



**HAL**  
open science

# Trouble de l'usage de l'alcool et antécédent de violence sexuelle : une étude de prévalence

Marianne Massias

► **To cite this version:**

Marianne Massias. Trouble de l'usage de l'alcool et antécédent de violence sexuelle : une étude de prévalence. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03879808

**HAL Id: dumas-03879808**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03879808>**

Submitted on 30 Nov 2022

**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.

**U.F.R des Sciences médicales**

Année 2022

Thèse n°131

THESE POUR L'OBTENTION DU

**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par MASSIAS Marianne

Née le 10/10/1992 à Longjumeau

Le 17 novembre 2022

**TROUBLE DE L'USAGE DE L'ALCOOL ET ANTECEDENT  
DE VIOLENCE SEXUELLE : UNE ETUDE DE PREVALENCE**

Sous la direction de Mme le Docteur Fabienne LE MONNIER

Membres du jury :

Mme le Professeur TOURNIER Marie  
M. le Professeur DURIEUX William  
M. le Docteur PROTHON Emmanuel  
M. le Docteur CANO Jean-Philippe  
Mme le Docteur LE MONNIER Fabienne

Présidente  
Rapporteur  
Examinateur  
Examinateur  
Examinatrice

## Remerciements

### **A Madame le Professeur Marie Tournier,**

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury. Soyez assurée de ma gratitude.

### **A Monsieur le Professeur William Duieux,**

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer au jury. Merci pour votre investissement dans la formation des internes de médecine générale. Soyez assuré de ma reconnaissance.

### **A Madame le Docteur Fabienne Le Monnier,**

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et d'y avoir cru dès le départ. Merci infiniment de m'avoir soutenue et aidée tout au long de ces mois... années ! Je n'y serais pas arrivé sans toi.

### **A Monsieur le Docteur Emmanuel Prothon,**

Merci d'avoir accepté de participer au jury. J'espère que mon travail sera à la hauteur de vos attentes.

### **A Monsieur le Docteur Jean-Philippe Cano,**

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à cette étude et d'avoir accepté de juger mon travail.

### **Aux équipes médicales et paramédicales du service d'addictologie de l'Hôpital Suburbain du Bouscat,**

Merci beaucoup pour votre implication et votre aide durant ces longs mois de recueil de données. Vous avez fait tout votre possible pour m'aider et je vous en suis très reconnaissante.

### **A mes maîtres de stages ambulatoires, Madame le Docteur Isabelle Spindler-Fosse et Messieurs les Docteurs Jean-Michel Trebesse, Xavier Goux, Thomas Robert de Saint-Vincent et Michel Merly,**

Merci de m'avoir accompagnée et confortée dans mon choix de la médecine générale.

### **A Madame le Docteur Elsa Estaque,**

Merci d'avoir partagé ta passion de la gériatrie avec moi. Tu as été mon mentor pendant ce premier semestre d'internat et je suis heureuse d'être aujourd'hui ton amie.

### **A mes anciens co-internes, Charles, Camille, Vincent, Eric, Anne-Sophie, Virginie, et tous les autres,**

Quelle aventure cet internat : du Pavillon 21 aux urgences de Pellegrin, en passant par la pédiatrie à Dax et bien sur l'Hôpital Suburbain, que de souvenirs mémorables ! Mais nous avons réussi. Merci d'avoir été là, dans les galères comme dans les fous-rires.

### **A mes amies de Limoges, anciennes co-externes et voisines de pallier,**

Je nous revois attendre l'ouverture des portes de la fac pour avoir les meilleures places de l'amphi... Que de chemin parcouru ! Je suis fière de nous.

**A mes parents et mes frères,**

Merci pour votre soutien sans faille depuis toujours. Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

**A ma famille, mes oncles et tantes, mes cousins et à ma belle-famille,**

Merci pour vos encouragements et votre présence à mes côtés tout au long de mes études. Incroyable mais vrai, j'ai enfin terminé !

**A mes amis de toujours ou presque, Gillian, Mélissa, Marie-Charlotte et Morgane,**

Merci d'être à mes côtés depuis toutes ces années et pour encore longtemps j'en suis sûre. Merci aussi pour votre patience quand j'étais moins disponible.

**A Richard, Vincent et Amélie,**

Merci les amis d'être là au quotidien, vous faites parti de la famille.

**A Romain et Eléonore,**

Merci pour tout. Le meilleur est à venir, je vous aime.

## **Table des matières**

Remerciements .....	2
I- Introduction.....	5
II- Matériel et méthode .....	5
1) Schéma de l'étude .....	5
a- Type d'étude.....	5
b- Population de l'étude .....	5
c- Effectif .....	6
2) Méthode de recueil .....	6
a- Elaboration du questionnaire.....	6
b- Recrutement et information des patients.....	6
c- Cadre réglementaire.....	7
3) Analyse des données .....	7
III- Résultats .....	8
1) Description de l'échantillon.....	8
2) Prévalence et caractéristiques des violences sexuelles .....	10
3) Comparaison entre patients avec et sans antécédent de violence sexuelle .....	11
4) Dépistage par le médecin traitant.....	12
IV- Discussion .....	13
1) Les violences sexuelles chez les patients hospitalisés pour sevrage en alcool .....	13
a- Prévalence des violences sexuelles .....	13
b- Caractéristiques des violences sexuelles.....	13
2) Impact des violences sexuelles sur le trouble de l'usage de l'alcool, les co-consommations et les co-morbidités psychiatriques.....	14
a- Les caractéristiques du trouble de l'usage de l'alcool et co-consommations.....	14
b- Les co-morbidités psychiatriques.....	15
3) Le rôle du médecin traitant .....	16
a- Un dépistage insuffisant.....	16
b- Des patients plutôt favorables au dépistage.....	16
4) Validité de l'étude .....	17
V- Conclusion .....	18
VI- Bibliographie.....	19
Annexe 1.....	22
Annexe 2.....	25

## **I- Introduction**

Les violences sexuelles représentent un véritable problème de santé publique de part leur fréquence en France aujourd'hui et leurs conséquences médicales, psychologiques et sociales (1). D'après les enquêtes épidémiologiques, on estime que la prévalence des violences sexuelles est entre 3.7 et 20.4% chez les femmes et entre 0.6 et 3% chez les hommes de la population générale (2), (3), les écarts de prévalence étant liés aux différentes définitions de violence sexuelle retenues par les enquêteurs ainsi qu'une probable sous déclaration chez les hommes.

De nombreuses études de cohorte ont été réalisées retrouvant une association significative entre la présence d'une violence sexuelle dans l'enfance et le développement à l'âge adulte de troubles de l'usage de l'alcool (4), (5). L'antécédent de violence sexuelle dans l'enfance était même un facteur de risque spécifique indépendant d'alcoolodépendance dans l'étude de Magnusson et al (6).

Cependant, il existe peu d'étude sur la prévalence d'un antécédent de violence sexuelle chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool. Une étude anglaise suggérait en 1996 (7) une prévalence d'environ 54% chez les femmes et 24% chez les hommes consultant dans 3 centres d'addictologie de Londres, de même que l'association à des critères plus sévères de morbidité. Plus récemment, une étude américaine retrouvait des résultats similaires en termes de prévalence de violences subies dans l'enfance et de sévérité des co-morbidités (8). Ceci impliquerait donc une prise en charge plus spécifique de ces patients.

Les hospitalisations en lien avec l'alcool sont une des premières causes d'hospitalisation en France actuellement. En 2012, l'alcoolodépendance a représenté 93 438 séjours hospitaliers en Médecine Chirurgie Obstétrique, soit 48 166 patients (9). Il n'existe pourtant pas d'étude française récente pour corroborer les résultats retrouvés dans les études anglo-saxonnes.

L'objectif de ce travail était de déterminer la prévalence d'un antécédent de violence sexuelle chez les patients hospitalisés en service d'addictologie pour sevrage en alcool. Les objectifs secondaires étaient de comparer l'âge de début des consommations, le sexe, la présence d'une comorbidité psychiatrique et d'éventuelles co-consommations entre les groupes de patients afin de déterminer si la présence d'un tel antécédent était un facteur de gravité dans la prise en charge de l'addiction. Enfin, un autre objectif secondaire était de questionner le rôle du médecin traitant dans le dépistage des violences et le regard que portaient les patients sur un dépistage systématique.

## **II- Matériel et méthode**

### **1) Schéma de l'étude**

#### *a- Type d'étude*

Il s'agit d'une étude épidémiologique, transversale descriptive portant sur des données collectées auprès de patients hospitalisés dans le service d'addictologie de l'Hôpital Suburbain du Bouscat sur une période allant de février 2020 à février 2022.

#### *b- Population de l'étude*

La population étudiée a été les patients entrant dans le service d'addictologie de l'Hôpital Suburbain du Bouscat pour un sevrage en alcool, quel que soit le nombre de sevrage effectué auparavant.

Les patients mineurs et majeurs sous protection ont été exclus.

Les patients ré-hospitalisés au cours de la période pour le même motif n'ont été inclus qu'une seule fois.

Tous les patients éligibles ont systématiquement été sollicités pour participer à l'étude afin de limiter le biais de sélection.

#### *c- Effectif*

Le critère de jugement principal était la présence d'un antécédent de violence sexuelle.

L'hypothèse était que 10% des patients hospitalisés en service d'addictologie pour trouble de l'usage de l'alcool avait un tel antécédent. Cette hypothèse prenait en considération les chiffres épidémiologiques de la population générale française et la probable prévalence plus élevée dans la population alcoolo-dépendante suggérée par les études anglo-saxonnes.

Le nombre de sujet nécessaire pour mettre en évidence une proportion de 10% a été estimé à 138 personnes (pour une précision de 5% et un risque alpha consenti de 5%).

## **2) Méthode de recueil**

L'étude a été menée au moyen d'un auto-questionnaire anonyme remis aux patients le lendemain de leur entrée dans le service par les étudiants hospitaliers du service.

#### *a- Elaboration du questionnaire*

Puisqu'il n'existait pas de questionnaire validé disponible, un questionnaire spécifique a été élaboré pour ce travail (annexe 1). Les premières questions visaient à recueillir des informations sur l'ancienneté du trouble de l'usage de l'alcool et sa sévérité, ainsi que les co-consommations et éventuelles co-morbidités psychiatriques.

Dans la seconde partie du questionnaire, il était recherché les principales violences sexuelles répertoriées par les études épidémiologiques (2), (3) sous la forme de catégories juridiques. Ces références juridiques étaient précédées d'une définition extraite du Code Pénal afin d'en favoriser la compréhension et de limiter le risque d'interprétation. Des éléments permettant de caractériser ces violences sexuelles étaient également recherchés tels que la connaissance ou non de l'agresseur, un dépôt de plainte et la répétition des agressions.

Dans une troisième partie, il était exploré, indépendamment de l'existence ou non de violence sexuelle dans le passé, si le médecin traitant du patient avait déjà recherché un antécédent de violence au cours du suivi et le besoin ressenti par le patient de cette recherche.

Enfin les dernières questions recherchaient le sexe et la catégorie d'âge du patient. Les catégories d'âge étaient celles utilisées dans l'enquête « Violence et Rapports de genre (Virage) » qui est l'enquête de victimologie la plus récente en population générale française (3).

#### *b- Recrutement et information des patients*

Le lendemain de l'entrée dans le service d'addictologie, les patients correspondants aux critères d'inclusions de l'étude recevaient individuellement une information orale sur les principes et modalités de l'étude.

L'information était délivrée par les étudiants hospitaliers du service sous la supervision d'un médecin du service. Les étudiants hospitaliers avaient bénéficié au préalable d'une formation rapide sur les modalités de l'étude et de distribution des questionnaires par l'investigateur.

A l'issue de l'information orale, l'étudiant hospitalier s'assurait de la non-opposition orale du patient et lui remettait alors l'auto-questionnaire et une fiche d'information écrite (annexe 2), ainsi qu'une enveloppe destinée à la remise du questionnaire.

Afin de limiter le risque de doublon, il était précisé sur le questionnaire que les patients ayant déjà répondu ne devaient pas renouveler leur participation.

La durée minimale d'hospitalisation dans le service pour sevrage en alcool étant de sept jours, le patient disposait alors de ce délai pour remplir ou non l'auto-questionnaire et le déposer dans la boîte aux lettres fermée à clé située dans le service. Les patients étaient informés oralement et par écrit que le fait de remettre l'enveloppe faisait office de consentement à leur participation.

La boîte aux lettres était relevée par l'investigateur une fois par mois.

#### *c- Cadre réglementaire*

Cette étude a été qualifiée de Recherche Impliquant la Personne Humaine de catégorie 3 (RIPH 3). Elle a été enregistrée sous le numéro ID-RCB 2021-A00232-39.

Le traitement des données personnelles a été effectué en conformité avec le Règlement (UE) n°2016/679 et la Délibération de la CNIL n° 2018-154 du 3 mai 2018 dite Méthodologie de référence 003. La déclaration de conformité à cette méthodologie a été enregistrée auprès de la CNIL au numéro 2220912.

Le Comité de Protection des Personnes (CPP) SUD-EST II a émis un avis favorable à la réalisation de cette recherche. « L'étude est conforme aux articles du Code de la Santé Publique L1121-1 et suivants définissant les conditions de validité de la recherche ».

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a été informée de cette recherche avec envoi du résumé et de l'avis favorable du CPP.

### **3) Analyse des données**

Les données recueillies ont été transposées dans le logiciel Epi-Info. Les analyses statistiques ont été faites avec les logiciels Excel et Epi-Info. Les tests utilisés ont été le test de Chi2 et le test exact de Fisher pour les comparaisons de fréquences observées et le test t de Student et le test non paramétrique de Mann-Whitney pour les comparaisons de moyennes observées.

Un test de conformité comparant la fréquence observée des sujets répondants au critère de jugement principal avec la fréquence théorique fixée a priori a été calculée avec le logiciel R.



### III- Résultats

#### 1) Description de l'échantillon

Un total de 185 questionnaires a été distribué aux patients entrant dans le service pour sevrage en alcool. 148 questionnaires ont été collectés, soit un taux de réponse de 80%. Parmi eux, 9 (6%) n'ont pas pu être exploités car remplis de façon incomplète. 139 questionnaires ont ainsi pu être analysés.

Sur les 139 patients de l'échantillon, 100 (72%) étaient des hommes et 39 (28%) des femmes. Les catégories d'âges les plus représentées étaient celle des 35-49 ans pour les hommes (n= 54 soit 54%) et celle des 50-69 ans pour les femmes (n= 20 soit 51%).

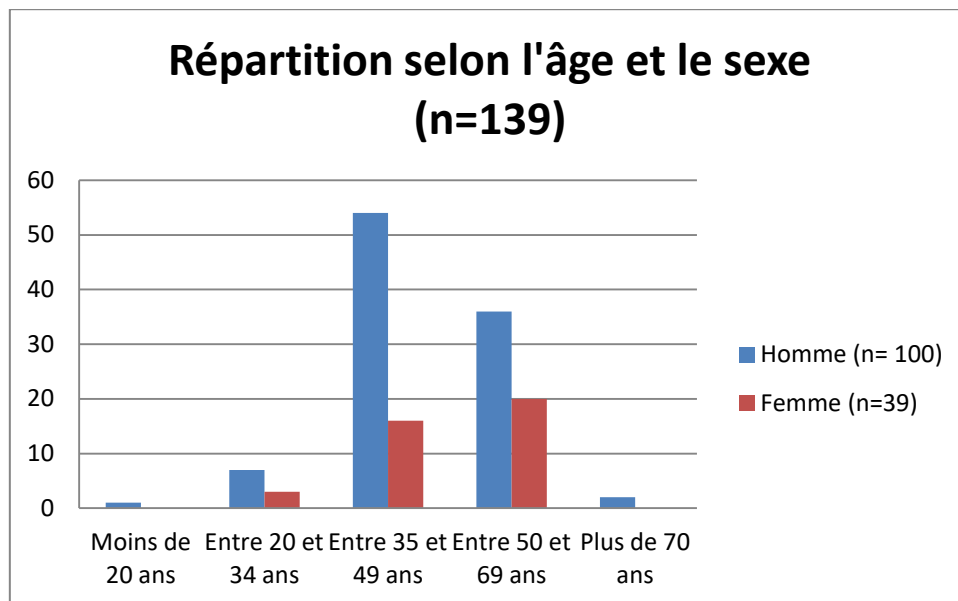


Figure 1 : Répartition de l'échantillon selon l'âge et le sexe

Il s'agissait d'un premier sevrage en alcool pour 47 (34%) de ces patients.

L'âge moyen de début des consommations d'alcool était de 19.35 ans (écart type 7.49). L'âge moyen auquel les consommations d'alcool sont devenues problématiques était de 33.88 ans (écart type 10.69).

La consommation d'autres produits que l'alcool était fréquente et souvent multiple. Les principales co-consommations rapportées ont été le tabac (n = 127 soit 91%), le cannabis (n=75 soit 54%) et la cocaïne (n=37 soit 27%).

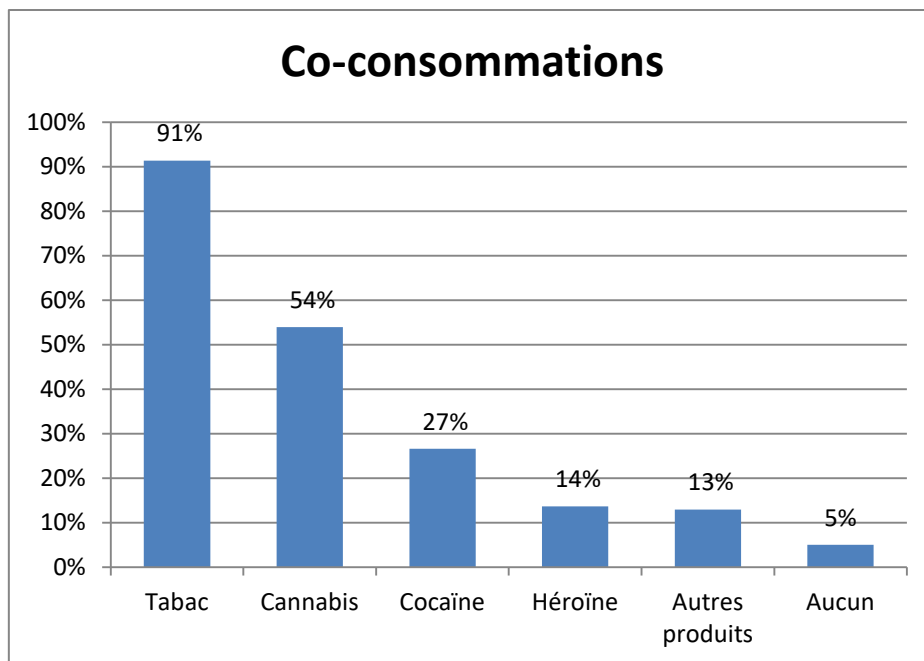


Figure 2 : Co-consommations rapportées en %

(Autres produits : hallucinogènes, amphétamines, médicaments)

Parmi les co-morbidités psychiatriques rapportées, les plus fréquentes ont été la dépression (n= 86 soit 62%) et l'anxiété (n= 67 soit 48%). 40 patients (29%) ont déclaré n'avoir jamais été suivi pour une pathologie psychiatrique. Certains patients ont rapporté plusieurs pathologies concomitantes.

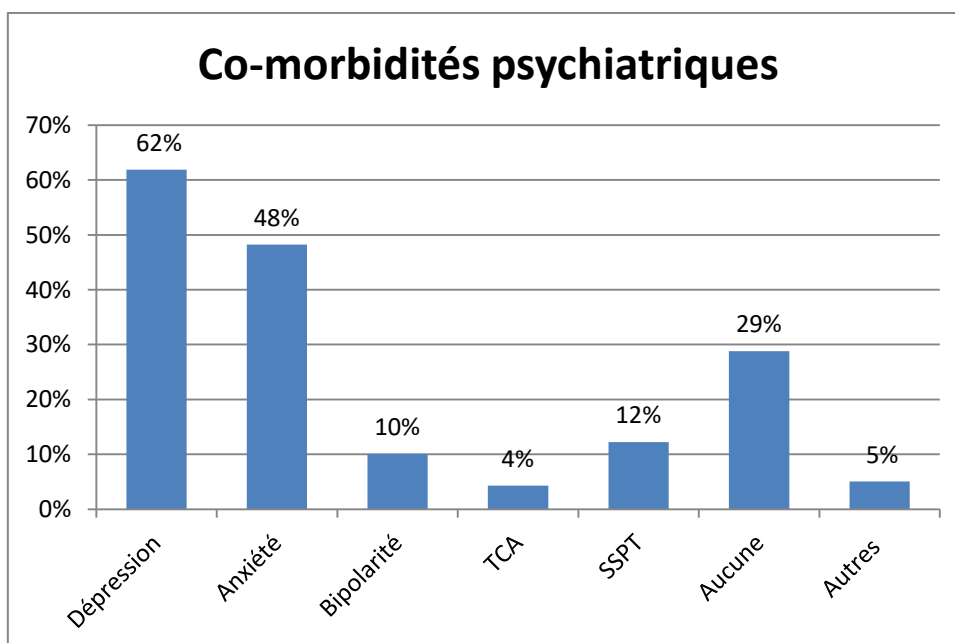


Figure 3 : Co-morbidités psychiatriques rapportées en %

SSPT= syndrome de stress post-traumatique, TCA= troubles du comportement alimentaire

(Autres: deuil, schizophrénie)

## 2) Prévalence et caractéristiques des violences sexuelles

82 patients (59%) ont déclaré avoir subi des violences de façon générale au cours de leur vie, dont 67% des femmes interrogées (n= 26) et 56% des hommes (n= 56).

Parmi eux, 20 femmes (51%) et 17 hommes (17%) ont rapporté avoir été victimes de violences sexuelles. La différence entre les sexes était significative (p= 0.00003).

La prévalence des violences sexuelles était de 26.62% sur l'échantillon total (intervalle de confiance 19,49% - 34.78%). Le test de conformité effectué comparant cette prévalence avec celle fixée a priori de 10 % était très significatif ( $p < 6.10^{-11}$ ) suggérant une forte différence entre la prévalence retrouvée et la prévalence théorique.

Le tableau I montre les différents types de violences sexuelles rapportées et leurs principales caractéristiques telles que la connaissance de l'agresseur par la victime et s'il s'agissait d'un proche, la répétition des agressions, le dépôt de plainte et si la victime était mineure au moment des faits. Plus de la moitié des patients agressés (54%) ont décrit des agressions multiples expliquant le nombre plus élevé d'agressions que de sujets agressés.

21 patients (57%) ont rapporté un viol et 8 (22%) une tentative de viol, sans différence significative entre les sexes. Des attouchements sexuels ont été rapportés par plus de la moitié des patients agressés (62%). Les femmes ont vécu de façon significativement plus importante une situation de harcèlement sexuel.

L'âge moyen lors de la première agression était de 13.28 ans (écart type 9.3), avec un âge médian de 11 ans chez les femmes et 12 ans chez les hommes. 81% des patients agressés étaient mineurs au moment de cette première agression, dont les 17 patients hommes (différence statistiquement significative).

Dans 84% des cas, l'agresseur était connu de la victime et il s'agissait d'un membre de l'entourage proche dans 74% des cas.

4 patients (11%) ont déclaré avoir déposé une plainte, et parmi eux autant d'homme que de femme.

	Hommes (n= 17)	Femmes (n=20)	Total (n=37) (% de sujet agressé)	p
<b>Attouchement</b>	13	10	23 (62)	0,090
<b>Harcèlement sexuel</b>	2	9	11 (30)	0,030
<b>Tentative de viol</b>	3	5	8 (22)	0,447
<b>Viol</b>	9	12	21 (57)	0,665
<b>Agresseur connu de la victime</b>	16	15	31 (84)	0,130
<b>Agresseur membre de l'entourage proche</b>	9	14	23 (74)	0,023
<b>Victime mineure au moment de la 1ère agression</b>	17	13	30 (81)	0,007
<b>Agressions multiples</b>	7	13	20 (54)	0,147
<b>Dépôt de plainte</b>	2	2	4 (11)	0,629

Tableau I : Caractérisation des agressions sexuelles et principales caractéristiques selon le sexe

8 patients (22%) n'avaient jamais parlé de cet antécédent de violence sexuelle à personne avant de participer à l'étude.

Quand elles ont été verbalisées, les violences sexuelles ont souvent été confiées à plusieurs types de personnes ressources, principalement les proches : famille (69%) et amis (59%). Environ un tiers (31%) des patients en avaient déjà parlé à un médecin et 41% à un psychologue.

### 3) Comparaison entre patients avec et sans antécédent de violence sexuelle

Les tableaux II et III mettent en évidence les différences entre les patients avec et sans antécédents de violences sexuelles vis-à-vis de leurs catégories d'âge et des caractéristiques de leur trouble de l'usage de l'alcool.

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative entre les catégories d'âge bien que la proportion de patients agressés soit un peu plus importante dans celle des 20-34 ans.

	Patients avec antécédent de violence sexuelle (n=37)	% de patients agressés	Patients sans antécédent de violence sexuelle (n=102)	% de patients non agressés	p
Moins de 20 ans	0	/	1	1	/
Age entre 20 et 34 ans	5	14	5	5	0,08
Age entre 35 et 49 ans	15	41	55	54	0,163
Age entre 50 et 69 ans	17	46	39	38	0,412
Plus de 70 ans	0	/	2	2	/
Plusieurs sevrages en alcool	24	65	68	67	0,842

Tableau II : Comparaison des patients avec et sans antécédent de violence sexuelle selon leur âge et nombre de sevrage en alcool

Concernant les consommations d'alcool, le nombre de sevrage et les âges moyens de début des consommations et début des consommations problématiques n'ont pas été différents de façon significative non plus. Les âges de début des consommations d'alcool rapportés ont été très dispersés allant par exemple de 3 ans à 50 ans chez les patients ayant un antécédent de violence sexuelle et de 12 ans à 57 ans chez ceux n'ayant pas été agressé. Ces données dispersées sont confirmées par les écarts-types importants retrouvés.

	Patients avec antécédent de violence sexuelle (écart type)	Patients sans antécédent de violence sexuelle (écart type)	p
Age de début des consommations d'alcool	19,41 (9,82)	19,33 (6,55)	0,739
Age des consommations problématiques d'alcool	33,17 (10,95)	34,14 (10,64)	0,641

Tableau III : Comparaison des moyennes d'âge en années des patients avec et sans antécédent de violence sexuelle

De façon globale, les patients ayant un antécédent de violence sexuelle ont plus rapporté de comorbidités psychiatriques que ceux n'ayant pas été agressés (tableau IV). En particulier, les diagnostics rapportés de dépression et de bipolarité étaient significativement plus présents chez les patients ayant vécu une agression sexuelle ( $p= 0.043$  et  $p= 0.011$ ).

Concernant les co-consommations, celles de tabac et de cannabis ont été relativement similaires entre les deux groupes (tableau IV). Les consommations de cocaïne et d'héroïne ont par contre semblées plus importantes chez les patients ayant un antécédent de violence sexuelle, sans que les différences soient significatives.

	Patients avec antécédent de violence sexuelle (n=37)	% de patients agressés	Patients sans antécédents de violence sexuelle (n=102)	% de patients non agressés	p
<b>Dépression</b>	28	76	58	57	0,043
<b>Anxiété</b>	16	43	51	50	0,481
<b>Bipolarité</b>	8	22	6	6	0,011
<b>TCA</b>	3	8	3	3	0,191
<b>SSPT</b>	7	19	10	10	0,125
<b>Pas de comorbidité psychiatrique</b>	7	19	33	32	0,122
<b>Tabac</b>	35	95	92	90	0,332
<b>Cannabis</b>	18	49	57	56	0,449
<b>Cocaïne</b>	12	32	25	25	0,350
<b>Héroïne</b>	8	22	11	11	0,100
<b>Pas de co-consommation</b>	1	3	6	6	0,400

*Tableau IV : Comparaison des patients avec et sans antécédent de violence sexuelle selon leurs comorbidités psychiatriques et co-consommations.*

#### **4) Dépistage par le médecin traitant**

Tous les patients de l'étude étaient interrogés sur l'éventuel dépistage par leur médecin traitant d'un antécédent de violence au sens large dans leur passé. 109 patients (78%) n'avaient jamais bénéficié d'un tel dépistage.

Parmi les patients non dépistés par leur médecin traitant, 50 (46%) ont répondu qu'ils auraient souhaité que la question leur soit posée dont 19 femmes (63% de l'échantillon féminin non dépisté). 51 patients (47%) au contraire ne le souhaitaient pas, en majorité des hommes. Malheureusement, 8 patients (7%) n'ont pas répondu à cette question. Les 8 patients non répondants étaient des hommes et 5 d'entre eux avaient rapporté avoir subi des violences de façon générale au cours de leur vie. Aucun n'avait subi de violence sexuelle.

Parmi les patients ayant rapportés un antécédent de violence sexuelle, 32 (86%) n'ont jamais été dépistés par leur médecin traitant. Parmi ces patients agressés jamais dépistés, plus de la moitié d'entre eux (59%) auraient souhaité que leur médecin leur pose la question.

## **IV- Discussion**

### **1) Les violences sexuelles chez les patients hospitalisés pour sevrage en alcool**

#### *a- Prévalence des violences sexuelles*

Dans cette étude, 51% des femmes et 17% des hommes ont rapporté avoir été agressés sexuellement dans leur passé. Les agressions sexuelles regroupent ici les rapports sexuels forcés, les tentatives de rapports forcés, les attouchements sexuels et le harcèlement sexuel. Ces chiffres sont bien supérieurs à ceux retrouvés dans les enquêtes de victimologie effectuées en population générale, même s'ils varient d'une enquête à l'autre selon les méthodes de collecte et la formulation des questions. Dans l'enquête « Contexte de la sexualité en France (CSF) » (2) effectuée en 2006, 16% des femmes et 5% des hommes déclaraient avoir subi un rapport sexuel forcé ou une tentative de rapport forcé. Dans l'enquête Virage (3) de 2015 les chiffres étaient plutôt de l'ordre de 3.7% chez les femmes et de 0.6% chez les hommes. Si l'on ajoute la notion d'attouchement sexuel, les proportions s'élevaient alors de 4.4% dans l'enquête Virage à 20.4% dans CSF chez les femmes et de 1.2% dans Virage à 3% dans l'enquête « Evénements de vie et santé (EVS) » (10) chez les hommes. Même si ces chiffres n'incluent pas la notion de harcèlement sexuel, ils sont très nettement inférieurs à ceux retrouvés dans cette étude.

Concernant la population spécifique des patients souffrant de trouble de l'usage de l'alcool, l'étude de Moncrieff et al (7) menée dans trois services d'addictologie à Londres retrouvait une prévalence d'agression sexuelle similaire de 54% chez les femmes et 24% chez les hommes. Les agressions sexuelles regroupaient les viols, tentatives de viol et attouchements sexuels. Le harcèlement sexuel ne faisait pas parti des éléments recherchés mais les patients étaient questionnés sur d'autres types de violences telles que la prostitution et la pornographie. Dans une autre étude menée aux Etats-Unis dans un grand centre de « désintoxication » auprès de patients consultants pour différents types de dépendance (8), la prévalence des agressions sexuelles était un peu plus faible, de 31% chez les femmes et 6.5% chez les hommes, mais elle ne concernait que les faits survenus dans l'enfance et ne faisait pas préciser le type de violence subie.

Sur l'effectif total des participants à l'étude, la prévalence des violences sexuelles retrouvée était de près de 27% et très significativement différente de la prévalence théorique de 10% utilisée a priori pour déterminer l'échantillon nécessaire à l'étude. L'intervalle de confiance était de plus assez restreint allant de 20% à 35% environ. Ces données sont donc en faveur d'une prévalence globale élevée, bien supérieure à 10%, dans cette population d'étude.

#### *b- Caractéristiques des violences sexuelles*

Plus de la moitié des patients (54%) ayant rapporté un antécédent de violence sexuelle ont subis plusieurs agressions. Les attouchements sexuels sont les agressions les plus fréquemment rapportées (62% des victimes) et 57% des victimes ont subis au moins un viol. Ces données sont proches de celles retrouvées dans l'étude anglaise de Moncrieff et al (61% d'agressions multiples, 59% de viol) sur une population similaire. Dans l'enquête « Impact et prise en charge des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte (IVSEA) »(11) réalisée auprès de victimes de violences sexuelles issues de la population générale, les chiffres étaient un peu plus élevés : 70% d'agressions multiples et 68% de viol, ce qui pourrait être expliqué par un échantillon majoritairement féminin et un possible biais de recrutement.

84% des victimes de cette étude connaissaient leur agresseur et il s'agissait d'un membre de l'entourage proche (famille, ami ou conjoint) dans près de trois quart des cas (74%). En population générale, l'enquête Virage retrouvait que 3 femmes sur 4 étaient agressées sexuellement au sein de l'espace privée.

De même que dans les enquêtes en population générale (Virage et IVSEA), la première agression sexuelle rapportée par les patients de l'étude avait lieu avant l'âge de 18 ans dans la très grande majorité des cas (81%). De plus, de façon marquante, tous les hommes de l'étude qui ont subis des violences sexuelles étaient mineurs au moment des faits. Si cette proportion paraît extrêmement élevée elle reste néanmoins cohérente car elle était de 90% dans l'enquête IVSEA.

Très peu de patients ayant été victime d'une agression sexuelle dans cette étude ont eu recours à la justice : 11% d'entre eux ont déclaré avoir déposé une plainte. Dans l'enquête IVSEA, 31% des victimes avaient déposé plainte mais probablement parce qu'elle a été réalisée auprès d'une population plus sensibilisée aux violences sexuelles. De façon générale, le dernier rapport d'enquête « Cadre de vie et Sécurité »(12) retrouve qu'en moyenne 17% des victimes de viol et tentative de viol ont déposé plainte sur la période 2011-2018. Il est possible que le taux plus faible de dépôt de plainte retrouvé dans cette étude soit lié à la taille de l'échantillon, qui est plus restreint que ceux des enquêtes de victimologie en population générale, ou bien à des facteurs socio-économiques propres à la population étudiée.

Si la prévalence des violences sexuelles semble bien plus élevée dans la population des patients hospitalisés pour trouble de l'usage de l'alcool que dans la population générale, les principales caractéristiques de ces violences sont par contre très similaires.

## **2) Impact des violences sexuelles sur le trouble de l'usage de l'alcool, les co-consommations et les co-morbidités psychiatriques**

### *a- Impact sur le trouble de l'usage de l'alcool et les co-consommations*

Parmi les patients les plus jeunes de l'échantillon de cette étude, il a semblé qu'une plus grande proportion avait subi des violences sexuelles. Cela pourrait suggérer un âge de début des consommations d'alcool et un âge de début des consommations problématiques d'alcool plus jeunes que chez ceux n'ayant pas été agressé sexuellement. Malheureusement, les comparaisons des moyennes d'âge entre les groupes de patient n'ont pas permis de mettre en évidence de différence statistiquement significative.

D'autres études ont montré qu'un antécédent d'agression sexuelle dans l'enfance était associé à un âge de début des consommations d'alcool plus jeune (5), (13) et à un âge de début des consommations problématiques d'alcool plus jeune (7). Dans l'étude de Dube et al (14), les patients victimes d'une agression sexuelle dans l'enfance étaient trois fois plus à risque de commencer à consommer de l'alcool avant 14 ans.

Il est probable que l'absence de significativité des résultats dans cette étude soit liée à la taille de l'échantillon ou à un problème de formulation et de compréhension de ces questions. La méthode de recueil des données sous forme d'auto-questionnaire (versus entretiens ou consultation des dossiers médicaux dans les autres études) peut aussi avoir eu un impact sur la qualité des réponses.

Cependant, le nombre de sevrage était similaire entre les groupes, ce qui a déjà été retrouvé dans la littérature (15).

Par ailleurs, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes concernant la consommation d'autres toxiques que l'alcool. Certains travaux ont pourtant retrouvé une association positive entre antécédent de violence sexuelle dans l'enfance et consommation de drogues injectables (4), (16), possiblement du fait d'échantillons plus grands que ceux de cette étude. Malgré cette association, il semble qu'il n'y ait pas de différence concernant les caractéristiques des troubles de l'usage entre les patients ayant vécu des violences sexuelles ou pas, notamment en terme de fréquence et de sévérité de l'usage de drogue (17), (15).

#### *b- Impact sur les co-morbidités psychiatriques*

Concernant les co-morbidités psychiatriques, une plus grande proportion de patient ayant vécu une agression sexuelle semblait être touchée, en particulier pour la dépression et la bipolarité. Bien que ces résultats soient à interpréter avec prudence du fait de l'auto-détermination de ces diagnostics par les patients, ils semblent cohérents avec le reste de la littérature, aussi bien en population générale que chez les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool.

Les concepts de psycho-traumatisme et de mémoire traumatique permettent d'éclairer ces constatations. Selon McFarlane (18), les troubles psycho-traumatiques sont une réponse universelle et pathognomonique chez tous les sujets ayant vécu des violences et peuvent mener à un état de stress post-traumatique si les symptômes perdurent dans le temps. Jusqu'à 86% des femmes victimes de violence sexuelle dans l'enfance présentaient un état de stress post-traumatique dans l'étude de Rodriguez et al (19). La mémoire traumatique générée par le traumatisme sexuel va de son côté mener à des conduites d'évitement et de contrôle puis à des conduites dissociantes dont la consommation d'alcool ou de drogue qui vont fortement impacter la santé physique et psychique des patients victimes (20).

D'autres études ont retrouvé que les patients victimes de violences sexuelles dans l'enfance issus de la population générale avaient un risque plus important de dépression et de troubles anxieux (4) mais aussi de tentatives de suicide et de troubles du comportement alimentaire (21).

Une méta-analyse plus récente (22) retrouvait une association significative entre la survenue d'une agression sexuelle et le diagnostic au cours de la vie d'un trouble anxieux, d'une dépression, d'un trouble du comportement alimentaire et d'un syndrome de stress post-traumatique, ou la survenue d'une tentative de suicide. Et ce, quelque soit l'âge de survenue de l'agression ou le sexe de la victime. En revanche, dans cette méta-analyse, il n'a pas été retrouvé de données permettant de définir une association avec le développement d'un trouble bipolaire. Il semble cependant que la prévalence des violences sexuelles soit importante également parmi les patients suivis pour trouble bipolaire, même si un lien de causalité ne peut être affirmé (23), (24).

Dans la population spécifique des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool, l'étude de Langeland et al (25) retrouvait qu'une agression sexuelle dans l'enfance était un facteur de risque indépendant de présenter un trouble anxieux (phobie sociale et agoraphobie) ou un syndrome de stress post-traumatique. Ces patients avaient également un risque plus important de présenter plusieurs co-morbidités psychiatriques associées.



L'ensemble de ces résultats est en faveur d'un profil plus complexe en termes de co-morbidités psychiatriques chez les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool ayant un antécédent de violence sexuelle, de part la simple existence de cet antécédent au pouvoir psycho-traumatisant majeur et qui nécessite une prise en charge spécifique.

### **3) Le rôle du médecin traitant**

#### *a- Un dépistage insuffisant*

Dans cette étude, tous les patients hospitalisés pour sevrage en alcool ont été interrogés sur l'existence d'un dépistage des violences survenues dans leur passé par leur médecin. 78% des patients n'avaient jamais été dépistés. Ce chiffre, bien qu'élevé, est un peu meilleur que ceux retrouvés dans la littérature. Dans son enquête « Repérage par le médecin généraliste des violences faites aux femmes : le point de vue des patientes » réalisée auprès de femmes de la population générale consultant leur médecin généraliste, Palisse retrouvait que 93% des femmes n'avaient jamais été dépistées pour les violences sexuelles (26). Dans l'étude de Friedman et al (27) réalisée auprès de patients consultants en soins de premiers recours, 7% des patients avaient déjà été interrogés sur un antécédent de violence physique et 6% sur un antécédent d'abus sexuel.

Parmi les patients victimes de violence sexuelle de cette étude, 31% en avaient déjà parlé à un médecin sans qu'il soit possible de savoir si le sujet a été évoqué spontanément par le patient ou recherché par le médecin. D'après l'enquête « Cadre de vie et sécurité » (12), sur la période allant de 2011 à 2018, 34% des victimes de viol ou tentative de viol ont vu ensuite un médecin, aux urgences ou en consultation. Ces chiffres sont plus élevés que ceux rapportés par Mazza et al (28) en 1996 où seules 9% des femmes agressées sexuellement en avaient parlé à leur médecin. L'étude de Mazza et al étant plus ancienne, on peut supposer que la différence est liée à une plus grande sensibilisation de la population aux violences sexuelles.

Quoiqu'il en soit, le dépistage reste largement insuffisant quelle que soit la population d'étude, puisque 86% des patients victimes de violence sexuelle n'avaient jamais été dépistés dans cette étude et 76% dans celle de Palisse (26).

#### *b- Des patients plutôt favorables au dépistage*

Les résultats concernant l'attente des patients vis-à-vis d'un dépistage des violences par leur médecin sont plus mitigés. Ainsi, 46% des patients qui n'avaient pas été dépistés par leur médecin y auraient été favorables, dont une majorité de femmes, et 47% y étaient défavorables, principalement des hommes. D'autres études ont retrouvé des patients majoritairement favorables à un dépistage systématique (26), (29), y compris parmi les hommes (27). Cette différence s'explique probablement par le fait que 7% des patients concernés par la question n'ont pas répondu. Une formulation différente de la question ou un troisième choix possible comme étant « sans avis » auraient sans doute pu limiter la fragilité de ce résultat.

Les études concernant le dépistage des violences sexuelles ont été principalement effectuées sur des échantillons de femmes de la population générale. Les femmes qui n'y sont pas favorables estiment alors le contexte de consultation inapproprié, le questionnement trop intrusif (30) ou trouvent le sujet tabou (26). Il serait intéressant d'explorer les représentations et les freins de ce dépistage chez les hommes.

Parmi les patients victimes de violence sexuelle qui n'avaient pas été dépistés dans cette étude, 59% auraient souhaités que leur médecin leur pose la question. Dans l'étude de Palisse (26), 75% des femmes victimes répondent qu'elles auraient aimé être interrogées sur l'existence de violence sexuelle par leur médecin. En effet, d'après Wendt et al (30), les femmes victimes de violence sont plus en attente d'être interrogées sur ce sujet que les femmes non victimes. Le chiffre retrouvé dans cette étude est sans doute plus bas car il inclut des patients des deux sexes et les hommes ont semblé moins favorables à ce dépistage de façon générale.

Quel que soit leur historique, d'après plusieurs études, les patients estiment de façon très majoritaire que le repérage et la prise en charge des violences, y compris sexuelles, est du ressort du médecin traitant (26), (27), (29), (31).

Ainsi, les attentes des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool concernant ce repérage ne semblent pas différentes de celles des patients de la population générale, même si les attentes et les freins des patients hommes seraient à préciser par d'autres études. Ce dépistage paraît déterminant vu la forte prévalence des violences sexuelles retrouvée chez cette catégorie de patient.

#### **4) Validité de l'étude**

Dans cette étude transversale descriptive, les deux principaux types de biais à envisager sont les biais de sélection et les biais de mesures.

Les biais de sélection pouvaient intervenir sur la connaissance de l'équipe soignante du statut des patients vis-à-vis de l'antécédent de violence sexuelle car il est de pratique courante dans le service de rechercher ce type d'antécédent. Afin de limiter ce biais d'admission, tous les patients entrant dans le service se voyaient proposer l'étude de manière systématique et précoce après leur arrivée. Par ailleurs, le nombre important de sujets à inclure a nécessité que l'étude s'étende sur deux ans, limitant le biais de sélection de l'échantillon sur la population des patients hospitalisés pour sevrage en alcool.

Le taux de participation a été satisfaisant puisque 80% des questionnaires distribués ont été remplis. Cependant, 6% de ces questionnaires n'ont pas pu être exploités car les sujets n'avaient pas répondu aux questions concernant l'objectif principal de l'étude, entraînant de fait un biais de non-réponse. Ce biais de non-réponse entache également les résultats concernant le souhait de dépistage par le médecin traitant puisque 7% des patients concernés n'y ont pas répondu. Ces questionnaires n'ont pas été exclus de l'analyse car ils concernaient un objectif secondaire de l'étude mais ils fragilisent ces résultats.

Concernant les biais de mesure, il peut exister dans cette étude un biais de mémorisation étant donné que la grande majorité des violences sexuelles vécues par les patients l'ont été dans l'enfance. Les phénomènes de dissociation et d'amnésie traumatique ont aussi pu conduire à un biais d'information de la part des patients agressés. D'autre part, vu le caractère intime et sensible des sujets explorés, il a été privilégié un auto-questionnaire écrit plutôt qu'un questionnaire oral administré par un enquêteur afin de limiter le biais de déclaration et s'affranchir du possible biais de subjectivité d'un enquêteur. Ce choix s'est fait au détriment de la possibilité de clarifier secondairement une réponse mais a permis une bonne participation à l'étude. Le taux de

participation élevée suggère également que le questionnaire, bien que non validé, était facilement compréhensible et acceptable par les patients.

Une autre force de cette étude est d'avoir pu analyser un nombre de réponses important et suffisant pour confronter le critère de jugement principal à l'hypothèse initiale d'une prévalence de violence sexuelle de 10%. Le test de conformité des deux prévalences, retrouvée et théorique, étant très significatif et l'intervalle de confiance étant restreint, il est donc possible de dire que la prévalence des violences sexuelles chez les patients hospitalisés pour sevrage en alcool est bien supérieure à 10%, et très vraisemblablement comprise entre 20 et 35%.

## **V- Conclusion**

La prévalence globale des violences sexuelles chez les patients hospitalisés pour sevrage en alcool est d'environ 27%. La moitié des femmes de cette population et 17% des hommes ont vécu au moins une agression sexuelle, majoritairement dans l'enfance et commise par une personne de leur entourage. Les agressions les plus fréquemment rapportées sont les attouchements sexuels et les viols. Plus de la moitié des patients agressés l'ont été plusieurs fois au cours de leur vie. La prévalence des violences sexuelles chez les patients hospitalisés pour sevrage en alcool est très supérieure à celle retrouvée en population générale mais les caractéristiques des agressions sont sensiblement les mêmes.

Les caractéristiques du trouble de l'usage et les consommations d'autres toxiques n'ont pas semblé différentes entre les deux groupes de patients ce qui est contradictoire avec une partie de la littérature, notamment concernant la sévérité du trouble de l'usage chez les patients avec un antécédent de violence sexuelle. Les co-morbidités psychiatriques sont en revanche plus marquées, particulièrement la dépression et la bipolarité, impliquant une prise en charge psychiatrique plus complexe et prenant en considération le psycho-traumatisme induit par l'agression sexuelle dans la prise en charge globale de l'addiction.

La connaissance de ces chiffres de prévalence très élevés de violence sexuelle chez les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool est capitale pour les soignants et doit permettre d'organiser un dépistage et une prise en charge pluridisciplinaire médicale, psychologique et sociale adaptée au psycho-traumatisme pour les patients concernés.

Le médecin traitant a un rôle à jouer dans cette prise en charge globale par le dépistage systématique des violences sexuelles et l'orientation des patients dépistés. Les patients sont plutôt favorables à ce dépistage, notamment les femmes avec un historique d'agression sexuelle. D'autres études sont nécessaires pour affiner les attentes des patients masculins et explorer leurs possibles réticences. Il serait également intéressant d'évaluer l'état des connaissances des médecins généralistes sur le psycho-traumatisme et leur ressenti vis-à-vis du dépistage et la prise en charge des violences.

Ce dépistage doit ainsi conduire les patients victimes d'agression sexuelle vers un accompagnement et une prise en charge adaptée du psycho-traumatisme subi. Le développement actuel des Centres Régionaux Psychotraumatisme (CRP) et d'unités de victimologie dans les établissements de santé va permettre de rendre ces prises en charge plus efficaces pour les patients et de former les professionnels de santé. Le bénéfice de cette prise en charge spécifique sur l'évolution du trouble de

l'usage de l'alcool, des co-consommations et des co-morbidités psychiatriques associées pourrait faire l'objet d'études complémentaires.

## **VI- Bibliographie**

1. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes. Repères statistiques [Internet]. [cité 7 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/reperes-statistiques/>
2. Bajos N, Bozon M. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Popul Sociétés. 2008;(445).
3. Debauche A, Lebugle A, Brown E, et al. Enquête Violences et Rapports de genre (Virage): Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Paris: Ined; 2017
4. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood Sexual Abuse and Adult Psychiatric and Substance Use Disorders in Women: An Epidemiological and Cotwin Control Analysis. Arch Gen Psychiatry. 1 oct 2000;57(10):953-9.
5. Sartor CE, Lynskey MT, Bucholz KK, McCutcheon VV, Nelson EC, Waldron M, et al. Childhood sexual abuse and the course of alcohol dependence development: Findings from a female twin sample. Drug Alcohol Depend. 10 juill 2007;89(2-3):139-44.
6. Magnusson Å, Lundholm C, Göransson M, Copeland W, Heilig M, Pedersen NL. Familial influence and childhood trauma in female alcoholism. Psychol Med. févr 2012;42(2):381-9.
7. Moncrieff J, Drummond DC, Candy B, Checinski K, Farmer R. Sexual abuse in people with alcohol problems. A study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behaviour. Br J Psychiatry J Ment Sci. sept 1996;169(3):355-60.
8. Brems C, Johnson ME, Neal D, Freeman M. Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. Am J Drug Alcohol Abuse. nov 2004;30(4):799-821.
9. Paille F. L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France. Bull Epidémiol Hebd. 2015;24-25:440-9.
10. Cavallin C. Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête Événements de vie et santé (1/2). Etudes Résultats. 2007;(598).
11. Association mémoire traumatique et victimologie. Enquete IVSEA Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'age adulte [Internet]. [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf>
12. Ministère de l'Intérieur. Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019 [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
13. Zlotnick C, Johnson DM, Stout RL, Zywiak WH, Johnson JE, Schneider RJ. Childhood abuse and intake severity in alcohol disorder patients. J Trauma Stress. déc 2006;19(6):949-59.

14. Dube SR, Miller JW, Brown DW, Giles WH, Felitti VJ, Dong M, et al. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *J Adolesc Health*. 1 avr 2006;38(4):444.e1-444.e10.
15. Pirard S, Sharon E, Kang SK, Angarita GA, Gastfriend DR. Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend*. 4 avr 2005;78(1):57-64.
16. Prangnell A, Imtiaz S, Karamouzian M, Hayashi K. Childhood abuse as a risk factor for injection drug use: A systematic review of observational studies. *Drug Alcohol Rev*. janv 2020;39(1):71-82.
17. Charney DA, Palacios-Boix J, Gill KJ. Sexual abuse and the outcome of addiction treatment. *Am J Addict*. 3 avr 2007;16(2):93-100.
18. McFarlane A. Can debriefing work? Critical appraisal of theories of interventions and outcomes, with directions for future research. In: Raphael B, Wilson J, éditeurs. *Psychological Debriefing: Theory, Practice and Evidence*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 327-36.
19. Rodriguez N, Ryan SW, Vande Kemp H, Foy DW. Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: a comparison study. *J Consult Clin Psychol*. févr 1997;65(1):53-9.
20. Salmona M. Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In Coutanceau R, Smith J (eds.). *Traumatisés et résilients*. Paris : Dunod, 2012.
21. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl*. 1996;20(1):7-21.
22. Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. juill 2010;85(7):618-29.
23. Maniglio R. Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 1 juin 2013;33(4):561-73.
24. Romero S, Birmaher B, Axelson D, Goldstein T, Goldstein BI, Gill MK, et al. Prevalence and Correlates of Physical and Sexual Abuse in Children and Adolescents with Bipolar Disorder. *J Affect Disord*. janv 2009;112(1-3):144-50.
25. Langeland W, Draijer N, van den Brink W. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: the role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcohol Clin Exp Res*. mars 2004;28(3):441-7.
26. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. Thèse de doctorat: Médecine: Spécialité médecine générale: Paris Descartes: 2013; 165.
27. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. *Arch Intern Med*. juin 1992;152(6):1186-90.

28. Mazza D, Dennerstein L, Ryan V. Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. *Med J Aust.* 1 janv 1996;164(1):14- 7.
29. Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Richardson J, Moorey S, Cotter S, et al. Sexual violence against adult women primary care attenders in east London. *Br J Gen Pract.* 2003;5.
30. Wendt E, Hildingh C, Lidell E, Westerståhl A, Baigi A, Marklund B. Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(5):590- 5.
31. Vignocan L, Monti M. « Que puis-je faire pour vous? » La consultation de médecine générale: attente des femmes ayant vécu des violences sexuelles. Thèse de doctorat: Médecine: Spécialisté médecine générale: Toulouse: 2016; 2016 TOU3 1018.

## **Annexe 1**

### **QUESTIONNAIRE DE THESE**

Ce questionnaire **anonyme** a pour objet d'étudier votre parcours de soins et la survenue ou non de violences sexuelles au cours de votre vie dans le cadre de ma thèse de fin d'étude.

Afin de garantir la confidentialité de vos réponses, une enveloppe vous a été remise et vous pourrez déposer ce questionnaire dans la boîte aux lettres se trouvant à l'entrée du service. Le fait de déposer ce questionnaire dans la boîte signifie que vous acceptez de participer à l'étude.

*Pour en savoir plus sur ce travail universitaire et sur la façon dont il est conduit, reportez-vous à la notice ci-jointe.*

*Si vous avez déjà répondu à ce questionnaire, merci de ne pas renouveler votre participation.*

#### **Q1 : S'agit-il de votre premier sevrage en alcool ?**

- Oui
- Non

#### **Q2 : A quel âge avez-vous commencé à consommer de l'alcool ?**

\_\_\_\_\_

#### **Q3 : Consommez-vous ou avez-vous consommé de façon régulière d'autres produits ?**

- Tabac
- Cannabis
- Cocaïne
- Héroïne
- Autres : \_\_\_\_\_
- Aucun

#### **Q4 : A quel âge diriez-vous que vos consommations d'alcool ont commencé à poser problème ?**

\_\_\_\_\_

#### **Q5 : Avez-vous déjà été suivi ou traité pour :**

- Une dépression
- De l'anxiété
- Une bipolarité
- Un trouble du comportement alimentaire type anorexie ou boulimie
- Un syndrome de stress post-traumatique
- Aucun
- Autre(s), précisez : \_\_\_\_\_

**Q6 : Au cours de votre vie, avez-vous déjà été victime de violence ?**

- Oui
- Non

**Q7 : Au cours de votre vie, avez-vous déjà été victime de violence sexuelle ?**

- Oui
- Non

**Si vous avez répondu NON, merci de vous reporter directement à la question 16.**

**Q8 : Si oui, de quel(s) type(s) ?**

- Attouchement
- Harcèlement sexuel
- Tentative de viol
- Viol

*Le viol est un crime défini juridiquement par les articles 222-23 à 222-26 du Code Pénal comme « 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. »*

*Les agressions sexuelles autres que le viol sont définies par « un acte à caractère sexuel sans pénétration commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise »*

**Q9 : Connaissiez-vous la personne qui vous a agressé ?**

- Oui
- Non

**Q10 : Si oui, était-ce un membre de votre entourage proche (conjoint, famille, etc.) ?**

- Oui
- Non

**Q11 : Si vous avez été agressé sexuellement, quel âge aviez-vous lorsque cela s'est passé pour la première fois ?**

\_\_\_\_\_

**Q12 : Cela s'est-il reproduit par la suite ?**

- Oui
- Non



**Q13 : Si vous avez été agressé sexuellement, avez-vous déposé une plainte ?**

- Oui
- Non

**Q14 : Si vous avez été agressé sexuellement, avez-vous déjà raconté à quelqu'un ce qui vous était arrivé ?**

- Oui
- Non

**Q15 : Si oui, à qui ?**

- Un(e) amie
- Un(e) membre de la famille
- Un médecin
- Un(e) psychologue
- Autre : \_\_\_\_\_

**Q16 : Votre médecin traitant vous a-t-il déjà demandé si vous aviez subi des violences au cours de votre vie ?**

- Oui
- Non

**Q17 : Si non, auriez-vous aimé qu'il (elle) le fasse ?**

- Oui
- Non

**Q18 : Vous êtes :**

- Un homme
- Une femme

**Q19 : Vous avez :**

- Moins de 20 ans
- Entre 20 et 34 ans
- Entre 35 ans et 49 ans
- Entre 50 ans et 69 ans
- Plus de 70 ans

**Merci pour votre participation !**

## Annexe 2

### Information aux participants

Dans le cadre de ma thèse de fin d'études, je souhaite étudier le parcours de vie des personnes présentant un « trouble de l'usage de l'alcool » et notamment l'existence ou non de violences sexuelles dans leur passé. Les résultats de cette étude pourraient permettre d'améliorer leur prise en charge globale.

Cette recherche s'effectue par le biais du questionnaire anonyme qui vous a été remis à votre entrée dans le service. **Vous n'avez pas l'obligation d'y répondre.** Prenez le temps de lire cette note d'information et de poser vos éventuelles questions sur l'étude aux membres de l'équipe soignante.

**Si vous décidez de remplir le questionnaire, veuillez noter que le fait de le déposer dans la boîte prévue à cet effet signifie que vous acceptez de participer à l'étude. Le fait de répondre ou non au questionnaire ne modifiera pas votre prise en charge.** Vous pouvez changer d'avis à tout moment.

Si vous refusez de participer à cette étude, cela n'affectera en rien les soins qui vous seront proposés ni votre relation avec l'équipe soignante.

Les données recueillies sont strictement **confidentielles** et ne seront pas connues de l'équipe de soins, sauf volonté de votre part. Je m'engage à ne collecter que les données pertinentes, adéquates et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées.

Les données collectées sont destinées uniquement à ce travail universitaire et au jury universitaire qui examinera ce travail. Elles ne seront conservées que pendant la durée de ce travail universitaire et jusqu'à sa publication.

En tant que promoteur de l'étude et responsable de traitement, les informations recueillies dans le questionnaire seront transposées et enregistrées dans un fichier informatisé par mes soins. Conformément à la *loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée* et au *Règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016* relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD), l'utilisation de vos données personnelles est fondée sur la dérogation de traiter des données de santé à des fins de recherche scientifique (*article 9*) et l'intérêt public (*article 6.1.e mission d'intérêt public*). Ces informations ne permettront en aucun cas de vous identifier directement.

Vos données ne seront pas transférées à l'étranger, mais pourront, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Vous pouvez accéder aux données personnelles vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données.*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/plaintes>).*

Merci par avance pour votre participation.

Marianne MASSIAS, interne de Médecine Générale

Promoteur de l'étude et responsable de traitement p/o Université de Bordeaux

146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX

## **Titre : Trouble de l'usage de l'alcool et antécédent de violence sexuelle : une étude de prévalence**

**Résumé :** De nombreuses études ont retrouvé une association positive entre la présence d'un antécédent de violence sexuelle et le développement ultérieur d'un trouble de l'usage de l'alcool. Peu d'études ont étudié la prévalence des violences sexuelles au sein de cette population spécifique. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence des violences sexuelles chez les patients hospitalisés pour sevrage en alcool. Les caractéristiques du trouble de l'usage, les co-morbidités psychiatriques et les co-consommations ont été comparées entre les groupes. Le rôle du médecin traitant dans le dépistage des violences était aussi étudié. L'étude s'est déroulée dans le service d'addictologie de l'Hôpital Suburbain du Bouscat. Il s'agissait d'un auto-questionnaire remis à tous les patients entrant dans le service pour sevrage en alcool, en excluant les mineurs et les majeurs protégés. La prévalence globale des violences sexuelles était d'environ 27% dans la population étudiée. 50% des femmes et 17% des hommes étaient concernés. Les violences les plus fréquentes étaient les attouchements et les viols. Les caractéristiques des agressions étaient similaires à celles de la population générale. Les co-morbidités psychiatriques étaient plus marquées chez les patients agressés, notamment la dépression et la bipolarité de façon significative. Les patients étaient plutôt favorables à un dépistage par leur médecin traitant. Ces résultats sont en faveur d'un dépistage systématique des violences sexuelles chez les patients ayant un trouble de l'usage de l'alcool afin d'intégrer la prise en charge du psycho-traumatisme à la prise en charge de leur addiction.

**Mots clés :** Alcoolisme, violence sexuelle chez l'enfant, traumatisme psychologique

---

## **Title : Alcohol use disorder and history of sexual abuse: a prevalence study**

**Abstract :** Many studies have found a positive association between a history of sexual assault and the course of further alcoholic dependence. Few have studied the prevalence of sexual abuse in this specific population. This study aimed to determine the prevalence of sexual abuse in patients attending detoxification units. Drinking behaviors, psychiatric comorbidities and co-addictions were also studied. The general practitioner's role in violence screening was studied as well. The study took place in the addiction service of the Suburban Hospital in Le Bouscat. A self-completion questionnaire was administered to all patients attending alcohol detoxification, except for patients aged under eighteen or on guardianship. The global prevalence of sexual abuse was about 27%. Half of the women and 17% of men were concerned. Unwanted sexual touching and rapes were the most common abuses reported. Sexual assaults' features were the same as in the general population. Depression and bipolar disorder were significantly associated with a history of sexual abuse. Most of the patients agreed that it was their general practitioner's role to screen for violence. These results show the importance of a systematic screening for sexual abuse in patients with alcohol use disorder as the induced psychological trauma strongly impacts their addiction care.

**Keywords :** Alcoholism, child sexual abuse, psychological trauma

---