



HAL
open science

Antécédents de violence sexuelle : comment améliorer la prise en charge par les sages-femmes ?

Laura Bourgeais

► To cite this version:

Laura Bourgeais. Antécédents de violence sexuelle : comment améliorer la prise en charge par les sages-femmes ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03197090

HAL Id: dumas-03197090

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03197090>

Submitted on 13 Apr 2021

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.

École de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Faculté de Médecine
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

ANTÉCÉDENTS DE VIOLENCE SEXUELLE :
Comment améliorer la prise en charge par les sages-femmes ?

Laura BOURGEGEIS
Née le 07 novembre 1996
À Draguignan, Var

Mémoire présenté et soutenu en juin 2020
Directrice de mémoire : Professeure Geneviève MARTIN

DIPLÔME D'ÉTAT de SAGE-FEMME
2020

REMERCIEMENTS :

Je souhaiterais adresser mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Ce travail a été réalisé sous la direction de la Professeure Geneviève Martin.
Je lui adresse ici ma reconnaissance pour son aide précieuse, d'avoir accepté de diriger ce mémoire et de m'avoir accordé de son temps.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude envers Madame Maccagnan et Madame Blayac pour leur soutien tout au long de l'année.

Je tiens à remercier Floriane Bouygues et Julie Zucchini pour leurs conseils, leur aide et leur travail auprès des femmes.

Merci à toute la promotion pour ces quatre années partagées à l'école.

Un grand merci à mes voisines de tables pour tous ces moments passés ensemble.

Merci à Lauriane, ma coach.

Merci à Pauline pour ton soutien inconditionnel.

Merci à ma co-auteur, maman.

Merci à ma famille pour leur amour.

Table des matières :

<u>1</u>	<u>INTRODUCTION</u>	<u>7</u>
1.1	VIOLENCES SEXUELLES, DEFINITIONS	8
1.2	L'EPIDEMIOLOGIE DES VIOLENCES SEXUELLES EN FRANCE	9
1.3	COMPETENCES DES SAGES-FEMMES, UNE RELATION PRIVILEGIEE	10
1.4	QUESTION DE RECHERCHE	12
<u>2</u>	<u>MATERIEL ET METHODE</u>	<u>12</u>
2.1	HYPOTHESE CENTRALE	12
2.2	OBJECTIFS	13
2.3	TYPE D'ETUDE	13
2.4	DIAGRAMME DE FLUX	14
<u>3</u>	<u>RESULTATS</u>	<u>15</u>
3.1	LES CONSEQUENCES CONNUES DES VIOLENCES SEXUELLES	15
3.1.1	FONCTIONNEMENT NEURO-ANATOMIQUE	15
3.1.2	FONCTIONNEMENT PSYCHOLOGIQUE	17
3.1.3	RECONSTRUCTION APRES LE TRAUMATISME	20
3.2	FONCTIONNEMENT RELATIONNEL DANS LA RELATION DE COUPLE	22
3.3	SANTE SEXUELLE	23
3.3.1	RELATION AU CORPS	23
3.3.2	PERCEPTION DE LA SEXUALITE	24
3.3.3	EXPERIENCES DE LA SEXUALITE	25
3.3.4	DYSFONCTIONS SEXUELLES, IMPACT SUR LA SANTE SEXUELLE	27
3.3.5	DYSFONCTIONS SEXUELLES, IMPACT SUR LA SANTE ET PRISE EN CHARGE PAR LES SAGES-FEMMES	29
3.4	SANTE REPRODUCTIVE	30
3.4.1	LA GROSSESSE, UN BOULEVERSEMENT DANS LA VIE DES FEMMES	32
3.4.2	CONSEQUENCES DES VIOLENCES SEXUELLES INFLUENÇANT LA GROSSESSE	34
3.4.3	VECU DE L'ACCOUCHEMENT	36
3.4.4	PRISE EN CHARGE A L'ACCOUCHEMENT	39

3.5 PARENTALITE	40
3.5.1 LE POST-PARTUM	40
3.5.2 PARENTALITE A LONG TERME	42
3.6 RECOMMANDATIONS	44
3.6.1 FAVORISER LE DEPISTAGE	44
3.6.2 AMELIORER LA PRISE EN CHARGE	48
3.6.2.1 Favoriser la formation des sages-femmes	48
3.6.2.2 Développer le travail en réseau	48
3.6.2.3 Favoriser les temps propices d’action des sages-femmes	49
3.6.2.4 Prévention : intervenir dès le plus jeune âge	51
<u>4 CONCLUSION</u>	<u>51</u>
<u>5 BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>I</u>

Liste des abréviations :

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

SSPT : Syndrome de stress post traumatique

1 Introduction

Les violences sexuelles constituent un problème social de première importance. Récemment, les phénomènes #Metoo et #Balancetonporc ont favorisé une prise de conscience collective de l'ampleur des violences sexuelles. L'utilisation de ces hashtags a en effet permis de dénoncer les actes de violence sexuelle subis par les femmes, de par le monde entier, dont certaines appartenant à la sphère publique. Le mot d'ordre étant de libérer la parole des victimes, de rapporter des témoignages allant du sexisme quotidien et du harcèlement de rue aux crimes sexuels, et de montrer que ce type de violence n'épargne aucune classe sociale. En seulement un an, 17,2 millions de tweets #Metoo et 930 000 de tweets #Balancetonporc ont été publiés (Croquet, 2018). Considérant que les violences sexuelles sont associées à des conséquences négatives pour les victimes, à court, moyen et long terme (Salmona, 2018), les données sur l'ampleur de ce phénomène suggèrent que de nombreuses personnes sont aux prises avec ces conséquences durant leur vie.

Les conséquences des violences sexuelles peuvent se manifester, chez les jeunes filles et les femmes, à des moments charnières de la vie lors desquels la sage-femme peut jouer un rôle primordial. De par son rôle de professionnelle intervenant dans la vie gynécologique et obstétricale, la sage-femme peut notamment être appelée à accueillir la dénonciation d'expériences de victimisation sexuelle, accompagner les patientes en lien à cette épreuve et leur fournir du soutien dans leur cheminement vers le mieux-être. Pour plusieurs femmes, la sage-femme est l'unique professionnelle consultée par rapport à leur santé sexuelle (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes et al., 2010). Il est en conséquence impératif que la sage-femme saisisse l'ampleur et les conséquences des violences sexuelles afin d'adapter la prise en charge individuelle des femmes qui présentent des antécédents de victimisation sexuelle.

Le présent mémoire a pour objectif de mettre en lumière les conséquences des violences sexuelles qui ont un impact sur la santé psychologique, sexuelle, et reproductive des femmes afin de dégager des pistes d'amélioration de la prise en charge de cette patientèle spécifique par les sages-femmes.

1.1 Violences sexuelles, définitions

Il existe différentes définitions de la violence sexuelle dans la littérature scientifique. Par souci de clarté et pour une meilleure compréhension et analyse du sujet, le présent projet s'appuie sur les définitions issues du code pénal français. Celles-ci incluent : le harcèlement sexuel, l'agression sexuelle, le viol et l'inceste.

Selon le code pénal français les violences sexuelles sont définies par (Secrétariat d'État chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations, 2018) :

- Le *harcèlement sexuel* : « Le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante » (Art. 222-33.-I)
- L'*agression sexuelle* (autres que le viol) : « Tout acte à caractère sexuel sans pénétration commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise » (par exemple des caresses ou des attouchements sexuels) ou « le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à se livrer à des activités sexuelles avec un tiers » (Art. 222-22-2).
- Le *viol* : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise » (Art. 222-23). La pénétration sexuelle inclut la pénétration : orale, vaginale ou anale, par le sexe, par un doigt, un pied ou par un objet.
- L'*inceste* : « 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 une nièce ou le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées précédemment ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées précédemment s'il a sur la victime une autorité de droit ou de fait. » (Art. 222-31-1)

Il existe d'autres types de violences sexuelles, telles que les mutilations sexuelles, l'outrage sexiste, le voyeurisme et l'exhibitionnisme, qui ne seront pas abordés dans le présent mémoire. Considérant que la plupart des études n'incluent pas ces formes de violences sexuelles, celles-ci ont été exclues de la présente recension de la littérature afin d'éviter tout biais méthodologique.

1.2 L'épidémiologie des violences sexuelles en France

Une étude statistique française (Senn et al., 2008) signale qu'environ une femme sur cinq (16 %) est victime de tentative de viol ou de viol au cours de sa vie. L'enquête Cadre de Vie et Sécurité (Ministère de l'intérieur, 2018) signale que sur la période 2011-2017, chaque année, 184 000 femmes âgées de 18 à 75 ans rapportent avoir été victimes de violences sexuelles : 29 000 de viol, 65 000 de tentative de viol, 90 000 d'attouchement sexuel, soit 0,8% des françaises de cette tranche d'âge. Les 94 000 femmes qui rapportent des viols et des tentatives de viol représentent 0,4% des françaises de cette tranche d'âge. L'enquête Violence et Rapports de Genre (Institut national d'études démographiques, 2015) rapporte que la proportion de femmes de 20 à 69 ans victimes de viols ou de tentatives de viol au cours des douze derniers mois est de 0,3 %, un résultat équivalent à celui de l'enquête Cadre de Vie et Sécurité. De plus, selon l'enquête Violence et Rapports de Genre, chaque année en France, 553 000 femmes sont victimes d'agression sexuelle autre que le viol (11% d'attouchement du sexe, 95% d'attouchement des seins et/ou des fesses ou de baiser imposé par la force) soit 2,4% des françaises. Toujours selon cette étude, au cours de sa vie, une femme sur 26 est violée, une sur sept est agressée sexuellement soit 14,2% (Institut national d'études démographiques, 2015). Parmi les victimes de viol, seulement 22 % ont porté plainte aux commissariats et gendarmeries (Service Statistiques et Ministériel de la Sécurité Intérieure, 2017). Cela est problématique car la majorité des cas demeurent inconnus des autorités et la plupart des victimes ne sont pas prises en charge par le système judiciaire et les services de santé.

Il existe des écarts entre les taux de violence sexuelle rapportés par les études selon les pays. Par exemple, selon une enquête réalisée en 2005 au Québec, 33% des femmes ont subi au moins une agression sexuelle depuis l'âge de 16 ans, soit une femme sur trois contre une femme sur sept en France (Ministère de la Sécurité Publique du Québec, 2006). En Angleterre et au Pays de Galles, selon une étude publiée en 2016, 20% des femmes ont subi au moins une agression sexuelle depuis l'âge de 16 ans, soit une femme sur cinq (Office for National Statistic, 2016). Aux États-Unis, 14,8% des femmes de plus de 17 ans ont subi au moins un viol au cours de leur vie, 17,6% ont subi un viol ou une tentative de viol, soit une femme sur six. Au cours des douze mois précédents, les femmes ayant subi un viol représentent 0,3% de la population (National Institute of Justice, 2000). Ces écarts s'expliqueraient notamment par la nature variable des données documentées, les divers niveaux de sensibilisation de la population à la problématique des violences sexuelles ainsi que par le niveau de concertation entre les instances

qui recueillent ces dénonciations. De plus, les différentes études analysent des populations d'âges variables. La comparaison des résultats obtenus dans différentes études demeure donc difficile.

Les données disponibles sur l'épidémiologie des violences sexuelles signalent que ces expériences sont fréquentes chez les femmes. Ces données sont alarmantes et soulignent la pertinence d'adapter le suivi des sages-femmes afin de tenir compte de cette réalité. Les prochaines lignes décrivent les compétences uniques de ces professionnelles dans le suivi des femmes victimes de violence sexuelle et leur place dans cette prise en charge.

1.3 Compétences des sages-femmes, une relation privilégiée

En France, les sages-femmes constituent un pilier essentiel de la santé publique de par leur rôle de prévention et de dépistage des pathologies mais aussi de promotion de la santé sexuelle (Ordre national des Sages-Femmes, 2010). En effet, les sages-femmes suivent les femmes de tous âges en bonne santé, tout au long de leur développement psycho-sexuel, et les accompagnent durant des étapes charnières telles que l'engagement dans les premières relations sexuelles, la conception, la grossesse, la parentalité et la ménopause. Ce suivi leur confère un rôle de premier plan dans le partage des expériences des femmes en lien à la sexualité, la contraception, le désir d'avoir un enfant et les difficultés vécues sur les plans relationnel et sexuel. En plus des rencontres annuelles intégrant l'examen gynécologique et les consultations mensuelles de surveillance obstétricale lors de la grossesse, les sages-femmes dispensent des cours de préparation à la naissance aux futurs parents. Elles jouent donc un rôle clé pour bien préparer la femme à vivre cette étape de transition dans sa vie personnelle et de couple.

Afin d'appréhender les besoins spécifiques de la femme enceinte et des futurs parents et de favoriser le dépistage des vulnérabilités, l'entretien prénatal précoce a été mis en place. Cet entretien n'est pas une visite médicale mais plutôt un moment d'échange qui permet d'aborder différents sujets ainsi que les questionnements et les difficultés vécues par les futurs parents. Cela peut aller de la discussion sur les rythmes de vie du nouveau-né aux divers types de contraception, au dévoilement de traumatismes divers, de situations compliquées, de fausses couches antérieures, et d'expériences de violence. Durant ce temps de partage, la sage-femme organise un dépistage des facteurs de vulnérabilité de la femme et du couple afin d'adapter au mieux son discours et son suivi.

La sage-femme est bien sûr reconnue pour son rôle d'accompagnement dans l'accouchement, un moment des plus intimes de la vie d'une femme. Cette relation de proximité avec la femme se poursuit également après l'accouchement. La sage-femme peut faire le relais entre la maternité et le domicile lors des sorties précoces de l'hôpital et elle peut réaliser la consultation post-natale. Elle peut aussi pratiquer la rééducation du périnée qui a des effets positifs au long cours sur le fonctionnement général et sexuel de la femme. La mère peut par ailleurs consulter avec son bébé, ce qui permet à la sage-femme d'apprécier la relation qui s'établit entre eux.

La sage-femme accueille également les patientes qui se présentent aux urgences gynécologiques et obstétricales et les prend en charge, parfois seule et parfois accompagnée du gynécologue obstétricien lorsqu'il y a une pathologie, ou encore du médecin légiste lorsque la femme a été victime d'agression sexuelle. La sage-femme a des compétences définies qui s'arrêtent lorsque la pathologie intervient. Cela n'empêche pas qu'elle est présente même dans les situations où le médecin doit intervenir. Elle occupe un rôle fondamental dans le milieu de la santé. Dans le cas d'une consultation en urgence après une agression sexuelle, la sage-femme participe aux prélèvements et à la collecte des informations rapportées par la victime et fournit du soutien à ces femmes dans ce moment particulièrement délicat et éprouvant. De plus, elle peut établir des certificats médicaux d'allégation de violence qui pourront être utilisés dans un cadre juridique si nécessaire.

Les rôles et les compétences attribués à la sage-femme lui permettent de balayer divers moments de la vie d'une femme et d'instaurer une relation privilégiée avec les patientes et les couples, leur permettant ainsi de développer une véritable relation de confiance. En France, la sage-femme peut, de par ses compétences, être l'unique professionnelle à suivre une femme sur le plan gynécologique et obstétrical (Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes et al., 2010). À travers le suivi qu'elle fournit, la sage-femme est donc en première ligne pour intervenir face aux questionnements et aux difficultés d'ordre sexuel, relationnel, gynécologique et obstétrical des femmes, et ce, à diverses périodes de leur vie. La présente revue fait état des bouleversements qui peuvent être vécus par les femmes victimes de violences sexuelles à diverses périodes de leur vie et la variété des actions que peut poser la sage-femme afin de soutenir cette patientèle.

Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme est confrontée de près à la problématique des violences sexuelles. Une étude réalisée par la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, 2014) auprès de 1474 sages-femmes signale que 60 % d'entre elles sont déjà intervenues auprès de femmes rapportant des antécédents de violences sexuelles. Parmi ces professionnelles, 43 % disent intervenir souvent ou parfois auprès de cette patientèle. Considérant que la majorité des cas de violences sexuelles ne sont pas rapportés, les résultats de ce sondage suggèrent que la sage-femme intervient auprès d'une patientèle comprenant un grand nombre de victimes de violence sexuelle – auto déclarées ou non. Questionnées relativement à leur niveau d'aisance à intervenir auprès des femmes ayant des antécédents de victimisation sexuelle, 81 % des sages-femmes ont répondu se sentir insuffisamment ou pas du tout préparées à prendre en charge ces patientes de façon adaptée. Une meilleure connaissance des conséquences des violences sexuelles chez les femmes pourrait mieux outiller la sage-femme à ajuster ses interventions aux caractéristiques et aux besoins spécifiques des patientes ayant vécu de la violence sexuelle.

1.4 Question de recherche

À partir d'une revue de la littérature scientifique sur les conséquences des violences sexuelles chez les femmes eu égard aux relations amoureuses et sexuelles et à la parentalité, le présent mémoire a pour objectif de proposer des stratégies d'amélioration de prise en charge par la sage-femme des femmes victimes de violences sexuelles. Plus précisément, le mémoire vise à répondre à la question suivante : quelles sont les interventions concrètes que peut réaliser la sage-femme pour favoriser l'atteinte d'un meilleur équilibre en lien à la santé sexuelle et la parentalité, chez les femmes victimes de violence sexuelle ?

2 Matériel et méthode

2.1 Hypothèse centrale

L'expérience de violence sexuelle peut entraîner, chez les femmes, des répercussions négatives dans les relations amoureuses, sexuelles et le rôle de mère (p. ex. l'expérience de la grossesse, de l'accouchement, de la transition dans le rôle maternel, et de la parentalité). La sage-femme, de par ses compétences et sa contribution distincte dans le système de santé, joue

un rôle primordial dans la prise en charge de ces femmes et l'établissement d'une relation privilégiée avec les patientes favorisant l'atteinte de la santé et du bien-être sexuels. Cette place unique dans le suivi de ces patientes place la sage-femme au cœur de toute stratégie de prise en charge des éventuelles conséquences des violences sexuelles.

2.2 Objectifs

Le mémoire a pour objectif d'exposer les conséquences psychologiques, physiques, relationnelles et sexuelles des violences sexuelles chez les femmes afin d'émettre des recommandations permettant d'adapter et d'améliorer la prise en charge de la sage-femme à l'égard de cette patientèle.

2.3 Type d'étude

Une revue de la littérature scientifique a été réalisée entre les mois de décembre 2019 et mars 2020 afin d'identifier les conséquences des violences sexuelles chez les femmes. La recherche d'articles a été effectuée à partir des moteurs de recherche suivants Pubmed, Cairn, PsychInfo et Google Scholar. De plus, les organismes internationaux et nationaux et sociétés savantes (Organisation Mondiale de la Santé, la Haute Autorité de Santé, etc), Google et les sites des associations compétentes dans le domaine, ainsi que le catalogue de la bibliothèque universitaire de l'Université de Nice ont été consultés.

Les articles scientifiques ont été retenus sur la base des critères d'inclusion suivants :

- rédigés en français ou en anglais ;
- parus après l'année 1990 ;
- avec une population d'étude majoritairement ou exclusivement féminine.

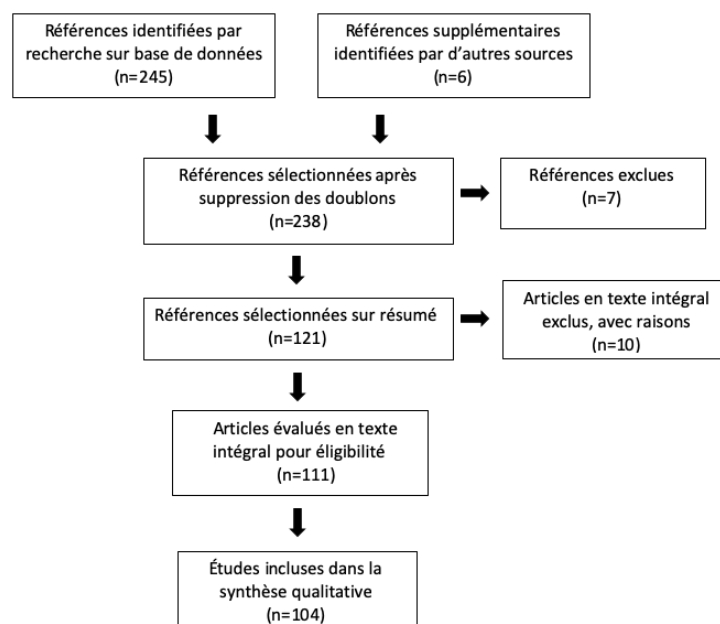
Certains articles scientifiques ont été exclus sur la base des critères suivants :

- étude réalisée auprès d'une population exclusivement masculine ;
- étude évaluant exclusivement les mutilations sexuelles, l'outrage sexiste, le voyeurisme ou l'exhibitionnisme (celle-ci sont exclues de la définition des violences sexuelles adoptée dans le présent mémoire).

La recherche documentaire a été réalisée à partir de mots-clés en français et en anglais, en spécifiant que ceux-ci devaient se trouver dans le titre, le résumé ou les mots-clés des articles scientifiques. La sélection des mots-clés s'est appuyée sur les Medical Subject Headings (MeSH), soit les termes de référence dans le domaine biomédical définis par la National Library of Medicine. Les mots-clés en français ont été affinés à l'aide du moteur de recherche HeTop qui permet d'interroger la traduction française exacte d'un terme MeSH. Cette démarche a mené à la sélection des mots-clés suivants pour la recherche documentaire :

- violence sexuelle / sex offences
- agression sexuelle / sexual aggression
- viol / rape
- abus sexuel / sexual abuse
- agression sexuelle durant l'enfance / child sexual abuse
- inceste / incest
- parentalité / parenting
- grossesse / pregnancy
- traumatisme psychologique / psychological trauma
- SSPT, ESPT / PTSD
- difficultés sexuelles / sexual difficulties
- troubles sexuels, dysfonctions sexuelles / sexual dysfunctions
- sages-femmes / midwife/midwives
- conséquence / consequence

2.4 Diagramme de flux



3 Résultats

Les données recueillies dans les articles scientifiques retenus ont été triées et classées en fonction de la sphère du fonctionnement concernée : psychologique, relationnel, sexuel, ainsi que la santé reproductive et la parentalité, en tenant compte des étapes de vie de la femme et des compétences de la sage-femme reliées à ces étapes.

3.1 Les conséquences connues des violences sexuelles

Les violences sexuelles sont associées à un large éventail de conséquences chez les victimes. Certaines surviennent peu de temps après l'expérience de victimisation et d'autres se développent à moyen et long terme. Ces conséquences peuvent avoir un impact important sur le développement psychosexuel de la femme, tant sur le plan du fonctionnement relationnel et sexuel que sur le rôle de mère.

3.1.1 Fonctionnement neuro-anatomique

La recension des écrits montre que certaines victimes de violence sexuelle présentent un dysfonctionnement du système de réponse au stress. Il est reconnu que l'expérience de stress extrême provoque une importante sécrétion de cortisol et d'adrénaline. Une telle perturbation est susceptible de bouleverser l'activité de base du système hypothalamo-hypophyso-surrénalien et d'engendrer une élévation du taux de base de cortisol, d'autant plus si l'expérience de violence sexuelle a lieu durant l'enfance lorsque ce système est encore immature (Baril & Tourigny, 2015; Tarullo & Gunnar, 2006). Cela peut entraîner un dysfonctionnement du système de réponse au stress.

Chez certaines victimes, une forte dose de ces deux hormones serait sécrétée lors de l'expérience de victimisation sexuelle, ce qui aurait pour effet de provoquer une disjonction cérébrale en verrouillant les amygdales (les glandes responsables de l'échange avec le système limbique qui est le pôle de la mémoire et des émotions) et en sécrétant de l'endorphine et de la kétamine-like. Ce mécanisme serait à la base de la dissociation – soit le sentiment d'analgésie physique et émotionnelle durant l'épisode de victimisation sexuelle – rapportée par certaines victimes. Lors de cet épisode, la victime ne ressent plus de douleur, de peur et peut même éprouver un sentiment de désorientation, d'irréalité, voire de dépersonnalisation (la perception

de soi comme étrangère). Cette réponse émotionnelle est alors enregistrée dans la mémoire traumatique et n'est pas traitée et intégrée à la mémoire autobiographique où les souvenirs classiques sont stockés (Salmona, 2018).

Les mécanismes neuro-anatomiques qui sont déployés pour tenter d'échapper au risque vital que pose l'expérience de victimisation sexuelle peuvent également provoquer des symptômes de reviviscence de cette expérience. Ces symptômes peuvent affecter les relations amoureuses et sexuelles mais aussi la vie quotidienne car certaines sensations et émotions, des sons, des odeurs, des mots et des gestes peuvent être associés par la victime au traumatisme, et faire ressurgir des souvenirs et des flashbacks de la scène de violence lors de contacts intimes mais aussi dans n'importe quelle autre situation qui pourrait rappeler un détail de la scène (Association mémoire traumatique et victimologie, 2014). De plus, selon une étude de Trickett et ses collègues (2010), le déséquilibre entre les systèmes neurobiologiques qui apparaissent notamment lors d'un abus sexuel dans l'enfance, amplifierait la sensibilité aux situations de trahison, de honte et d'impuissance qui sont des ressentis inhérents à un moment ou à un autre dans la vie de couple (Trickett et al., 2010).

Les résultats d'une étude de Andersen et al. (2008) suggèrent que l'expérience de violence sexuelle durant l'enfance modifie la structure du cerveau. À l'aide de l'IRM volumétrique, ils ont comparé les données obtenues auprès de 43 femmes droitières âgées entre 18 et 22 ans et ne consommant pas de médicament, dont 26 rapportaient des épisodes répétés d'agression sexuelle durant l'enfance (c'est-à-dire l'expérience d'au moins 3 épisodes de contact sexuel forcé). Les analyses font ressortir un volume hippocampique réduit en association avec l'antécédent d'abus sexuels entre trois et cinq ans ($\beta = -0,69$, $p < 0,0001$) et à 11-13 ans ($\beta = -0,25$, $p < 0,05$). Le corps calleux a été réduit avec l'antécédent d'abus sexuel à 9-10 ans ($\beta = -0,44$, $p < 0,005$) et le cortex frontal a été atténué chez les femmes ayant subi de la violence sexuelle à 14-16 ans ($\beta = -0,48$, $p < 0,005$) (Andersen et al., 2008). Des régions du cerveau peuvent être touchées et modifiées anatomiquement suite à de tels traumatismes.

Les données disponibles suggèrent que les violences sexuelles peuvent avoir une incidence sur le fonctionnement neuro-anatomique des victimes, mais des études additionnelles sont nécessaires afin de répliquer les résultats observés et d'émettre des conclusions plus robustes. Le présent mémoire considère l'impact possible de ces modifications neuro-anatomiques sur le fonctionnement relationnel et sexuel des victimes.

3.1.2 Fonctionnement psychologique

Une étude française réalisée auprès de 1214 victimes de violences sexuelles âgées entre 15 et 72 ans, dont la plupart étaient des femmes (n = 1153), montre que 95 % des répondants estiment que l'expérience de victimisation sexuelle a eu un impact déterminant sur leur santé mentale (Association mémoire traumatique et victimologie, 2014). En effet, 83 % rapportent une diminution de l'estime de soi, 50 % un trouble de consommation de substances psychoactives (p. ex. tabac, alcool, drogue), et 78 % font état de la présence d'idées suicidaires – parmi ceux-ci 42 % déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide dans le passé. De manière générale, 65 % des répondants évaluent l'impact de l'expérience de victimisation sexuelle dans leur vie comme étant important ou très important. Les résultats d'une étude de Santaularia et ses collègues effectuée auprès de 8160 personnes vont dans le même sens et montrent un taux supérieur de consommation de tabac, d'alcool et de drogues chez les victimes de viol (Santaularia et al., 2014). Une étude québécoise réalisée par Cloutier et ses collègues signale quant à elle que les femmes victimes de menace de viol ou de viol durant l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte (n = 2109) présentent un risque significativement plus élevé de souffrir d'un trouble de santé mentale, d'obésité ou d'un trouble physique (Cloutier et al., 2002). L'étude de Cichowski et ses collègues comparant des femmes militaires avec (n = 123 417) et sans (n = 393 533) antécédents de harcèlement sexuel ou d'agression sexuelle met aussi en évidence des taux significativement plus élevés d'anxiété (51,5 contre 29,2%), de dépression (40,5 contre 18,9%) et de toxicomanie (12,6 contre 4,6%) chez les femmes ayant subi de la violence sexuelle. Cette étude relève aussi une association entre les antécédents de violence sexuelle et l'expérience de douleurs chroniques dont certaines se rapportent à la sphère sexuelle ou peuvent influencer la qualité de la vie sexuelle, telles que les douleurs pelviennes chroniques, la dyspareunie et la fibromyalgie, les maux de dos, le syndrome du côlon irritable, et les maux de tête. Ces différences entre les groupes perduraient après ajustement pour l'âge, l'origine ethnique, l'indice de masse corporelle, le tabagisme (Cichowski et al., 2017). Les résultats présentés sont corroborés dans de nombreuses études, ce qui suggère que l'expérience de violences sexuelles peut vulnérabiliser les femmes sur le plan de la santé psychologique et physique au long cours et impacter les victimes dans leur fonctionnement relationnel, leur santé sexuelle et reproductive, et leur éventuelle parentalité. Nous aborderons ces différents fonctionnements au cours de ce présent mémoire.

Un sous-groupe de victimes de violences sexuelles satisfait les critères du syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) tels que définis par le cinquième Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 2005). Le SSPT est un trouble mental qui peut survenir chez un enfant ou un adulte, après l'exposition à un événement dans lequel la personne a été confrontée à la mort ou à un événement menaçant son intégrité physique/psychique ou celle d'une autre personne. En plus de l'agression sexuelle, ces événements peuvent faire référence à un accident de la route, un attentat ou une catastrophe naturelle (Nohales, 2020). Le SSPT se développe à travers plusieurs étapes. Une phase de quatre semaines suivant le traumatisme dite péri traumatique constitue la phase de construction des symptômes : augmentation de la réaction de sursaut, de l'anxiété, apparition de phénomènes de dissociation (perception non organisée de la réalité aboutissant à un manque de cohérence comportementale ou des propos). Ces symptômes sont caractéristiques d'un trouble d'adaptation au stress, c'est le syndrome de stress aigu. Le SSPT fait suite à ce trouble aigu. Le SSPT est défini comme aigu jusqu'à trois mois après le traumatisme puis chronique. Il est à noter que ce syndrome peut se déclencher plusieurs mois ou années après le traumatisme, en différé.

Les symptômes du SSPT, tels qu'identifiés dans la CIM et le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2005; Organisation Mondiale de la Santé, 2008), se rapportent à :

- des symptômes de reviviscence : la personne revit continuellement l'événement traumatique, toute la scène ou un détail, par la pensée sous forme de flashbacks ou de cauchemars. Elle ressent alors la même émotion que lors de l'événement. Afin d'éviter toute reviviscence de l'expérience de victimisation sexuelle, la personne peut adopter des conduites d'hypervigilance et d'évitement.
- des conduites d'évitement : par la pensée ou par ses comportements, la personne cherche à éviter, volontairement ou non, tout ce qui pourrait lui rappeler le traumatisme comme une situation, un lieu, une personne. Cela peut inclure la dissociation, l'amnésie ou l'engourdissement émotionnel. Ces réactions involontaires peuvent constituer un obstacle au bon déroulement de la vie quotidienne et de la vie relationnelle.
- l'hyperactivité neurovégétative : la personne est fréquemment aux aguets et en état d'hypervigilance, même en l'absence de danger. Ces symptômes peuvent inclure l'insomnie. Ces comportements involontaires peuvent eux aussi perturber la vie quotidienne des victimes. Des situations et des interactions qui semblent anodines pour certains peuvent alors paraître insurmontables et une source d'extrême angoisse pour la victime.

D'autres troubles peuvent être associés (Hanafy & Marc, 2018) :

- Troubles des « instincts » : troubles du comportement alimentaire (anorexie, obésité, etc.), troubles de la libido, troubles du sommeil. L'Association Internationale des Victimes d'Inceste a comparé un groupe de 341 victimes à un groupe de 605 non-victimes : 76% contre 9% ont eu des troubles alimentaires (Association Internationale des Victimes d'Inceste, 2010).
- Troubles somatoformes : prenant la forme d'une maladie physique (troubles digestifs, neurologiques, troubles du cycle menstruel...), maladies psychosomatiques où viennent se combiner des mécanismes anatomiques (ex : bactérie) et de stress (ex : ulcère, fibromyalgie), troubles neurovégétatifs parfois vagotoniques (bradycardie, constipation, hypersudation, hypersalivation), parfois d'ordre sympathicotonique (tachycardie, tétanie, amaigrissement, sécheresse des muqueuses). Une méta analyse de 18 études cas témoins portant sur 13095 sujets retrouve une association significative entre le syndrome de fibromyalgie et les abus sexuels dans l'enfance OR=1,94 [IC 95% 1,36-2,75] et à l'âge adulte OR 2,24 [IC 95% 1,07-4,70] (Häuser et al., 2011).
- Troubles psychiques : dépression, crises d'angoisses, idées noires ou suicidaires, consommation de substances (alcool, cannabis, anxiolytiques...), automutilation, images intrusives, sentiment d'incompréhension, d'échec, de culpabilité. L'association internationale des victimes d'inceste a comparé un groupe de 341 victimes à un groupe de 605 non victimes : 86% contre 14% ont eu des idées suicidaires (Association Internationale des Victimes d'Inceste, 2010).
- Syndrome dissociatif : épisodes transitoires (isolés ou réguliers) avec un sentiment d'être coupé de soi, d'irréalité, d'étrangeté de soi-même ou du monde. Ces épisodes sont handicapants dans la vie quotidienne mais aussi dans les relations amoureuses.
- Troubles cognitivo-émotionnels : modifications du sens de la vie, du caractère, le moral fluctue, les émotions changent très vite d'un moment à l'autre avec des vécus négatifs (colère, tristesse, peur, honte, culpabilité...), difficultés de la mémoire et de la concentration, troubles du raisonnement.
- Troubles affectivo-sexuels : touche l'image de soi, sentiment d'être sali, bafoué, dégoût et rejet de son corps, rejet de la sexualité, dyspareunie (douleur ressentie lors des rapports sexuels), dysfonction érectile, masturbations excessives, préoccupations sur le thème de la sexualité envahissantes, pudeur exagérée. Ces troubles altèrent la qualité des relations amoureuses, et peuvent compromettre la satisfaction sexuelle.

Ces divers symptômes altèrent la qualité de vie des personnes concernées. Grâce à une prise en charge adaptée, ces symptômes sont curables. De plus, au-delà de la souffrance de ces

personnes, toutes ces conséquences entraînent une importante demande de soins, éventuellement des hospitalisations, des arrêts de travail, des invalidités et constituent donc un coût important pour les états. L'intérêt est donc collectif d'améliorer la prise en charge de ces patients.

Le syndrome de stress post traumatique ne se développe que chez un sous-groupe de victimes. Plusieurs études ont analysé l'association entre les violences sexuelles et l'apparition de ces symptômes.

Une étude Québécoise a analysé cette association dans la population adolescente (Hébert et al., 2017). Cette étude se fonde sur les données de l'Enquête Québécoise sur les parcours amoureux des jeunes qui a interrogé 8 194 adolescents. Parmi eux, 15% des filles et 4% des garçons ont rapporté avoir vécu une agression sexuelle. Or, 28 % des adolescents victimes d'agression sexuelle affichent des syndromes de stress post traumatique (SSPT) atteignant le seuil clinique contre 9% des adolescents ne rapportant pas d'historique d'agression sexuelle.

En France, une étude sur 92 victimes de viol (dont 10% d'hommes) estime la prévalence du SSPT à 85 % à un mois, 74 % à trois mois et 71 % à six mois (Anne Jolly, 2003).

Aux États-Unis, une étude s'est intéressée aux agressions sexuelles survenues sur des enfants âgés de sept à treize ans ayant subi une agression sexuelle. L'analyse des résultats estime la prévalence du SSPT à 32 % (Ackerman & al., 1998).

Une étude américaine de 2017 analyse la prévalence du SSPT chez des femmes militaires suite à des violences sexuelles militaires (agression ou harcèlement sexuel dans le cadre de leur travail). Parmi 516 950 femmes militaires, les chercheurs ont comparé les symptômes évoqués par 123 417 femmes présentant des antécédents de violence sexuelle militaire avec ceux évoqués par 393 533 femmes sans antécédent. Il en ressort que 40,6% des femmes ayant un antécédent présentent un SSPT contre 9,0% chez les femmes ne présentant pas d'antécédent ($p < 0,001$) (Cichowski et al, 2017).

3.1.3 Reconstruction après le traumatisme

Judith Herman, une psychiatre américaine spécialisée dans le stress post traumatique et l'inceste a proposé un schéma de reconstruction des victimes en trois étapes (Herman, 2015). Tout d'abord la femme doit établir un sentiment de sécurité dans sa vie c'est à dire dans ses relations, dans son environnement. Ensuite elle doit reconstruire ses souvenirs, parler de son histoire, laisser sortir ses émotions concernant son passé. Enfin, elle doit se reconnecter avec sa

vie quotidienne et avec le monde environnant, développer un nouveau sens de soi. Ces stades n'évoluent pas forcément dans l'ordre.

Or, les sages-femmes ont un accès privilégié aux ressentis de leurs patientes, à leur sentiments vis à vis de leurs relations, de leurs environnements, de leur histoire. Elles peuvent donc aider ces femmes à faire ce travail sur elles-mêmes. Les conseillers conjugaux Claire et Jacques Poujol ont écrit un article destiné aux acteurs de santé qui peut aider les sages-femmes à prendre cette place d'aide à la reconstruction (Poujol & Poujol, 1998). Ils conseillent de ne pas suggérer à la victime de nier l'abus, le minimiser ou l'oublier car au contraire le déni est un obstacle à la guérison. Au contraire, il est préférable de l'aider à replonger dans ses souvenirs et à poser des mots sur ce qu'il s'est passé, à verbaliser ses traumatismes, grâce à l'écoute active, dans l'idée d'accepter d'avoir été victime. Il est préférable d'aider la femme à intégrer la notion qu'elle n'est pas responsable de l'abus, qu'elle est seulement victime et donc qu'elle ne doit pas avoir honte. Le statut de professionnel de santé procure au discours de la sage-femme une crédibilité importante pour la patiente. Il faut également lui apprendre que sa souffrance est normale et qu'elle est guérissable en lui faisant prendre conscience que ce qu'elle ressent porte un nom, celui de syndrome de stress post traumatique. Ces quelques notions peuvent déjà soulager la patiente et créer une relation de confiance au sein de laquelle la femme pourra se livrer et entamer son travail personnel. Cette acceptation permettra à la femme d'engager un processus d'ouverture vers l'avenir en acceptant d'être en vie et de ressentir des émotions de joie et de bien-être, en ne craignant plus la sensation de plaisir, et en aimant à nouveau.

Ce processus semble simple, en réalité la mise en application de cette théorie est plus compliquée. Malgré les notions de psychologie humaine abordées au cours de leurs études, les sages-femmes ne sont pas formées à suivre et aider ces femmes sur le plan psychologique. Un suivi parallèle par un psychiatre ou un psychologue est donc important, néanmoins la sage-femme peut leur apporter une grande aide en écoutant leur récit et en les soutenant activement.

Outre les difficultés liées au stress post traumatique, nous pouvons nous questionner sur le bon fonctionnement des relations amoureuses et du bien-être sexuel des femmes ayant des antécédents de violence sexuelle. En effet, les contacts sexuels sont susceptibles de provoquer des réactivations et reviviscences des violences et traumatismes passés via la mémoire traumatique. Le sociologue américain connu pour ses recherches sur les abus sexuels envers les enfants, David Finkelhor, en association avec la chercheuse Angela Browne, parle de confusion voire de lien indissociable entre "les sentiments de désir sexuel, être un objet de désir" et "la crainte d'être un objet d'exploitation" (Finkelhor & Browne, 1985; Stevens & Denis, 2009).

3.2 Fonctionnement relationnel dans la relation de couple

Une étude réalisée par DiLilio et Long (1999) auprès de 51 femmes présentant des antécédents de violence sexuelle et 91 femmes sans historique de victimisation sexuelle montre que les femmes victimes rapportent un niveau significativement moins élevé de satisfaction relationnelle ainsi que de communication et de confiance dans leur couple (Long & DiLilio, 1999). Ces résultats sont corroborés dans d'autres études (Rumstein-McKean & Hunsley, 2001; Vaillancourt-Morel et al., 2014) qui signalent également l'expérience de relations amoureuses plus conflictuelles chez les personnes victimes de violences sexuelles ainsi qu'un nombre plus élevé de partenaires sexuels, d'infidélités et de ruptures amoureuses.

Par ailleurs, les données disponibles suggèrent que les personnes qui présentent des antécédents de violence sexuelle font davantage l'expérience de violence dans leur couple. Une étude réalisée auprès de 8 194 adolescents montre en effet que le risque de subir de la violence psychologique, physique et sexuelle dans le couple est augmenté chez les victimes de violence sexuelle (Hébert et al., 2017). Chez les adultes, une étude effectuée auprès de 705 femmes et d'hommes qui consultent en psychologie pour des difficultés conjugales, signale que les victimes de viol rapportent un niveau d'insatisfaction conjugale et d'évitement de l'intimité plus élevé que les victimes d'agression sexuelle et les non-victimes (Vaillancourt-Morel et al., 2014).

L'agression sexuelle perpétrée par une figure parentale est aussi un facteur aggravant : les victimes affichent des taux supérieurs de détresse psychologique, davantage de représentations d'attachement empreintes d'insécurité, de détresse conjugale et un évitement de l'intimité plus élevés que tous les autres participants (non-abusés et autres victimes). La méthodologie de cette étude présente un biais de recrutement, en effet, la population étudiée présente déjà des problèmes relationnels car consulte pour difficulté de couple.

Les résultats des différentes études suggèrent que l'expérience de violence sexuelle chez la femme peut constituer une entrave à l'épanouissement de sa vie de couple. La sage-femme, de par sa proximité avec les femmes, est idéalement placée pour dépister les difficultés de couples et la détresse qui peut être associée.

3.3 Santé sexuelle

Les données de la littérature scientifique suggèrent que l'expérience de violence sexuelle peut avoir des répercussions importantes sur la sphère de la sexualité, qui se manifestent de manières différentes chez les victimes. Il est important de rappeler que toutes les femmes victimes de violence sexuelle ne présentent pas de difficultés en lien avec la sexualité mais que cette éventualité est problématique. Les prochaines lignes exposent diverses difficultés au sujet de la sexualité, rapportées par les femmes aux antécédents de victimisation sexuelle.

3.3.1 Relation au corps

Des études évaluant la relation au corps de femmes victimes de violence sexuelle présentant un trouble de santé mentale comorbide, suggèrent que celle-ci est problématique. Une étude allemande (Borgmann et al., 2014) a comparé 17 femmes présentant des antécédents de victimisation sexuelle et répondant aux critères du SSPT et 29 femmes d'un groupe contrôle. La réaction des femmes lorsqu'elles se voyaient en bikini devant un miroir était enregistrée. Les femmes victimes de violence sexuelle se distinguent par une plus forte émotionnalité, des cognitions négatives plus nombreuses et une présence plus marquée d'états dissociatifs. Pour leur part, Dyer et ses collègues ont évalué la perception de différentes zones du corps de 97 femmes. Ces dernières ont été réparties en quatre groupes selon qu'elles présentent ou non une expérience de violence sexuelle durant l'enfance, un SSPT et un Trouble de personnalité limite. Les résultats suggèrent que des zones spécifiques du corps sont associées à un traumatisme et liées à des émotions aversives telles que l'anxiété, la honte, la culpabilité, le dégoût et la colère. Chez les femmes ayant vécu de la violence sexuelle et souffrant d'un SSPT (associé ou non à un Trouble de personnalité limite) les zones du corps associées à des émotions négatives sont la région pubienne et l'intérieur des cuisses (Dyer et al., 2015). Chez celles-ci, les touchers de la part du partenaire sexuel à ces endroits pourraient provoquer ces émotions et ainsi constituer un obstacle à l'expérience d'intimité. Les manipulations dans le cadre de l'examen gynécologique pourraient également susciter ces émotions et un malaise. Il apparaît donc important que la sage-femme soit bien au fait de ces zones du corps potentiellement problématiques chez les femmes victimes de violence sexuelle, afin d'adapter sa prise en charge.

L'image corporelle apparaît plus négative chez les femmes victimes de violence sexuelle. Une étude de Kremer et ses collègues (Kremer et al., 2013) comparant les femmes présentant des antécédents de violence physique ou sexuelle montre que seules les dernières signalent des aberrations de l'image corporelle. Une étude de De Brito (De Brito et al., 2016), réalisée auprès de 300 hommes et femmes en attente de chirurgie plastique (abdominoplastie, rhinoplastie ou ridectomie) montre que les participants qui rapportaient des troubles de dysmorphie corporelle montraient davantage d'expériences de violence sexuelle. De plus, des études rapportent un lien entre la victimisation sexuelle, l'image corporelle et l'expérience de la sexualité. Bartois et Kinder (Bartoi & Kinder, 1998) signalent que parmi les 175 femmes qui ont participé à leur étude, celles qui ont des antécédents de violence sexuelle rapportent se sentir moins sensuelles que les non-victimes. Maseroli et ses collègues (Maseroli et al., 2018) relèvent quant à eux des problèmes en lien à l'image corporelle significativement plus marqués chez les femmes qui consultent en lien à une dysfonction sexuelle et qui ont subi de la violence sexuelle en comparaison à celles qui ne signalent pas de telles expériences. Mentionnons que ces études se fondent uniquement sur les dires des répondants et de petits échantillons, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des victimes de violence sexuelle. Néanmoins, les résultats obtenus s'accordent à montrer que certaines femmes victimes d'expériences de violence sexuelle dans le passé ont une perception plus négative de leur corps. Ces fausses représentations ne peuvent-elles pas impacter la sexualité ?

3.3.2 Perception de la sexualité

Claudat et Warren ont examiné les relations entre la satisfaction sexuelle et les fausses représentations du corps, associées à la surveillance corporelle (body surveillance), la honte corporelle (body shame), et l'attention portée à son corps pendant les activités sexuelles (body self-consciousness), cela dans un échantillon ethniquement diversifié d'étudiantes américaines (N = 368), tout en contrôlant la relation avec l'indice de masse corporelle. Les résultats basés sur des mesures d'auto-évaluation de ces constructions ont suggéré que la honte corporelle et l'attention portée à son corps pendant l'activité sexuelle étaient corrélées négativement avec la satisfaction sexuelle. De plus, il semblerait que la surveillance du corps prédise une augmentation de la conscience de soi du corps pendant l'activité sexuelle. Pour résumer, l'étude montre que les troubles de la perception du corps peuvent impacter la sexualité (Claudat & Warren, 2014).

Il est donc essentiel, dans ces situations, de travailler à déconstruire ces fausses représentations. Pour cela, la sage-femme peut donner une information détaillée, adaptée et spécifique sur l'anatomie féminine et masculine, sur la physiologie du fonctionnement du corps, et sur la sexualité pour aider à désacraliser les corps et à réduire les appréhensions de ces patientes. Aussi, il est important de les inciter à développer leur rapport au corps. Leur corps et notamment leur périnée est pour beaucoup une zone inconnue, ainsi, une prise de conscience de leur périnée et de leur vagin peut s'avérer très bénéfique. Pour l'aide à la conscientisation du corps : la sophrologie, l'hypnose, la rééducation du périnée, l'eutonnie sont des pratiques intéressantes.

Certaines victimes éprouvent pendant l'abus sexuel, des émotions contradictoires : des sentiments négatifs comme la honte, la souffrance, l'impuissance, qui sont parfois simultanément accompagnés de plaisir, qu'il soit relationnel, sensuel, ou sexuel. Le fait d'avoir ressenti du plaisir en plus de la souffrance entraîne une profonde culpabilité, une impression d'avoir coopéré, c'est la théorie du traumatisme complexe (Poujol & Poujol, 1998). Cette ambivalence entraîne des séquelles considérables : le souvenir de l'agression ressurgit lorsqu'elle ressent des sensations de plaisir lors des rapports consentis. La femme peut donc ne plus parvenir à s'épanouir dans sa sexualité, allant jusqu'à contrôler et s'interdire le plaisir et donc le désir sexuel.

Lorsqu'une patiente confie des difficultés sexuelles de cette nature, la sage-femme doit lui expliquer qu'elle n'est pas responsable d'avoir éprouvé un certain plaisir, il est normal qu'elle ait apprécié les paroles et les gestes de "tendresse" de l'abuseur. Ressentir du plaisir est humain. Ce qui est anormal, c'est la perversion de celui qui a prémédité ces attitudes affectueuses pour piéger sa victime, et c'est lui le seul responsable.

3.3.3 Expériences de la sexualité

Un sous-groupe de victimes de violences sexuelles se caractérise par la précocité et la promiscuité sexuelles. Elles tendent à s'éveiller à la sexualité et à adopter des comportements sexuels plus tôt que la moyenne. Elles ont un nombre plus élevé de partenaires sexuels et davantage de comportements sexuels à risque (p. ex : multiplication des rapports sexuels non protégés, prostitution) (Salmona, 2017; Stevens & Denis, 2009). Il est proposé que suite à l'expérience de victimisation sexuelle, le corps devient le lieu de la transgression, qui peut inspirer son propre dégoût comme s'il avait été sali. Ce corps devient en quelque sorte une prison qu'il faut soustraire au désir de l'autre pour se protéger – le désir est alors substitué par

de l'agressivité envers soi-même qui se manifeste notamment par les comportements sexuels à risque (Colson, 2011).

Les études empiriques fournissent un certain appui à cette hypothèse. En effet, les études de Najman, et de Bartoi et Kinder montrent qu'en comparaison aux femmes sans antécédents de violence sexuelle, celles qui ont subi de la victimisation sexuelle ont un nombre significativement plus élevé de partenaires sexuels à vie (Bartoi & Kinder, 1998; Najman et al., 2005). Dans le cadre d'une étude longitudinale, Nolls et ses collègues ont comparé les attitudes et activités sexuelles de 77 femmes ayant subi de la violence sexuelle durant l'enfance et de 89 femmes sans antécédent de victimisation sexuelle. Les femmes victimes de violence sexuelle sont plus préoccupées par la sexualité, elles ont eu leur premier rapport sexuel consensuel à un plus jeune âge, elles déclarent une efficacité contraceptive moindre et elles sont plus susceptibles de devenir mères à l'adolescence (Noll et al., 2003). De plus, une revue de 79 articles scientifiques par Senn et ses collègues (Senn et al., 2008) fait ressortir une association entre les expériences de victimisation sexuelle durant l'enfance et le recours ultérieur à des comportements sexuels à risques (c'est à dire la première relation sexuelle à un plus jeune âge, la multiplicité des partenaires sexuels, la prostitution). Une revue de la littérature (Draucker & Mazurczyk, 2013), basée sur 35 études réalisées auprès de jeunes filles âgées entre 10 et 25 ans fait écho à ces résultats. Elle montre que les victimes de violence sexuelle ont leurs premières relations à un plus jeune âge, avec des partenaires de sexe masculin plus âgés et qu'elles rapportent davantage de relations homosexuelles, de rapports sexuels non-protégés (sans préservatif), de consommation de substances psychoactives (alcool/drogues) avant et pendant les rapports sexuels et de prostitution. Ces comportements sexuels à risques sont à prendre en considération dans la prise en charge de ces femmes notamment par la prévention du risque d'infections sexuellement transmissibles et la promotion de la contraception.

Contrairement au premier sous-groupe de femmes victimes de violences sexuelles qui semblent surinvestir la sexualité, un deuxième sous-groupe se caractérise davantage par un désintérêt envers la sexualité souvent accompagné de dysfonctions sexuelles. Une étude réalisée auprès de 341 victimes d'inceste durant l'enfance rapporte que 77% d'entre elles se disent dans l'impossibilité d'avoir une relation sexuelle même si elles le souhaitent (Association Internationale des Victimes d'Inceste, 2010). Par ailleurs, Stephenson et ses collègues ont comparé des femmes présentant ($n = 71$) ou non ($n = 105$) des antécédents de violence sexuelle durant l'enfance. Les premières montraient un niveau de satisfaction sexuelle plus faible que le

groupe témoin (Stephenson et al., 2012). Par ailleurs, une revue de la littérature de Vaillancourt-Morel et ses collègues (Vaillancourt-Morel et al., 2014) fait ressortir qu'entre 48 et 73% des femmes victimes de violence sexuelle durant l'enfance rapportent de la détresse conjugale et l'évitement de l'intimité. Ces taux sont significativement plus élevés que ceux observés auprès des femmes sans antécédents de violence sexuelle. L'insatisfaction sexuelle rapportée par certaines victimes de violence sexuelle peut impacter leurs relations de couple et nuire à leur vie intime, il est donc nécessaire que les sages-femmes abordent cette difficulté avec les femmes afin d'orienter ces femmes vers des professionnels qualifiés à cet accompagnement, mais aussi afin de dépister d'éventuelles dysfonctions sexuelles qui pourraient accompagner, voire favoriser le désintérêt pour la sexualité.

3.3.4 Dysfonctions sexuelles, impact sur la santé sexuelle

Les femmes qui présentent des antécédents de violence sexuelle ont une fonction sexuelle diminuée, en comparaison aux femmes non-victimes. En effet, une étude de Stephenson et collègues (Stephenson et al., 2012) signale que les femmes victimes de violence sexuelle sont significativement plus nombreuses que celles de groupes témoins à présenter des difficultés reliées à l'excitation, la lubrification et l'orgasme (selon les critères du DSM-5). Les groupes ne varient pas sur la base de l'expérience de douleurs génitales. Or, une étude auprès de 64 femmes souffrant ou non de douleurs pelviennes montre une association entre la présence d'antécédents de violence sexuelle et les douleurs pelviennes chroniques (Lampe et al, 2003). Les résultats de l'étude de Stephenson sont répliqués dans une étude récente de Maseroli et collègues (Maseroli et al., 2018), qui fait également ressortir un niveau de détresse sexuelle plus élevée chez les femmes victimes de violence sexuelle. Cette étude s'appuie toutefois sur un petit échantillon de femmes consultant pour une dysfonction sexuelle, ce qui limite la généralisation des résultats. En outre, une étude de Luftey et ses collègues (Luftey et al., 2008) signale que les femmes âgées entre 30 et 79 ans qui présentent des antécédents de violence sexuelle sont 1,9 fois plus à risque de souffrir de dysfonction sexuelle que les femmes non-victimes. Une étude (Gibson et al., 2019) réalisée auprès de 2016 femmes âgées de plus de 40 ans montre également que celles qui ont vécu de la violence sexuelle (n = 382) sont plus à risque de souffrir de sécheresse vaginale, d'irritation vaginale et de douleur lors des rapports sexuels que les non-victimes. Ces résultats se maintiennent après avoir contrôlé l'âge, l'origine ethnique, le niveau d'éducation, l'indice de masse corporelle, la ménopause, l'hormonothérapie et la parité.

Il semble par ailleurs que l'expérience de plaisir est négativement affectée chez les femmes victimes de violence sexuelle, selon une étude de Luo et ses collègues (Luo et al., 2008). L'ensemble de ces résultats met en évidence diverses atteintes à la fonction sexuelle chez les femmes qui ont subi de la violence sexuelle, en comparaison aux femmes qui ne présentent pas ces antécédents. Le dépistage de l'exposition aux violences sexuelles chez les femmes de tous âges et leur effet possible sur la fonction sexuelle prend donc toute son importance pour permettre une prise en charge adaptée.

Eu égard aux femmes victimes de violences sexuelles qui présentent un SSPT, elles montrent un niveau de fonctionnement sexuel en-deçà de celles qui ne répondent pas aux critères de ce trouble. Une étude de Bornefeld-Ettman et ses collègues (Bornefeld-Ettmann et al., 2018) montre en effet que les femmes qui ont des antécédents de victimisation sexuelle et un diagnostic de SSPT se distinguent par l'expression de sentiments plus aversifs envers la sexualité, par l'expérience de douleurs génitales plus fréquente et un taux élevé d'insatisfaction sexuelle. Il est possible que chez certaines victimes, les contacts sexuels avec les partenaires soient associés au syndrome de reviviscence, ce qui ferait obstacle à une sexualité épanouie. La prise en charge multidisciplinaire du SSPT est importante sur le plan psychologique mais aussi sexuel. Il est par ailleurs intéressant de noter que parmi les patientes du Dr Marie Hélène Colson, médecin sexologue, certaines femmes ayant un passé de victimisation sexuelle se plaignent de pleurs incoercibles lorsqu'elles ressentent du plaisir sexuel. Cela pourrait s'expliquer par l'assimilation d'un sentiment de culpabilité à la sensation de plaisir (Colson, 2011). Le corps apparaît en quelque sorte être le véhicule dans lequel est ancré le traumatisme sexuel. Les interventions de la sage-femme doivent donc permettre de mieux comprendre si et comment le traumatisme s'inscrit dans le corps de la femme victime de violence sexuelle et son impact sur la sexualité.

À partir de l'analyse de 35 études, McCool-Myers et ses collègues (McCool-Myers et al., 2018) ont relevé les prédicteurs des dysfonctions sexuelles féminines identifiés dans 35 études. L'agression sexuelle constitue un prédicteur important, tout comme les troubles de santé psychologiques et l'insatisfaction relationnelle. Ces résultats soulignent l'importance d'intégrer les violences sexuelles dans l'entrevue d'évaluation de la fonction sexuelle chez les femmes. L'identification d'autres prédicteurs dans cette étude (p. ex. le stress, la mauvaise santé physique, la religion) signale toutefois l'étiologie multifactorielle des dysfonctions sexuelles, qui doit être prise en compte dans la démarche d'évaluation. De plus, l'étude identifie les

facteurs de protection des dysfonctions sexuelles recensés dans la littérature scientifique : une image corporelle positive, une bonne éducation à la sexualité, la pratique régulière d'exercice physique, l'affection quotidienne, la communication intime et le mariage à un âge plus tardif. Il s'agit de facteurs sur lesquels la sage-femme peut miser afin de soutenir les femmes victimes de violences sexuelles dans l'atteinte de l'équilibre et de la santé sexuels.

3.3.5 Dysfonctions sexuelles, impact sur la santé et prise en charge par les sages-femmes

L'endométriose est une pathologie chronique gynécologique encore mal connue qui serait due à la croissance ectopique de cellules endométriales hors de la cavité utérine, provoquant des douleurs pelviennes lors des menstruations, une dyspareunie, des troubles digestifs et urinaires, et potentiellement une infertilité (Association française de lutte contre l'endométriose, s. d.; Organisation Mondiale de la Santé, 2019). Deux études signalent que le risque d'endométriose est plus important chez les femmes ayant des antécédents de violence sexuelle. En effet, une étude de Harris et ses collègues (Harris et al., 2018), réalisée auprès de 60595 femmes dont 3394 souffraient d'endométriose (prouvée par coelioscopie), montre que les femmes victimes de violence sexuelle présentent un risque 1,49 fois plus élevé d'être atteintes d'endométriose. Liebermann et ses collègues (Liebermann et al., 2018) ont quant à eux comparé 421 femmes atteintes d'endométriose et 421 femmes non atteintes, signale que les premières tendent à rapporter davantage d'antécédents de violence sexuelle (20 %) que les femmes du groupe témoin (14%).

Même si à l'heure actuelle, l'antécédent de violence sexuelle n'est pas officiellement reconnu comme un facteur de risque par les autorités scientifiques comme la Haute Autorité de Santé (Haute Autorité de Santé & Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2017), il est intéressant de rechercher les symptômes associés à l'endométriose chez une patiente avec antécédent de violence sexuelle, et inversement, il faut rechercher un antécédent de violence sexuelle chez une patiente atteinte d'endométriose dans le but d'adapter la prise en charge.

Les données de la littérature font ressortir l'importance de prendre des précautions particulières, au-delà des règles communes de respect de la pudeur et de consentement de la patiente, lors de l'examen vaginal des femmes qui présentent des antécédents de violence sexuelle. En effet, certaines conséquences des violences sexuelles peuvent nuire au bon

déroulement de la consultation gynécologique par la sage-femme, qui inclut une auscultation générale (prise de constantes vitales et anamnèse) et gynécologique (examen sénologique, palpation abdominale, toucher pelvien ainsi qu'un examen au spéculum, accompagné tous les trois ans à partir de 25 ans d'un frottis cervico utérin). Il est donc essentiel de dépister les antécédents de violence sexuelle lors de l'anamnèse, d'expliquer à la patiente l'intérêt et les différentes étapes de l'examen génital avant et pendant son déroulement, et de faire preuve d'une grande délicatesse lors du toucher vaginal. Par exemple, il est possible de pratiquer le toucher vaginal à un seul doigt et d'utiliser un spéculum pour femme vierge en s'assurant de bien le lubrifier au préalable. Dans l'éventualité où la pénétration est totalement impossible, d'autres moyens doivent être employés dans le dépistage, tels que l'échographie abdominale ou le recours à la médication (p. ex. le gaz hilarant), pour faciliter l'examen génital. D'autres conséquences comme les douleurs pelviennes chroniques ou l'endométriose sont des motifs récurrents de consultation. Or, si la sage-femme ne dépiste pas l'antécédent de violence sexuelle, elle peut passer à côté d'un facteur favorisant et cela peut conduire à un défaut de prise en charge et donc à une perte de chance de rétablissement pour la patiente. Enfin, il est important de porter une attention au langage non verbal de la patiente – qui vit peut-être un malaise profond face à l'examen génital – et de veiller à la rassurer le plus possible. Certaines patientes n'ont peut-être jamais partagé leur expérience de victimisation sexuelle et les non-dits qui l'entourent peuvent faire le lit d'un renforcement des conséquences négatives qui y sont associées. Il est donc impératif de se montrer sensible au passé de victimisation sexuelle de ces patientes et à ses répercussions potentielles sur la sphère de la sexualité et des relations, d'écouter celles-ci, d'entendre leur souffrance et de les questionner sur leurs attentes pour construire avec elles une alliance thérapeutique.

3.4 Santé reproductive

En France, la sage-femme est un des maillons principaux dans la santé reproductive des femmes. Elle est présente auprès des femmes dans le choix du mode de contraception, puis éventuellement lors de l'assistance à la conception, du suivi de grossesse et de l'accouchement.

Alors que les difficultés sexuelles vécues par les femmes ayant des antécédents de violence sexuelle peuvent compliquer la pénétration et donc la réalisation de rapports féconds chez celles qui désirent concevoir un enfant, l'adoption de comportements sexuels à risque peut mener à une grossesse précoce et non désirée (Draucker & Mazurczyk, 2013;

Najman et al., 2005; Noll et al., 2003). À cet effet, une étude longitudinale prospective sur 25 années réalisée auprès de 630 jeunes femmes néozélandaises a montré que parmi celles qui ont déclaré avoir subi un avortement entre l'âge de 15 et 25 ans, 15 % rapportent au moins une expérience de victimisation sexuelle. Plus précisément, 2,7% a subi de la violence sexuelle sans contacts (p. ex. harcèlement sexuel), 5,1% un abus sexuel avec contact sans pénétration (agression sexuelle) et 6,3% un abus sexuel avec tentative ou pénétration orale, vaginale ou anale (Boden et al., 2009). Fait intéressant, les femmes présentant des antécédents de violence sexuelle ont eu 2,2 fois plus recours à l'IVG que les femmes non-victimes. Cette augmentation du risque est toutefois atténuée lors de l'inclusion des variables socio-économiques et familiales. De plus, après l'ajustement avec l'effet médiateur du risque augmenté de grossesse à l'adolescence, l'association n'est plus significative ($p < 0,70$). Le risque de grossesse a été étudié par Madigan et ses collègues dans une méta-analyse s'appuyant sur 38 études, incluant au total 75 390 femmes. Les études recensées s'accordent à montrer que les expériences de victimisation sexuelle durant l'enfance sont associées à un risque plus élevé de grossesse à l'adolescence (OR= 1,73 (IC = 1,47 à 2,04) (Madigan et al., 2014). Des résultats convergents ont aussi été relevés par Draucker et ses collègues (Draucker & Mazurczyk, 2013) à partir de l'analyse de 35 études réalisées auprès de jeunes filles âgées entre 10 et 25 ans. Celles qui rapportent des antécédents de victimisation sexuelle signalent un nombre plus élevé de rapports sexuels non protégés (par préservatif), un nombre plus élevé de grossesses, un nombre plus marqué d'IVG, davantage de naissances chez les mères adolescentes et des naissances à un âge plus précoce. L'étude ne fait pas état d'associations significatives avec les IST, ce qui n'empêche pas que la pratique de comportements sexuels à risque doit être évaluée puisqu'elle est reconnue augmenter le risque de contracter une IST.

Dans le cas des femmes qui éprouvent des difficultés à concevoir, la sage-femme occupe un rôle primordial de promotion de la santé sexuelle. Elle peut fournir de l'information claire et détaillée à l'égard de la sexualité et du fonctionnement des corps. De nombreuses femmes peuvent être aidées simplement en étant autorisées à parler de leurs préoccupations dans un environnement sûr et accueillant ou en leur fournissant des informations de base sur la physiologie féminine et la réponse sexuelle (Bitzer & Brandenburg, 2009). Pour d'autres femmes, la prescription de lubrifiants et l'explication de l'intérêt de leur utilisation peut être envisagée, et enfin, au besoin, l'orientation vers un sexologue qui pourra prendre en charge la patiente de façon adaptée doit être considérée si les premières actions ont été insuffisantes.

La sage-femme occupe également un rôle de prévention. L'information sur la contraception et les notions de risque de transmission des IST est d'autant plus indispensable pour des femmes susceptibles d'adopter des comportements sexuels à risque. Des fascicules d'information ainsi que des plaquettes imagées sont à la disposition de la sage-femme pour l'appuyer dans ses interventions en prévention. Mentionnons par exemple que Santé Publique France a développé le site "onsexprime.fr" destiné aux adolescents, qui aborde diverses thématiques de sexualité (Santé Publique France). Quoiqu'il en soit, la sage-femme doit être en mesure d'identifier les moyens les mieux adaptés pour favoriser l'atteinte de la santé sexuelle chez les patientes présentant des antécédents de victimisation sexuelle. Les difficultés de l'ordre de la santé sexuelle et reproductive doivent en effet constituer un axe majeur d'intervention des sages-femmes lors des consultations gynécologiques.

3.4.1 La grossesse, un bouleversement dans la vie des femmes

Au Brésil, une étude transversale a été effectuée auprès de 179 femmes enceintes de 14 à 28 semaines de grossesse et âgées de plus de 14 ans. Le questionnaire a évalué la perception de la qualité de vie liée à la santé chez les femmes avec antécédent de violence sexuelle avec pénétration (n=14), sans pénétration (n=56) et sans antécédent (n=109). Les scores moyens d'auto-perception de la santé physique et mentale chez les femmes ayant des antécédents de violence sexuelle étaient inférieurs par rapport à celles sans antécédents de violence sexuelle ($p < 0,001$) (Aquino et al., 2009). A partir d'une revue de la littérature, Lagadec et ses collègues (Lagadec et al., 2018) ont recensé 37 articles évaluant la qualité de la vie physique et mentale des femmes enceintes. Il s'avère que la qualité de la vie physique diminue tout au long de la grossesse alors que la composante mentale est stable ou augmente pendant celle-ci. Différents facteurs sont associés à une moins bonne qualité de vie, dont l'expérience de violence sexuelle. La grossesse est une période de transition comprenant d'importants changements physiques et émotionnels. Même dans les grossesses non compliquées, ces changements peuvent affecter la qualité de vie des femmes enceintes mais il semblerait que les femmes ayant des antécédents de violence sexuelle aient une moindre perception de leur état de santé physique et mental.

En effet, la grossesse est une période de crise identitaire physiologique. Cette crise pourrait être accentuée par les antécédents de violence sexuelle. La femme passe d'enfant à parent grâce à de nombreuses modifications psychiques qui lui permettent d'accepter le fœtus dans son corps. Ces variations psychiques physiologiques sont décrites par plusieurs auteurs.

Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique donne la notion de “préoccupation maternelle primaire” (Joly, 2018). La mère est dans un état particulier qui serait considéré comme pathologique chez une personne lambda mais qui est physiologique pendant la grossesse et le post-partum. Cet état la rend particulièrement sensible à son enfant, lui permettant de comprendre ses demandes et de répondre à ses besoins.

Paul-Claude Racamier, psychiatre et psychanalyste français, parle de “maternalité” (Montclair, 2013; Spiess & Thévenot, 2014). La femme adopte une attitude narcissique et fusionnelle qui se concentre autour du fœtus. La femme aimera indistinctement son corps et le fœtus.

Monique Bydlowsky, psychiatre et psychanalyste, directrice de recherche à l’Institut national de la santé et de la recherche médicale, décrit la notion de “transparence psychique” (Avakian, 2009). A partir du deuxième trimestre de grossesse, des idées inconscientes tels que les souvenirs refoulés, les deuils anciens, les réminiscences de l’enfance ou certains rêves remontent à la conscience de la femme. Ainsi, si la femme a enfoui un traumatisme passé, celui-ci risque de ressurgir pendant la grossesse. Selon notre société, la grossesse devrait être une période de joie et de plénitude, mais cette période de transparence psychique peut se transformer en période extrêmement angoissante.

Martine Spiess, psychologue clinicienne à Strasbourg, considère que « le temps de la grossesse passe par une élaboration psychologique personnelle qui entraîne un repositionnement dans l’existence et dans l’environnement familial et social » (Spiess, 2002). Elle décrit trois étapes dans l’élaboration de la maternité. Premièrement « l’être enceinte des premières semaines » est une période de vulnérabilité accompagnée des premières modifications physiologiques de la grossesse. Ensuite la mère commence à se sentir mère, elle pense à son « bébé imaginé », c’est un temps de plénitude. Enfin, à la fin de la grossesse apparaît « le donner naissance », la femme prend conscience qu’elle et son enfant vont séparer leurs corps, l’enfant va « s’individualiser » et devenir un être à part entière. Les femmes ressentent alors une perte, une incomplétude. C’est également à cette période qu’apparaissent les angoisses de l’accouchement.

En plus de ces bouleversements psychiques, pendant la grossesse, la femme ne maîtrise pas son propre corps. Il évolue naturellement au fil des mois sans que la femme ne puisse le contrôler. D’après Michelle Rouyer, psychiatre et psychothérapeute, beaucoup de survivantes d’abus sexuels intrafamiliaux disent vivre la grossesse comme elles ont vécu les abus : « c’est une situation à laquelle on ne peut échapper et qu’il faut supporter jusqu’au bout » (Rouyer, 1995).

C'est pourquoi, les soignants qui suivent la grossesse doivent donner aux patientes aux antécédents de violence sexuelle des informations détaillées sur les modifications physiques de la période périnatale comme par exemple les possibles modifications du corps (vergetures, ligne brune, acné, poitrine qui augmente de volume, écoulement de lait, pertes vaginales abondantes, œdèmes des membres inférieurs), les éventuelles nausées, les sensations inconnues de mouvements du bébé dans son propre corps. Elles doivent aussi aborder les modifications hormonales mais aussi bouleversements psychologiques et physiologiques précédemment évoqués : la "préoccupation maternelle primaire" qui leur procure une hypersensibilité, et la "transparence psychique" qui risque de faire surgir des angoisses et des souvenirs refoulés. Ainsi, lorsque la femme a vécu une expérience de violence sexuelle, des souvenirs de ce traumatisme peuvent ressurgir et bouleverser la grossesse de la femme. L'objectif est de l'aider au mieux à se préparer, à gérer ses émotions, ses ressentis. Il faut aider les femmes à anticiper les événements et leurs réactions pour réduire leurs angoisses. Au-delà de ces modifications physiologiques, certaines conséquences faisant suite à la violence sexuelle peuvent également perturber le déroulé de la grossesse.

3.4.2 Conséquences des violences sexuelles influençant la grossesse

L'impact de la consommation d'alcool et de drogues sur la grossesse et le développement du fœtus est bien documenté (Association internationale des victimes d'inceste, 2010; Cichowski et al., 2017; Cloutier et al., 2002; Santaularia et al., 2014). Considérant que les femmes au passé de violence sexuelle sont particulièrement susceptibles de présenter un trouble lié à la consommation de telles substances, la sage-femme doit intégrer à la prise en charge le dépistage et la gestion de l'addiction. Il est indispensable qu'elle soutienne ces patientes en étant à leur écoute, sans jugement et en les orientant vers d'autres professionnels habilités comme des médecins addictologues, ou des sages-femmes formées en addictologie (Diplôme Universitaire d'addictologie), qui peuvent intervenir sur la problématique de la consommation en parallèle du suivi gynécologique.

Pour de nombreuses femmes enceintes, les examens vaginaux sont difficiles à vivre car douloureux, et ils peuvent raviver des souvenirs de par la position, la sensation, l'impression d'indifférence de la part des soignants et l'image de soumission au soignant que l'examen renvoie (Bayle, 2004; Dyer et al., 2015). La Haute Autorité de Santé souligne qu'il n'y a pas d'argument pour la réalisation en routine du toucher vaginal au cours du suivi de grossesse de

routine. « Le toucher vaginal systématique chez une femme asymptomatique comparé à un examen réalisé sur indication médicale ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré (grade B) » (Haute Autorité de Santé, 2005). Même s'il ne doit être pratiqué que sur signes d'appels, le toucher vaginal pendant la grossesse constitue un élément important du suivi par la sage-femme. Il permet notamment de dépister les menaces d'accouchement prématuré. Or, une étude réalisée par Montclair (Montclair, 2013) auprès de 107 sages-femmes et 34 gynécologues suggère que plus du tiers (39%) des professionnels ont connu des situations avec des examens vaginaux difficiles. Fait intéressant, seulement 15,8% d'entre eux s'estiment plus précautionneux dans la pratique de ces touchers. De plus, 81,1% des professionnels rapportent s'être déjà sentis démunis à au moins une reprise lors de cette pratique et près de la totalité (94,7%) déplorent ne pas être assez formés relativement à celle-ci.

À titre de mesure de base, mentionnons l'importance de respecter la pudeur de la patiente en réalisant l'examen dans une pièce fermée, avec un comité réduit au maximum, en laissant le drap sur les jambes de la patiente de manière à ce qu'elle ne soit pas totalement dénudée et exposée à la vue de tous pendant l'examen. Il faut également assurer la tolérance et le confort de la patiente tout au long de l'examen. Pour cela, il est indispensable d'informer la patiente du but et du déroulement de l'examen et de lui demander son autorisation avant de débiter afin qu'elle ait un minimum de sentiment de perte de contrôle et de soumission face à l'équipe soignante. Il est possible de la faire participer à l'examen en lui demandant de prendre une certaine position pour aider la sage-femme à réaliser le geste (rapprocher ses jambes vers ses fesses, surélever ses fesses avec ses poings pour basculer le bassin) et de se détendre et respirer avec de longues exsufflations. Ces techniques visent à diminuer le sentiment de passivité et l'inconfort qui peuvent être ressentis durant l'examen. Le changement de position d'examen peut également apporter un confort supplémentaire. En France, le toucher vaginal est réalisé quasi exclusivement en décubitus dorsal. Dans certains pays comme le Royaume-Uni, le toucher vaginal en décubitus latéral est une pratique très répandue. Une étude menée auprès de 114 femmes françaises (Cabane, 2015) montre que 73% d'entre elles considèrent le toucher vaginal en décubitus latéral moins anxiogène qu'en décubitus dorsal, 78% trouvent cette position plus confortable, 87% l'estiment plus respectueuse de la pudeur, et surtout, 91% souhaitent adopter à nouveau cette position lors de leur prochain examen. Ces résultats sont toutefois à prendre avec réserve car les femmes interrogées ne rapportaient pas de difficulté en lien avec l'auscultation vaginale ni d'antécédent de violence sexuelle. Mentionnons que le décubitus latéral est souvent la position de sommeil et qu'elle ne permet pas à la patiente de

voir pas la sage-femme pendant le toucher vaginal. Ces facteurs pourraient raviver le souvenir de certains abus. Il faudrait donc analyser le vécu selon la position d'examen sur une population de patientes ayant un passé de violence sexuelle. Malgré cela, il semblerait que le toucher vaginal en décubitus latéral soit préféré par plusieurs patientes, malheureusement cette méthode n'est pas enseignée en France, donc très peu de sages-femmes, de médecins généralistes et de gynécologues la pratiquent.

Nous avons vu précédemment que dans certaines situations qui pourraient rappeler la scène traumatique, certaines femmes victimes de violence sexuelle peuvent développer des troubles dissociatifs (Borgmann et al., 2014). Le phénomène de dissociation se définit comme un trouble des fonctions normalement intégrées c'est à dire l'identité, la mémoire, la conscience et la perception de l'environnement. Il est donc fondamental que la sage-femme sache reconnaître un épisode dissociatif pour le gérer au mieux en aidant la patiente à retrouver la réalité. Karen Holz, une sage-femme américaine, a établi plusieurs conseils pour prendre en charge une patiente confrontée à une remémoration traumatique (Bayle, 2018). Elle conseille de ne pas laisser la patiente seule et lui proposer d'interrompre l'examen. Il faut l'aider à reprendre contact avec son environnement, en renouant un contact visuel et auditif avec elle, en restant proche d'elle mais sans la toucher physiquement sans son autorisation, en lui posant des questions concrètes. Elle recommande de permettre à la femme de décrire le souvenir, de lui assurer qu'elle est entendue et crue, et que l'événement s'est réellement produit. Enfin, il est intéressant de lui rappeler qu'elle est en sécurité, qu'elle est en train de se rappeler l'événement mais qu'elle ne le ré-expérimente pas et qu'elle n'est pas seule. Selon la situation, la sage-femme peut avoir besoin de l'aide d'un thérapeute spécialisé.

Le toucher vaginal est également un élément clinique indispensable au cours de l'accouchement, là encore, les difficultés à supporter cette pratique et la survenue de troubles dissociatifs peuvent perturber la femme dans cet instant important de sa vie de femme.

3.4.3 Vécu de l'accouchement

Lors du suivi du travail, la surveillance des modifications de l'aspect du col utérin permet d'apprécier l'avancée du travail. L'auscultation vaginale permet aussi l'évaluation du bassin, la cotation du score de Bishop qui permet la prise de décision et l'orientation de prise en charge, la pose de dispositifs de déclenchement du travail. L'accès par voie vaginale

permet effectivement la réalisation de certains actes techniques tels que la rupture artificielle des membranes et la mesure des gaz du sang au scalp du fœtus. Toutes ces modalités sont difficiles voire irréalisables si la patiente présente des douleurs ou des spasmes au niveau du vagin, des troubles documentés chez les femmes présentant des antécédents de violence sexuelle. Ces difficultés peuvent conduire à des défauts de prise en charge (Serazin-Orsini, 2009). Une étude rétrospective comparative de Goldsmith et ses collègues (Goldsmith et al., 2009) a analysé des données de 192 954 accouchements entre 1988 à 2007 dont 118 par des femmes atteintes de vaginisme. Les résultats montrent que les femmes vaginiques sont significativement plus nombreuses que les femmes qui ne présentent pas ce trouble sexuel à avoir une voie basse instrumentale (9,3% contre 2,8%) et à accoucher par césarienne (39% contre 14,5%). Le vaginisme s'avère un facteur de risque indépendant pour la césarienne après avoir contrôlé les facteurs de confusion possibles associés à la césarienne, tels que la césarienne précédente, les présentations pathologiques et la détresse fœtale.

Au-delà des aspects techniques de l'accouchement, certaines conséquences des violences sexuelles peuvent impacter les femmes dans leur vécu psychologique de cette étape importante de leur vie. Pendant l'accouchement, l'enfant traverse les voies génitales, les mêmes qui ont été violées, avec en plus la douleur des contractions, la sensation de perte de contrôle et d'une certaine soumission aux instructions de la sage-femme qui dirige les efforts expulsifs. De telles conditions peuvent donner à la femme l'impression de revivre des aspects de l'agression sexuelle dont elle a été victime, faire ressurgir des souvenirs enfouis et lui donner le sentiment de revivre les violences, ce qui peut conduire à des troubles dissociatifs.

Une étude américaine réalisée auprès de 20 femmes avec des antécédents de violence sexuelle et 10 femmes sans antécédent (Sobel et al., 2018) montre qu'elles varient quant à la façon dont elles souhaitent vivre leur accouchement. En comparaison aux femmes du groupe témoin, les femmes ayant subi de la violence sexuelle souhaitent davantage que l'on valide leur accord à être prises en charge par une personne soignante de sexe masculin. Cette modalité n'est toutefois pas toujours réalisable dans les différentes organisations de service. En outre, elles préfèrent que leur antécédent de victimisation sexuelle soit communiqué clairement entre les soignants qui ont suivi leur grossesse et l'équipe soignante présente à l'accouchement. En France, les dossiers constituent le relais entre les différents soignants pour assurer une prise en charge linéaire. Les femmes qui présentent des antécédents de violence sexuelle rapportent également que les expressions utilisées par certaines personnes soignantes, telles que

« détendez-vous », « décontractez-vous », « laissez-vous faire » peuvent rappeler de manière stressante les expériences de victimisation sexuelle. Il convient donc d'être attentif aux mots choisis dans un tel contexte. Des expressions se rapportant à l'expérience concrète de la femme lors de l'examen seraient davantage de mise, telles que : « acceptez-vous que je vous examine ? », « si vous vivez tout malaise ou inconfort durant l'examen, n'hésitez pas à me le dire et nous pourrions prendre une pause ou arrêter l'examen », « nous devons maintenant regarder le col de l'utérus, vous pouvez adopter la position de votre choix, pour éviter que vous ne ressentiez toute douleur ». Il pourrait être intéressant d'essayer d'aborder avec la patiente, à l'avance, la thématique du langage utilisé lors de l'accouchement et des examens, afin d'éventuellement déterminer ce qu'elle aimerait entendre ou non. Au cours du travail, ces patientes auraient aussi préféré avoir un plus large contrôle de l'exposition de leur corps et des personnes présentes dans la salle d'accouchement lors des touchers vaginaux afin de contrôler l'exposition de leur corps, par peur d'être vues de tous. Les femmes sans antécédent ont également relevé ce point mais pour une autre raison, celle d'être dans un environnement plus calme. En France, l'organisation est telle que la patiente n'est suivie que par une seule sage-femme jusqu'à la fin de son service où une autre sage-femme attirée à cette patiente prend le relais. En revanche, la nécessité de formation pratique des étudiants sages-femmes (hommes ou femmes) et des internes conduit dans certains cas à un accompagnement de la patiente par deux personnes : la sage-femme professionnelle et l'étudiant. Dans ce cas, il est indispensable de prévenir la patiente, de lui demander son accord en lui expliquant l'intérêt de cette double procédure. De plus, lors de l'accouchement, les personnes présentes dans la salle d'accouchement sont la sage-femme qui suit la patiente et une auxiliaire puéricultrice. Dans certains cas, il peut aussi y avoir un étudiant sage-femme, le gynécologue-obstétricien/l'interne, si son aide est nécessaire ou que des gestes plus invasifs doivent être posés, ainsi que l'anesthésiste et l'infirmier anesthésiste si la situation est jugée à risque. Alors que le recours à un comité réduit est simple dans les cas d'accouchement physiologique, il est préférable d'augmenter le nombre de personnes présentes pour assurer une prise en charge optimale lorsqu'un risque survient. Parfois, lorsque les conditions le permettent, les personnes recours telles que les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes et les infirmiers anesthésistes attendent à l'extérieur de la salle et n'entrent que si la sage-femme les appelle. La patiente doit être informée de la raison de la présence de chaque professionnel et celui-ci/celle-ci doit se présenter à elle. On peut lui offrir de tamiser la lumière, de couvrir ses cuisses avec le drap, et de positionner certaines personnes au niveau de sa tête de manière à ce qu'elle se sente plus préservée des regards.

3.4.4 Prise en charge à l'accouchement

Les patientes aux antécédents de violence sexuelle sont potentiellement plus à risque d'angoisse et de difficulté de coopération du fait des reviviscences qui peuvent émaner de leurs souvenirs traumatiques. Elles doivent être encouragées à verbaliser leur anxiété sur la projection de l'accouchement avec les professionnels qui les prennent en charge. Ces professionnels pourront dès lors leur expliquer la réalité des pratiques qui est souvent bien moins inquiétante que dans leur imaginaire. Cela pourrait avoir pour effet de diminuer leurs angoisses. Au-delà des explications, il est aussi utile de les aider à identifier leurs perceptions et leur donner un sens, en reformulant les différentes étapes de l'accouchement, en expliquant l'intérêt des actions entreprises (médication, rupture des membranes, échographie, instrumentation, etc.). La compréhension des sensations inconnues permet une meilleure acceptation et une meilleure tolérance. De plus, l'intégration de la personne qui l'accompagne comme personne ressource aidante peut également être très bénéfique et constituer un soutien supplémentaire. Enfin, instaurer un climat rassurant en limitant les personnes présentes dans la salle, en créant un éclairage tamisé, en respectant au maximum la pudeur, en suggérant de mettre de la musique permet de mettre la patiente en confiance et de faciliter la collaboration.

Il est important de respecter les désirs des patientes sur le déroulé de leur accouchement, il est donc intéressant d'échanger avec la patiente sur le type de prise en charge qu'elle souhaite lorsque c'est possible : choix de la position pendant le travail, de la position d'accouchement (position gynécologique, sur le côté, à quatre pattes, debout), du mode de poussée (inspiration bloquée, expiration forcée), de la vision de la progression de la poussée grâce à un miroir.

Il est parfois possible d'envisager l'utilisation précoce d'analgésie locorégionale, dans certaines situations c'est à dire lorsque la femme est totalement intolérante à la douleur et que les conditions médicales le permettent.

Il est à noter que ces modalités de prises en charge et d'accompagnement sont à mettre en place avec toutes les patientes mais il est d'autant plus important de les pratiquer avec les patientes ayant des antécédents de violence sexuelle.

3.5 Parentalité

3.5.1 Le post-partum

Les premières semaines qui suivent la naissance sont une période de bouleversement pour toute femme, pour tout couple et pour toute famille. En effet, l'enfant qui entre dans la famille est une personne à découvrir, avec qui la relation est à construire. Cette arrivée peut modifier la réalité et l'équilibre du couple et de la famille.

Les premiers contacts et les premières relations qui s'établissent entre une mère et son enfant sont d'abord et avant tout orientés vers les soins que nécessitent l'enfant. C'est par l'intermédiaire de ces soins indispensables et les échanges qu'ils permettent que la relation mère-enfant va s'enrichir. Les femmes qui ont été victimes de violences sexuelles peuvent éprouver des difficultés dans cette relation. En effet, elles peuvent se sentir mal à l'aise dans le peau à peau, l'allaitement, la toilette intime, le contact avec la nudité de l'enfant, le bain, etc. (Bayle, 2004). Ces contacts et soins qui paraissent banaux pour certaines mères peuvent sembler malsains et représenter une véritable intrusion dans l'intimité de l'enfant pour celles qui ont vécu un traumatisme sexuel. L'observation clinique de la nouvelle dyade mère-bébé, l'analyse des interactions émotionnelles, ainsi que du "holding" et du "handling" (Bayle, 2018) constitue un des rôles essentiels de la sage-femme. Ces concepts ont été décrits par Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique. Le *holding* pourrait se traduire par "portage" ou "maintien", il désigne la façon de porter l'enfant. Il a une valeur affective. Le *handling* est la façon de prodiguer les soins à l'enfant (nourrissage, toilette, soins du cordon, etc.) (Joly, 2018). Ces gestes sont réalisés et investis de différentes manières par les parents en fonction de la relation qu'ils créent avec leur enfant. La sage-femme occupe un rôle de choix permettant de dépister une anomalie dans la dyade.

De même que pour la réalisation des soins, il peut être difficile pour ces femmes victimes de violences sexuelles d'établir un contact, un lien précoce avec leur enfant. Il ne faut en aucun cas juger ces femmes qui se sentent déjà coupables de ne pas être en mesure de toucher et de s'occuper de leur enfant. La sage-femme doit les écouter, les faire exprimer leurs émotions et leurs pensées, les rassurer et les aider à s'écouter elles-mêmes et à comprendre leur ressenti. La relation qui s'établit entre la mère et son bébé peut dépendre du sexe de l'enfant (Bayle, 2018). Dans le cas des mères qui ont été victimes de violence sexuelle, le fait d'avoir une fille

peut entraîner des comportements surprotecteurs dans l'optique d'empêcher qu'elle ne vive à son tour cette expérience. Si l'enfant est un garçon, la mère peut le considérer comme un agresseur sexuel potentiel, ce qui peut compliquer les soins corporels.

La réaction maternelle peut dépendre du sexe de l'enfant mais aussi du type de violence qu'elle a subi. Si l'abus était intrafamilial, la question de la place des grands parents et de la famille proche peut se poser. La place du père peut également être remise en cause. Certaines femmes anciennement victimes d'abus ne supportent pas de laisser leur enfant seul avec un homme, même s'il s'agit du père (Bayle, 2018).

Le choix du mode d'alimentation du nouveau-né est également une question importante pendant la grossesse et après l'accouchement. L'allaitement, qu'il soit maternel ou artificiel, est une étape importante dans la relation mère-enfant. L'allaitement maternel est délicat puisque la mise au sein n'est pas innée et peut s'avérer compliquée pour de nombreux couples mère-enfant. Chez certaines femmes qui ont subi de la violence sexuelle, la mise au sein peut raviver des souvenirs de cette expérience et rendre la femme mal à l'aise ou lui donner l'impression qu'elle adopte un comportement incestueux envers son enfant (Bayle, 2004). La sage-femme a notamment pour rôle d'accompagner les femmes dans leur choix du mode d'alimentation de leur enfant et de les soutenir, les aider et les conseiller. Pour réussir un allaitement, la mère doit éprouver des sentiments de sécurité, d'acceptation et de compréhension (Wood & Van Esterik, 2010). Pour cela, il faut donc que les sages-femmes et les auxiliaire puéricultrices soutiennent moralement les femmes dans la mise en place de l'allaitement, qu'elles les aide dans le positionnement de la mise au sein, qu'elles leur explique le fonctionnement de la lactation et les rythmes physiologiques de l'enfant. Lorsque c'est une réussite, certaines de ces femmes trouvent l'allaitement guérissant et stimulant (Sobel et al., 2018).

Il est à noter que parmi les femmes venant d'accoucher, 20 à 80% développent un baby blues les jours suivant la naissance, et environ 10% sont concernées par la dépression post natale entre la fin du premier mois de vie de l'enfant et la fin de la première année (Poinso et al., 2001). Le pourcentage de dépression post natale est proche de la prévalence de la dépression dans la population générale, mais avec tout de même un pic de fréquence entre six semaines et deux mois après l'accouchement. Donc, considérant que la période postnatale est souvent associée à des affects dépressifs et que les femmes victimes de violence sont particulièrement à risque de dépression (Cichowski et al., 2017; Cloutier et al., 2002; Lampe et al., 2003;

Salmona, 2017; Santaularia et al., 2014; Wise et al., 2001), il est important d'offrir un appui à ces mères afin de réduire leurs difficultés et les effets nocifs à long terme sur leur psychisme, leur relation avec leur enfant et leur couple. Par ailleurs, certaines situations potentiellement traumatisantes telles que la prématurité, la césarienne en urgence, et l'instrumentation constituent des facteurs de risque pour la dépression post-partum. Or, le vécu traumatisant de ces situations semble parfois accentué par des antécédents d'agression sexuelle ou d'abus dans l'enfance (Im & Briex, 2019). Il est donc nécessaire d'assurer le bien-être des femmes, en créant à la maternité un environnement rassurant et sécurisant sur lequel elles peuvent s'appuyer, dans le but de faciliter la transition dans leur rôle de mère.

L'accompagnement de ces femmes dans la construction des relations mère-bébé par le soutien et l'écoute est donc fondamental. Les sages-femmes doivent leur apporter de la réassurance afin de leur donner un sentiment de sécurité pouvant les aider à surmonter leurs peurs et leurs angoisses de jeune mère. Pour réaliser cet accompagnement, les sages-femmes ont plusieurs temps à disposition de ces patientes : le séjour en suites de couches mais aussi la consultation post-natale et les séances de rééducation périnéale. Ces consultations permettent d'aborder la qualité des liens construits avec l'enfant, l'organisation familiale, le ressenti de la femme vis-à-vis de ces bouleversements mais également la sexualité avec la reprise des rapports, notamment lorsqu'il y a eu des traumatismes au niveau du périnée. Enfin, il est essentiel de questionner la femme sur son vécu de l'accouchement. En effet, l'accouchement peut être vécu comme un traumatisme pour toute femme, et d'autant plus avec un antécédent de violence sexuelle pour toutes les raisons précédemment évoquées, il est donc essentiel de poser la question du vécu pour éviter la cristallisation d'un traumatisme.

3.5.2 Parentalité à long terme

La parentalité est un processus complexe et multidimensionnel qui peut être compliquée par la présence d'antécédents de victimisation sexuelle. En effet, des études mettent en lumière l'association entre la violence sexuelle durant l'enfance et de faibles aptitudes parentales à l'âge adulte, des comportements parentaux problématiques, et l'expérience de difficultés familiales (DiLillo & Damashek, 2003; Rumstein-McKean & Hunsley, 2001; Trickett et al., 2011). Ces résultats ne signifient évidemment pas que toutes les femmes qui ont subi des violences sexuelles sont de mauvaises mères mais que le risque d'avoir des difficultés en lien avec la parentalité est plus important. Une analyse de 14 études par Hugill et ses collègues (Hugill et

al., 2017) fait ressortir une association directe entre l'expérience de violence sexuelle durant l'enfance et le stress parental ultérieur dans la moitié des études. Toutefois, deux études n'ont trouvé aucune association et cinq études suggèrent que d'autres variables, telles que les facteurs de stress actuels, peuvent affecter la relation entre les antécédents de violence sexuelle et le stress parental. En outre, 10 études suggèrent une relation indirecte entre l'expérience de victimisation sexuelle et le stress parental, à travers le niveau actuel de dépression. Ces études suggèrent que le stress parental devrait être abordé avec les mères qui ont subi de la violence sexuelle, en tenant compte des autres facteurs qui peuvent le moduler. L'hypothèse d'une plus grande vulnérabilité aux difficultés parentales associée aux antécédents de violence sexuelle est appuyée par une étude qui montre que les placements en unité mère-bébé sont beaucoup plus fréquents lorsque la mère a subi des violences sexuelles ou des maltraitances : 27% des mères avec antécédents contre 4% de mères sans antécédent (Glangeaud-Freudenthal, 2008).

Considérant son rôle dans la préparation à la naissance, la sage-femme est en mesure de fournir les informations et le soutien nécessaires aux futures mères pour qu'elles puissent anticiper leur entrée dans la vie de parent avec le moins d'appréhension possible. Les consultations post natales et les consultations de rééducation du périnée s'avèrent également des moments propices au dépistage des difficultés dans la relation avec le nouveau-né et les autres membres de la famille.

Au-delà des difficultés personnelles que connaissent les victimes de violences sexuelles, des études signalent que la présence d'antécédent de violence sexuelle chez un des parents augmente le risque pour l'enfant d'être à son tour victime de ce type de violence. Une étude de Baril et Tourigny (Baril & Tourigny, 2015) montre en effet que la moitié des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle ont subi de la violence sexuelle durant leur enfance. La nature rétrospective et non-expérimentale de l'étude limite toutefois la portée de ces résultats. Or, une étude identifie la présence d'un historique de victimisation sexuelle durant l'enfance chez la mère comme facteur de risque d'agression sexuelle chez son enfant (Collin-Vézina & Cyr, 2003). Le lien entre un passé d'agression sexuelle chez la mère et la répétition chez son enfant ne sous-entend pas que la mère joue un rôle dans la victimisation de son enfant mais simplement que par diverses raisons, cet antécédent constitue un facteur de vulnérabilité. Les hypothèses explicatives de Baril et Tourigny de ce qu'ils appellent "le cycle intergénérationnel" seraient premièrement la présence de symptômes associés à l'état de SSPT plus fréquents ou plus sévères que chez les mères non impliquées dans ce cycle, ainsi que plus de symptômes dépressifs et d'abus de substances. Ensuite, ce phénomène pourrait être dû à la présence de

patrons d'attachement non sécurisants, de difficultés relationnelles, et donc de relation avec le conjoint de plus courte durée, de moindre qualité et avec davantage de violence conjugale. Cela peut créer un contexte de dépendance dans la relation au partenaire, la femme peut alors être amenée à tout excuser de la part du conjoint, jusqu'à « sacrifier sa fille ». Enfin, les difficultés concernant le rôle maternel semblent constituer un facteur explicatif de ce cycle intergénérationnel car ces mères auraient moins confiance en leurs compétences maternelles et auraient un style éducatif plus permissif, posant moins de limites, mais adoptant plus facilement des punitions physiques. Ces mères auraient également plus de difficulté à aborder la sexualité avec leurs filles et encadreraient moins leurs filles à ce sujet (DiLillo & Damashek, 2003; Trickett et al., 2011).

La sage-femme, qui est au contact des mères avant même la naissance, peut suivre le modèle de relation qui s'établit au sein de la famille. Sachant les potentielles conséquences d'un antécédent de violence sexuelle sur la construction du modèle familial, elle peut tenter de guider la famille vers une relation saine pour éviter la répétition des agressions. En effet, les aider permettra de soulager leurs séquelles et leur difficultés mais c'est également une stratégie de prévention pour leurs enfants. Pour permettre cet accompagnement, il faut qu'elles soient informées du passé de la mère. C'est pourquoi les stratégies de dépistage sont essentielles. Nous les développerons dans le chapitre suivant.

3.6 Recommandations

3.6.1 Favoriser le dépistage

Il existe un lien conséquent entre la recherche systématique de violence et la fréquence de leur détection. La Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, 2014) a réalisé une étude auprès de 4 474 sages-femmes. Parmi celles qui dépistent quotidiennement des situations de violences chez leurs patientes, 92% pratiquent le dépistage systématique des violences subies, passées ou présentes. Inversement, ne pas poser la question augmente très fortement le risque de ne pas dépister de violences, 89% des sages-femmes n'ayant jamais dépisté de violences n'effectuent pas de recherche systématique de violences subies. Pour accompagner au mieux les patientes victimes de violence sexuelle, il faut les identifier, donc

les dépister. Au-delà de repérer les antécédents de violence, aborder la victimisation sexuelle permet aux femmes concernées de considérer le professionnel comme un interlocuteur à l'écoute, de se sentir en confiance et libres de parler. Plusieurs études ont montré qu'un dévoilement dans un contexte thérapeutique soutenant et bienveillant ne traumatise pas les patientes et serait même vécu comme une expérience positive, cela donnerait aux victimes le sentiment d'être reconnues, de se sentir entendues et crues. Inversement, ne pas poser la question pourrait renforcer l'idée qu'il faut nier la réalité, renforcer la honte (Legrand, 2016; Simkin et al., 1999).

Parmi les 4 474 sages-femmes ayant participé à l'enquête de la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, 2014), seulement 19% déclarent pratiquer un dépistage systématique lors de l'anamnèse de toutes nouvelles patientes et 30% n'ont jamais posé la question. Parmi celles qui dépistent les violences, 35% ne le font que lorsqu'elles ont des soupçons. Ces résultats mettent en évidence que le dépistage des violences sexuelles n'est pas systématiquement réalisé auprès des femmes. Pourtant, la Haute Autorité de Santé recommande à tous les professionnels de santé de premier recours ou de prévention, dont les sages-femmes, de pratiquer le repérage systématique des femmes victimes de violence (Haute Autorité de Santé, 2019). Le dépistage est d'autant plus important lors des périodes de transitions développementales telles que la puberté, les premiers rapports sexuels, l'union conjugale ou la maternité car il permet de dépister les séquelles sous-jacentes de l'abus et de prévenir leur cristallisation. Or, les sages-femmes ont toute leur place dans ces périodes charnières de la vie d'une femme.

L'enquête de la MIPROF a également questionné les sages-femmes sur les raisons qui les empêchaient de rechercher systématiquement les violences dans l'anamnèse de leurs patientes.

Les sages-femmes répondantes ont identifié plusieurs obstacles au dépistage :

- 58% des sages-femmes répondantes ont identifié le manque de formation comme obstacle majeur.
- 49% mettent en avant le fait que la problématique est délicate.
- 47% identifient une absence de procédure claire à suivre.
- 28% déclarent manquer de temps.
- 19% manquent de relais.

Concernant le manque de formation, une étude par analyse de dossiers réalisée en 2018 au CHU de Nice au sein du pôle femme-mère-enfant a montré que le dépistage n'était pratiqué que dans 14% des cas (Bouygues & Bruno, 2019). Suite à cette enquête, les sages-femmes directrices de l'étude ont mis en place une formation ciblant tous les professionnels du pôle femme-mère-enfant puis ont mené une seconde étude. Une amélioration majeure a été mise en évidence, le taux de réalisation du dépistage est passé de 14% en 2018 avant la formation à 40% en 2019, après la mise en place de la formation. Le manque d'information des sages-femmes sur l'importance du fléau des violences sexuelles, mais aussi sur la gravité des séquelles qui peuvent faire suite à une expérience de victimisation sexuelle, peut masquer l'importance et l'intérêt du dépistage systématique. Mal informées, les sages-femmes peuvent avoir peur de déranger la victime en ravivant ses souvenirs, peuvent penser qu'il est préférable pour elles d'oublier, de ne pas en parler et donc de ne pas dépister.

D'autre part, les violences sexuelles sont encore un sujet délicat qui reste difficile à aborder par les professionnels de santé. On pourrait comparer cette situation au dépistage de la consommation de drogues et/ou d'alcool pendant la grossesse il y a encore quelques années. Pour aider les professionnels dans cette démarche, plusieurs auteurs ont suggéré différentes formulations :

- « Avez-vous vécu des choses pénibles qui vous ont marquée voire traumatisée ? » (Bayle, 2004), « Avez-vous déjà été victime de violences au cours de votre vie » ou « Avez-vous déjà vécu quelque chose que vous jugez inacceptable » (Bouygues & Bruno, 2019). Ces questions évitent d'induire la connotation sexuelle mais permettent de l'aborder si la patiente le souhaite.
- « Certaines femmes ont du mal à supporter l'examen gynécologique parce qu'elles ont été blessées dans leur intimité, est-ce votre cas ? » (Bayle, 2004). Cette question permet d'aborder le sujet lors de l'examen.
- Il est aussi possible de poser une suite de questions détaillées qui permettent une gradation : « Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants, injures, menaces ? » puis « Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences physiques ? Avez-vous reçu des coups, des gifles, été battue ? » et enfin « Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles: attouchements, viol, rapports forcés ? » (Lazimi, 2012).

Ces suggestions peuvent aider les sages-femmes à trouver la formulation qui leur convient.

Par ailleurs, au-delà de l'aspect tabou de la problématique, la violence qui émane des récits des victimes peut provoquer des émotions désagréables à la sage-femme qui les écoute, qu'il s'agisse de colère, d'effroi, de dégoût, d'impuissance, d'ambivalence (Stevens & Denis, 2009). Cela peut renvoyer le professionnel à la question de la sexualité en lien avec son éducation, sa propre histoire et sa vie intime. Probablement que le risque de ressentir du malaise dans cette situation freine la réalisation du dépistage systématique. Au-delà des sensations désagréables, cette violence peut réveiller des douleurs chez le professionnel qui écoute et provoquer une réaction de défense qui se traduirait par la banalisation ou le rejet, ou par la confusion des rôles avec une proximité trop importante avec les patientes victimes (Bayle, 2018). Il pourrait donc être intéressant de proposer, à toutes les sages-femmes, mais aussi à tous les professionnels qui peuvent être confrontés à ces situations, des ateliers ou des tables rondes menés par des psychologues. Ces temps d'écoute et d'échange à disposition des soignants peut offrir aux sages-femmes une meilleure gestion de leurs émotions qui suivent l'écoute des récits des patientes, parfois difficiles à entendre. Cela pourrait permettre également d'échanger sur les bonnes pratiques, analyser les réactions face aux patientes, apprendre de certaines situations vécues par d'autres. Des ateliers de ce type ont récemment été mis en place au CHU de Nice, où diverses thématiques peuvent y être abordées, dont la gestion de ses propres émotions lors de la prise en charge de patientes aux antécédents de violence sexuelle.

Une fois le dépistage réalisé, l'objectif est d'adapter la prise en charge et d'offrir aux victimes un accompagnement spécifique. L'absence de procédure claire peut générer la peur de ne pas savoir comment réagir en cas de réponse positive et peut constituer un frein au dépistage. Ainsi, pour encourager les sages-femmes à dépister et agir auprès des femmes, deux sages-femmes du CHU de Nice, formées par la MIPROF à la prise en charge des violences faites aux femmes, ont élaboré une fiche réflexe pour aider leurs collègues. Cette fiche indique qu'il est essentiel d'accueillir la réponse en montrant un intérêt au parcours de vie puis de proposer une prise en charge en réseau en orientant vers d'autres professionnels en fonction des besoins de la patiente (Bouygues & Bruno, 2019). L'accueil du dévoilement est primordial. Les sages-femmes proposent de qualifier les faits d'« inacceptables », d'insister sur le fait qu'il existe des professionnels spécialisés qui peuvent les aider, qu'il existe des solutions à leurs problématiques et que leur prise en charge peut être différée au moment qu'elles jugeront opportun.

3.6.2 Améliorer la prise en charge

3.6.2.1 Favoriser la formation des sages-femmes

Selon la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, 2014), parmi 1 474 sages-femmes, 40% ont bénéficié de cours sur les violences faites aux femmes dans leur formation initiale, 37% ont participé à une formation continue. En pratique, 81% des sages-femmes se sentent insuffisamment voire pas du tout préparées à prendre en charge une patiente victime de violence ou ayant des antécédents de violence, tous types de violences confondus. Ainsi, 86% des sages-femmes répondantes souhaitent bénéficier de formations supplémentaires sur le dépistage (97%) et sur la prise en charge des conséquences (89%).

Outre les formations proposées qui traitent de la thématique (congrès, développement professionnel continu, Diplôme Universitaire de lutte contre les violences faites aux femmes, etc.), le gouvernement a mis en place d'autres systèmes de sensibilisation et d'information des professionnels de santé grâce au site « <https://stop-violences-femmes.gouv.fr> » qui possède une page adaptée aux victimes et une autre page consacrée aux professionnels. La version destinée aux professionnels contient divers outils de formation au sujet des violences faites aux femmes : des courts-métrages et livrets d'accompagnement, des fiches réflexes spécifiques à certaines professions, et des clips vidéo (Secrétariat d'État chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations, 2018). A destination des sages-femmes, le kit "Élisa" a été développé, il s'agit d'un court métrage qui aborde les conséquences des violences sexuelles et l'impact du repérage systématique sur la femme victime (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, 2014).

3.6.2.2 Développer le travail en réseau

Dans le cadre du quatrième plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes de 2014-2016, la circulaire du 20 novembre 2015 a mis en place le statut de référent « violence faites aux femmes » (Circulaire MIPROF n° 2015-345, 2015). Un professionnel de santé est désigné comme référent dans chaque établissement autorisé en médecine d'urgence. Le référent bénéficie d'une formation proposée par la MIPROF, puis est chargé de la sensibilisation du personnel et de l'identification des partenaires utiles pour favoriser le travail en réseau. Par exemple, au CHU de Nice, les sages-femmes référentes ont

mis en place une formation pour tous les professionnels du pôle femme-mère-enfant et proposent des consultations de soutien aux femmes victimes de violence. Ces consultations sont un lieu d'écoute mais aussi d'accompagnement vers d'autres prises en charge en fonction des besoins des patientes.

Elles peuvent adresser les femmes qui ont développé des symptômes de SSPT vers un psychologue ou un psychiatre, vers les consultations de psycho-traumatisme à la cellule médico-psychologique ou vers certains professionnels qui pratiquent l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (mouvements oculaires pour désensibiliser et réinterpréter). Elles peuvent aussi les orienter vers des professionnels pratiquant l'acupuncture, l'hypnose ou la sophrologie dans le cadre de difficultés liées aux stress, de douleurs chroniques, d'addictions, de troubles du comportement alimentaire, etc. Des consultations avec des médecins addictologues ou des sages-femmes spécialisées en addictologie peuvent aussi être proposées. Les consultations de sexologie, de gynécologie ou de rééducation périnéale sont des outils intéressants pour les femmes qui souffrent de troubles de la sexualité et/ou de dysfonctions sexuelles. Des référents en médecine judiciaire et des juristes peuvent aussi proposer leurs services aux victimes qui souhaitent mener une procédure judiciaire. Les associations sont également un levier important de la prise en charge des femmes victimes; elles peuvent proposer des groupes de parole ou des ateliers bien-être.

Toutes ces possibilités de prise en charge sont intéressantes mais sont à développer pour que toutes les femmes qui en éprouvent le besoin y aient accès. Pour cela il faut favoriser le dépistage des victimes afin de pouvoir leur proposer une prise en charge. Il est aussi nécessaire de favoriser les liens et la communication entre les différents professionnels pour permettre une prise en charge complémentaire par les différents acteurs. Enfin, il est fondamental que toute sage-femme, sans nécessaire spécialisation, puisse se sentir impliquée dans la prise en charge de ces femmes en pratiquant l'écoute, et en appliquant les conseils de prise en charge évoqués précédemment dans ce présent mémoire tels que les précautions lors de l'examen vaginal, lors de l'accouchement, le choix du vocabulaire utilisé lors des examens gynécologiques, l'aide à la mise en place de la relation mère-enfant.

3.6.2.3 Favoriser les temps propices d'action des sages-femmes

Il est nécessaire que les sages-femmes profitent de leur multiples temps de rencontre avec les patientes pour dépister les antécédents de violence sexuelle, leur proposer une prise en charge spécifique et adapter leur propre prise en charge. Il est recommandé aux sages-femmes

de pratiquer le dépistage lors des consultations de suivi gynécologique ou de suivi de grossesse, mais l'entretien prénatal précoce pourrait constituer le temps le plus propice au dépistage. Cet entretien, mis en place à partir de 2007, est une consultation individuelle réalisée aux alentours du troisième mois de grossesse et qui permet de cibler les besoins de la femme ou du couple, leurs facteurs de vulnérabilité, les points sur lesquels elle peut agir pour les aider (Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009). Au cours de ce temps de rencontre, la patiente peut aborder les sujets de son choix, cela permet de créer une relation de confiance. Pourtant, cet entretien n'est pas assez réalisé. En 2016, seulement 28,5% des patientes en ont bénéficié contre 21% en 2010 (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale & Direction de Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, 2017). Il y a une progression mais elle n'est pas suffisante. C'est pourquoi, compte tenu du faible recours à cet entretien, l'Assemblée Nationale, dans un Projet de Loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, prévoit de le rendre obligatoire (Sénat, 2020). Ainsi, la mise en place de ce type de consultation en systématique permettra un meilleur dépistage, un meilleur repérage des facteurs de vulnérabilité mais aussi une meilleure préparation et information des femmes au déroulé de la grossesse, ce qui sera très favorable dans un contexte d'antécédent de violence sexuelle.

De plus, lors des consultations de suivi de grossesse, la femme vient souvent accompagnée par son conjoint ou sa conjointe. Or, peut être que certaines femmes n'osent pas ou ne souhaitent pas aborder certaines situations en présence de leur partenaire. Cette consultation spécifique pourrait être l'occasion de ne rencontrer que la femme et donc faciliter la discussion sur le sujet des violences, sans la potentielle peur d'être jugée par l'autre membre du couple, et éventuellement laisser entrer l'accompagnant en deuxième partie d'entretien.

Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité devraient aussi être un lieu propice au dépistage et à la prise en charge. Des chercheurs ont interrogé 16 mères abusées dans l'enfance, la plupart ont suivi des cours de préparation à la naissance et les ont trouvés utiles. Elles disent avoir apprécié davantage leur rôle de parent après avoir reçu l'aide d'un professionnel. Certaines auraient préféré que les cours s'adressent spécifiquement aux survivants de l'inceste, et qu'ils abordent plus en détail comment mieux protéger leurs enfants, mieux leur communiquer une vision saine de la sexualité et mieux communiquer émotionnellement avec eux (Ratti et al., 2012). Pourquoi ne créerait-on pas des créneaux de cours de préparation à la parentalité spécifiques aux femmes ayant un antécédent de violence sexuelle ?

3.6.2.4 Prévention : intervenir dès le plus jeune âge

En 2018, l'Agence Régionale de Santé a mis en place le service sanitaire (Agence Régionale de Santé, 2018) . Ce service permet à tous les étudiants en santé d'intervenir dans les lycées et collèges pour aborder divers sujets dont la santé et l'éducation sexuelle. La thématique des violences sexuelles et du consentement peut y être intégré. Cela permet de sensibiliser les élèves dès le collège dans un objectif de prévention des violences sexuelles en détaillant les notions de consentement et en définissant les violences sexuelles, mais aussi dans un objectif de favoriser la dénonciation des victimes en abordant leurs droits et les possibilités de prise en charge lorsque des difficultés apparaissent après l'agression. Ce temps permet aussi de promouvoir la santé sexuelle en informant sur l'anatomie des corps et sur le fonctionnement de la sexualité ; cela permet également de passer un message de prévention concernant les risques qui résultent de la sexualité : les infections sexuellement transmissibles et les risques de grossesse.

4 Conclusion

Ce présent mémoire étudie l'impact des antécédents de violence sexuelle sur plusieurs aspects de la vie des femmes : le retentissement psychologique, les relations amoureuses, sexuelles et la parentalité. Le fonctionnement relationnel notamment dans le couple peut être perturbé, nous avons relevé des niveaux de satisfaction relationnelle et de communication moindres ainsi que davantage de détresse conjugale et d'évitement de l'intimité. La présente recension des écrits met en évidence que l'image corporelle des victimes de violence sexuelle apparaît dégradée, certaines zones du corps étant associées à des émotions négatives et aversives. Ces troubles de perception du corps peuvent être liés à de fausses représentations de la sexualité associées à un manque de connaissance. Ainsi, l'impact sur la sexualité est évident ; nous avons constaté que les femmes peuvent avoir des réactions divergentes mais avec en commun la mise en échec de leur épanouissement sexuel. Certaines peuvent s'engager dans une sexualité très active associée à des comportements à risque tels que la multiplication des partenaires, des rapports sexuels non protégés, voire la prostitution, tandis que d'autres peuvent n'avoir que peu ou pas de désir sexuel. Ces femmes ont aussi un risque plus important de présenter des dysfonctions sexuelles telles que des troubles de lubrification, des troubles de l'orgasme ou une symptomatologie douloureuse pelvienne chronique. Concernant la santé gynécologique, les adolescentes ayant subi des actes de violence sexuelle ont plus souvent

recours à l'interruption volontaire de grossesse du fait d'un nombre plus élevé de grossesses non désirées. Sur le plan obstétrical, le déroulé de la grossesse des victimes peut être perturbé par un risque majoré de consommation de substances toxiques (tabac, drogues, alcool), par d'éventuels retentissements psychologiques et par des difficultés à réaliser des examens de suivi tel que le toucher vaginal. Ces différents troubles peuvent perturber le vécu de la grossesse mais aussi le vécu de l'accouchement. La naissance de l'enfant est un bouleversement pour toutes les femmes, d'autant plus intense pour les victimes. Elles présentent un risque plus important de développer des difficultés à prodiguer des soins, qu'elles peuvent considérer comme trop intrusifs dans l'intimité du nouveau-né. L'établissement de la relation mère-enfant peut alors être entravée. D'autre part, il semblerait que les violences sexuelles dans l'enfance de la mère constituent un facteur de vulnérabilité pour l'enfant de subir à son tour des violences sexuelles.

Ces différents impacts décrits par diverses études nous ont permis d'établir des recommandations pour adapter au mieux la prise en charge de ces femmes par les sages-femmes. Ce présent mémoire met en évidence la place indéniable des sages-femmes dans le suivi des femmes aux antécédents de violence sexuelle. Nous insistons sur l'importance de favoriser le dépistage des victimes, sur la nécessité d'améliorer la formation des sages-femmes à ce type de violence, de développer le travail en réseau afin d'orienter les patientes vers des professionnels adaptés. Il est également indispensable de développer l'entretien prénatal précoce qui, comme nous avons pu le voir, est un temps idéal pour le dépistage des facteurs de vulnérabilité des femmes et pour la promotion de la santé. Enfin, la mise en place du service sanitaire dans les collèges et les lycées est très intéressante. Ces interventions constituent un moyen de prévention par l'information des jeunes sur la sexualité, le rapport au corps mais également sur les notions de consentement et de violence sexuelle. Elles permettent aussi de promouvoir le dévoilement de potentielles victimes en abordant le statut de victime, leurs droits et les ressources d'aide disponibles, dont les sages-femmes.

Cette recension des écrits est cependant biaisée par le fait que de nombreuses études ne traitent que des violences sexuelles subies dans l'enfance. De plus, certaines études ne sont fondées que sur de petits échantillons qui ne permettent pas de généraliser à la population générale. Enfin, la majorité des études sont rétrospectives et établies sur les dires des répondants. Malgré ces divers biais, les études analysées nous confirment l'importance des conséquences des violences sexuelles sur les femmes et le rôle majeur des sages-femmes dans leur prise en charge.

5 Bibliographie

- Agence Régionale de Santé. 2018. Le service sanitaire des étudiants en santé. Consulté le 16 janvier 2020. <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
- Ackermana P. , Newtona J., McPhersona M. B. , Jones J. , Dykman R. , Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*. 1998 ; 22 : 759-774.
- American Psychiatric Association, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ème édition (DSM-5) Washington, Masson, 2005.
- Andersen S. L. , Tomada A. , Vincow E. S. , Valente E. , Polcari A. , Teicher M. H. , Preliminary Evidence for Sensitive Periods in the Effect of Childhood Sexual Abuse on Regional Brain Development. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2008 ; 20 : 292-301.
- Association française de lutte contre l'endométriose Association EndoFrance. Les symptômes de l'endométriose. Consulté 21 mars 2020. <https://www.endofrance.org/la-maladie-endometriose/symptomes-endometriose/>
- Association internationale des victimes d'inceste. 2010. État des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : Vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne. Consulté le 20 mars 2020. https://aivi.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1640
- Association mémoire traumatique et victimologie. 2014. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Consulté le 10 février 2020. <https://www.memoiretraumatique.org/campagnes-et-colloques/2015-campagne-stop-audeni.html?PHPSESSID=25riun3b2e4qer1labuoectir4>
- Avakian D., Les enfants du désir de Monique Bydlowski. Cairn. 2009 ; 73 : 1185 à 1189.
- Baril K. , Tourigny M. , Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance : Modèle explicatif base sur la théorie du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*. 2015 ; 4 : 28-63.
- Bartoi A. G. , Kinder B. N. , Effects of child and adult sexual abuse on adult sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1998 ; 24 : 75-90.
- Bayle B. , Faut-il dépister les antécédents de traumatisme sexuel lors de la grossesse ?. Presses Universitaires de France. 2004 ; 495 p.
- Bayle B. , Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance , Semaines d'information sur la santé mentale. Étampes, 16 mars 2018, 38 p.
- Bitzer J. , Brandenburg U. , Psychotherapeutic interventions for female sexual dysfunction. *Maturitas*. 2009 ; 63 : 160-163.
- Boden J. M. , Fergusson D. M. , Horwood L. J. , Experience of sexual abuse in childhood and abortion in adolescence and early adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 2009 ; 33 : 870-876.
- Borgmann E. , Kleindienst N. , Vocks S. , Dyer A. S. , Standardized mirror confrontation : Body-related emotions, cognitions and level of dissociation in patients with Posttraumatic Stress Disorder after childhood sexual abuse. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2014 ; 1 : 10 p.

- Bornefeld-Ettmann P. , Steil R. , Lieberz K. A. , Bohus M. , Rausch S. , Herzog J. , Priebe K. , Fydrich T. , Müller-Engelmann M. , Sexual Functioning After Childhood Abuse : The Influence of Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma Exposure. *The Journal of Sexual Medicine*. 2018 ; 15 : 529-538.
- Bouygues F. , Bruno A. , Intérêt des connaissances en psychotraumatologie dans la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles et sexistes. Mémoire de Diplôme universitaire de psychotraumatologie, Nice, 2019, 40p.
- Cabane A. , Le décubitus latéral : Perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes. Thèse de médecine, Bordeaux, 2015, 77p.
- Cichowski S. B. , Rogers R. G. , Clark E. A. , Murata E. , Murata A. , Murata G. , Military Sexual Trauma in Female Veterans is Associated With Chronic Pain Conditions. *Military Medicine*. 2017 ; 182 : 1895-1899.
- Croquet P. 2018. #MeToo du phénomène viral au « mouvement social féminin du XXIe siècle ». *Le Monde*. Consulté le 19 décembre 2019. https://www.lemonde.fr/pixels/article/2018/10/14/metoo-du-phenomene-viral-au-mouvement-social-feminin-du-xxie-siecle_5369189_4408996.html
- Poujol C. , Poujol J. . 1998. Manuel de relation d'aide : L'accompagnement spirituel et psychologique : Empreinte Temps Présent. Consulté le 20 février 2020. http://www.sosfemmes.com/violences/viol_abus_sexuels.htm
- Claudat K. , Warren C. S. , (2014). Self-objectification, body self-consciousness during sexual activities, and sexual satisfaction in college women. *Body Image*, 11(4), 509-515.
- Cloutier S. , Martin S. , Poole C. , Sexual assault among North Carolina women : Prevalence and health risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002 ; 56 : 265-271.
- Collin-Vézina D. , Cyr M. , La transmission de la violence sexuelle : Description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse & Neglect*. 2003 ; 27 : 489-507.
- Colson M. H. . 2011. Abus sexuels de l'enfance, quelle sexualité à l'âge adulte ?. Consulté le 23 février. http://www.ff3s.fr/v2/data/et_plus_encore/abus_sexuels_enfance.asp
- Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes , Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes. 2010. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Consulté le 12 février 2010. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
- De Aquino N. M. R. , Sun S. Y. , De Oliveira E. M. , Martins M. da G. , Da Silva J. de F. , Mattar R. , Sexual violence and its association with health self-perception among pregnant women. *Revista De Saude Publica*. 2009 ; 43 : 954-960.
- De Brito M. J. A. , Nahas F. X. , Cordás T. A. , Tavares H. , Ferreira L. M. , Body Dysmorphic Disorder in Patients Seeking Abdominoplasty, Rhinoplasty, and Rhytidectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2016 ; 137 : 462-471.
- DiLillo D. , Damashek A. , Parenting Characteristics of Women Reporting a History of Childhood Sexual Abuse. *Child Maltreatment*. 2003 ; 8 : 319-333.
- Draucker C. B. , Mazurczyk J. , Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence : An integrative review. *Nursing Outlook*. 2013 ; 61 : 291-310.

- Dyer A. S. , Feldmann R. E. , Borgmann E. , Body-Related Emotions in Posttraumatic Stress Disorder Following Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2015 ; 24 : 627-640.
- Finkelhor D. , Browne A. , The traumatic impact of child sexual abuse : A conceptualization. *The American Journal of Orthopsychiatry*. 1985 ; 55 : 530-541.
- Gibson C. J. , Huang A. J. , McCaw B. , Subak L. L., Thom D. H. , Van Den Eeden S. K. , Associations of Intimate Partner Violence, Sexual Assault, and Posttraumatic Stress Disorder With Menopause Symptoms Among Midlife and Older Women. *JAMA Internal Medicine*. 2019 ; 179 : 80-87.
- Glangeaud-Freudenthal N. M. C. , Les hospitalisations mère-enfant à plein temps. *Le Journal des psychologues*. 2008 ; 261 : 36-40.
- Goldsmith T. , Levy A. , Sheiner E. , Goldsmith T. , Levy A. , Sheiner E. , Vaginismus as an independent risk factor for cesarean delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2009 ; 22 : 863-866.
- Gouvernement du Canada. 2014. Enquête sociale générale Victimization (ESG). Consulté le 8 janvier 2020
https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=148641
- Hanafy I. , Marc B. , Le psychotraumatisme dans les violences faites aux femmes. *Les dossiers de l'obstétrique*. 2018 ; 478 : 31-35.
- Harris H. R. , Wieser F. , Vitonis A. F. , Rich-Edwards J. , Boynton-Jarrett R. , Bertone-Johnson E. R. , Missmer S. A. , Early life abuse and risk of endometriosis. *Human Reproduction*. 2018 ; 33 : 1657-1668.
- Häuser W. , Kosseva M. , Üceyler N. , Klose P. , Sommer C. , Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome : A systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care & Research*. 2011 ; 63 : 808-820.
- Haute Autorité de Santé. 2005. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Consulté le 15 février 2020.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
- Haute Autorité de Santé. 2019. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Consulté le 15 février 2010. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
- Haute Autorité de Santé, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2017. Prise en charge de l'endométriose. 399p. Consulté le 15 février 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf
- Hébert M. , Daspe M. È. , Blais M. , Lavoie F. , Guerrier M. , Agression sexuelle et violence dans les relations amoureuses : Le rôle médiateur du stress post-traumatique. *Criminologie*. 2017 ; 50 : 157-179.
- Herman J. L. , *Trauma and Recovery : The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror*. Hachette UK. 2015
- Hugill M. , Berry K. , Fletcher I. , The association between historical childhood sexual abuse and later parenting stress : A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*. 2017 ; 20 : 257-271.
- Im V. , Briex M. , Baby blues. *Spirale*. 2019 ; 89 : 131-135.

- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale & Direction de Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Enquête nationale périnatale Rapport 2016, 2017, 13-14.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut national d'études démographiques. 2006. Enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) 2005-2006 | Centre Hubertine Auclert . Consulté le 15 février 2020. <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/outil/enquete-contexte-de-la-sexualite-en-france-csf-2005-2006>
- Institut national d'études démographiques. 2015. Violence et Rapports de Genre. Consulté le 15 mars 2020. <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/publications/droits-des-femmes/lutte-contre-les-violences/premiers-resultats-de-lenquete-virage-violences-et-rapports-de-genre/>
- Jolly A. , Epidémiologie des PTSD. *Journal International de Victimologie*. 2003
- Joly V. 2018. Le holding chez Donald Winnicott : L'importance du portage de l'enfant. Consulté le 22 janvier 2020. <http://psy-enfant.fr/holding-donald-winnicott/>
- Kremer I. , Orbach I. , Rosenbloom T. , Body image among victims of sexual and physical abuse. *Violence and Victims*. 2013 ; 28 : 259-273.
- Lagadec N. , Steinecker M. , Kapassi A. , Magnier A. M. , Chastang J. , Robert S. , Gaouaou N. , Ibanez G. , Factors influencing the quality of life of pregnant women : A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018 ; 18 : 455p.
- Lampe A. , Doering S. , Rumpold G. , Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *Journal of psychosomatic research*. 2003 ; 54 : 361-367.
- Lazimi G. , Violences sexistes et sexuelles, l'enjeu de la formation des professionnels, Conférence Université Paris 4 Sorbonne. Paris, 23 novembre 2012, 19p.
- Legrand L. , Impact des antécédents de violences sexuelles sur la maternité. Mémoire de Sage-Femme, Limoges, 2016, 48p.
- Liebermann C. , Kohl Schwartz A. S. , Charpidou T. , Geraedts K. , Rauchfuss M. , Wölfler M. , von Orelli S. , Häberlin F. , Eberhard M. , Imesch P. , Imthurn B. , & Leeners B. , Maltreatment during childhood : A risk factor for the development of endometriosis ? *Human Reproduction*. 2018 ; 33 : 1449-1458.
- Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *Journal officiel* 21 juillet 2009.
- Long P. L. , DiLilio D. , Perceptions of Couple Functioning Among Female Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 1999 ; 7 : 59-76.
- Luo Y. , Parish W. L. , Laumann E. O. , A Population-Based Study of Childhood Sexual Contact in China : Prevalence and Long-Term Consequences. *Child abuse & neglect*. 2008 ; 32 : 721-731.
- Lutfey K. E. , Link C. L. , Litman H. J. , Rosen R. C. , & McKinlay J. B. , An examination of the association of abuse (physical, sexual, or emotional) and female sexual dysfunction : Results from the Boston Area Community Health Survey. *Fertility and Sterility*. 2008 ; 90 : 957-964.
- Madigan S. , Wade M. , Tarabulsky G. , Jenkins J. M. , & Shouldice M. , Association between abuse history and adolescent pregnancy : A meta-analysis. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2014 ; 55 : 151-159.

- Maseroli E. , Scavello I. , Campone B. , Di Stasi V. , Cipriani S. , Felciai F. , Camartini V. , Magini A. , Castellini G. , Ricca V. , Maggi M. , & Vignozzi L. , Psychosexual Correlates of Unwanted Sexual Experiences in Women Consulting for Female Sexual Dysfunction According to Their Timing Across the Life Span. *The Journal of Sexual Medicine*. 2018 ; 15 : 1739-1751.
- McCool-Myers M. , Theurich M. , Zuelke A. , Knuettel H. , & Apfelbacher C. , Predictors of female sexual dysfunction : A systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health*. 2018 ; 18 : 108p.
- Ministère de la sécurité publique du Québec. Les agressions sexuelles au Québec, statistiques 2005. Novembre 2006, 28p.
- Ministère de l'intérieur. 2018. Cadre de vie et sécurité. Consulté le 10 février 2020. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/L-enquete-Cadre-de-vie-et-securite> CVS/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2018.
- Circulaire MIPROF n° 2015-345, du 25 novembre 2015, relative à la mise en place, dans les services d'urgences, de référents sur les violences faites aux femmes. Validée par le CNP le 20 novembre 2015.
- Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. 2014. Outils pédagogiques « ELISA » à destination des professionnels. Consulté le 6 janvier 2020. https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_presentation_kit_elisa_vf.pdf
- Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. 2014. Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes. Consulté le 10 février 2020. https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/02/2015_resultats-enquete-nat-SF-violences-faites-femmes.pdf
- Montclair E. Le rôle de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien dans la prise en charge des patientes enceintes ayant été victimes de violence sexuelle dans leur passé. *Mémoire de Sage-Femme*, Caen, 2013, 65p.
- Najman J. , Dunne M. , Purdie D. , Boyle F. , & Coxeter P. , Sexual Abuse in Childhood and Sexual Dysfunction in Adulthood : An Australian Population-Based Study. *Archives of sexual behavior*. 2005 ; 34 : 517-526.
- National Institute of Justice. Full Report of the Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women. Washington, Novembre 2000, 62p.
- Nohales L. . 2020. Quelles sont les conséquences psychologiques d'une exposition à un événement traumatisant comme les attentats? Consulté 24 mars 2020. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/articles/quelles-sont-les-consequences-psychologiques-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats>
- Noll J. G. , Trickett P. K. , Putnam F. W. , A Prospective Investigation of the Impact of Childhood Sexual Abuse on the Development of Sexuality. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2003 ; 71: 575-586.
- Office for National Statistic. 2016. Prevalence of intimate violence among adults aged 16 to 59. Consulté le 5 mars 2020. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/adhocs/005986prevalenceofintimateviolenceamongadultsaged16to59bycategoryandsexualidentityofthevictimyearendingmarch2016csew>

- Ordre national des Sages-Femmes. 2010. Les compétences des sages-femmes. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Consulté 5 mars 2020, à l'adresse <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
- Organisation Mondiale de la Santé. 2008. CIM-10 Version 2008. Consulté le 20 décembre 2019. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F43.1>
- Organisation Mondiale de la Santé. 2019. ICD-11—Mortality and Morbidity Statistics. Consulté le 20 décembre 2019. <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http://id.who.int/icd/entity/1838213761>
- Poinso F. , Samuelli J. C. , Delzenne V. , Huiart L. , Sparrow J. S. , Rufo M. , Dépressions du post-partum : Délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *La psychiatrie de l'enfant*. 2001 ; 44 : 379-413.
- Ratti A. , Franz S. , Chardonnens E. Devenir parents après l'inceste. *Maîtrise universitaire en sciences en Psychologie*, Lausanne, 2012, 83p.
- Rouyer M. , Le devenir à l'âge adulte des enfants victimes d'inceste. *Incestes. L'esprit du temps*. 1995 ; 305-311.
- Rumstein-McKean O. , Hunsley J. , Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*. 2001 ; 21 : 471-490.
- Salmona M. Mémoire traumatique de l'enfant à l'âge adulte. Colloque "De la sexualité à la violence sexuelle" organisé par Gynécologie sans frontières. Clermont-Ferrand, 29 novembre 2017, 143p.
- Salmona M. , *Livre noir des violences sexuelles*. 2ème édit. Dunod, 2018 : 361p.
- Santaularia J. , Johnson M. , Hart L. , Haskett L. , Welsh E. , Faseru B. , Relationships between sexual violence and chronic disease : A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014 ; 14 : 1286p.
- Santé Publique France. A qui parler de sexualité ? On s'exprime. Consulté 22 mars 2020. <https://www.onsexprime.fr/A-qui-parler-de-sexualite>
- Secrétariat à la condition féminine. 2020. Agression sexuelle, quelques statistiques. Consulté le 20 décembre 2020. <http://www.scf.gouv.qc.ca/violences/agressions-sexuelles/quelques-statistiques/>
- Secrétariat d'État chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. 2018. *Violences sexuelles*. <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/violences-sexuelles-312.html>
- Sénat. 2020. *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020*. Consulté le 12 février 2020. <https://www.senat.fr/rap/119-153/119-1539.html>
- Senn T. E. , Carey M. P. , Venable P. A. , Childhood and Adolescent Sexual Abuse and Subsequent Sexual Risk Behavior : Evidence from Controlled Studies, Methodological Critique, and Suggestions for Research. *Clinical psychology review*. 2008 ; 28 : 711-735.
- Serazin-Orsini L. , *Vaginisme : Prise en charge et accompagnement par la sage-femme*. 4^{èmes} Journées AIUS Sexogyn. Marseille, 21 octobre 2017, 47p.
- Service Statistiques et Ministériel de la Sécurité Intérieure. 2017. *Insécurité et délinquance en 2017 : Chapitre IX Violences sexuelles*. Consulté le 20 décembre 2019. <https://www.vie-publique.fr/rapport/37128-insecurite-et-delinquance-2017-premier-bilan-statistique>

- Simkin P. , Birthkit C. , Burian J. , Les Dossiers de l'obstétrique : Traductions d'articles (extraits). 1999 ; 269 : 8-34.
- Sobel L. , O'Rourke-Suchoff D. , Holland E. , Remis K. , Resnick K. , Perkins R. , Bell S. , Pregnancy and Childbirth After Sexual Trauma : Patient Perspectives and Care Preferences. *Obstetrics & Gynecology*. 2018 ; 132 : 1461–1468.
- Spiess M. , Le vacillement des femmes en début de grossesse. *Dialogue*. 2002 ; 157 : 42-50.
- Spiess M. , Thévenot A. La parentalité et l'ambivalence maternelle à l'épreuve des normes. Dans *La grossesse, une histoire hors normes*. ERES, 2014 : 159-174.
- Stephenson K. R. , Hughan C. P. , Meston C. M. , Childhood Sexual Abuse Moderates the Association between Sexual Functioning and Sexual Distress in Women. *Child abuse & neglect*. 2012 ; 36 : 180-189.
- Stevens Y. , Denis C. , Enfant, parent, professionnel : Les vécus transversaux dans les situations d'abus sexuels. *Le Journal des psychologues*. 2009 ; 264 : 65-68.
- Tarullo A. R. , Gunnar M. R. , Child maltreatment and the developing HPA axis. *Hormones and Behavior*. 2006 ; 50 : 632-639.
- Trickett P. K. , Noll J. G. , Putnam F. W. , The impact of sexual abuse on female development : Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and psychopathology*. 2011 ; 23 : 453-476.
- Trickett P. K. , Noll J. G. , Susman E. J. , Shenk C. E. , Putnam F. W. , Attenuation of cortisol across development for victims of sexual abuse. *Development and Psychopathology*. 2010 ; 22 : 165-175.
- Vaillancourt-Morel M. P. , Godbout N. , Sabourin S. , Péloquin K. , Wright J. , Les séquelles conjugales d'une agression sexuelle vécue à l'enfance ou à l'adolescence. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*. 2014 ; 3 : 21-41.
- Wise L. A. , Zierler S. , Krieger N. , Harlow B. L. , Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation : A case-control study. *The Lancet*. 2001 ; 358 : 881-887.
- Wood K. , Van Esterik P. , Infant feeding experiences of women who were sexually abused in childhood. *Canadian Family Physician*. 2010 ; 56 : 136-141.

Titre : Antécédents de violence sexuelle : Comment améliorer la prise en charge par les sages-femmes?

Mots-clés : Violence sexuelle ; Sexualité ; Grossesse ; Parentalité ; Prise en charge ; Sage-femme

Résumé :

Sujet : Les violences sexuelles touchent de nombreuses femmes en France et dans le monde. L'objectif de ce présent mémoire est d'exposer l'impact des violences sexuelles sur les relations amoureuses et sexuelles et la maternité des femmes victimes afin de proposer des stratégies d'amélioration de prise en charge de ces femmes par les sages-femmes.

Matériel et méthode : Ce présent mémoire est une revue de la littérature scientifique, les articles ont été inclus s'ils étaient rédigés en français ou en anglais, parus après l'année 1990 et avec une population d'étude majoritairement ou exclusivement féminine.

Résultats : Les différentes études analysées montrent qu'un antécédent de violence sexuelle peut conduire à des troubles du développement psycho-sexuel. Certaines femmes adoptent des comportements hypersexualisés, d'autres évitent l'intimité, souvent l'épanouissement sexuel est mis en échec. Au sein du couple, les victimes décrivent une communication moins satisfaisante ainsi que des taux de détresse conjugale plus élevés que les femmes non victimes. La parentalité peut être problématique pour certaines femmes lors de la mise en place de la relation mère-enfant.

Conclusion : De ces résultats émanent plusieurs recommandations qui pourraient améliorer la prise en charge des femmes victimes de violence sexuelle par les sages-femmes. Il faudrait favoriser le dépistage des victimes, améliorer la formation sur cette thématique, développer le travail en réseau, favoriser les temps d'intervention des sages-femmes et accentuer la prévention et le dépistage en favorisant l'information dès le plus jeune âge.

Title : History of sexual violence : How to improve care by midwives ?

Keywords : Sexual violence ; Sexuality ; Pregnancy ; Parenting ; Taking care ; Midwife

Summary :

Subject : Sexual violence affects many women in France and around the world. The purpose of this dissertation is to expose the impact of sexual violence on the romantic and sexual relationships and maternity of victims in order to propose strategies to improve the care of these women by midwives.

Material and method : This present dissertation is a review of the scientific literature, articles were included if they were written in French or in English, published after the year 1990 and with a study population mainly or exclusively female.

Results : The different studies show that a history of sexual violence can lead to psycho-sexual development disorders. Some women adopt a hypersexual behaviour, others avoid intimacy, sexual fulfillment is often defeated. Within the couple, the victims describe less satisfactory communication as well as higher rates of marital distress than non-victim women. Parenting can be problematic for some women when setting up the mother-child relationship.

Conclusion : From these results emerge several recommendations that could improve the care provided by midwives to women victims of sexual violence. Among other things, one should encourage screening for victims, improve training on this topic, develop collaborations with other professionals, promote the intervention time of midwives and increase prevention and screening by promoting information from early age.