57)

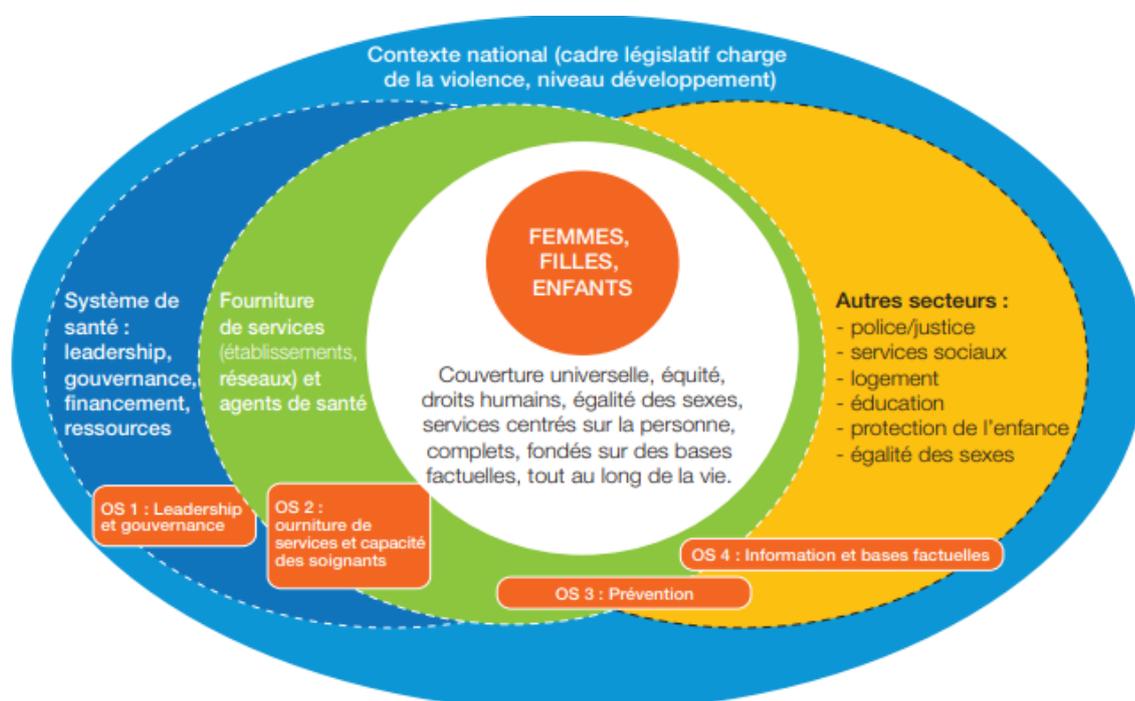


figure OMS: le rôle du système de santé dans le cadre d'une riposte multifactorielle au regard des orientations stratégiques du plan d'action.

### 4-3-3 Former les professionnels de santé

Une mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a été créée en 2012 et placée sous l'autorité du ministère en charge du droit des femmes.

Une de ses missions est de définir un plan national de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes. (58)

Elles proposent des kits de formation des professionnels composés de courts métrages et de livrets d'information.

Dans chaque service d'urgence, un médecin est désigné « référent violences faites aux femmes »

Dans ce souci de formation, un diplôme inter-universitaire national de « prise en charge des violences faites aux femmes, vers la bientraitance » a été créé en 2017.

L'objectif de cette formation continue est de créer un réseau et de spécialiser les professionnels de santé pour une prise en charge adaptée.

Dans le programme préparant aux Epreuves Classantes Nationales, a été introduit l'item « accueil d'un sujet victime de violences sexuelles ».

L'intérêt d'une formation initiale en médecine sur les violences sexuelles est primordial devant la proportion importante de femmes victimes et l'absence de population cible.

#### 4-3-4 Etablir des centres de référence

Puisque nous avons vu que les violences sexuelles s'intégraient dans un panel plus large, nous pouvons penser qu'une structure accueillant toutes les formes de violence apporterait une réponse concrète aux problématiques vues précédemment.

La Maison des femmes créée en 2016, à Saint Denis, est une structure multidisciplinaire où ont lieu des demandes de contraception, des IVG, des unités autour de l'excision, du viol, des violences physiques et psychologiques.

Ce genre de structure pourrait être étendu sur le territoire national.

En effet, les patientes victimes de violences sexuelles présentent une certaine vulnérabilité. Il me semble important qu'elles aient une structure référente avec des professionnels de santé de confiance, spécialisés dans le domaine. Et puisque toutes les

formes de violence faites aux femmes sont intriquées, elles sauraient vers qui s'adresser quel que soit la situation dans laquelle elles se trouvent.

Ce type de centre faciliterait par la même occasion les échanges avec les partenaires sociaux, administratifs et juridiques.

## **5/ CONCLUSION**

Cette étude multicentrique révèle une augmentation des violences sexuelles chez les patientes demandant une IVG.

Près d'une femme sur deux a été exposée à au moins une forme de violence sexuelle au cours de sa vie. Lors des 12 derniers mois, c'est près d'une patiente sur cinq qui a subi une ou des violences sexuelles.

L'étude n'a pas démontré de lien statistiquement significatif entre demandes d'IVG répétées et violences sexuelles.

En revanche, nous avons montré qu'un suivi gynécologique est statistiquement plus fréquent chez celles ayant eu des violences sexuelles.

Dépister systématiquement les violences, organiser un réseau efficace, former les professionnels de santé et établir des centres de référence sont mes propositions concrètes pour faire face aux violences sexuelles.

# BIBLIOGRAPHIE

1. DEBAUCHE A, LEBUGLE, BROWN E, LEJBOWICZ T, MAZUY M, CHARRUAULT A, et al. ENQUETE VIOLENCE ET RAPPORT DE GENRE(VIRAGE): PRESENTATION DE L ENQUETE VIRAGE ET PREMIERS RESULTATS SUR LES VIOLENCES SEXUELLES [Internet]. 2017 [cité 24 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>
2. Code pénal - Article 222-23 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417678&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
3. Code pénal - Article 222-22 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417677>
4. Code pénal - Article 222-32 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021796944&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
5. Code pénal - Article 222-31-1 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000032207654>
6. Code pénal - Article 222-24 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000026268256>
7. Code pénal - Article 222-25 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417686&dateTexte=&categorieLien=cid>
8. Code pénal - Article 222-26 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417687&dateTexte=&categorieLien=cid>
9. Code pénal - Article 222-27 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417688>
10. Code pénal - Article 222-28 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024041210&cidTexte=LEGITEXT000006070719>
11. Code de procédure pénale - Article 7 [Internet]. Code de procédure pénale. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000024496760&cidTexte=LEGITEXT000006071154>
12. Code pénal - Article 434-3 [Internet]. Code pénal. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418604&dateTexte=&categorieLien=cid>

13. Ferron L. Déconstruction des discours des manuels de médecine légale sur les femmes violées. Cah D'histoire Rev D'histoire Crit. 1 juill 2001;(84):23-32.
14. Virgili F. Viol ( Histoire du). In: Marzano M, éditeur. Dictionnaire de la violence [Internet]. PUF; 2011 [cité 25 sept 2018]. p. 1423-9. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00923024>
15. projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes [Internet]. 2018 [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: [http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/lutte\\_violences\\_sexuelles\\_sexistes](http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/lutte_violences_sexuelles_sexistes)
16. LOI n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs [Internet]. 2006-399 avr 4, 2006. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000422042&categorieLien=id>
17. LOI n° 2013-711 du 5 août 2013 portant diverses dispositions d'adaptation dans le domaine de la justice en application du droit de l'Union européenne et des engagements internationaux de la France [Internet]. 2013-711 août 5, 2013. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027805521&categorieLien=id>
18. convention du conseil de l europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique [Internet]. Bureau des Traités. 2011 [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list>
19. Attribution du label Grande cause nationale 2018 [Internet]. Gouvernement.fr. 2018 [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/10112-attribution-du-label-grande-cause-nationale-2018>
20. ipsos. les français-e-s et les représentations sur le viol et les violences [Internet]. 2015 [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2016/2016-Rapport-enquete-ipsos.pdf>
21. jaspard m. nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête en france. janv 2001 [cité 28 sept 2018];(364). Disponible sur: [https://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/18735/pop\\_et\\_soc\\_francais\\_364.fr.pdf](https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18735/pop_et_soc_francais_364.fr.pdf)
22. guedj helene. enquête cadre de vie et sécurité [Internet]. 2017 [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-cadre-de-vie-et-securite-2017>
23. SALMONA M. IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES A L AGE ADULTE [Internet]. 2015 [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/outil/impact-des-violences-sexuelles-de-l-enfance-a-l-age-adulte-rapport-de-synthese>
24. THOMAS J. LES CONSEQUENCES DES VIOLENCES SEXUELLES SUR LA SANTE PHYSIQUE: revue de la littérature [Internet]. 2016 [cité 3 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatization-droitdiffusion.pdf>
25. Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J, Holm L, Russo J, Hickok LR. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. Am J Psychiatry. janv 1988;145(1):75-80.

26. 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. *Prog En Urol*. 1 juill 2013;23(9):780-92.
27. Schliep KC, Mumford SL, Johnstone EB, Peterson CM, Sharp HT, Stanford JB, et al. Sexual and physical abuse and gynecologic disorders. *Hum Reprod Oxf Engl*. août 2016;31(8):1904-12.
28. Jayasinghe YL, Sasongko V, Lim RW, Grover SR, Tabrizi SN, Moore EE, et al. The Association Between Unwanted Sexual Experiences and Early-Onset Cervical Cancer and Precancer by Age 25: A Case-Control Study. *J Womens Health* 2002. 17 nov 2016;
29. Kinzl JF, Traweger C, Biebl W. Sexual dysfunctions: Relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Child Abuse Negl*. juill 1995;19(7):785-92.
30. mourichon laure. Prise en charge kinésithérapique et sexologique du vaginisme. 2018.
31. Özen B, Özdemir YÖ, Beştepe EE. Childhood trauma and dissociation among women with genitopelvic pain/penetration disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 23 févr 2018;14:641-6.
32. Ryan GL, Mengeling MA, Booth BM, Torner JC, Syrop CH, Sadler AG. Voluntary and involuntary childlessness in female veterans: associations with sexual assault. *Fertil Steril*. août 2014;102(2):539-47.
33. Leeners B, Görres G, Block E, Hengartner MP. Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse. *J Psychosom Res*. 1 avr 2016;83:27-32.
34. Schei B, Lukasse M, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H, et al. A history of abuse and operative delivery--results from a European multi-country cohort study. *PloS One*. 2014;9(1):e87579.
35. Leeners B, Stiller R, Block E, Görres G, Rath W. Pregnancy complications in women with childhood sexual abuse experiences. *J Psychosom Res*. 1 nov 2010;69(5):503-10.
36. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynecol Obstet*. 2016;133(3):269-76.
37. Davila GW, Bernier F, Franco J, Kopka SL. Bladder dysfunction in sexual abuse survivors. *J Urol*. août 2003;170(2 Pt 1):476-9.
38. Garignon C, Mure PY, Paparel P, Chiche D, Mouriquand P. [Severe bladder dysfunction in the child abuse victim. Hinman syndrome]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 22 déc 2001;30(39-40 Pt 1):1918-23.
39. Drossman DA. Physical and sexual abuse and gastrointestinal illness: What is the link? *Am J Med*. 1 août 1994;97(2):105-7.
40. Scarinci IC, McDonald-Haile J, Bradley LA, Richter JE. Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: A preliminary model. *Am J Med*. 1 août 1994;97(2):108-18.
41. vilain annick. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 [Internet]. 2018 [cité 1 févr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et->

statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017

42. ministère des solidarités et de la santé. guide IVG [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html>
43. MAZUY M, TOULEMON L, BARIL E. UN RECOURS MOINDRE A L IVG MAIS PLUS SOUVENT REPETE. 2015 [cité 24 sept 2018];(518). Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/recours-moindre-ivg/>
44. GABRIELLE. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE COMPRENDRE LA REPETITION [Internet]. [TOULOUSE]; 2015. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/863/1/2015TOU31040.pdf>
45. GASPARD E. Y A T IL UN LIEN ENTRE LES DEMANDES REPETEES D INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE POUR UNE FEMME ET L EXISTENCE DE VIOLENCES CONJUGALES AU SEIN DE SON COUPLE ? [Internet]. [TOURS]; 2011. Disponible sur: [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2011\\_Medecine\\_GaspardElise.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2011_Medecine_GaspardElise.pdf)
46. PINTON A, HANCER A-C, METTEN M-A, NISAND I, BETTAHAR K. EXISTE T IL UN LIEN ENTRE LES VIOLENCES CONJUGALES ET LES INTERUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE ? Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie [Internet]. 2017 [cité 24 sept 2018]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1130659>
47. MULHSTEIN J, MARTRILLE L, GUILLET-MAY F, ROUTIOT T, COUDANE H, JUDLIN P. LA GROSSESSE APRES VIOL. Gynécologie Obstétrique Fertil [Internet]. 2013 [cité 24 sept 2018];110(115). Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/788428>
48. SARAFIS C. L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretiens préalable à un avortement dans la pratique des Conseillères conjugales et familiales [Internet]. Scribd. 2018 [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.scribd.com/document/22896527/MEMOIRE-octobre-2009>
49. Schoub-Thieblemont C, Nadjafizadeh M. Observance des méthodes contraceptives pre-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG. Rev Sage-Femme. 1 avr 2018;17(2):49-53.
50. Ohannessian A, Jamin C. Contraception après interruption volontaire de grossesse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2016;45(10):1568-76.
51. miprof. Violences faites aux femmes: les principales données [Internet]. 2015 [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/no8-Violences-faites-aux-femmes.html>
52. service statistique ministeriel de la sécurité intérieure. insécurité et violence en 2017: premier bilan statistique [Internet]. 2018 [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Themes/Vols-sans-violence/Insecurite-et-delinquance-en-2017-premier-bilan-statistique-Les-vols-sans-violence-contre-les-personnes>
53. service statistique ministeriel de la sécurité intérieure. insécurité et délinquance en 2018: premier bilan statistique [Internet]. 2019 [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/insecurite-delinquance-2018-premier-bilan-statistique.html>
54. has. niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [Internet]. 2013. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)

55. LAZIMI G. Comment pouvons-nous repérer les femmes victimes de violences sexuelles ? [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2012/11/PP-GILLES-LAZIMI.pdf>
56. PELIZZARI M, LAZIMI G, IBANEZ G. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ET VIOLENCES: ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES D ILE DE FRANCE. Clin Mediter. 2013;88:69-78.
57. OMS. Plan d action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants [Internet]. 2017 [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/fr/>
58. miprof. RAPPORT D ACTIVITES DE LA MIPROF 2013-2017 [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/le-secretariat-d-etat/instances/miprof-mission-interministerielle-pour-la-protection-des-femmes-victimes-de-violences/>

# Annexe 1 : questionnaire

## 1 / Lieu de la consultation :

- Montpellier
- Marseille
- Sète
- Béziers
- Autres (précisez) : .....

## 2/ Age : |\_\_|\_\_| ans

## 3/ Nationalité

- Française
- Autres (précisez) : .....

## 4/ Profession

- En activité professionnelle (précisez) : .....
- Chômage
- Mère au foyer
- Etudiante
- Stagiaire
- Autres (précisez) : .....

## 5/ Statut matrimonial

- Mariée
- Pacsée
- Célibataire
- En couple
- Séparée
- Divorcée
- Veuve

## 6/ Nombre d'enfants : |\_\_|\_\_|

## 7/ Nombre de fausses couches : |\_\_|\_\_|

## 8/ Nombre d'interruption volontaire de grossesse (en comptant celui-ci) :

|\_\_|\_\_|

**9/ Nombre d'interruption médicale de grossesse (interruption de grossesse pour raison médicale) : |\_\_|\_\_|**

**10/Contraception utilisée avant cette grossesse**

- Aucune
- Préservatif
- Naturelle (retrait, calcul du cycle)
- Pilule
- Stérilet
- Implant
- Patch, anneau vaginal
- Autre (précisez) : .....

**11/ Contraception désirée après cette grossesse**

- Aucune
- Préservatif
- Naturelle (retrait, calcul du cycle)
- Pilule
- Stérilet
- Implant
- Patch, anneau vaginal
- Définitive : ligature des trompes, Essure
- Ne sait pas
- Autres (précisez) : .....

**12/ Avez-vous déjà eu un examen gynécologique (par un gynécologue, médecin généraliste, sage-femme...) ?**

- Oui       Non

**Si OUI :**

**Avez-vous eu mal lors d'un examen gynécologique ?**  Oui       Non

**Avez-vous été mal à l'aise lors d'un examen ?**  Oui       Non

**Craignez-vous d'avoir un autre examen gynécologique ?**  Oui  Non

**Préférez-vous avoir un examen gynécologique par :**

- Un homme
- Une femme
- Pas de préférence

13/ Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté pour votre suivi gynécologique ? |\_\_|\_\_|

14/ A quelle fréquence avez-vous votre suivi gynécologique (par un gynécologue, médecin généraliste, sage-femme...) ?

- Au moins 1 fois par an
- Au moins 1 fois tous les 3 ans
- Au moins 1 fois tous les 5 ans
- Aucun suivi gynécologique

15/ Vous est-il déjà arrivé au cours des 12 derniers mois :

Que quelqu'un exhibe devant vous ses organes sexuels ou se déshabille contre votre volonté ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Que quelqu'un vous touche vos seins, vos fesses ou votre sexe contre votre volonté?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Que quelqu'un se frotte ou se colle contre vous ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Que quelqu'un vous coince pour vous embrasser ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Que quelqu'un vous force à montrer vos seins, vos fesses ou à vous dénuder ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Que quelqu'un vous force à toucher le sexe de quelqu'un d'autre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Que quelqu'un vous force à avoir des rapports sexuels (pénétration, fellation, objets) contre votre volonté?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>Si OUI, était ce :</u>		
<input type="checkbox"/> Votre compagnon ou ex compagnon		
<input type="checkbox"/> Un membre de votre famille		
<input type="checkbox"/> Un ami		
<input type="checkbox"/> Un inconnu		
<input type="checkbox"/> Autre		

16 / Vous est-il déjà arrivé une fois dans votre vie :

Que quelqu'un exhibe devant vous ses organes sexuels ou se déshabille contre votre volonté?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Que quelqu'un vous touche vos seins, vos fesses ou votre sexe contre votre volonté?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Que quelqu'un se frotte ou se colle contre vous ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Que quelqu'un vous coince pour vous embrasser ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Que quelqu'un vous force à montrer vos seins, vos fesses ou à vous dénuder ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Que quelqu'un vous force à toucher le sexe de quelqu'un d'autre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Que quelqu'un vous force à avoir des rapports sexuels (pénétration, fellation, objets) contre votre volonté?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Si OUI, était ce :**

- Votre compagnon ou ex compagnon
- Un membre de votre famille
- Un ami
- Un inconnu
- Autre :

---

**17/ Avez-vous déjà parlé d'une de ces situations à quelqu'un ?**

- OUI  NON  Non concernée par les situations décrites ci-dessus

**Si OUI, à qui ?**

- Proche (ami, famille), préciser.....
- Police / Gendarmerie
- Médecin
- Psychologue/ psychiatre
- Assistante sociale
- Autre (préciser) : .....

**18/ Auriez-vous souhaité que quelqu'un aborde le sujet avec vous ?**

- OUI  NON  Non concernée par les situations décrites ci-dessus

**Si OUI, avec qui ?**

- Proche (ami, famille), préciser.....
- Police / Gendarmerie
- Médecin
- Psychologue/ psychiatre
- Assistante sociale
- Autre (préciser) : .....

**19/ Souhaiteriez-vous que l'on aborde le sujet avec vous au cours de la consultation pour une demande d'interruption volontaire de grossesse ?**

- OUI  NON  Non concernée par les situations décrites ci-dessus

**20/ Souhaiteriez-vous que l'on aborde le sujet avec vous au cours d'une consultation médicale (par votre médecin généraliste ou votre gynécologue ou votre sage-femme)?**

- OUI  NON  Non concernée par les situations décrites ci-dessus

**21/ avez-vous déjà rempli ce questionnaire par le passé ?**

- OUI  NON

**22/ Auriez-vous des remarques particulières?**

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

**Merci d'avoir consacré du temps pour remplir ce questionnaire.**

**L'ensemble de l'équipe reste à votre disposition et à votre écoute si vous ressentez le besoin de parler de votre situation et/ ou si vous avez des remarques particulières concernant le questionnaire.**

**Numéros anonymes et gratuits :**

***SOS Viols Femmes Informations : 0 800 05 95 95***

***Violences Femmes info : 3919***

**Site institutionnel :**

***<http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/>***

## Annexe 2 : documents d'information

Madame,

En tant que citoyenne et future gynécologue, je suis particulièrement sensibilisée aux violences faites aux femmes. Mon travail de thèse s'intéresse au lien entre les IVG et les violences.

Ainsi, j'aurais besoin si vous le souhaitez de votre participation au questionnaire suivant.

Toutes les informations recueillies resteront confidentielles et anonymes et ne seront utilisées que dans le cadre de ce travail.

Sachez que vous n'êtes en rien obligée de remplir ce questionnaire et que vous pouvez arrêter d'y répondre à tout moment.

Si ce questionnaire soulève des interrogations, des peurs ou tout simplement l'envie de parler, vous pouvez en parler à un professionnel de santé de votre établissement, ou me joindre au 06.77.16.96.85 ou enfin joindre la psychologue du service d'orthogénie du CHU de Montpellier, Gaëlle de Decker au 06.03.99.08.95.

Merci de votre aide

Nadège ZAAZOU-KHOUANI, Doctorante en gynécologie médicale

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## **RESUME**

**Introduction**: près de 14% des femmes ont été confrontées à des violences sexuelles au cours de leur vie. L'objectif principal de l'étude est de mesurer la proportion de femmes ayant subi des violences sexuelles chez les patientes demandant une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Les objectifs secondaires sont : d'évaluer le lien potentiel entre les demandes répétées d'IVG et les violences sexuelles et de définir les liens potentiels de l'exposition à des violences sexuelles sur le suivi gynécologique.

**Matériels et Méthodes**: Etude observationnelle, transversale et multicentrique à l'aide d'un questionnaire auto-administré, anonyme, proposé aux femmes se présentant pour une consultation pré-IVG entre avril et septembre 2018. Les critères d'inclusion sont : toutes les femmes majeures se présentant pour une demande d'IVG au CHU de Montpellier et Marseille, au CH de Sète et Béziers et chez trois praticiens pratiquant l'IVG en ambulatoire. Les critères d'exclusion sont : les patientes mineures, celles ayant répondu au questionnaire auparavant ou refusant de participer à l'étude, si présence d'un tiers accompagnant, les patientes ne parlant pas français. Le nombre de sujets nécessaires était de 288 questionnaires.

**Résultats**: 415 questionnaires ont été remplis. 20% des patientes ont subi au moins une forme de violences sexuelles au cours des 12 derniers mois dont 18% d'agressions sexuelles, 5% d'exhibition et 3,4% de viol. Au cours de la vie, 47% des patientes ont subi au moins un type de violence sexuelle avec 42% d'agression sexuelle, 26% d'exhibition et 16% de viol. Pas de différence significative entre 1<sup>ère</sup> IVG et IVG répétées concernant les violences sexuelles ( $p=0.316$  et  $p= 0.805$ ). Chez les patientes ayant subi une forme de violence au cours de la vie, celles-ci ont un suivi annuel plus fréquent de façon statistiquement significative ( $p =0,07$ ).

**Discussion**: Dépister systématiquement les violences, organiser un réseau efficace, former les professionnels de santé et établir des centres de référence sont mes propositions concrètes pour faire face aux violences sexuelles.

**Mots clés**: violences sexuelles, IVG, IVG répétées, étude observationnelle multicentrique

