



HAL
open science

La santé génésique et psychique des femmes victimes de violences sexuelles en France en 2020 selon une revue de la littérature

Marine Juppont

► **To cite this version:**

Marine Juppont. La santé génésique et psychique des femmes victimes de violences sexuelles en France en 2020 selon une revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870543

HAL Id: hal-03870543

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870543>

Submitted on 24 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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

METZ

*La santé génésique et psychique
des femmes victimes de violences sexuelles
en France en 2020
selon une revue de la littérature*

Mémoire présenté par
JUPPONT Marine

Née le 4 janvier 1996

Directeur de mémoire : MERGEN MOREL Catherine
Sage-Femme Enseignante (Metz)

Expert de mémoire : MANESSE Angélique
Psychologue UMJ (Metz)

Promotion 2016-2020

REMERCIEMENTS

A ma directrice de mémoire, Madame Mergen Morel qui, avec bienveillance, confiance et écoute, a consacré beaucoup de temps à la finalisation de ce travail.

A mon experte, Madame Angélique Manesse, qui m'a accompagné avec patience, disponibilité et apporté de judicieux conseils contribuant à alimenter ma réflexion.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'avoir participé à la bonne réalisation de ce travail.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes ressources pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire.

Un grand merci à tous les professionnels que j'ai pu rencontrer au cours de ma formation, à toutes les structures qui m'ont accueillie et m'ont permis d'être la sage-femme en devenir que je suis aujourd'hui. A toutes ces personnes, soyez assurées de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville, l'Université de Lorraine et l'école de Sage Femme Pierre Morlane de Metz, qui m'ont permis de réaliser cette formation qui me tenait à cœur depuis longtemps.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de mon école de Sage Femme et les intervenants professionnels qui ont été présents pendant ces quatre années de formation.

A mes parents, ma sœur, ma tante et mes amis qui ont été d'un soutien précieux constant et m'ont toujours encouragé durant ma formation.

A toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail de fin d'étude.

GLOSSAIRE

AIEM : Association d'Information et d'Entraide Mosellane
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
CSA : Consommation de Soins Ambulatoires
CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux
CFCV : Collectif Féministe Contre le Viol
CHR : Centre Hospitalier Régional
CLS : Contrat Local de Santé
CMT : Consommation Médicale Totale
CP : Code Pénal
CSF : Contexte de la Sexualité en France
CVS : Cadre de Vie et Sécurité
DGS: Direction Générale de la Santé
EMDR : Eye Movement Desensibilisation and Reprocessing
ENVEFF : Enquête Nationale des Violences faites Envers les Femmes en France
FFCRIAVS : Fédération Française des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles
FNSF : Fédération Nationale Solidarité Femme
FRA : Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires
INED : Institut National d'Etudes Démographiques
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de Santé Et de la Recherche Médicale
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
ITT : Incapacité Totale de Travail
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MAP : Menace d'Accouchement Prématuro
MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains
MLF : Mouvement de Libération de la Femme
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDRP : Observatoire Nationale de la Délinquance et des Réponses Pénales
ONU : Organisation des Nations Unies
PMI : Protection Maternelle et Infantile
SA: Semaine d'Aménorrhée
SVS : Stop aux Violences Sexuelles

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique

UGO : Urgences Gynéco-Obstétricales

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

WHO : World Health Organization

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
PARTIE 1	8
1. PREMIERE APPROCHE DES VIOLENCES SEXUELLES	8
1.1. UN ASPECT PLURIEL	8
1.1.1. <i>L'évolution de la considération des violences sexuelles</i>	8
1.1.2. <i>Définitions des principaux termes employés</i>	9
1.1.3. <i>Des violences sexuelles visibles : les mutilations</i>	11
1.1.4. <i>Quels sont les droits sexuels des femmes?</i>	11
1.2. SANTE PUBLIQUE	12
1.2.1. <i>Epidémiologie</i>	12
1.2.2. <i>Principales enquêtes françaises</i>	13
1.2.3. <i>Morbidité induite par les violences sexuelles</i>	14
1.2.4. <i>Point de vue sur l'économie de la santé : quel impact ?</i>	15
1.3. PARCOURS DES VICTIMES	16
1.3.1. <i>Un long chemin vers la guérison</i>	16
1.3.2. <i>Moyens actuels mis en place</i>	16
1.3.3. <i>Quelle place prendre en tant que sage-femme ?</i>	18
1.3.4. <i>Les freins à la mise en place d'un dépistage systématique</i>	18
1.3.5. <i>Formations proposées pour pallier au manque de connaissances</i>	19
PARTIE 2	20
2. PRESENTATION DE L'ETUDE	20
2.1. TYPE D'ETUDE	20
2.2. OBJECTIF DE L'ETUDE	20
2.3. HYPOTHESES.....	20
2.4. PRESENTATION DES ETUDES	21
2.4.1. <i>Critères d'inclusion</i>	21
2.4.2. <i>Critères de non-inclusion</i>	21
2.4.3. <i>Critères d'exclusion</i>	21
2.4.4. <i>Présentation des articles choisis</i>	21
PARTIE 3	27
3. RESULTATS	27
3.1. LES CARACTERISTIQUES DES VICTIMES.....	27
3.1.1. <i>L'âge au moment des faits</i>	27
3.1.2. <i>La catégorie socioprofessionnelle de la victime</i>	28
3.1.3. <i>Les croyances sexuelles</i>	29
3.2. LA CONNAISSANCE DE L'AUTEUR DES FAITS	29
3.3. LE CARACTERE REPETE DES ACTES.....	30
3.4. LES CONSEQUENCES SUR LA VIE D'ADULTE	31
3.5. LE PARCOURS DE LA VICTIME	31
3.5.1. <i>Un long silence</i>	31
3.5.2. <i>Le parcours judiciaire et la prise en charge</i>	33
3.5.3. <i>Les réparations physiques dans le cas spécifique des mutilations sexuelles</i>	34
PARTIE 4	35
4. DISCUSSION	35
4.1. LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LIMITES DE L'ETUDE	35
4.2. BIAIS DE SELECTION	35

4.3. UN PROFIL TYPE DES VICTIMES ?.....	35
4.3.1. <i>Les critères de vulnérabilité</i>	35
4.3.2. <i>Des conséquences impactant sur la santé des femmes à court, moyen, et long terme</i>	36
4.3.3. <i>Le lien avec l'auteur des violences et la propension des victimes à en parler</i>	36
4.4. PRISE EN CHARGE DES VICTIMES.....	37
4.4.1. <i>Les doutes pouvant être rencontrés chez les sages-femmes</i>	37
4.4.2. <i>Les invisibles parmi les visibles</i>	39
4.4.3. <i>Réaliser l'importance de considérer ces violences</i>	39
4.5. QU'EN EST-IL SUR LE TERRITOIRE MESSIN ?.....	42
4.5.1. <i>La création d'un service spécifique : l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ)</i>	42
4.5.2. <i>La prise de conscience de l'importance des violences faites aux femmes</i>	42
4.5.3. <i>Les formations proposées au sein du CHR</i> :.....	43
4.5.4. <i>Les violences faites aux femmes au sein de la ville de Metz</i>	43
4.6. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME.....	44
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	47
ANNEXES	53

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé génésique comme étant « *le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités* » et la santé sexuelle comme : « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. Elle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risque, ni coercition, discrimination et violence. Pour qu'elle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis.* » [1-2] Ainsi, cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité.

Les violences sexuelles vont à l'encontre de cet état de bien être, ce sont des armes détruisant et dégradant la victime, la soumettant et la réduisant à l'état d'objet voire d'esclave sexuel. Elles sont exercées par rapport de force et de domination d'une personne sur l'autre quelque soit le procédé utilisé par l'agresseur (intimidation, manipulation, humiliation, etc.). Portant atteinte à la dignité d'une personne, elles ne sont pas une fatalité et sont des infractions graves punies par la loi.

Lors de mes premiers contacts avec l'univers hospitalier, je fus interpellée par l'attitude détachée de certains professionnels de santé au sujet des violences, et plus particulièrement celles concernant la sexualité. Je me suis donc interrogée sur les raisons de ce détachement et sur l'impact que les violences sexuelles ont sur la santé des victimes. En France, les maladies sexuellement transmissibles, les addictions, la sécurité routière font l'objet aujourd'hui d'ambitieuses politiques de prévention. A l'heure actuelle, ce n'est pas encore complètement le cas des violences sexuelles. Devant ce manquement, les victimes ont alerté l'opinion publique sur l'ampleur de ce phénomène grâce à des mouvements naissants tels que « #MeToo », « #BalanceTonPorc », qui se sont rapidement propagés sur les réseaux sociaux. A la suite de ce cri d'alerte, le gouvernement français a demandé le renfort d'études incluant pleinement ces violences : les enquêtes annuelles Cadre de Vie et Sécurité (CVS) organisées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), Virage par l'Institut National d'Études Démographiques (INED), et les études épidémiologiques de l'association Stop aux Violences sexuelles (SVS), etc.

Le problème des violences sexuelles touche aussi bien les hommes que les femmes, quoique dans des proportions inégales. En moyenne, chaque année entre 2011 et 2018, 0,6 % des femmes âgées de 18 à 75 ans ont déclaré avoir subi des violences sexuelles hors ménage contre 0,2 % des hommes du même âge selon le rapport d'enquête CVS de 2019. [3]

Ce mémoire traitera plus particulièrement des violences sexuelles faites aux femmes car le rôle de la sage-femme est d'assurer leur santé génésique, rendant ainsi leur rôle plus important dans le dépistage et l'assistance des femmes vis-à-vis des violences sexuelles. Il est en effet libre à chaque professionnel de santé de questionner ou non sur l'existence de ces violences chez ses patientes. Sujet souvent tabou touchant à l'intimité, manque de formations pour les professionnels de santé, l'appréhension d'une réponse positive, la méconnaissance des procédures à suivre et des recommandations récentes émises par la Haute Autorité de Santé (HAS), sont des freins pouvant aller à l'encontre d'un dépistage systématique. Par l'élargissement de son champ de compétences permis par la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) de 2009, la sage-femme peut proposer un suivi à tout moment de la vie des femmes (consultation gynécologique, prescriptions contraceptives, etc). Ainsi, ceci lui apporte toute sa place dans ce dépistage et la prise en charge des victimes.

Il s'agira ici de décrire l'impact qu'ont les violences sexuelles sur la santé génésique et psychique des femmes et leurs prises en charge en France en 2020. Ce travail de recherche proposera dans une première partie, le cadre définissant ce type de violences, puis présentera secondairement, la revue de la littérature réalisée. Puis, les résultats exposés dans une troisième partie permettront d'émettre une discussion sur cette problématique qui me tient à cœur.

Partie 1

1. PREMIERE APPROCHE DES VIOLENCES SEXUELLES

1.1. UN ASPECT PLURIEL

1.1.1. L"évolution de la considération des violences sexuelles

La sexualité est un phénomène social qui a été plus ou moins réglementé selon les époques, les sociétés, les cultures. Les violences sexuelles ont ainsi évolué au fil du temps tant sur leurs définitions, statuts (enfants, femmes, hommes) que dans la considération de leurs répercussions.

Ce n'est que le 23 décembre 1980 que la définition légale du viol est pour la première fois énoncée : *« tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise, est un viol et un crime »*.

Partant de cela, de nombreux événements vont en découler :

5 septembre 1990 : La cour de cassation reconnaît pour la première fois le viol entre époux. Jusque là l'acte sexuel était considéré comme un devoir conjugal, il devient condamnable de 15 ans de réclusion à l'époque, puis sera majoré par la suite à 20 ans.

1993 : L'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU) adopte la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes définissant celle-ci comme : *« tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée »*. Elle englobe ainsi sans y être limitée, les formes de violences physiques, sexuelles et psychologiques telles que :

- La violence d'un partenaire intime (coups, violences psychologiques, viol conjugal, féminicide) ;
- La violence sexuelle et le harcèlement (viol, actes sexuels forcés, avances sexuelles non désirées, abus sexuels sur enfants, mariage forcé, harcèlement dans la rue, harcèlement criminel, cyber-harcèlement) ;
- Le trafic d'êtres humains (esclavage, exploitation sexuelle) ;
- La mutilation génitale féminine ;
- Le mariage précoce. [4]

17 juin 1998 : La loi n°98-468 renforce la défense et la protection des victimes par la répression des infractions sexuelles et le suivi socio-judiciaire des délinquants sexuels. [5]

25 novembre 1999 : L'ONU crée la Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes.

4 avril 2006 : La mise en place de la loi n°2006-399 renforce la présomption simple du consentement à l'acte sexuel y compris pour un couple marié, et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. [6]

14 mars 2007 : Le numéro 3919 est créé, numéro de téléphone national pour les victimes ou témoins de violences conjugales. Il propose une écoute, informe et oriente vers des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge. Il garantit l'anonymat des personnes appelantes.

6 août 2012 : Une nouvelle définition du harcèlement sexuel est votée en procédure d'urgence par le parlement, elle établit des circonstances aggravantes et détermine les sanctions qui y sont associées. Elle apporte la notion nouvelle d'identité sexuelle à l'article 6 de la loi du titre I du statut général, et définit comme circonstance aggravante une infraction commise sur une personne transsexuelle.

4 juillet 2014 : La France signe la convention d'Istanbul, premier traité européen portant sur les violences faites aux femmes, montrant une volonté de résoudre un problème public en proposant un cadre de prévention, protection des victimes et condamnations des auteurs. Sont mis en place : la formation des professionnels de santé, les campagnes de sensibilisation, l'ouverture de services d'assistants téléphoniques gratuits 24h/24. [7]

27 février 2017 : La loi n°2017-242 prévoit de doubler les délais en matière de prescription pénale pour les crimes et les délits initialement définis par la loi du 9 mars 2004. Ainsi, ce délai passe de dix à vingt ans en matière criminelle et de trois à six ans pour les délits de droit communs. [8]

3 août 2018 : La lutte contre les violences sexuelles et sexistes est légalement renforcée par un arrêté portant le délai de prescription des infractions sexuelles commises à l'encontre d'un mineur de 20 à 30 ans. Elle réprime plus sévèrement les infractions sur mineurs, élargit la définition du harcèlement en ligne et crée une infraction d'outrage sexiste réprimant le harcèlement dit « de rue ». [9]

1.1.2. Définitions des principaux termes employés

1.1.2.1. Le harcèlement sexuel

Il est initialement évoqué dans deux textes législatifs : l'article L1153-1 du code du travail et la loi 83-634 du 13 juillet 1983 dans son article 6 ter. Puis il a rejoint le Code Pénal (CP) selon l'article 222-33 modifié par la loi du 3 août 2018, pour répondre aux 2 axes suivants:

- I- *« Fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste 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 ;*

Il- Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers » [10]

Depuis quelques années, il fait l'objet d'une jurisprudence importante.

La limite entre drague et harcèlement sexuel est mince ce qui fait toute la difficulté dans leur distinction. Ils peuvent cependant se différencier par la présence de rapport de force ou de manque de respect retrouvés dans le cadre du harcèlement, la drague faisant partie du « jeu amoureux ».

1.1.2.2. Les violences sexuelles

En dégager une définition unique est complexe au vu de la pluralité d'actes, d'auteurs et des situations rencontrées. Ce terme ne figure nulle part dans le CP. L'article 222-22 utilise le terme d'agression sexuelle et définit ce délit ainsi : « *Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.* » [11]

Cinq zones à caractère sexuel ont été retenues par le CP : fesses, sexe, seins, bouche, et entre les cuisses. Pour les victimes, ce n'est pas la nature de l'acte qui définit la violence mais l'imposition de l'acte à une personne qui n'y consent pas.

1.1.2.3. Le consentement: « céder n'est pas consentir » (Nicole Claude Mathieu, anthropologue française contemporaine, 1985)

Tant d'un point de vue juridique que sociologique, le consentement/non consentement n'était nullement pris en considération il y a encore moins d'un siècle : les pratiques sexuelles étant largement prohibées puisque vues comme transgressives d'un point de vue religieux.

Selon la jurisprudence, une personne consentante est une personne consciente et lucide qui est en mesure d'accorder, de révoquer ou de refuser son consentement tout au long de la relation sexuelle et ce, pour chaque acte sexuel effectué. Selon la loi française, il doit donc y avoir l'absence de :

- Violence ;
- Contraintes : recours à des pressions physiques ou morale, abus de sa position ;
- Menaces : annonces de représailles en cas de refus de la victime ;
- Surprise : recours à un stratagème pour surprendre la victime, abuser de son état d'inconscience, d'alcoolémie, etc. [12]

Le pédopsychiatre psychanalyste Patrice Heurle relève plusieurs modalités de contraintes: agir à la suite d'un chantage, à une menace (contrainte externe), mais aussi par peur d'être exclue si la personne ne se comporte pas comme les autres (contrainte interne) enrichissant ainsi l'ambiguïté du consentement. Pour les adolescents, l'effet de groupe les incite parfois à commettre des actes qu'ils réprouvent eux-mêmes. [13]

1.1.2.4. Le viol

Le viol ou sa tentative se distingue des autres agressions sexuelles car il a le statut de crime. Il est constitué par « *tout acte de pénétration, de quelque nature qu'il soit* », ce qui inclut les pénétrations vaginales, anales, buccales, par le sexe ou par un objet quelconque. [14]

Il est clairement défini par le comportement de l'auteur sans y inclure clairement la notion de consentement.

1.1.2.5. Le délai de prescription

Régit par la loi du 9 mars 2004, il correspond au temps au-delà duquel l'auteur d'une infraction ne peut plus être poursuivi. Il permet à une victime mineure au moment des faits de disposer de la possibilité d'agir 20 ans après sa majorité. Sa durée a évolué au fil des lois (27 février 2017) ou projet de loi (16 mai 2018), comme évoquée dans la partie 1.1.1. [15]

1.1.2.6. Les mutilations sexuelles

Elles correspondent à une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes ainsi qu'une atteinte à leur intégrité physique. Il s'agit de pratiques traditionnellement néfastes. Elles désignent toutes les interventions sur les organes sexuels féminins sans raisons médicales. [16]

1.1.3. Des violences sexuelles visibles : les mutilations

Il existe quatre types différents de mutilations. L'excision (80% des cas) et l'infibulation sont les formes les plus fréquentes (1). Elles sont pratiquées essentiellement sur le continent africain, les femmes concernées vivant en France sont originaires de pays d'Afrique de l'Est (Soudan, Somalie), d'Afrique de l'Ouest (Mali, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Sénégal), mais aussi d'Egypte. La Convention d'Istanbul les considère comme une violation grave des droits humains des femmes et des filles et affirme que « *la culture, la coutume, la religion, la tradition ou le prétendu « honneur » [ne peuvent être] considérés comme justifiant des actes de violences* ».

La loi française condamne l'acte commis à l'étranger si la victime est française, ou si étrangère, elle réside habituellement en France. La victime peut donc porter plainte jusqu'à 20 ans après sa majorité, pour condamner ces pratiques devant la justice française (article 222-16-2 du CP). [16]

1.1.4. Quels sont les droits sexuels des femmes?

En 2002, dans son rapport mondial sur la violence et la santé, l'OMS évoque les conséquences de ces violences : « *La violence sexuelle a de profondes répercussions sur la santé physique et mentale de la victime. Outre les traumatismes physiques, elle est associée à un risque accru de*

nombreux problèmes de santé sexuelle et génésique, dont les conséquences se font sentir immédiatement, mais aussi des années après l'agression. »

Ainsi, des droits sexuels précis en résultent:

- *« Le droit de jouir du meilleur état de santé sexuelle possible grâce notamment à l'accès à des services médicaux spécialisés en matière de santé sexuelle et de reproduction ;*
- *Le droit de demander, d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité ;*
- *Le droit à une éducation à la sexualité ;*
- *Le droit au respect de son intégrité physique ;*
- *Le droit au choix de son partenaire ;*
- *Le droit de décider d'avoir une vie sexuelle ou non ;*
- *Le droit à des relations sexuelles consensuelles ;*
- *Le droit à un mariage consensuel ;*
- *Le droit de décider d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants, au moment de son choix ;*
- *Le droit d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque. [17] »*

Ces droits fondamentaux étant enfreints lors des violences sexuelles, des mesures sont mises en place pour condamner les auteurs de ces atrocités. Les condamnations varient selon l'âge de la victime. Le viol étant un crime, l'auteur risque en principe 15 ans de prison si la victime est majeure au moment des faits, mais de nombreuses circonstances aggravantes peuvent étendre la peine à 20 ans (commis par un ascendant, par le conjoint, sur une personne vulnérable, entraînant une mutilation). La tentative de viol encourt les mêmes sanctions. L'agression sexuelle sur une majeure est un délit répressible de 5 ans de prison et 75 000 euros d'amende, peine augmentée en cas de circonstances aggravantes également.

Ces peines sont d'autant plus sévères si elles ont lieu sur des mineurs. [18] (II)

En 2013, la volonté de renforcer la protection des mineurs a fait naître deux nouvelles infractions dans le code pénal, retrouvées dans l'article 227-24-1 de la loi n°2013-711 pour:

- *« Le fait d'inciter une mineure à subir une mutilation sexuelle, par des offres, des promesses, des dons, présents ou avantages quelconques ou en usant contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature, est puni de 5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende ;*
- *Le fait d'inciter autrui à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'un mineur est puni des mêmes peines. »*

1.2. SANTE PUBLIQUE

1.2.1. Epidémiologie

Le quatrième plan interministériel mis en place par l'Etat, réalisé entre 2014 et 2016, révèle un meilleur repérage des violences de tous types et une meilleure prise en charge des

victimes. Leur nombre n'a pour autant pas diminué. Cela ne veut pas dire que les mesures préventives ne sont pas efficaces, la libération de la parole des femmes par rapport aux anciennes générations, la prise de conscience du caractère illégal de certaines pratiques, le recul de « l'obligation du devoir conjugal », la médiatisation de grandes affaires par exemple l'affaire Weinstein, peuvent expliquer ce nombre constant.

Malheureusement aujourd'hui encore, en France, une femme est violée toutes les sept minutes. L'enquête CVS annuelle rapporte que chaque année 94 000 femmes âgées de 18 à 75 ans déclarent être victimes de viols ou de tentatives de viols (soit environ 250 par jour en France). Ces chiffres édifiants ne sont qu'une estimation car l'enquête ne repose que sur les faits ayant été déclarés par les victimes, bon nombre restent silencieuses, et éloignant ainsi cette valeur de la réalité. A cela s'ajoute, 53 000 femmes adultes excisées résidant sur le territoire français selon l'INED. [19]

1.2.2. Principales enquêtes françaises

Deux grandes enquêtes pionnières ont été menées en France :

- **L'Enquête Nationale des Violences faites Envers les Femmes en France (ENVEFF)** a été réalisée de mars à juillet 2000 auprès d'un échantillon de 6970 femmes interrogées par téléphone, âgées de 20 à 59 ans, résidant en métropole et hors institutions. Cette enquête de victimation a porté sur les violences subies par les femmes dans différentes sphères (espaces publics, travail ou études, famille et proches, couple, relations avec un ancien conjoint) et à différentes périodes (au cours des douze derniers mois, de la vie d'adulte, durant l'enfance ou à l'adolescence). Elle aborde les situations de violence sans jamais la nommer explicitement afin de ne pas engendrer de blocage de la part de la personne sondée (« *rapport forcé* » remplaçant le terme « *viol* » par exemple).

Les principaux résultats montrent que les répondantes avaient dans l'ensemble tendance à minimiser les situations vécues, mais indiquent cependant que les femmes jeunes et les plus diplômées déclarent plus facilement ces faits. L'espace conjugal est un haut lieu de violences de tous types. De plus, un grand nombre de femmes ont parlé pour la première fois au moment de l'enquête des violences sexuelles dont elles ont été victimes. Deux tiers d'entre elles, ont été des victimes de rapports forcés par leur conjoint. [20]

- **Virage**, qui a été menée par l'INED auprès de 27 000 femmes et hommes, âgés de 20 à 69 ans, au cours de l'année 2016, ayant été victime d'au moins un viol ou d'une tentative. Elle révèle des chiffres alarmants : une femme sur sept et un homme sur vingt-cinq déclarent avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle en excluant l'exhibitionnisme et le harcèlement. La majorité de celles-ci ont été vécu pendant l'enfance soit avant 15 ans (40%), pendant l'adolescence entre 15 et 17 ans (16%) et le reste après 18 ans (44%). Elles ont principalement lieu au sein de l'espace privé : membre de la famille (1,6%), couple (1,4%), contre 0,9% dans l'espace public (rue, transports) et 0,25% au travail ou au cours de leurs études. [21]

1.2.3. Morbidité induite par les violences sexuelles

Les violences sexuelles ont de lourdes répercussions psychiques mais pas seulement, elles provoquent également des atteintes somatiques altérant ainsi la santé des victimes. [22,23] (III)

1.2.3.1. Troubles psychiques

Les violences sexuelles ont des répercussions dans la vie de tous les jours (difficultés scolaires ou professionnelles), et ont une incidence sur l'intégration sociale des victimes. (IV)

Le plus connu est le Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT), trouble anxieux sévère et non spécifique qui survient en réaction à une situation traumatique qui menace ou altère l'intégrité physique ou psychologique de la victime. Son apparition est fréquente après une agression sexuelle. Il est retrouvé dans plus de 80% des cas après un viol. [24]

Il peut se manifester selon trois catégories de symptômes :

- Intrusifs : sans pouvoir s'y opposer, la victime revit en permanence l'agression. Cela se traduit par des flash-backs, des cauchemars en répétition pouvant générer des angoisses, de la colère et un sentiment de culpabilité ;
- Evitement : la victime essaye d'éviter toute situation, lieu, ou personne pouvant lui rappeler l'agression vécue. Cela s'accompagne souvent d'un repli sur soi et d'un isolement social. La victime peut aussi présenter une amnésie partielle ou totale et/ou s'inscrire dans un mutisme retardant ainsi la prise en charge thérapeutique et les procédures judiciaires.
- Hypervigilance : la victime est en alerte permanente, elle vit constamment dans la peur de revivre l'événement traumatisant. Ainsi, il peut lui être difficile de mener à bien ses activités, devenir irritable, être épuisée nerveusement et souffre d'insomnie. [25]

Ce trouble peut survenir selon un délai variable et ainsi se dévoiler des années après l'évènement déclenchant. Sa survenue dépend de la gravité et de la fréquence des violences vécues, mais aussi de facteurs individuels, psychologiques (la capacité de résilience de la victime) ou sociaux (l'environnement familial).

Il s'accompagne de modification biologique dû à une dysrégulation hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalienne : sécrétion anormale de cortisol, production importante de cathécholamines (adrénaline, noradrénaline) témoignant de l'hyperactivité du système nerveux sympathique (hyperactivation émotionnelle).

1.2.3.2. Atteintes somatiques

L'impact des violences sexuelles sur le psychisme est nettement identifié aujourd'hui, il n'en demeure pas autant sur les conséquences somatiques retrouvées, moins connues, et pour celles à long terme, même, sous estimées. (V,VI)

Les violences sexuelles ont une incidence sur la plupart des organes :

- Impacts gastro-intestinaux (douleurs gastriques/intestinales, nausées, troubles du transit, syndrome du colon irritable ...) : deux fois plus important que dans la population générale selon une étude américaine citée par Dr J-L Thomas [26] ;
- Impacts musculaires et articulaires (fibromyalgie par exemple) ;

- Impacts neurologiques (vertiges, malaises, acouphènes) ;
- Impacts gynécologiques (dysménorrhées, dyspareunie) ;
- Impacts nutritionnels et métaboliques (troubles du comportement alimentaire, obésité, diabète, etc.) ;
- Impacts cardiovasculaires (hypertension artérielle, Accident Vasculaire Cérébral). [27,28]
(V)

A cela s'ajoutent dans la majorité des cas, des troubles du rapport à autrui (perte de confiance aux autres, difficultés dans les rapports d'ordre physique ou sexuel) mais aussi à soi se manifestant par l'altération du rapport à soi, à son corps, perte de confiance en soi, etc.).

1.2.4. Point de vue sur l'économie de la santé : quel impact ?

Une étude pilote a été menée par Sophie Vacher-Boulogne dans le cadre de sa thèse de Docteur en Médecine, au sein du service de psychiatrie et psycho-traumatologie de l'Hôpital de Tenon à Paris. Elle lui a permis d'interroger 15 patients de 25 à 60 ans ayant bénéficié d'une prise en charge psychiatrique que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation entre mai et octobre 2012. L'étude reposait sur deux moyens d'évaluations : auto-questionnaires et questionnaires d'hétéro-évaluation remplis par les investigateurs ayant pour objectif d'identifier les dépenses de santé chez des sujets adultes ayant été victimes de violences sexuelles dans les 15 premières années de vie. L'âge moyen au moment de la première violence était de 7,7 ans, et on y retrouvait 60% de personnes inactives contre 40% ayant un emploi. Trois types de dépenses ont retrouvé des différences significatives vis-à-vis de la moyenne nationale de la population générale de 2011 :

- La Consommation de Soins Ambulatoires (CSA) est quatre fois plus élevée : 3057€ contre 700€ pour la population générale ;
- La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) est multipliée par 10 : 29569€ contre 2762€ ;
- La Consommation Médicale Totale (CMT) est elle aussi augmentée d'un facteur 10 passant de 29605€ chez l'échantillon étudié à 2814€.

Cette étude présente certaines limites liées au faible échantillon, au caractère unicentrique et très spécialisé de la structure, ainsi que l'absence d'évaluation des coûts indirects en santé. Cependant elle a tout de même permis la mise en exergue du poids économique des conséquences à l'âge adulte de violences sexuelles avant 15 ans. Ceci laisse à penser qu'elles ont un impact sociétal considérable. [29]

1.3. PARCOURS DES VICTIMES

1.3.1. Un long chemin vers la guérison

Un abus sexuel marque au fer rouge, il engendre :

- La honte, qui bloque la parole des victimes, chez qui il faut gagner en confiance pour exprimer à autrui et raconter le traumatisme subi. Et pourtant aller au-delà de cette honte est un premier pas vers la libération. Elle entraîne un mépris envers l'agresseur, ceux qui ne l'ont pas protégé mais aussi envers soi-même (remise en question de son comportement au moment des faits, de ne plus rien ressentir, perte de la conscience de son corps, son esprit et son âme). Sentiment qui peut orienter vers l'autodestruction ;
- Le dégoût : les victimes se sentent souvent souillées, c'est la raison pour laquelle elles se lavent, se relavent réellement ou symboliquement ;
- Des perturbations de la sexualité : vaginisme, dyspareunie ;
- La perte de confiance : comment quelqu'un que vous aimiez a pu vous trahir de la sorte ? Comment se faire confiance ? Comment ai-je pu le laisser faire ?
- La culpabilité, donnant lieu à un long travail de psychothérapie, bon nombre de victimes se sentent responsables de ce qu'elles ont vécu, de ne pas en avoir parlé, d'accuser quelqu'un en portant plainte ;
- Le sentiment de vivre dans la peur : pour soi ou son entourage, de reproduire à son tour les mêmes traumatismes, de ne plus retrouver la paix intérieure. [30]

Avec cet ensemble de sentiments en elle, la victime, si elle s'en sent capable, doit se rendre au commissariat de police afin d'enclencher le processus judiciaire. Or seulement 1 victime sur 10 de tentative ou de viol trouve le courage de se rendre au commissariat : débouchant sur un dépôt de plainte dans 11% des cas, et 13% sur une main courante [31]. Action qui n'est donc pas des plus facile pour la majorité d'entre elles : peur d'être ni cru, ni écouté, ni comprise, sentiment de culpabilité de l'événement subi, de devoir raconter cet événement intime à un homme, crainte de représailles, etc. La reconnaissance du statut de victime est pourtant un élément essentiel dans le processus de guérison.

1.3.2. Moyens actuels mis en place

Des chiffres alarmants révélés par les enquêtes, la volonté de libération de la parole des femmes, la révélation au grand jour d'affaires de violences sexuelles par les médias (affaires Weinstein, Polanski), ont permis aux autorités de santé publique de prendre conscience de l'urgence à mettre des choses en place pour défendre les victimes restées trop longtemps dans le silence. [32]

Ainsi, ont vu le jour :

- En 1985, la mise en place du Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV) assurant le numéro vert (0 800 05 95 95) d'aide, de soutien et de solidarité pour les victimes de viol. Il est accessible du lundi au vendredi de 10 à 19h, anonyme et gratuit y compris depuis les portables. [33]
- La création de la Fédération Nationale Solidarité Femme (FNSF) qui est un regroupement d'associations féministes, au nombre de 65 en 2007, engagées dans la lutte contre les violences au sein du couple et de la famille. [34]
- Les séances obligatoires d'éducation sexuelle dans les structures éducatives grâce à la loi du 4 juillet 2001 (article L. 312-16 du code de l'éducation) : « *une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* ». Elles s'adaptent aujourd'hui en allant au-delà de la prévention classique des risques liés à la sexualité, en incluant la notion du consentement et sa bonne compréhension, du respect de l'autre. [35]
- La plateforme d'information „Stop-Violences-Femmes” par l'intermédiaire du site du gouvernement depuis le 11 mars 2013. Elle a pour objectif non pas de lutter contre les violences sexuelles mais de les éradiquer. [36]
- Le 5^e plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019), reposant sur trois objectifs :
 1. « *Assurer l'accès aux droits et sécuriser les dispositifs qui ont fait leurs preuves pour améliorer le parcours des femmes victimes de violences (violences conjugales, sexuelles, psychologiques, etc.)* ;
 2. *Renforcer l'action publique là où les besoins sont les plus importants* ;
 3. *Déraciner les violences en luttant contre le sexisme, qui banalise la culture des violences et du viol.* » [37]
- La mise en place du Plan National d'Action 2019 visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines. [38]
- La mobilisation accrue des services sociaux et médicaux de la Protection Maternelle Infantile (PMI) et de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).
- Le lancement du 3919, numéro d'appel gratuit et ouvert 7j/7. C'est un numéro national d'écoute des victimes de toutes les formes de violences, géré dans le cadre d'un réseau inter associatif avec l'Etat. [39]
- Les associations d'aide aux victimes, exemple : Inform'Elles, créée en 2008, lieu d'accueil mosellan géré par des professionnels de l'Association d'Information et d'Entraide Mosellane (AIEM) et du Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF). Elle propose un accueil inconditionnel aux victimes qui ont accès à une écoute basée sur le non-jugement, et une confidentialité assurée de l'entretien proposé. La finalité étant d'accompagner les victimes vers une sortie de la violence. Depuis son ouverture, elle a permis d'aider plus de 2000 femmes. [40]

- La sensibilisation de la population par le biais de marches annuelles de lutte contre les violences sexuelles et sexistes réalisées sur tout le territoire. Organisée par le mouvement #NousToutes, elle a eu lieu cette année le 23 novembre 2019 et a ainsi rassemblé plus de 150 000 personnes dont 100 000 dans la capitale. [41] (VII)

1.3.3. Quelle place prendre en tant que sage-femme ?

En plus de ses compétences liées à l'accompagnement vers la maternité, la sage-femme peut, depuis la loi HPST, assurer le suivi gynécologique de prévention et de contraception de toute femme en bonne santé. De plus, la loi de 2016, lui apporte la possibilité de réaliser l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteux jusqu'à 7 Semaines d'Aménorrhées (SA). La diversité du métier et le contact avec l'intimité qu'elle a avec ses patientes peuvent laisser place à la confiance sur un événement enfoui.

Dans certains pays d'Europe, au Danemark et en Finlande, le dépistage systématique des violences de quelques natures qu'elles soient (physiques, psychiques ou sexuelles), a été mis en place dans les services d'urgence et d'hospitalisation.

Les signes d'alerte ne sont pas toujours spécifiques, cependant ils peuvent alarmer les professionnels. [42] (VI)

1.3.4. Les freins à la mise en place d'un dépistage systématique

Lorsque la sage-femme rencontre une personne victime d'agression sexuelle, elle devient alors le trait d'union entre le médico-légal, le social et le psychologique. La délicatesse de ce rôle demande suffisamment de compétences pour accueillir la victime vulnérable. Les difficultés rencontrées débutent au moment d'aborder la question des violences, pour plusieurs raisons :

- Le manque de connaissance et de sensibilisation (leur prévalence sous estimée, le problème banalisé, les stéréotypes, les méconnaissances des signes d'alerte, des conséquences et leur gravité) ;
- Le problème de considération éthique, déontologique et médico-légale (le sentiment d'intrusion dans la vie privée, les limites du secret professionnel etc.) ;
- Les problèmes matériels (le manque de temps et de disponibilité) ;
- L'existence de barrières personnelles et émotionnelles (le sentiment d'impuissance, d'échec, de malaise face à l'ambivalence de la victime, son propre rapport aux violences, etc.) ;
- Le manque d'outils : l'absence de recommandations, de guide, de formations initiales ou continues, la méconnaissance du réseau local spécialisé. [43]

Malgré une prise de conscience de la gravité des violences sexuelles, la dénonciation de ces délits et ces crimes continue de déranger. Les victimes le plus souvent se heurtent encore trop souvent à un regard jugeant et à une réponse qui minimise ou discrédite ce qu'elles ont vécu.

Or, les professionnels de santé sont les personnes les plus à même de les soutenir dans leur démarche judiciaire, dans leur reconnaissance de statut de victime et dans leur reconstruction.

1.3.5. Formations proposées pour pallier au manque de connaissances

Le CFCV a mis en place un programme de formations afin de : faire évoluer les mentalités à partir des représentations de chacun, infirmer le caractère isolé et individuel du viol aujourd'hui devenu un réel phénomène social, réfléchir au sujet des stéréotypes véhiculés dans notre société, l'importance de cesser de mettre en doute la parole des victimes, décrire le fonctionnement d'emprise, décrypter les signes de souffrances retrouvés chez les victimes, avoir une meilleure connaissance de la législation aujourd'hui en vigueur, cibler son propre rôle sans empiéter sur les compétences des autres professionnels, etc.

Les thèmes des modules de formations actuellement proposés sont par exemple :

- L'accueil des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles ;
- Viols et autres agressions sexuelles : caractéristiques spécifiques ;
- Faire émerger et recevoir le récit des femmes victimes de violences ;
- Prévention des agressions sexuelles et maltraitances à l'encontre des enfants ;
- Prévention des violences dans les relations amoureuses entre jeunes ;
- Prévention des mutilations sexuelles féminines et mariages forcés ;
- Créer et animer des groupes de parole de femmes victimes de viols ;
- Accompagnement solidaire des victimes de viols aux procès.

De plus, un cycle de formations gratuites est organisé chaque année en reprenant les données précédentes. La seule condition pour y participer est d'être professionnel(le)s ou militant(e)s dans une structure luttant contre les violences faites aux femmes. [44] Chaque acteur de prise en charge doit apporter à la victime une solution dans son domaine de compétence. La Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a conçu des outils de formations sous différentes formes : courts métrages, livrets d'accompagnement, fiches réflexes etc. Le kit « ELISA » et le kit « BILAKORO » sont spécifiques aux violences sexuelles. Le livret d'accompagnement du court métrage de formation « ELISA » inclut et considère la sage-femme comme une personne essentielle dans le dépistage de ces violences. [45]

Partie 2

2. PRESENTATION DE L'ETUDE

2.1. TYPE D'ETUDE

La problématique était la suivante : « Quelles différentes répercussions les violences sexuelles ont-elles sur la vie des femmes qui en sont victimes en France en 2020? »

Afin d'y répondre, l'étude a été basée sur une revue de la littérature.

2.2. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude était de décrire l'impact qu'ont les violences sexuelles sur la santé génésique et psychique des femmes et les prises en charge proposées en France en 2020 d'après une revue de la littérature.

Les objectifs secondaires étaient :

- Comprendre les mécanismes engendrés chez les femmes victimes de violences sexuelles ;
- Faire un état des lieux des dispositifs mis en place en France ;
- Comparer avec les dispositifs mosellan/messins ;
- Décrire la place de la sage-femme dans le dépistage.

2.3. HYPOTHESES

Afin de répondre à la problématique, les hypothèses étaient les suivantes :

Hypothèse 1 : Les violences sexuelles ont un impact à court, moyen et long terme sur la vie des femmes victimes.

Hypothèse 2 : Il existe des signes d'alerte observables chez les personnes victimes de violences sexuelles.

Hypothèse 3 : Il existe des éléments caractéristiques communs permettant de donner un « profil type » des victimes.

Hypothèse 4 : L'auteur des faits est inconnu de la victime.

Hypothèse 5 : Les victimes ont facilement recours aux procédures judiciaires.

Hypothèse 6 : Il existe une réelle prise en charge de ces victimes sur le territoire français.

2.4. PRESENTATION DES ETUDES

2.4.1. Critères d'inclusion

Articles répondant aux mots clés « violences sexuelles », « mutilations sexuelles », « impact des violences sexuelles », « répercussions des violences sexuelles » recherchés sur CAIRN.INFO, EM-CONSULTE, OpenEdition Journals, PubMed.

Articles dont les études ont été menées en France métropolitaine.

2.4.2. Critères de non-inclusion

Articles datant de plus de 15 ans.

Autres types de documents mais qui ne sont pas des articles : image, poster, livre.

Articles dont les études ont été réalisées hors France métropolitaine.

2.4.3. Critères d'exclusion

Articles répondant aux mots clés choisis mais n'apportant pas les informations répondant à la problématique.

2.4.4. Présentation des articles choisis

Article A : Lettre de l'Observatoire national des violences faites aux Femmes. « Violences sexuelles et violences conjugales : combien de victimes ? », Nov 2013. [31]

Les résultats qui ont été présentés sont issus d'estimation de l'enquête de victimation CVS qui a été dirigée par l'INSEE et l'Observatoire Nationale de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP). Les auteurs ont fait une moyenne des enquêtes CVS de 2010, 2011 et 2012 en France. Un sondage par questionnaires a été auto-administrés par ordinateur (méthode audio-CASI) auprès de 13 500 répondants, homme et femmes âgés de 18 à 75 ans. Cet échantillon était représentatif de la population subissant des violences puis les résultats ont été extrapolés à l'ensemble de la population générale vivant en ménage en France métropolitaine. L'enquête ne recensait pas les victimes vivant dans les collectivités (cités, universitaires, foyers de jeunes travailleurs, prisons) ainsi que les personnes sans domicile fixe. Les questionnaires reposaient sur des définitions précises liées au CP et des protocoles d'enquête permettaient de libérer au maximum la parole de la victime.

En moyenne, 1,2% des femmes de 18 à 59 ans interrogées, soit 201 000 femmes, étaient victimes de violences conjugales, qu'elles soient physiques ou sexuelles. De plus, les résultats reposaient sur les déclarations de faits subis au cours de l'année civile précédant l'enquête. Ainsi, 29 000 femmes étaient victimes de violences sexuelles uniquement sur un an, soit 0,2% de la population générale. Les biais étaient liés au fait que les résultats fournis n'étaient que

des estimations et pouvaient donc légèrement sous-estimés les résultats qu'aurait donnés une interrogation exhaustive.

Article B : Thomas. J-L. Etudes épidémiologique SVS 14-01 complications médicales chroniques des violences sexuelles. [46]

Cette étude prospective sous forme d'enquête auprès de victimes a été organisée par l'association Stop aux Violences Sexuelles (SVS) de Paris et coordonnée par une équipe médicale où l'on retrouvait le Dr JL Thomas. Elle a été présentée aux assises nationales sur les violences sexuelles le 12 janvier 2015. En l'absence d'étude épidémiologique française récente de grande envergure, son but était d'apporter des chiffres concernant les caractéristiques et les conséquences sur la santé des victimes afin de combattre l'inertie politique et ainsi débloquer des budgets au titre des soins et de la prévention. Les personnes ayant vécu une ou des agressions sexuelles ont été invitées à participer à cette étude qui s'est déroulée entre le 1^{er} avril et le 1^{er} novembre 2014.

La population étudiée devait répondre aux critères d'inclusion suivants : personnes ayant des antécédents de violences sexuelles et étant assurés par le régime de la sécurité sociale française. Après avoir rempli un consentement écrit, elles recevaient un lien de saisie par mail ainsi qu'un code de saisie par SMS. La base de données recueillies a été rendue confidentielle et anonymisée. Cette présentation rassemblait les données préliminaires des 100 premiers répondants à cette étude : 91 femmes et 9 hommes dont la répartition répondait à toutes les catégories socioprofessionnelles.

Le principal biais rencontré est de sélection au vu de la nécessité du volontariat des sujets pour répondre à l'équipe, l'absence de groupe témoin, et l'échantillon non représentatif de la population générale.

Article C : Bajos N, Bozon M et al. Les violences sexuelles : quand la parole se libère, 2008. [47]

Cet article exploitait les résultats obtenus lors de 2 grandes enquêtes nationales : ENVEFF de 2000 et Contexte de la Sexualité en France (CSF) de 2006, montrant que d'une enquête à l'autre, le nombre d'agressions sexuelles avait doublé alors que le nombre de plaintes est resté stable d'après les services de polices et gendarmerie. L'objectif de l'auteur était d'expliquer cette augmentation. La comparaison entre les résultats de ces deux enquêtes a pu être menée car elles utilisaient les mêmes formulations : le terme de « viol » n'était jamais utilisé afin de ne pas braquer l'interrogée et était remplacé par « rapport sexuel forcé ». Elles ont ainsi demandé aux personnes interrogées si elles avaient subi des attouchements sexuels, des rapports sexuels forcés ou des tentatives au cours de leur vie. Pour rappel, l'ENVEFF était la première enquête nationale de production de statistiques portant sur les violences faites aux femmes. Elle a été encadrée par la socio démographe, Maryse Jaspard et la collecte de données a été faite de mars à juillet 2000, auprès d'un échantillon représentatif de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans et résidant, hors institution, en métropole. Elle a été effectuée

par téléphone, selon la méthode Cati (collecte assistée par téléphone et informatique) grâce à un questionnaire divisé en neuf modules.

L'enquête CSF a été réalisée par une équipe de 13 personnes placées sous la responsabilité scientifique de Nathalie Bajos de l'Institut National de Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) et Michel Bozon de l'INED. Elle reposait sur un entretien téléphonique de 49 minutes environ auprès d'un échantillon aléatoire âgé de 18 à 69 ans : 6824 femmes et 5540 hommes. Elle comportait un module lié aux agressions sexuelles qui étaient abordées au bout de 30min d'entretien grâce à la phrase d'introduction suivante : « *La presse et la télévision parlent régulièrement des abus sexuels sur les adultes et les enfants. Chaque année des personnes sont victimes de tels abus. Afin de mieux connaître ce problème, je vous remercie de bien vouloir répondre sincèrement aux questions suivantes : au cours de votre vie, est-il arrivé que quelqu'un vous force, ou essaye de vous forcer, à avoir des rapports sexuels ?* ».

Article D : Bécour B et al. Violences sexuelles conjugales à Paris : étude analytique prospective de cent cas, 2014. [48]

Cette étude analytique descriptive prospective a été menée par Dr Bertrand Bécour auprès de cent femmes victimes de violences sexuelles conjugales examinées dans le cadre d'une réquisition judiciaire au sein de l'UMJ Hôtel-Dieu de Paris entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2012. Son objectif principal a été de constater l'importance des violences sexuelles conjugales en France et secondairement de rechercher les facteurs pré-disposants à ces violences et d'en accompagner les conséquences. Le recueil de données s'est fait par auto-questionnaires anonymes de 14 questions qui ont été remis à l'accueil de chaque consultante pour violences conjugales munies d'une réquisition judiciaire. Selon les questions, le choix de réponses a été binaire (oui/non) ou multiple avec sous-questions. Tous les auto-questionnaires remis ont été exploités. Certaines questions sont restées sans réponse.

Ainsi, 45 % des femmes victimes de violences conjugales, examinées sur réquisition judiciaire subissaient au cours de leur vie des violences sexuelles conjugales. De plus, 14% des femmes ont été victimes d'agressions sexuelles non conjugales, survenues essentiellement lorsqu'elles étaient mineures.

Article E : Morin T, Jaluzot L, Picard S. Femmes et hommes face à la violence. Nov 2013. [49]

Cet article rapportait des données recueillies par l'INSEE, l'ONDRP et l'Institut National des Hautes Etudes de Sécurité et de la Justice (INHESJ) auprès des enquêtes annuelles de victimation CVS de 2008 à 2012 dont les résultats ont été condensés afin de disposer d'un vaste échantillon. Elles ont été réalisées auprès de la population générale française métropolitaine, âgée de 18 à 75 ans, rassemblant ainsi 67 000 répondants sur 5 ans.

Le questionnaire recensait les faits de délinquance dont les ménages et leurs membres ont pu être victimes dans les deux années civiles précédant l'enquête. Ainsi, elle traitait des atteintes subies sur une période couvrant les années 2006 à 2011. Les indicateurs calculés à partir de

trois questionnaires reflétaient une situation moyenne sur deux ans. Elle traitait des violences «sensibles», c'est-à-dire les violences sexuelles (en dehors du ménage) et les violences physiques et/ou sexuelles au sein du ménage (celles perpétrées par un auteur vivant avec l'enquêté au moment de l'enquête). L'étude combinait différents types d'atteintes décrites dans un questionnaire « individuel » ou dans un questionnaire « auto-administré ».

Article F : Beck F, Cavalin C, Mailochon F. Enquête Evénements de Vie et Santé (EVS). 2005-2006. [50]

Cette étude abordait l'état de santé des victimes sous l'angle biographique et une réflexion approfondie a été menée sur l'impact sur celle-ci. Elle apportait également une approche économique sur le coût qu'impliquaient les conséquences à court, moyen, long terme des violences. Son but était d'alimenter la réflexion du gouvernement dans l'importance de cibler des groupes violents selon des critères (âge, appartenance ethnique, lieu de résidence) et leur faire prendre conscience que les auteurs avaient bien souvent été victimes eux-mêmes. La volonté de citer les éléments de connaissances et de réflexion sur le profil et le comportement des victimes, les circonstances d'agression et leurs conséquences ont été également évoquées. La violence sur les plus vulnérables, au premier rang desquels les enfants, a été largement abordée dans cette enquête et a contribué à l'évaluation du fameux « chiffre noir de la maltraitance ».

Article G : Debauche A, Lebugle A, Brown E et al. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Jan 2017. [21]

Elle correspondait à la seule enquête de victimation réalisée en France répondant aux standards internationaux édités par l'ONU, en matière de mesure des violences à l'encontre des femmes. Sa conception a débuté en 2010, après la synthèse des enquêtes préalablement réalisées en France et en Europe. Elle a été innovante par rapport à deux aspects : elle prenait en compte l'ensemble des situations où elles se produisaient (espaces publics, lieux d'étude, relation de couple, cadre familial, et entourage proche) et la multiplicité des formes rencontrées, et elle a élargi son champ d'investigation à la population masculine. Durant une heure environ, un questionnaire était proposé par téléphone de février à novembre 2015 auprès de 27 268 enquêtés âgés de 20 à 69 ans. L'échantillon était représentatif de la population en ménage « ordinaire » (excluant donc toutes les personnes vivant en institution). Le questionnaire démarrait par des questions générales permettant de caractériser la personne enquêtée (caractéristiques sociodémographiques et de leur conjoint(e), âge, etc) afin d'établir une relation de confiance et avoir ensuite une meilleure réception des questions plus sensibles.

Les violences subies n'étaient alors évoquées que dans un second temps, en commençant par les douze derniers mois dans le cadre des études, du travail, des espaces publics et d'une relation de couple, actuelle ou passée. Viennent ensuite les violences subies au cours de la vie, que ce soit dans ou en dehors du cadre familial. De plus, une information systématique a été délivrée aux personnes enquêtées, que celles-ci aient déclaré ou non des violences. Aux

femmes, a été indiqué le 3919, numéro vert national d'écoute pour les violences faites aux femmes, et aux hommes le numéro vert national soit le 08 842 846 37.

Ainsi, au cours des 12 derniers mois, 2,90 % des femmes et 1,03 % des hommes de 20 à 69 ans ont été victimes de violences sexuelles (hors harcèlement et exhibitionnisme). Au cours de sa vie, une femme de 20 à 69 ans sur 7 (14,5 %) a été victime de violences sexuelles, et un homme sur 25 (3,9 %) a vécu de telles violences. Les femmes ont donc été 3,7 fois plus victimes que les hommes de violences sexuelles.

Article H : Gamet M. Violences sexuelles des mineurs en France : Comment les médecins peuvent devenir des interlocuteurs privilégiés des victimes ? Jul 2013 [51]

Cette revue de la littérature proposée par Dr Marie Laure Gamet s'intéressait à la gravité des conséquences médicales, psychologiques, sociales et sexuelles et des raisons empêchant le dépistage. Elle a eu pour objectif de montrer que les médecins peuvent être au premier plan dans ce dépistage et ainsi, favoriser les prises en charge précoces. La méthodologie consistait en première partie à exposer la gravité des conséquences médicales, psychologiques, sociales et sexuelles chez les adultes et chez les mineurs victimes en s'appuyant sur les données de la littérature et les constats de l'auteur pour entrevoir le rôle premier des médecins dans le dépistage. La deuxième partie présentait les raisons, selon l'auteur, qui empêchaient le dépistage. La troisième partie renvoyait au concept de santé sexuelle et aux approches cognitives, sociales et biologiques du développement de la sexualité pour comprendre l'impact des violences sexuelles sur le développement sexuel et global des mineurs et ainsi sensibiliser au dépistage.

Article I : INED. Enquête « excision et handicap », 2006-2009. [52]

Cette enquête quantitative a réalisé un état des lieux dans les régions françaises où la proportion de femmes immigrées était la plus importante : Ile de France, Provence Alpes Côtes d'Azur, Nord Pas de Calais, Haute Normandie, Pays de Loire.

Elle avait pour objectif d'étudier les conséquences des mutilations sexuelles féminines sur la santé et la qualité de vie de ces femmes concernées mais aussi de mesurer leurs besoins en chirurgie réparatrice. Cette étude cas/témoin ambitionnait d'interroger 3000 femmes en consultations (hospitalière ou en PMI) entre 2006 et 2009 dont 1000 femmes excisées dites cas et de 2000 femmes non excisées dites « témoins ». Ainsi, cette étude permettait d'apporter un socle de connaissances sur la santé, la reproduction, le vécu de la sexualité des femmes excisées et le cas échéant, sur l'existence de pathologies spécifiques. Au final, l'échantillon ajusté comprenait 2 384 femmes dont 635 « cas » et 1 706 « témoins ». Cette sous-population était relativement rare dans l'ensemble de la population française mais surtout très difficilement repérable dans les bases de données de la statistique publique.

Cette étude présentait également un biais de sélection compte tenu du caractère systématique du choix des enquêtées selon des critères stricts : il s'agit uniquement de femmes

francophones, majeures, consultant en gynécologie dans les centres de PMI et les services hospitaliers publics.

Article J : Tournyol du Clos L, Le Jeannic. Les violences faites aux femmes. Fev 2008.

[53]

Cet article exploitait les données recueillies par l'enquête CVS de 2005 à 2006, réalisée par l'INSEE en collaboration avec l'ONDRP. Ils ont ainsi pu interroger 17500 ménages sur les éventuelles violences dont ils auraient pu être victimes au cours des 2 dernières années et sur leur opinion quant à la sécurité dans leur quartier ou leur village. Seules les réponses des personnes de 18 à 59 ans ont été exploitées dans cette étude. Afin de limiter les biais, un questionnaire simplifié a été proposé aux personnes ne comprenant pas le français.

Partie 3

3. RESULTATS

Préambule en lien avec la méthodologie : La thématique choisie demeurait encore taboue à l'heure actuelle ainsi, la principale difficulté rencontrée pour la sélection des articles reposait sur l'existence d'un faible nombre d'articles répondant à ce sujet. De plus, le nombre d'enquêtes nationales sur le territoire français était faible. Parmi celles réalisées, l'ENVEFF datait de plus de quinze ans donc ne tenait pas compte de la libération récente de la parole des femmes. Aussi, elles n'utilisaient pas toujours les mêmes terminologies dans leurs questionnaires, faisant obstacles à une comparaison des plus représentatives.

De plus, l'avancée rencontrée dans les autres pays comme le Canada et le Royaume-Uni, ne pouvait pas enrichir ce travail car l'étude portait sur le territoire français uniquement, ainsi les articles et études très pertinentes qui ont été réalisés dans ces pays n'ont pu être exploités dans le cadre de ce mémoire.

3.1. LES CARACTERISTIQUES DES VICTIMES

3.1.1. L'âge au moment des faits

Les articles A et C reposaient sur la même enquête CSF de 2006 pour traiter cette donnée. Elle révélait que 59% des femmes victimes l'ont été pour la première fois avant 18 ans.

L'âge au moment de la première agression était de 9,5 ans \pm 6,34 ans pour l'article B.

L'article D énonçait que pour 90% des femmes interrogées les violences sont survenues alors qu'elles étaient mineures.

Dans l'article E, l'étude montrait que les jeunes femmes y sont plus exposées : entre 18 et 29 ans, 2,1 % d'entre elles ont subi un rapport sexuel forcé ou des attouchements sexuels au cours des deux années précédant l'enquête. Après 30 ans, cette proportion évoluait peu : entre 1 et 2 % des femmes sont victimes de violences sexuelles.

Un tiers des femmes qui déclaraient avoir subi des attouchements ou rapports sexuels forcés (ou tentatives) ont été exposées à ces violences avant d'avoir atteint l'âge de 11 ans dans l'article F.

L'article G rapportait que les risques de viols et tentatives de viol étaient retrouvés multipliés par trois chez les 20-34 ans par rapport aux 50-69 ans. Pour les autres agressions sexuelles au cours de l'année écoulée sont aussi rapportées plus fréquemment aux jeunes âges : entre 20 et 34 ans, elles concernaient plus d'1 sur 20, soit plus de cinq fois plus qu'entre 50 et 69 ans.

L'article J montrait également que les violences sexuelles sont d'autant plus nombreuses que la victime était jeune, comme le montrait la figure suivante :

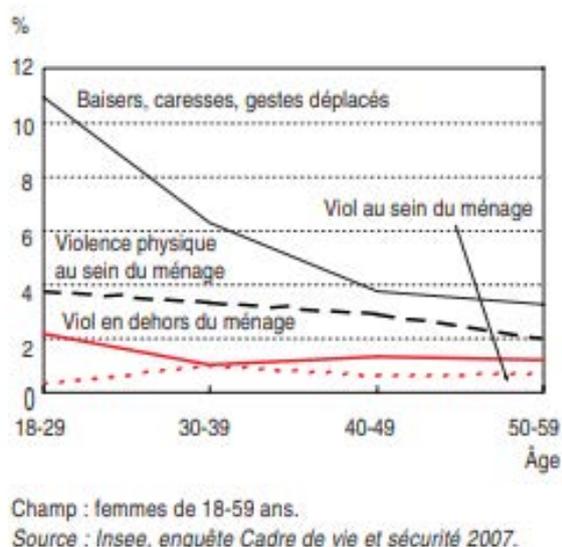


Figure 1 : Evolution d'exposition aux violences sexuelles selon l'âge en 2005 ou 2006 d'après l'enquête CVS 2017 menée par l'INSEE chez les femmes de 18 à 59 ans (article J).

Les articles H et I ne traitaient pas de cette donnée.

3.1.2. La catégorie socioprofessionnelle de la victime

Pour les articles A, B, F et G, il n'existait pas de profil type de femme agressée, les violences sexuelles touchaient toutes les catégories sociales sur l'ensemble du territoire français. Elles doivent être mises en regard de la biographie affective et sexuelle des individus plutôt que de leur milieu social. Cependant l'article G apportait la précision suivante : « *le chômage et l'instabilité professionnelle de l'un ou de l'autre membre du couple accroissent en revanche la fréquence des violences conjugales. Toutes les professions exercées ont peu d'effet sur les expositions aux violences.* »

A contrario, l'article E retrouvait qu'il existait un lien entre le niveau de ressources familiales et l'exposition aux violences sexuelles : « *Cependant, les populations les plus aisées étaient relativement préservées, tandis que les plus démunies étaient davantage exposées. Ainsi, la part des victimes de violences physiques et/ou sexuelles était de 4,1% parmi les femmes appartenant aux 25 % des ménages dont le revenu par unité de consommation est le plus élevé (quatrième quartile). Elle était deux fois plus importante (8,2 %) chez celles appartenant au 25 % des ménages les plus modestes (premier quartile) et de 6,2 % pour les plus modestes.* »

Aussi, l'article J considérait les conditions socio économiques défavorables (pauvreté, faible niveau d'éducation) comme favorisant les violences de tous types. Les femmes recensées qui ne détenaient pas de diplôme voyaient leur risque de violences sexuelles en dehors du ménage multiplié par cinq.

L'article C et D distinguaient l'exposition des violences sexuelles selon la profession exercée par la victime et avaient ces résultats :

- Employées (6,8% chez C et 50,5% pour D) ;
- Cadres/ professions intellectuelles (10,5% chez C et 14,5% pour D) ;
- Artisans/commerçants (11,3% chez C et 4,5% pour D) ;
- Femmes au foyer/sans emplois (Non Renseigné pour C et 31% pour D).

L'article C a alors conclu que les violences sexuelles étaient plus importantes chez les cadres et artisans/commerçants par rapport aux autres professions étudiées.

Les deux sous-échantillons dans l'étude de l'article I étaient majoritairement constitués de femmes employées : c'était le cas de 72% de l'échantillon des femmes dites cas (excisées) et de 63% de l'échantillon des femmes pour les témoins (non-excisées). Puis les étudiantes étaient les plus nombreuses (12%), suivies par les professions intermédiaires (12% chez les témoins et 7% chez les cas).

L'article H ne renseignait pas la catégorie socio professionnelle à laquelle peut appartenir les victimes.

3.1.3. Les croyances sexuelles

L'article D évoquait la notion de devoir conjugal. A savoir que, 19% des femmes interrogées ont déclaré subir des violences sexuelles conjugales au nom du « devoir conjugal ». Cette notion était la plus représentée (50%) pour la tranche d'âge 41-50 ans. L'évolution des mœurs et la prise de distance avec les traditions anciennes pouvaient laisser penser qu'elle n'était plus évoquée chez les jeunes. Cependant, 38% des femmes de moins de 30 ans interrogées pensaient que le rapport sexuel demeurait de l'ordre de ce devoir.

Pour l'article I, aucun texte religieux ne prescrivait la pratique des mutilations sexuelles féminines. Si la majorité des filles et des femmes excisées étaient musulmanes, la pratique se retrouvait dans d'autres groupes religieux, chrétiens (catholiques romains, orthodoxes ou protestants) ou animistes et de grandes disparités existent selon les pays.

Les autres articles ne faisaient pas référence à cette notion de croyance.

3.2. LA CONNAISSANCE DE L'AUTEUR DES FAITS

Hormis les articles qui ne traitaient pas de cette donnée (B, G, H, I), tous les articles s'accordaient pour dire que dans la majorité des cas l'auteur était connu par la victime :

- Dans l'article A : Dans plus de 8 cas sur 10, l'auteur des violences était connu de la victime et dans 6 fois sur 10 il était le conjoint. Il ne demeurait inconnu que seulement dans 17% des cas.

- Dans l'article C : *« Ainsi les femmes de plus de 40 ans qui ont eu un premier rapport forcé après 18 ans déclarent dans 35 % des cas que l'auteur de l'agression était un conjoint ou un partenaire. Celles qui ont connu un épisode de violence sexuelle avant 18 ans incriminaient principalement leur père, beau-père ou une personne de la famille (27 % des cas), voire des personnes connues d'elles (31 %). A signaler que les agresseurs inconnus restaient toujours une minorité (17 %), et que leur proportion décroissait dans les générations les plus récentes. »*
- Dans l'article D : cet article traitait des violences sexuelles conjugales donc l'auteur était toujours bel et bien connu de la victime.
- Dans l'article E : l'auteur était soit le conjoint ou ex-conjoint (35% des cas), un membre de la famille (11%), une connaissance (21%), une personne déjà vue (11%), un inconnu (15%).
- Dans l'article F : *« l'auteur connu des victimes faisait partie de sa famille ou ses proches dans plus d'1/4 des cas. »*
- Dans l'article J : les violences sexuelles au sein du ménage impliquaient 3 fois sur 4 le conjoint. En dehors du ménage : 70% des victimes connaissaient l'auteur (l'ex-conjoint 1 fois sur 5, ou un ami dans 16% des cas). Dans seulement 1/3 des cas, il leur était inconnu.

3.3. LE CARACTERE REPETE DES ACTES

Dans la majorité des cas les violences à caractère unique restaient malheureusement minoritaires :

- Dans l'article B, 86,8% des victimes avaient subi des agressions multiples, contre 13,2%, une agression unique.
- L'article C relevait qu'*« Alors que dans les générations de plus de 50 ans, les personnes citaient dans la moitié des cas des violences sexuelles répétées avec la même personne, généralement un homme de la famille, elles n'étaient plus qu'un tiers dans les générations récentes, qui mentionnaient principalement des violences sexuelles commises une seule fois. »*
- L'article D répertoriait que 62,5% des victimes ont subi des actes répétés et fréquents.
- Dans l'article F, les actes demeuraient répétés 4 fois sur 10, (chez 40% des victimes, ils ont été répétés au moins 2 fois et chez 1 femme/10 au moins 6 fois sur une période de 2 ans). En plus de ça, cet article mettait en lumière des violences surajoutées puisque pour 59 % des personnes ayant subi de telles atteintes à caractère sexuel déclaraient avoir également subi des violences psychologiques et 50 % d'entre elles des violences verbales.

L'article A apportait une information supplémentaire : *« Parmi les victimes de viol ou tentative de viol au sein du ménage, 4 sur 10 ont peur que cela se reproduisent »*

Ce critère n'était pas notifié pour les articles E, G, H, I, J.

3.4. LES CONSEQUENCES SUR LA VIE D'ADULTE

En s'appuyant sur des résultats de l'ENVEFF, l'article A mettait en avant que 31,4% des victimes de violences sexuelles avant 15 ans subissaient des violences physiques au cours de leur vie, contre 9,6% pour celles qui n'ont souffert d'aucune difficulté pendant l'enfance (ni violence sexuelle, ni violence physique, ni privation matérielle). Ainsi, elles contribuaient à la construction d'une vulnérabilité sociale qui se traduisait par un cumul de difficultés s'additionnant au fil de la vie.

Les conséquences qui ont été retrouvées chez les victimes sont comparables pour les articles B, F, H et I. (VIII)

L'article G citait que : « *la perception de la santé physique par les personnes exposées aux violences (même celles qui ne l'étaient plus), apparaissait beaucoup moins dégradée qu'en matière de santé mentale permettant d'envisager des explications en termes de résilience ou résistance.* »

Les articles C, D, E, J ne renseignaient pas les conséquences rencontrées chez les victimes.

3.5. LE PARCOURS DE LA VICTIME

3.5.1. Un long silence

Selon l'enquête CSF qui était retrouvée dans l'article A : 46% des victimes n'en avaient jamais parlé à un tiers avant l'enquête. Il en ressortait cependant un effet générationnel : 33% des victimes de 60-69 ans en avaient déjà parlé contre 71% chez les victimes de 18 à 24 ans.

L'article C présentait selon les résultats de l'enquête CVS, que les révélations faites par les victimes étaient faites auprès d'un membre de la famille (31%), un médecin (8%), ou de la police (4%).

Dans l'article D, pour 40,5% des victimes, le silence était de mise sur les faits subis, seulement 19% en avaient parlé à un médecin.

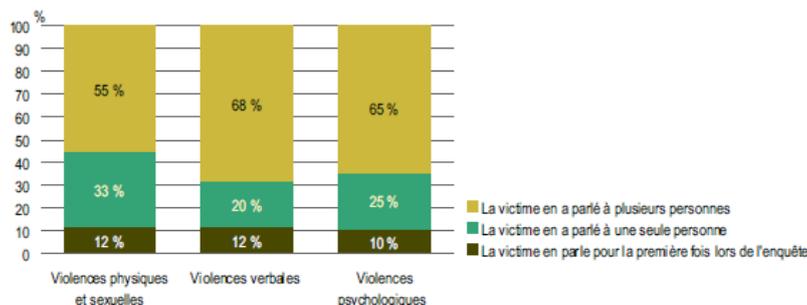
Les résultats de l'article B allaient à l'encontre des données précédemment apportées puisque 96,7% des femmes victimes affirmaient en avoir parlé à quelqu'un.

Le premier enseignement de la recherche faite dans l'article I résidait dans le constat de la rareté voire de l'absence de la parole sur l'excision au sein des familles. Deux types de situations devaient être distingués :

- « *Les femmes socialisées en Afrique et arrivées en France au moment du mariage : elles ont grandi dans un environnement où l'excision est la norme sociale dominante. Le discours se limite toutefois à la nécessité de la pratique et fait par ailleurs l'objet d'un non-dit.*

- Lorsque les femmes ont grandi en France, soit dans un espace social où la pratique de l'excision est interdite, aucune parole sur l'excision n'a été transmise par la famille. Plusieurs femmes n'ont découvert qu'une fois adulte ou adolescente qu'elles avaient été excisées. »

L'article F révélait que 80% des victimes de violences sexuelles répétées durant l'enfance n'avaient jamais eu recours à une prise en charge. Cette donnée a été présentée sous la forme de ces deux graphiques :

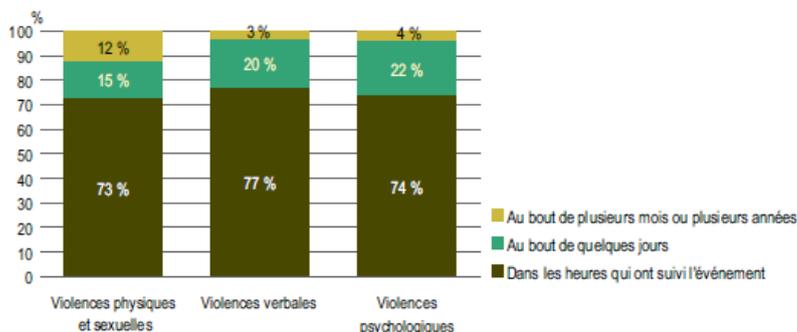


Lecture • 68 % des victimes de violences verbales ayant entraîné un dommage professionnel, matériel, physique ou psychologique important, ou un dommage pour leur santé, ont parlé des faits à plusieurs personnes, 20 % en ont parlé à une seule personne et 12 % ont révélé avoir été victime de violences de cette nature lors de l'enquête.

Champ • Victimes d'une violence interpersonnelle dans les deux ans précédant l'enquête, déclarant que cet événement leur a causé un dommage physique, matériel, professionnel ou psychologique important ou un dommage temporaire ou durable pour leur santé, et âgé de 18 à 75 ans (1 042 individus, soit 172 victimes de violences physiques et sexuelles, 525 victimes de violences verbales et 671 victimes de violences psychologiques ; un individu peut-être victime de violences de types différents).

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Figure 2a : Répartition des victimes d'un événement violent ayant entraîné un dommage selon le nombre d'interlocuteurs auxquelles elles ont confié les faits selon l'enquête EVS 2005-2006 (article F).



Lecture • 77 % des victimes de violences verbales ayant entraîné un dommage professionnel, matériel, physique ou psychologique important ou un dommage pour leur santé et qui ont révélé les faits avant l'entretien de l'enquête, en ont parlé dans les heures qui suivent. 20 % ont attendu quelques jours et 3 % n'en ont parlé qu'au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Champ • Victimes d'une violence interpersonnelle dans les deux ans précédant l'enquête, âgées de 18 à 75 ans, déclarant que cet événement leur a causé un dommage physique, matériel, professionnel ou psychologique important ou un dommage temporaire ou durable pour leur santé, et qui ont révélé l'événement avant le passage de l'enquêteur, soit, dans l'échantillon: 161 victimes de violences physiques ou sexuelles, 487 victimes de violences verbales et 598 victimes de violences psychologiques.

Sources • Enquête Événements de vie et santé (EVS), DREES, 2005-2006.

Figure 2b : Temps au bout duquel la parole de la victime s'est libérée auprès d'un tiers selon le type de violences rencontrées d'après l'enquête EVS 2005-2006 (article F).

La même conclusion était retrouvée dans l'article G en précisant que «le silence entourant ces violences s'était relevé extrêmement prégnant » et dans l'article H « 40% d'entre elles n'avaient pas révélé les faits d'abus sexuels du passé : elles ont consulté pour difficultés sexuelles d'elles-mêmes ou adressées par leur médecin ou leur psychologue et la révélation a eu lieu lors de la consultation sexologique »

Un tiers des victimes recensées dans l'article J n'en avaient jamais parlé à qui que ce soit. Pour les deux tiers restants, elles en avaient parlé à un ami (47% si violences hors ménage contre 42% si au sein du ménage), un professionnel autre que la police (19% que l'agression soit intra ou extra conjugale). Ainsi, l'auteur en avait conclu que : « *Tout se passe comme si elles cherchaient davantage à être comprises et soignées que vengées, ou comme si elles n'avaient confiance dans les chances de voir leur agresseur puni* »

Tableau I : Présentation des recours des femmes victimes en 2005-2006 de violences en dehors ou au sein du ménage selon l'article J

	Plainte	Main courante	Association ou professionnel	Ami ou proche	N'en avait parlé à personne	Ne sait pas ou refuse de le dire	Total
Viol en dehors du ménage	12,1	5,4	19,0	47,4	12,2	3,8	100,0
Violence physique au sein du ménage	9,9	1,9	19,6	43,7	21,1	3,8	100,0
Viol au sein du ménage	5,6	2,3	25,2	23,7	32,6	10,6	100,0
Violence physique ou sexuelle au sein du ménage	8,9	2,2	19,4	41,6	23,1	4,7	100,0

Lecture : parmi les femmes de 18-59 ans ayant subi une agression sexuelle en 2005-2006 en dehors du ménage, 12,1 % ont porté plainte, 5,4 % ont déposé une main courante, 19 % n'ont pas fait de déclaration officielle mais en ont parlé à une association ou à un professionnel, 12,2 % n'en avait parlé à personne avant l'enquête.

Champ : femmes âgées de 18 à 59 ans. Les résultats de ce tableau ne concernent que les femmes comprenant le français (source).

Source : Insee, enquête Cadre de vie et sécurité 2007.

3.5.2. Le parcours judiciaire et la prise en charge

Le recours au dépôt de plainte était très faible quel que soit l'article étudié :

- Dans l'article A : 29% s'étaient rendues au commissariat (pour un dépôt de plainte 16%, une main courante 10%) et parmi les 2/3 des femmes victimes vivant toujours avec leur conjoint : 20% ont consulté un psychiatre ou psychologue, 17% en parlaient aux services sociaux, moins de 10% utilisaient le numéro vert, et 10% avaient franchi la porte d'associations d'aides aux victimes. Ainsi, 6 femmes sur 10 n'avaient fait aucune des démarches citées précédemment.
- Dans l'article B : 23,1% des femmes victimes avaient entamées une procédure judiciaire. Elle a été menée à terme chez 9 femmes sur 21 et donnait raison à la victime chez 8 femmes sur 9. Or, 22,9% n'en avaient pas entamé en raison de la prescription.
- Dans l'article C : 10% des victimes de viol portaient plaintes.
- Dans l'article D : 36% des victimes de viol conjugal exprimaient la possibilité de déposer plainte en réponse au questionnaire. Cependant dans les faits, aucune ne l'avaient fait : 64% étaient réticentes car elles avaient un sentiment de honte et 16% ne préféraient pas se prononcer.
- Dans l'article E : 17% des victimes s'étaient rendu à la police: 8% avaient porté plainte, 6% avaient déposé une main courante et 3% n'avaient rien fait. Effectivement, les auteurs avaient remarqué que plus l'agresseur était proche de la victime, moins les faits étaient suivis de plaintes. Celles qui ne se s'étaient pas déplacées au commissariat évoquaient les raisons suivantes : la volonté d'éviter des épreuves supplémentaires, de se passer de l'épreuve du témoignage ou d'une confrontation.

- Dans l'article F relatait que « *Les progrès les plus sensibles étaient sans doute aujourd'hui ceux des déclarations recueillies dans les enquêtes, puisque seulement 7,6 % des femmes de 18 à 60 ans qui ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint ont porté plainte en 2005 et 2006 ; 90 % de ces victimes n'effectuaient aucun signalement à la police ou la gendarmerie.* »
- Dans l'article J : lorsque les violences étaient de nature intraconjugale : 1/3 des victimes n'avaient pas déposé ni de plainte, ni de main courante et 8% des victimes seulement en avaient parlé à la police. Hors ménages, les victimes s'ouvraient un peu plus facilement mais toujours peu dans l'absolu : 17,5% s'adressaient à la police (déposaient une main courante ou une plainte), mais 12% des victimes n'en parlaient à personne.

Les articles G, H, I ne présentaient pas ce parcours judiciaire nécessaire dans le processus de guérison.

3.5.3. Les réparations physiques dans le cas spécifique des mutilations sexuelles

L'article I mettait en avant que sur l'ensemble des femmes excisées enquêtées, plus de la moitié (60 %) n'étaient pas intéressées par l'opération de chirurgie réparatrice. Presque un tiers étaient intéressées et 5 % (soit 28 femmes) avaient déjà été opérées ou étaient en cours de démarche de réparation.

Partie 4

4. DISCUSSION

4.1. LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LIMITES DE L'ETUDE

La réalisation de cette étude reposait sur la restriction aux articles uniquement français puisque mon étude était relative à ce qui se passait en France. Même si le cadre religieux est beaucoup moins prégnant qu'il y a des dizaines d'années, la sexualité demeure encore un sujet tabou dans les familles, dans l'éducation, en société.

Au-delà du faible nombre d'études réalisées sur le territoire français, les articles choisis dans cette revue s'étalaient chronologiquement de 2005 à 2017. En effet, un nombre d'étude plus important et plus actuelle aurait pu révéler des données bien plus significatives et en corrélation avec la libération de la parole des femmes qui ne datent que de quelques années.

Cependant, les caractéristiques et les conséquences retrouvées chez les victimes sont intemporelles et ont pu être bien ciblées dans ces articles.

4.2. BIAIS DE SELECTION

La réponse à une enquête a toujours pour base le volontariat. Ainsi, une victime qui demeure cloîtrée dans le silence pendant une partie de leur vie ne sera pas nécessairement volontaire pour ce type d'étude en sachant que cela fera révéler au grand jour son passé et lui ferait ressasser des moments très difficiles, qu'elle porte encore sur les épaules.

4.3. UN PROFIL TYPE DES VICTIMES ?

4.3.1. Les critères de vulnérabilité

L'enfance est un état de grande vulnérabilité dont l'agresseur peut profiter et ainsi mettre en place plus facilement ses stratégies (manipulation, chantage affectif, menaces). Malheureusement une jeune victime n'aura pas la force ou la compréhension nécessaire pour parler et préférera taire ce qu'elle a vécu. Dans la majorité des cas, le jeune âge est un facteur à risque de violences sexuelles.

De plus, les articles sont partagés sur la catégorie socio-professionnelle des femmes victimes de violences sexuelles. Cependant, les données de la littérature tendent à dire que toutes les catégories professionnelles sont concernées par ce fléau. Le rapport d'enquête CVS de 2019 rapportait que la proportion de victimes de violences sexuelles hors ménage est supérieure à la moyenne chez trois catégories selon le statut d'activité : les étudiants (0,9 %), les chômeurs (0,8 %) et les inactifs non retraités (ce qui inclut notamment les femmes au foyer qui représente

0,7 %). Enfin, c'est au sein des ménages les plus modestes que la proportion de victimes de violences sexuelles hors ménage est la plus élevée (0,7 % contre 0,2 % à 0,4 % pour les autres catégories de ménage). Malgré ces données concrètes, il est cependant difficile de déduire de façon certaine les catégories où le phénomène de violences sexuelles est plus important. L'information dont on dispose provient des victimes qui ont accepté de parler de ce qu'elles ont subi, celles-ci peuvent avoir des caractéristiques distinctes de celles qui préfèrent rester silencieuses. Ainsi, **l'hypothèse H3 relatant de l'existence d'éléments caractéristiques communs permettant de donner un « profil type de victime » peut être infirmée.** Il n'existe donc pas de profil spécifique de victimes mais des facteurs de vulnérabilité peuvent être révélés telle que l'enfance. [54]

4.3.2. Des conséquences impactant sur la santé des femmes à court, moyen, et long terme

Les violences sexuelles peuvent atteindre le psychisme (TSPT, troubles de personnalités, etc.) mais pas seulement, le corps peut manifester des pathologies, couramment rencontrées comme le diabète, l'hypertension artérielle, etc. Quel que soit le moment où elles sont subies, elles ont une incidence sur la santé certes, mais aussi sur le comportement des victimes qui aura des conséquences sur le devenir de la victime : consommations de toxiques, troubles de la sexualité, prostitution, actes de délinquance, manque de soin, et sur sa vie sociale et professionnelle : abandon d'études, phobie scolaire, arrêt maladie, retrait social, chômage, etc.). **Par conséquent, tous les articles choisis valident les hypothèses H1 et H2 de cette étude affirmant de l'impact qu'elles ont à court, moyen, long terme sur la vie des victimes et sur l'existence de signes d'alerte observables chez elles.**

4.3.3. Le lien avec l'auteur des violences et la propension des victimes à en parler

L'auteur des faits est connu de la victime dans la grande majorité des cas. Les agressions réalisées par un inconnu demeurent moindres : de 15% selon l'article E à 1/3 d'après J. De plus, lorsque celui-ci est le conjoint actuel, la difficulté à en parler est d'autant plus importante et les victimes s'enferment encore plus dans le silence. **C'est pourquoi l'hypothèse « l'auteur des faits est inconnu de la victime » (H4) peut être infirmée par cette étude.**

Certaines victimes l'ont révélé pour la première fois au cours de l'enquête : un tiers (Art. J) à 46% selon l'enquête Contexte de la Sexualité en France (CSF) présentée dans l'article A. **Ainsi, l'hypothèse sur l'existence d'une réelle prise en charge des victimes sur le territoire français (H6) ne peut être conclue au vu des éléments recueillis par cette étude.** Cependant, la réalisation d'études montre qu'un début de prise en charge est proposé en France et apporte un aspect encourageant pour la suite.

Le dépôt de plaintes n'est pas encore un réflexe pour les victimes et cette faille est principalement due à la peur de représailles, la peur d'être blessée une seconde fois en n'obtenant pas gain de cause lors de la procédure judiciaire, le silence des faits vécus étant

devenu un secret bien enfoui, le tout accompagné de sentiments forts (culpabilité, honte, etc.), l'inquiétude de détruire une famille si l'auteur des violences appartient au cercle proche, par exemple. **Cette étude nous montre donc que l'hypothèse concernant la facilité des victimes à avoir recours aux procédures judiciaires (H5) peut être infirmée.**

Au fil des années, la littérature a fini par passer au-delà du tabou et ainsi inclure la thématique des violences faites aux femmes notamment sexuelles dans ces ouvrages, ci-dessous :

- Le livre noir des violences sexuelles (2e édition) de 2013 et Violences sexuelles : les 40 questions-réponses incontournables de 2015 par Dr Muriel Salmona [55,56]
- J'aimerais tant tourner la page écrit par Dr François Louboff en 2008 [57]
- Les violences sexuelles à l'adolescence de Pascal Roman en 2012 [58]

4.4. PRISE EN CHARGE DES VICTIMES

4.4.1. Les doutes pouvant être rencontrés chez les sages-femmes

J'ai pu rencontrer au cours de ma formation des professionnels pour qui, poser la question des violences était inconcevable. A leurs principaux doutes, une réponse peut être proposée afin de rendre compte du rôle du corps médical dans la prise en charge des victimes :

- « *Elle va se bloquer* ». Si la patiente, ne se sent pas d'en parler, elle n'en parlera pas et aucun bénéfice ne sera tiré de la forcer à en parler. Cependant, par le simple fait de lui poser la question, laissera dans un coin de sa tête la possibilité d'en parler.
- « *Les relations sexuelles touchent à l'intimité de la personne* ». Paradoxal pour la profession de sage-femme qui l'est déjà par son rapport avec l'intimité des femmes.
- « *C'est une situation qui nous dépasse, méconnue* » Il existe pourtant des formations à destination des professionnels de santé, qui ont pût être citée dans la partie 1.3.3.
- « *Quelle place adoptée vis-à-vis du secret médical ?* » : Les médecins et sages femmes sont soumis à l'obligation de respecter le secret médical d'après le code de déontologie. Tout manquement à cette obligation est constitutif du délit de violation du secret professionnel prévu et réprimé à l'article 226-13 du code pénal. Toutefois, si la patiente y consent, le professionnel concerné peut révéler les faits de violences dont il a été informé dans l'exercice de ses fonctions, sans voir sa responsabilité mise en cause, ni sur le plan disciplinaire (articles 9 et 44 du Code de déontologie médicale) ni sur le plan pénal.

Cette révélation peut cependant poser problème dans deux cas :

- Si la victime y est opposée ; toutefois, l'article 226-14 du code pénal, dans sa rédaction issue de la loi du 5 mars 2007 : « *dispense le professionnel de l'accord de la victime lorsque celle-ci est un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique* » ;
- Si la rédaction du certificat médical de constatation apparaît tendancieuse, suggérant un parti pris du praticien en faveur de son patient. Pour contrer cela, lorsqu'il retranscrit les doléances du patient, le(a) praticien(ne) doit faire état des dires du patient telle une

retranscription (mettre des guillemets et les mots exacts utilisés, ne pas se faire avoir par des constatations objectives.

- « *Si elle dit oui qu'est ce que j'en fais ?* ». Le but n'est pas de la submerger de questions qui lui feraient revivre les faits. L'objectif pour un professionnel de santé se retrouvant face aux révélations de tout type de violence chez une de ses patientes est d'inverser les mécanismes engendrés par les violences de l'auteur chez sa victime :
 - Vaincre l'isolement : « *je vous crois* » ;
 - Dévalorisation : « *vous avez bien fait de m'en parler* » ;
 - Contrer la culpabilité en lui signifiant qu'aucune attitude de sa part ne justifie les violences : « *vous n'y êtes pour rien* », « *rien ne justifie les violences* » ;
 - Combattre la menace/peur : « *c'est lui le coupable* » ;
 - Assurer son impunité « *je vais vous aider* ». [59]

En plus de cette inversion, il est important de ne pas banaliser, ne pas minimiser les faits rapportés (« *Ce n'est pas si grave que ça* »). Si la victime présente des difficultés à quitter son agresseur, il ne faut pas faire de conclusion trop hâtive et la juger. En effet, cette attitude s'explique par les stratégies mises en place par l'auteur, les conséquences du psychotraumatisme ainsi que le niveau de dépendance qui relie la victime et l'agresseur.

Faire un rappel à la loi et au caractère illégal de ce qu'elle a vécu peut aider la victime dans la reconnaissance de ce statut qui est majoritairement très difficile à accepter.

Il est nécessaire de rappeler qu'au niveau judiciaire il est interdit de refuser de prendre une plainte d'après l'article 15-3 : « *Les officiers et agents de police judiciaire sont tenus de recevoir les plaintes déposées par les victimes d'infractions à la loi pénale, y compris lorsque ces plaintes sont déposées dans un service ou une unité de police judiciaire territorialement incompétents. Dans ce cas, la plainte est, s'il y a lieu, transmise au service ou à l'unité territorialement compétents* » [60]

Dans le cas où la victime rencontre ce refus, elle doit demander à voir le commandant de brigade ou appeler le défenseur des droits. Elle peut également écrire au Tribunal de Grande Instance (TGI) pour rapporter ce manquement au respect de la loi.

Le fait de tenir un discours infantilisant, moralisateur ou culpabilisant, reviendrait à conforter la stratégie de l'agresseur et ainsi enfermer la victime dans ce cercle infernal, il est donc plus judicieux d'éviter les propos suivants : « *Pourquoi vous acceptez cela ?* », « *Vous vous rendez compte de ce qu'il vous a fait subir ?* », « *Pourquoi vous ne partez pas ?* ».

Le tout doit être proposé dans un cadre d'écoute active et bienveillante, soutenir la parole de la victime par la parole, par des gestes (hochement de tête, regard). Le professionnel aidant doit se sentir bien pour accompagner sa patiente. S'il ne se sent pas apte à entendre certaines

choses, cela est tout à fait recevable. Dans ce cas, il ne doit pas hésiter à passer le relais, adresser à un confrère, donner les coordonnées d'une association d'aide aux victimes, etc. [61]

4.4.2. Les invisibles parmi les visibles

Toutes les études présentées dans les articles de cette revue concernaient principalement la population générale et occultaient certaines personnes : femmes en situation de handicap, vivant en institutions, femmes homosexuelles, femmes immigrées, femmes transsexuelles, sans domicile fixe, et prostituées. Les femmes les plus exposées subissent souvent un autre type de discrimination. L'enquête CVS a d'ailleurs rapporté qu'en matière de violences sexuelles hors ménage, les personnes immigrées (0,6 %) apparaissent plus exposées que les descendants d'immigrés et les personnes sans lien direct à la migration.

Exemple des victimes en situation de handicap

Une enquête menée par l'Agence des droits fondamentaux de l'Union Européenne (FRA) a révélé que 34% des femmes déficientes intellectuelles sont victimes de violences sexuelles ou physiques contre 19% pour la population générale [62]. A la suite de ces résultats alarmants, le programme « Handicap et alors ? » a été mis en place pour prévenir ces violences retrouvées chez les personnes présentant un handicap mental. La difficulté de leurs prises en charge réside dans le tabou qui est d'autant plus grand que la sexualité n'est que faiblement considérée dans cette population. Les femmes en situation de handicap subissent des stéréotypes pouvant amener à la discrimination (considérées comme asexuée, n'ont pas de vie amoureuse, ne pourraient pas vivre en couple, etc.) Les professionnels doivent alors déconstruire ces représentations pour améliorer le repérage des violences et la prise en charge des victimes.

Les objectifs de ce programme sont de libérer la parole, favoriser l'accès au corps, à la vie affective et la sexualité, aider les familles, les professionnels, et agir en faveur de la santé sexuelle, de la réduction des risques sexuels et de la prévention des violences. [63]

De plus, le 3919, a été adapté à ces personnes depuis le Grenelle de lutte contre les violences faites aux femmes qui a débuté le 3 septembre 2019.

4.4.3. Réaliser l'importance de considérer ces violences

4.4.3.1. Des mesures adoptées par la HAS

En juin 2019, la HAS a mis en place des recommandations de bonnes pratiques concernant le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple par les professionnels de santé, la prise en charge initiale et l'orientation à proposer aux victimes et celles collatérales (enfants exposés).

Ses objectifs sont de :

- « *Renforcer l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes ;*

- Favoriser le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple ;
- Faciliter la coordination entre professionnels concernés. »

Elles évoquent les violences dans leur globalité ne ciblant pas un type en particulier et elles excluent les violences sexuelles faites sur mineurs, les mutilations sexuelles et les mariages forcés. Elles proposent des pistes de dépistage pour les professionnels : manière de formuler la question, réfèrent aux textes de loi concernés etc. La prise en charge passe par la première étape qu'est le dépistage préalable des violences, ainsi, la mise en place de recommandations va sûrement motiver les professionnels à l'intégrer systématiquement dans la démarche diagnostique médicale (consultation annuelle de suivi gynécologique de prévention consultation de contraception, etc.), à fortiori chez la femme enceinte (entretien prénatal, consultation de suivi de grossesse, etc.). De plus, le groupe de travail s'est accordé sur le fait que le questionnement sans point d'appel n'induit pas d'effets néfastes chez les patientes.

Les questions types, au préalable signalées comme posées à toutes les patientes, retenues sont les suivantes :

- « Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ? (...) ;
- Comment se passent vos rapports intimes ? Et en cas de désaccord ? ;
- Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ? ;
- Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ? ;
- Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ? ». [64]

4.4.3.2. La proposition d'un protocole d'accueil mis en pratique par le Centre Hospitalier de Saint Nazaire

Ce protocole élaboré a déjà fait ses preuves et a montré une amélioration de la qualité de l'accueil des victimes par des réponses rendues pertinentes.

Il concilie trois aspects fondamentaux : médical, émotionnel et légal. Il y est souligné le cadre dans lequel la victime devra être accueillie : un climat de sécurité, sans jugement, dans un environnement calme.

L'anamnèse pouvant être compliquée par l'état émotionnel de la victime, les premières questions seront plutôt d'ordre identificatoires, médicales, et gynécologiques. Les questions sur les faits vécus ne devront pas être posées d'emblée. Pour l'examen, la patiente se déshabillera par hémicorps (le haut puis le bas), et tous les actes lui seront bien expliqués par étapes pour la rassurer au maximum. Les prélèvements médico-légaux seront réalisés selon les délais rencontrés (recherche de sperme si inférieur à 72h, dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)). [43]

4.4.3.3. Un cadre thérapeutique à aménager

Il a longtemps porté sur la recherche du TSPT et assez peu sur la prise en charge des conséquences des événements traumatiques répétés. Selon les travaux de Van der Kolk et son équipe, il faudrait utiliser des méthodes corporelles (respiratoires, relaxation, taï chi, yoga, etc.) afin de désamorcer les effets dissociatifs retrouvés dans la mémoire traumatique au niveau du système limbique, impossible par la parole dans un premier temps.

Lorsque la patiente parvient à mieux gérer ses émotions et mettre des mots sur ce qu'elle a subi, une thérapie relationnelle peut être mise en place. Le cadre doit respecter les principes suivants :

- Prendre parti pour la victime afin de ne pas se rendre complice du déni ;
- Gagner sa confiance, c'est un gros travail à faire pour la victime qui a été trahie par ceux en qui elle avait confiance, elle doit ainsi mettre de côté sa méfiance ;
- Etre empathique tout en gardant une distance thérapeutique ;
- Réorienter le sujet si la victime sort du cadre sans que cela soit vécu comme une nouvelle maltraitance ou relation d'emprise ;
- Eviter de faire appel au silence qui pourrait rappeler les caractéristiques du viol : « *loi du silence* » ;
- Ne pas occulter les faits traumatiques ;
- Ne pas intégrer dans son histoire ce qui paraît inintégré pour la victime.

De façon schématique, la réécriture du scénario traumatique signe la résolution et le succès du traitement.

Plusieurs thérapeutiques peuvent être mises en place comme les suivantes :

- Eye Movement Desensibilisation and Reprocessing (EMDR) : elle permet de renverser les cognitions négatives qui accompagnent les pensées et émotions suscitées par l'image intrusive cible du traitement. Plusieurs études anglo-saxonnes ont montré son efficacité mais cette méthode doit être adaptée en fonction des ressources de la personne (stabilité, si dissociation il ne faut pas l'appliquer) ;
- Les thérapies cognitivo-comportementales : elles passent par les techniques de gestion du stress ont pour but d'apprendre à contrôler l'anxiété quand elle perturbe le fonctionnement quotidien.
- Les traitements médicamenteux en luttant contre les éléments dépressifs extrêmement fréquents après les événements traumatiques et possèdent même une propriété sédatrice permettant de juguler l'anxiété. En cas de TSPT, les benzodiazépines ne doivent pas être prescrites.
- L'hypnose : est évaluée positivement en matière d'agressions sexuelles mais elle est contre indiquée par le Royal College of Psychiatry du Royaume Uni, dans le cas de viols subis dans l'enfance car les souvenirs pourraient malencontreusement se greffer par des thérapeutes au cours des psychothérapies ;
- Les groupes de paroles apportent soutien aux victimes sur ce qu'elles ont vécu. [65]

4.4.3.4. La maison des Femmes, Seine Saint-Denis, Paris

La maison des femmes, est un bel exemple de considération des violences, inaugurée en juin 2016 à l'entrée du Centre Hospitalier Delafontaine, elle apporte une réponse pragmatique face aux chiffres alarmants relevés par les enquêtes gouvernementales. A sa tête figure une sage-femme coordinatrice (Mathilde Delespine) et un médecin-chef (Dr Ghada Hatem).

Cette structure propose un accueil confidentiel et sécurisé des femmes vulnérables ou victimes de violences. Elle permet de réparer physiquement et psychiquement les femmes dans un cadre de tendresse, bienveillance, solidarité, écoute, humanité et espoir. Elle comprend plusieurs unités : Centre de Planification Familial, unités de soins pour les femmes victimes de violences conjugales et intrafamiliales (incluant le mariage forcé), pour les victimes d'incestes, et accompagnement de femmes enceintes mais surtout une unité de soins pour les femmes excisées, pour les victimes de viols et d'agressions sexuelles.

Elle rassemble de nombreux professionnels : sages-femmes, médecins, psychiatres, ostéopathes, psychologues, travailleurs sociaux, etc. Ils travaillent tous pour que les victimes retrouvent leur intégrité, liberté et dignité. Sa richesse passe également par bon nombre de coopérations (CFCV, Fondation Fleur du Désert, CIDFF, association SOS Femmes 93). [66]

4.5. QU'EN EST-IL SUR LE TERRITOIRE MESSIN ?

4.5.1. La création d'un service spécifique : l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ)

Cette structure, créé en 2011, est située au sein de l'hôpital militaire Legouest à Metz mais dépend du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz-Thionville. Elle a pour mission d'accueillir, d'examiner et d'effectuer les prélèvements médico-légaux indispensables aux victimes adressées sur réquisition par les autorités judiciaires. Elle établit également les constats de coups et blessures et fixe l'Incapacité Totale de Travail (ITT). Elle ne remplit pas une mission de soin mais doit seulement répondre aux besoins de la justice. Cependant, une prise en charge psychologique est apportée aux victimes afin de palier aux troubles post-traumatiques présents à court terme et si besoin de réorienter vers des ressources extérieures. [67] Cette unité a permis la création de protocoles de prises en charge dans l'accueil d'une victime. (IX)

4.5.2. La prise de conscience de l'importance des violences faites aux femmes

Liza Eckmann, sage-femme, a mené une étude inédite au sein du CHR Metz-Thionville à propos du dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences de tous types. Elle a ainsi démontré un défaut de prise de dépistage des violences : « 63.1% (n=41/65) des sages-femmes hospitalières interrogées ne pensaient pas que la question des violences puisse être posée de manière simple et directe (...) 33,8% des sages femmes étaient dans l'attente d'un discours spontané de la patiente ». Le manque de formation et la méconnaissance sur cette

thématique constituait une entrave majeure à la prise en charge des victimes selon l'intégralité des acteurs ressources intra et extra-CHR.

L'absence de prévention primaire s'expliquait par le non-recours au questionnement systématique pour 21.5 % des sages-femmes. En effet, aborder le thème des violences nécessite d'y être initié, sensibilisé, formé au préalable. Cette étude avait révélé que 63,1 % (n=41/65) de l'effectif total de sages-femmes ne connaissaient pas la procédure de prise en charge des victimes de violences aiguës (agressions sexuelles, viols).

Ainsi, les résultats de l'étude menée par Liza Eckmann étaient supérieurs à ceux de l'étude de la MIPROF, illustrant le manque de formation des sages-femmes, et exposent le même constat : l'insuffisance de formation initiale partagée par 86.9 % des sages-femmes. » [68]

4.5.3. Les formations proposées au sein du CHR :

Ainsi, pour palier à ces manques ressentis, ont été organisées des journées de formations :

- Le 28 avril 2016 par le conseil de l'ordre, une journée consacrée au thème suivant : « La sage-femme face aux violences faites aux femmes ». Le programme essayait d'apporter une vision globale sur les violences : les formes et mécanismes des violences conjugales, les conséquences psycho-somatiques, approche législative, présentations des dispositifs existants sur le territoire, etc. [69] (X) ;
- Le 11 et 12 mai 2019, deux journées consacrées exclusivement aux violences sexuelles. Elles ont été organisées grâce à l'intervention de l'association SVS et étaient ouvertes à tous. Là aussi, un programme riche a été proposé. [70] (XI)

De plus, la thématique des violences faites aux femmes est depuis de nombreuses années inscrites dans la formation initiale à l'école de Sage-Femme de Metz.

4.5.4. Les violences faites aux femmes au sein de la ville de Metz

La ville de Metz s'est engagée dans la thématique des violences faites aux femmes ces dernières années. Tout d'abord, cette thématique a été intégrée au Contrat Local de Santé (CLS) de 2017 à 2020. Trois fiches actions ont été élaborées à ce sujet [71] :

- Fiche 19 : Coordination des professionnels dans le cadre de la prise en charge des femmes victimes de violences, nouvelle action dont certains objectifs sont de créer une convention Police/Justice/Hôpital ou de créer une fiche de « parcours type des victimes de violences » ;
- Fiche 20 : Sensibilisation des professionnels à la problématique des violences faites aux femmes, nouvelle action comportant l'information et la sensibilisation des professionnels entre 2019 et 2020 ;
- Fiche 21 : Renforcer les lieux d'accueil de jour pour victimes de violences en lien avec l'association Inform'elles, qui est l'extension d'une action déjà conduite.

Aussi, la création de groupe de travail « Santé des femmes » du CLS a permis d'identifier le besoin d'un partenariat pluridisciplinaire et d'une meilleure coordination dans la prise en charge des femmes victimes. La difficulté résulte en la pluralité des personnes intervenantes cependant, il cite bien l'importance de la place des professionnels de la périnatalité dont la sage-femme fait partie.

Par la suite, une convention départementale relative à l'hébergement des femmes victimes de violences conjugales a été signée au sein de la préfecture le 25 novembre 2019. Cette signature fait la continuité avec la mise en place le 3 septembre 2019 du « Grenelle des violences conjugales » qui a permis la mise en place de nombreuses actions de communication et des prises de paroles. Cette journée de mobilisation messine, a rassemblé de nombreux acteurs de terrain, les services publics, des magistrats, des représentants des forces de l'ordre, des élus, des professionnels de santé, des responsables associatifs et des familles de victimes, tous réunis pour co-construire des mesures efficaces. Les trois grandes priorités de ce Grenelle sont : la prévention, la protection et la prise en charge des victimes et les sanctions vis-à-vis des auteurs afin de mieux protéger les victimes. [72]

4.6. LA PLACE DE LA SAGE-FEMME

D'après le code de santé publique selon l'article R.4127-316 : « *lorsqu'une sage-femme discerne qu'une femme auprès de laquelle elle est appelée ou son enfant est victime de sévices, elle doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour les protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.* » [73]

Le livret d'accompagnement du kit « Elisa » réalisé par le MIPROF, en novembre 2019, inclut pleinement la sage-femme en évoquant son rôle comme central dans le dépistage et la prise en charge des victimes de violences sexuelles. La grossesse est reconnue comme un moment privilégié pour dépister les violences passées ou actuelles, subies par une femme. Elle représente une période de grande vulnérabilité qui peut déclencher ou aggraver les situations de violences notamment au sein du couple. Elle concerne aujourd'hui 4 à 8% des femmes enceintes dans les pays industrialisés.

La fréquence des consultations prénatales et le lien de confiance qui s'établit avec sa patiente offre un moment propice à la révélation d'une situation vécue qu'elle soit enfouie ou présente. Ce fascicule a pour objectif de donner la possibilité à la sage-femme de mieux repérer, connaître les bases et proposer une prise en charge adaptée et respectueuse de la victime.

Ainsi, il évoque que les violences de tous types, ont des conséquences en termes de morbidités materno-fœtale, selon une étude américaine de 2006 :

- « + 90% de métrorragies ;
- + 60% pour ruptures prématurées des membranes (RPM), les infections urinaires, et les vomissements incoercibles ;
- + 48% de diabète ;

- + 40% d'hypertension artérielle
- + 37% de prématurité, + 21% d'hypotrophie. » [74]

De plus, une étude de Seine Saint Denis indiquait un taux d'accouchements prématurés augmentés de 23% et 7% d'accouchements à domicile chez des femmes victimes de violences conjugales. Parmi les femmes interrogées, 82% avaient subi des violences sexuelles. [75]

Les situations dans laquelle la sage-femme peut repérer ces violences sont nombreuses :

- Les consultations prénatales ;
- L'entretien prénatal précoce et la préparation à la naissance et à la parentalité : il permet de donner un espace de parole et instaurer un dialogue avec la femme ;
- L'hospitalisation au cours de la grossesse :
- L'accouchement : des manifestations de défense peuvent apparaître (refus de la position gynécologique, refus d'examiner, maintien des jambes fermées, etc.) ;
- Les soins après la naissance ;
- La visite à domicile ;
- Le suivi gynécologique ;
- La rééducation du périnée.

Au delà des actes médicaux relevant de son domaine de compétences la sage-femme doit : évaluer le risque pour la patiente, la grossesse et l'enfant à venir ; proposer la rédaction d'un certificat médical de constatation ; informer et orienter la victime vers le réseau de partenaires professionnels et associatifs. Ce certificat doit respecter les règles de rédaction énoncées par le conseil de l'ordre des sages-femmes. [76] (XIII) Le dossier médical comportera donc le double de ce certificat et l'original sera remis en main propre à la victime.

Si elle le souhaite, il est nécessaire de lui proposer un autre rendez-vous et surtout lui demander l'autorisation d'en parler à d'autres professionnels qui peuvent prendre le relais dans la prise en charge. Pour les victimes de viol récent, elle doit rechercher systématiquement une grossesse et une IST.

En plus de tout cela, elle doit orienter la victime vers les dispositifs mis en place : service de police ou de gendarmerie, 3919, associations locales d'aide aux victimes, etc.

CONCLUSION

Les violences sexuelles touchent principalement les femmes. Les victimes sont le plus souvent mineures au moment des faits. L'auteur est majoritairement connu par les victimes lorsqu'elles sont jeunes, il appartient au cercle familial (père, beau père, ami de la famille etc.). Si elles surviennent plus tard, il correspond au conjoint ou à l'ex conjoint. Elles touchent toutes les catégories socioprofessionnelles mais il est à noter cependant qu'il existe des facteurs de risque, en particulier les femmes subissant une autre forme de discrimination : en situation de handicap, prostituées, immigrées, etc.

Les violences sexuelles peuvent également prendre des formes plus subtiles aujourd'hui : Revenge Porn, cyber-harcèlement, outrage sexiste, injure publique à caractère sexiste, privation de contraception, obligation de recours à l'IVG. Elles paraissent moins flagrantes mais ne doivent pas pour autant être négligées. La Secrétaire d'Etat chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations, Marlène Schiappa a fait de la lutte des violences faites aux femmes une grande cause nationale en 2019.

Ainsi, une belle avancée est remarquée depuis quelques années et a permis la libération de la parole des femmes, la création de dispositifs d'aide aux victimes, la construction de structure dédiée comme la maison des femmes de Saint Denis à Paris, la formation d'associations (Imform'elles) et de mouvements (#NousToutes).

La sage-femme par ces compétences obstétrico-gynécologiques, médico-psycho-sociales a un rôle essentiel dans le dépistage des violences faites aux femmes, en particulier sexuelles. Il est important qu'il soit systématique et non ciblé, car il n'y a pas de profil type de femmes victimes. Parmi les freins pouvant expliquer les difficultés qu'ont les sages-femmes à identifier les violences, on note le manque de connaissances sur les procédures et les recours possibles, le défaut de formation approfondie, la façon d'aborder le sujet, de se lancer pour poser la question, etc. Selon l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes menées par la MIPROF entre le 1^{er} juin et le 10 novembre 2014, plus de huit sages-femmes sur dix désirent être formées à ce sujet et neuf sur dix estiment avoir un rôle à jouer dans le repérage. Ainsi, la volonté d'avoir plus de considération sur cette thématique est bel et bien présente sur le territoire français. [77]

Le chemin à faire vers le dépistage systématique est encore long mais il est réalisable. L'inclusion de l'item des violences dans la traçabilité des dossiers informatisés quel que soit le service, l'extension du dispositif de la Maison des femmes en Moselle, l'augmentation de journées de formations à destination des professionnels de santé, la création de groupes de paroles entre eux pour échanger sur les situations et les difficultés rencontrées dans la prise en charge des victimes, etc, sont des pistes qui ne demandent qu'à être exploitées.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] OMS. Santé génésique. Avril 2014 [en ligne]. (Consulté le 1/05/2019).
Disponible sur : https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA57/A57_13-fr.pdf
- [2] OMS. Santé sexuelle. [en ligne] (Consulté le 30/04/2020).
Disponible sur : https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
- [3] INSEE. Les violences sexuelles hors ménage. Rapport d'enquête « Cadre de vie et Sécurité ». 2019 [en ligne]. (Consulté le 15/03/2020).
Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Cadre-de-vie-et-securite-2019>
- [4] ONU. La violence à l'égard des femmes. [en ligne]. (Consulté le 2/02/2020).
Disponible sur : <https://www.un.org/fr/events/endviolenceday/>
- [5] Legifrance. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. [en ligne]. (Consulté le 12/09/2019).
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000556901>
- [6] Legifrance. LOI n° 2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs. [en ligne]. (Consulté le : 4/10/2019). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000422042&categorieLien=id>
- [7] Conseil de l'Europe. A propos de la convention. [en ligne]. (Consulté le 10/11/2019).
Disponible sur : <https://www.coe.int/fr/web/istanbul-convention/about-the-convention>
- [8] Legifrance. LOI n° 2017-242 du 27 février 2017 portant réforme de la prescription en matière pénale. [en ligne]. (Consulté le 13/11/2019). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034096721&categorieLien=id>
- [9]. La Rédaction. L'évolution des droits des femmes : chronologie. Vie Publique Au cœur du débat public. Oct 2018 [en ligne]. (Consulté le 11/11/2019). Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/19590-chronologie-des-droits-des-femmes>
- [10] Legifrance. Code pénal- Art 222-33. [en ligne]. (Consulté le 10/02/2020). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289662&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>
- [11] Legifrance : Code pénal- Art 222-22. [en ligne]. (Consulté le 11/10/2020). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022469961&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20100711>
- [12] FFCRIAVS. Audition publique Auteurs de Violences Sexuelles Chapitre 1 : Introduction et champ d'audition publique. Juin 2018 [en ligne]. (Consulté le 22/09/2019).
Disponible sur : https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/a6/80/a680dc21-8548-47af-af8c-cfcde521a228/rapportgbpartie1.pdf
- [13] Lay E. Prévenir les violences sexuelles. L'école des parents. Vol 612(1). P 31-3. 2015
- [14] Legifrance : Code pénal- Art 222-23. [en ligne]. (Consulté le 1/12/2020). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000037289535&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180806>

- [15] Sénat. Projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. Rapport n°589. 2017-2018 [en ligne]. (Consulté le 12/01/2020).
Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/l17-589/l17-589_mono.html
- [16] DGS, MIPROF. Le/la praticien-ne face aux mutilations sexuelles féminines. Fev 2016 [en ligne]. (Consulté le 2/03/2020). Disponible sur : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Le_praticien_face_aux_mutilations_sexuelles_feminines_-_2016.pdf
- [17] WHO. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Sexual health document series. Genève. 2006 [en ligne]. (Consulté le 12/08/2019). Disponible sur : https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- [18] Service-Public.fr. Infraction sexuelle sur mineur : corruption, agression, atteinte sexuelle, viol. 2018 [en ligne]. (Consulté le 18/08/2019)
Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2274>
- [19] Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France. Population & Société. Oct 2007 [en ligne]. (Consulté le 23/06/2019) ; 438 : 1-4. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19106/438.fr.pdf
- [20] Jaspard M, Brown E, Condon S, et al. Nommer et compter les violences envers les femmes : Une première enquête nationale en France. Bulletin mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques. Population et sociétés. Jan 2001 ; 364: 1-4
- [21] Debauche A, Lebugle A, Brown E et al. Présentation de l'enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Document de travail INED. Jan 2017 ; 65 (229): 61-23.
- [22] Jehel L, Thomas J-L, Guérin V. Conséquences médicales des violences sexuelles : comment les dépister et les soigner ? Les entretiens de Bichas. Oct 2015 [en ligne]. (Consulté le 11/07/2019) ; 1-4. Disponible sur : <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/ENTRETIENS-DE-BICHAT-2015-Atelier-Violences-sexuelles.-Jehel-Thomas-Guerin.pdf>
- [23] OMS. Comprendre et lutter contre les violences à l'égard des femmes. 2012. [en ligne]. (Consulté le 22/06/2019). Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86256/WHO_RHR_12.43_fre.pdf;sequence=1
- [24] Salmona M, Cyril Tarquino et al. Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre. Pratique de la Psychothérapie EMDR. 2017 [en ligne]. (Consulté le 22/02/2020).
Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2017-Aide-memoire-Dunod-Impact-des-violences-sexuelles-la-memoire-traumatique-a-l-%C5%93uvre.pdf>
- [25] Thomas J-L. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. Revue Française du Dommage Corporel. 2015 [en ligne]. (Consulté le 22/10/2019) ; 253-69. Disponible sur : <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatization-droitdiffusion.pdf>
- [26] Golding JM. Sexual assault history and physical health in randomly selected Los Angeles women. Health Psychol 1994;13:130-8.
- [27] Rich-Edwards J, Spiegelman D, Lividoti Hibert E et al. Abuse in Childhood and Adolescence As a Predictor of Type 2: Diabetes in Adult Women. Am J Prev Med. 2010 Dec [en ligne]. (Consulté le 11/02/2020) ; 39 (6): 529-536.
Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3003936/>
- [28] Cloutier S, Martin SL, Poole C. Sexual assault among North Carolina women:

- prevalence and health risk factors. J Epidemiol Community Health 2002 [en ligne]. (Consulté le : 11/03/2020); 56:265–271. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11896133>
- [29] Vacher-Boulogne S. Etude pilote : les adultes ayant été victimes de violences sexuelles avant l'âge de 15ans : approche médico- économique. Thèse pour le DE de Docteur en Médecine. Oct 2013 : 95-165
- [30] Guérin V. STOP aux violences sexuelles ! Ecoutons donc ces corps qui parlent ! 2011 [en ligne]. (Consulté le : 02/11/2019). Disponible sur : <https://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/medical-stop1.pdf>
- [31] Observatoire national des violences faites aux Femmes. « Violences sexuelles et violences conjugales : combien de victimes ? » Nov 2013 [en ligne]. (Consulté le 14/012020). ; 1 : 1-8. Disponible sur : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/14-La-lettre-de-l-Observatoire-No1.html>
- [32] Jort M. Les 33 femmes qui accusent Harvey Weinstein d'agression sexuelle. Huffpost. Oct 2017 [en ligne]. (Consulté le 11/01/2020). Disponible sur : https://www.huffingtonpost.fr/2017/10/12/les-28-femmes-qui-accusent-harvey-weinstein-dagression-sexuelle_a_23240870/
- [33] CFCV. Qui sommes nous ? [en ligne]. (Consulté le 11/02/2020). Disponible sur : <https://cfcv.asso.fr/le-collectif-feministe-contre-le-viol-cfcv/>
- [34] FNSF. Lutter contre les violences conjugales. [en ligne]. (Consulté le 12/01/2020). Disponible sur : <https://www.parolesdefemmes81.fr/pr%C3%A9sentation/fnsf-f%C3%A9d%C3%A9ration-nationale-solidarit%C3%A9-femmes/>
- [35] Aubin C, Jourdain menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. Oct 2009 [en ligne]. (Consulté le 22/10/2019). Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/104000048.pdf>
- [36] Stop aux Violences Sexuelles. [en ligne]. (Consulté le 22/01/2020). Disponible sur : <https://www.stopauxviolencessexuelles.com/objectifs/>
- [37] Ministère des Familles, de l'enfance et des droits des femmes. Le sexisme tue aussi 5^e plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes. [en ligne]. (Consulté le 15/03/2020). Disponible sur : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/5e-plan-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes.pdf>
- [38] Granier B. Eradiquer les mutilations sexuelles féminines. Plan national d'action visant à éradiquer les mutilations sexuelles féminines. Juin 2019 [en ligne]. (Consulté le 10/01/2020). Disponible sur : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/plan-national-d-action-2019-visant.html>
- [39] Service-Public.fr. 3919 : le numéro de téléphone pour les femmes victimes de violences. Mars 2020 [en ligne]. (Consulté le 17/03/2020). Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A13048>
- [40] Informelles un dispositif de l'AIEM. A propos d'Informelles. 2018 [en ligne]. (Consulté le 16/02/2020). Disponible sur : <https://www.informelles.org/a-propos-d-inform-elles>
- [41] Ballet V. Marche #NousToutes : « Etre ici, c'est comme un cri de rage » Nov 2019 [en ligne]. (Consulté le 18/12/2020). Disponible sur : https://www.liberation.fr/france/2019/11/23/marche-noustoutes-etre-ici-c-est-comme-un-cri-de-rage_1764985
- [42] Delespine M. Le rôle de la Sage-femme auprès des femmes victimes de violences. Vocation Sage Femme. Nov-Déc 2014 ; 111:24-8

- [43] Linet T, Nizard J. Constats de violences sexuelles : rédaction d'un protocole d'accueil et mise en pratique.
- [44] CFCV. La formation, un enjeu pour les professionnel·les. Oct 2016 [en ligne]. (Consulté le 11/01/2020). Disponible sur : <https://cfcv.asso.fr/professionnel-les-et-militantes/se-former/>
- [45] Secrétariat d'Etat chargé de l'Egalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. La profession des professionnel·le·s [en ligne]. (Consulté le 12/02/2020). Disponible sur : <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/outils-de-formation-violences-au.html>
- [46] JL Thomas. Etude épidémiologique SVS 14-01 complications médicales chroniques des violences sexuelles. Jan 2015 [en ligne]. (Consulté le 15/12/2019). Disponible sur : http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2015/01/04_SLIDE-2015-Assises-Nationales-Jean-Louis-Thomas.pdf
- [47] Bajos N, Bozon M, et al. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Population & Sociétés. 2008 ; 445 : 1-4
- [48] Bécour B et al. Violences sexuelles conjugales à Paris : étude analytique prospective de 100 cas. Médecine & Droit. July 2014 ; 2014(127) : 89-95.
- [49] Morin T, Jaluzot L, Picard S. Femmes et hommes face à la violence. INSEE PREMIERE. Nov 2013 [en ligne]. (Consulté le 10/01/2020) ; 1473 : Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280920>
- [50] Beck F, Cavalin C, Mailochon F. Enquête Evenements de Vie et Santé. La documentation Française. 2005-2006 [en ligne]. (Consulté le 3/03/2020). Disponible sur : <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/outil/enquete-evenements-de-vie-et-sante-evs-2005-2006>
- [51] Gamet M. VS des mineurs en France : comment les médecins peuvent devenir des interlocuteurs privilégiés des victimes? Sexologies. Jul 2013 ; 22 (3) : 112-123
- [52] Andro A, Lesclingand M, Cambois E et al. Enquête « excision et handicap ». Mars 2009 [en ligne]. (Consulté le 1/02/20). Disponible sur : http://www.pantheonsorbonne.fr/fileadmin/CRIDUP/Rapport_final_ExH_volet_quantitatif.pdf
- [53] Tournyol du Clos L, Le Jeannic. Les violences faites aux femmes. INSEE PREMIERE. Fev 2008 [en ligne]. (Consulté le 20/02/2020) ; 1180 : Disponible sur : <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/71/1/ip1180.pdf>
- [54] Interieur.gouv.fr. Rapport d'enquête « Cadre de Vie et Sécurité ». 12 décembre 2019 [en ligne]. (Consulté le 15/01/2020). Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Themes/Violences-physiques-ou-sexuelles/Rapport-d-enquete-CVS-2019-Les-violences-physiques-ou-sexuelles-hors-situation-de-vol>
- [55] Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles. 2e édition. 2013
- [56] Salmona M. Violences sexuelles : les 40 questions-réponses incontournables. 2015
- [57] Ouboff F. J'aimerais tant tourner la page. 2008
- [58] Roman P. Les violences sexuelles à l'adolescence : comprendre, accueillir, prévenir. Elsevier Masson. 2012
- [59] MIPROF. Les violences faites aux femmes en situation de handicap. Nov 2019 [en ligne]. (Consulté le 5/01/2020). Disponible sur : https://www.apf-francehandicap.org/sites/default/files/2019_guide_pratique_violences_femmes_handicapees.pdf

- [60] Legifrance. Code de procédure pénale Article 15-3. Mars 2019 [en ligne]. (Consulté le 20/11/2020). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038311441&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20190325>
- [61] #NousToutes. Quelques ressources sur le consentement, la prévention des violences sexuelles et la prise en charge des victimes. [en ligne]. (Consulté le 12/04/2020). Disponible sur : <https://docs.google.com/document/d/1qSHh6IWh1Gulu0vAG4CvwN1D2pC9SFzHcoDY-Zjcn-Y/edit>
- [62] European Union Agency For Fundamental Rights. Violence against women : an EU-wide survey. 2014 [en ligne]. (Consulté le 16/09/2019). Disponible sur : <https://fra.europa.eu/fr/publication/2014/la-violence-legard-des-femmes-une-enquete-lechelle-de-lue-les-resultats-en-bref>
- [63] Le planning Familial. Handicap et alors ? Un programme pour agir. Mai 2019 [en ligne]. (Consulté le 22/01/2020). Disponible sur : <https://www.planning-familial.org/fr/handicap-et-alors-257>
- [64] HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Comment repère-évaluer. Juin 2019 [en ligne]. (Consulté le 3/02/2020). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple
- [65] Lopez G. Clinique et prise en charge des adultes victimes d'agressions sexuelles. Psychiatrie. 2012 [en ligne]. (Consulté le 2/02/2020) ; 1-6. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/en/article/668404>
- [66] La Maison des Femmes. [en ligne]. (Consulté le 10/07/2019). Disponible sur : <https://www.lamaisondesfemmes.fr/>
- [67] Ministère de la Justice. Circulaire du 25 avril 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. [en ligne]. (Consulté le 24/03/2018). Disponible sur : http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSD1221959C.pdf
- [68] Eckmann L. Diagnostic de la prise en charge des violences faites aux femmes au pôle Femme Mere Enfant du Centre Hospitalier régional Metz Thionville. 2016-2017
- [69] Spycckerelle. La sage-femme face aux violences faites aux femmes. Ordre des sages-femmes de la Moselle. Avril 2016 [en ligne]. (Consulté le 7/03/2019). Disponible sur : <http://blog.odsf-moselle.org/post/2016/04/16/La-sage-Femme-face-aux-violences-faites-aux-Femmes>
- [70] CHR Metz-Thionville. Journées sur les violences sexuelles à l'hôpital de Mercy. Avril 2019 [en ligne]. (Consulté le : 13/03/2020). Disponible sur : <https://www.chr-metz-thionville.fr/les-actualites-du-chr/journee-sur-les-violences-sexuelles-lhopital-de-mercy>
- [71] Metz ville santé. Contrat local de santé du territoire messin 2017-2020 [en ligne]. (Consulté le : 1/04/2020) ; 12-13. Disponible sur : https://metz.fr/fichiers/2018/01/10/Metz_CLS_BAT2_planches.pdf
- [72] Préfet de la Moselle. Lancement du Grenelle des violences conjugales en Moselle. 8 oct 2019 [en ligne]. (Consulté le 30/03/2020). Disponible sur : <http://www.moselle.gouv.fr/Actualites/Lancement-du-Grenelle-des-violences-conjugales-en-Moselle>
- [73] Ordre des Sages-femmes. Code de déontologie des sages-femmes. Juillet 2012 [en ligne]. (Consulté le 3/04/2020). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>

[74] MIPROF. Livret d'accompagnement du court-métrage de formation « ELISA ». Nov 2019 [en ligne]. (Consulté le 10/01/2020). Disponible sur : <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/telecharger-les-outils-de.html>

[75] Joudrier H. Violences conjugales, grossesse et médecine générale : enquête au sein de l'association sos femmes 93. 2012 [en ligne]. (Consulté le 12/02/2020). Disponible sur : http://cmge-upmc.org/IMG/pdf/joudrier_these-2.pdf

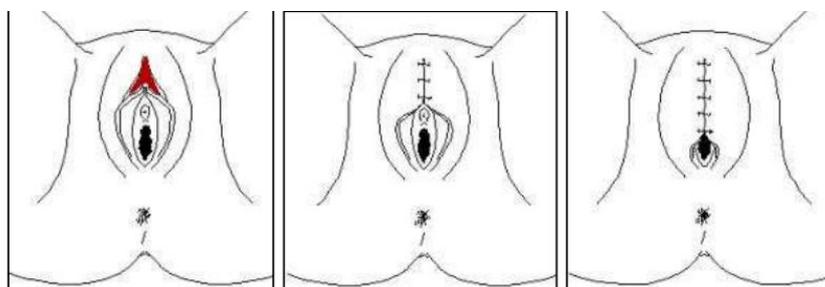
[76] CNOSF. Les certificats médicaux établis par les sages-femmes en vue de constater des lésions et signes qui témoignent de violences. Juin 2015 [en ligne]. (Consulté le 10/09/2019). Disponible sur : https://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/CNOSF_notice_certificat_medical_des_sages-femmes_nov_2015.pdf

[77] MIPROF. Résultats de l'enquête nationale auprès des sages-femmes en activité sur les violences faites aux femmes. 2014 [en ligne]. (Consulté le 10/04/2020). Disponible sur : https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/02/2015_resultats-enquete-nat-SF-violences-faites-femmes.pdf

ANNEXES

- ANNEXE I : LES MUTILATIONS SEXUELLES
- ANNEXE II : PEINES DE L'AGRESSEUR DE VIOLENCES SEXUELLES
- ANNEXE III : LES CONSEQUENCES DES VIOLENCES
- ANNEXE IV : LES TROUBLES PSYCHIQUES DES VIOLENCES SEXUELLES
- ANNEXE V : PHYSIOPATHOLOGIE DES VIOLENCES SEXUELLES
- ANNEXE VI : LES SIGNAUX D'ALERTE
- ANNEXE VII : LA PAROLE DES FEMMES DANS LA RUE
- ANNEXE VIII : LES CONSEQUENCES RETROUVEES PAR L'ETUDE
- ANNEXE IX : LES PROTOCOLES DE L'UMJ DE METZ
- ANNEXE X : PROGRAMME DE FORMATION MESSINE EN 2016
- ANNEXE XI : PROGRAMME DE FORMATION « LES BASES » A METZ
- ANNEXE XII : MODELE DU CERTIFICAT MEDICAL A REALISER

ANNEXE I : LES MUTILATIONS SEXUELLES



Type I
Excision du prépuce
et du clitoris

Type II
Excision du clitoris
et des petites lèvres

Type III
Infibulation

Figure 1 : Les différents degrés de mutilations sexuelles (Type I, II, III).

ANNEXE II : PEINES DE L'AGRESSEUR DE VIOLENCES SEXUELLES

Tableau I : Peines encourues pour infraction sexuelle sur mineurs : corruption, agression, atteinte sexuelle, viol en France définit par l'article 227-25 du Code Pénal de 1994 modifié par la loi du 17 juin 1998 et celle du 3 août 2018. [5]

	Proposition sexuelle	Corruption de mineurs	Agression sexuelle	Atteinte sexuelle*	Mutilations**	Viol
Mineur < 15ans	2ans 30 000€	10 ans 100 000€	10 ans 150 000€	7 ans 100 000€	20 ans	20ans
Mineur > 15ans		7 ans 100 000€	7 ans 75 000€		10 ans 150 000€	15 ans

*Atteinte sexuelle correspond à un acte de pénétration, sans violence, contrainte menace ou surprise lorsqu'elle est commise par un majeur sur un mineur de moins de 15ans.

** Peine de 30 ans de réclusion criminelle si menant au décès du mineur sans l'intention d'en donner (art 222-8). Peine 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende si refus d'assistance à personne en danger (art 223-6).

ANNEXE III : LES CONSEQUENCES DES VIOLENCES

Tableau II : Conséquences fréquentes de la violence à l'égard des femmes sur la santé selon l'OMS en 2012. [23]

Physique	Sexuelle et génésique
<ul style="list-style-type: none"> • traumatismes physiques aigus ou immédiats, tels qu'ecchymoses, abrasions, lacérations, perforations, brûlures et morsures, ainsi que fractures et os ou dents cassés • blessures plus graves, susceptibles d'entraîner des incapacités, notamment les blessures à la tête, aux yeux, aux oreilles et les traumatismes au thorax et à l'abdomen • troubles gastro-intestinaux, problèmes de santé à long terme et mauvais état de santé, notamment syndromes de douleur chronique • décès, notamment fémicide et décès liés au SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • grossesse involontaire/non désirée • avortement/avortement dans de mauvaises conditions de sécurité • infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH • complications de la grossesse/fausse-couche • hémorragies ou infections vaginales • infections pelviennes chroniques • infections urinaires • fistule (déchirure entre le vagin et la vessie, entre le vagin et le rectum, ou les deux) • rapports sexuels douloureux • troubles sexuels
Mentale	Comportementale
<ul style="list-style-type: none"> • dépression • troubles du sommeil et de l'alimentation • stress et troubles anxieux (par exemple, l'état de stress post-traumatique) • comportements autodestructeurs et tentatives de suicide • mauvaise estime de soi 	<ul style="list-style-type: none"> • usage nocif de l'alcool et toxicomanies • multiples partenaires sexuels • choix de partenaires violents plus tard dans la vie • diminution du recours aux contraceptifs et aux préservatifs

ANNEXE IV : LES TROUBLES PSYCHIQUES DES VIOLENCE SEXUELLES

Tableau III : Rappels des troubles psychiques et comportementaux pouvant être induits par les violences sexuelles. [22]

Troubles de l'humeur	Dépression, trouble bipolaire
Troubles anxieux	Anxiété, panique, agoraphobie, obsessions, phobies, syndrome de stress post- traumatique
Troubles de la personnalité	Irritabilité, faible estime de soi, conduites suicidaires, automutilations, fugues, instabilité, troubles du comportement
Troubles du sommeil	Insomnies, cauchemars, terreurs nocturnes
Troubles du comportement alimentaire	Anorexie, boulimie
Troubles addictifs	Alcoolisme, tabagisme, toxicomanie

ANNEXE V : PHYSIOPATHOLOGIE DES VIOLENCES SEXUELLES

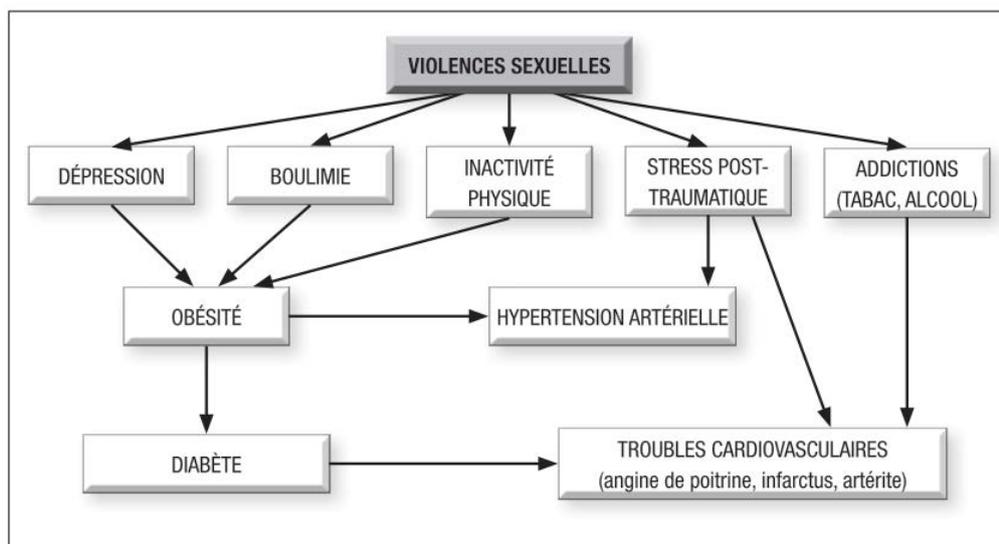


Figure 2 : Mécanismes physiopathologiques impliqués dans la genèse des troubles métaboliques et cardiovasculaires produits par les violences sexuelles. [22]

ANNEXE VI : LES SIGNAUX D'ALERTE

Tableau IV : Signaux avant coureurs pouvant être repérés par le professionnel de santé.

Facteurs aggravants, de risque	antécédent de violences familiales dans l'enfance séparation récente grossesse isolement social
Plaintes	plaintes vagues et inexpliquées symptômes physiques chroniques inexpliqués : douleurs (pelviennes, céphalées, abdominales), asthénie symptômes physiques multiples
Comportement	consultations fréquentes retard à consulter, oublis de rendez-vous problème d'observance (traitement, conseils) incohérence dans le récit
Signes psychiques	dépression TSPT anxiété troubles du sommeil idées suicidaires, tentatives de suicide addictions troubles du comportement alimentaire
Signes physiques	blessures/traumatisme inexpliqués/répétés douleurs chroniques : pelviennes, céphalées, abdominales, lombaires asthénie maladie chronique déséquilibrée
Santé sexuelle et reproductive	grossesse non désirée, IVG multiples IST répétées dyspareunie fausse couche métrorragie manque de soins prénataux
Liés au partenaire	trop attentionné intrusif agressif
Liés aux enfants	rupture dans le comportement repli de soi ou hyperactivité régression des acquisitions ou maturité précoce troubles alimentaires troubles du sommeil douleurs répétées rupture scolaire actes délictueux mise en péril de soi

ANNEXE VII : LA PAROLE DES FEMMES DANS LA RUE



Figure 3 : Manifestations et libération de la parole des femmes : du MLF à #NousToutes , 40ans séparant ces 2 clichés (Mai 1979 en haut, Novembre 2019 en bas).

Tableau V : Conséquences des violences sexuelles sur la vie adultes selon les articles B, F, H, I [46,50,51,52].

	B	F	H	I
Psychique	Toutes affections confondues 31% Dépression 75% Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) 13% Claustrophobie 40% Automutilation 32% Tentative de suicide 32%	Etat de santé mentalement peu satisfaisant Tentative de suicide (16%)	Troubles de la personnalité (borderline ou états limites) notamment si actes répétées causées par frustrations extrêmement précoces 86 % des victimes ont des idées suicidaires * 53 % ont tenté de se suicider au moins 1 fois *	29% des femmes excisées qualifient leur état de santé de « moyen », « mauvais » ou « très mauvais »
Somatique (douleurs, troubles fonctionnels ou lésionnels)	Allergies : 47% Affections - gynécologiques 46% - dermatologiques 41% - ORL 36% - endocriniennes 31% - néphro et urologiques 27% - neurologiques 25% - rhumatologiques 23% - digestives 21% - pneumologiques 18% Douleurs : - chroniques 66% - abdominales 32% - pelviennes 16% - articulaires 46% - musculaires 37% Céphalées (27%), Migraines (25%)		Fibromyalgie Obésité Cancers 85 % des victimes présentent des douleurs physiques chroniques 85% douleurs invalidantes VS 56 % dans la population générale *	Infections gynécologiques : 21% (VS 16%**) Infections urinaires : 22% (VS 13%**) maux de tête, « quelquefois », « souvent » ou « toujours » 68 % (VS 62%**))
Difficultés au cours de la vie	Troubles du sommeil 44% Anorexie 35%, Boulimie 53% Addictions : Tabac 30%, Alcool 7% et Drogues 19%	Conduites addictives très élevées (notamment alcool) Recours à l'IVG	Troubles du comportement alimentaire Conduites addictives x3* Multiplication de recours à l'IVG Grossesse précoces non désirées Difficultés relationnelles Troubles de la sexualité : masturbations excessives, recherche de douleurs zones génitales, agressions, viols, menaces sexuelles,...	Déchirures au moins une fois au moment de l'accouchement : 36 % (VS 29 % **) Troubles de la sexualité : 44% (VS 20%**) Dyspareunie : 41% (VS 32%) Manque de désir : 22% (VS 14%) Difficulté à éprouver du plaisir : 23% (VS 10%**) Autres : sécheresse vaginale, brûlures, saignements,

*D"après l'étude AIVI/Ipsos

** par rapport à la population témoin (femmes non excisées)

Figure 4a : Protocole d'orientation en UMJ d'une patiente majeure victime de violences sexuelles se présentant à l'UGO.

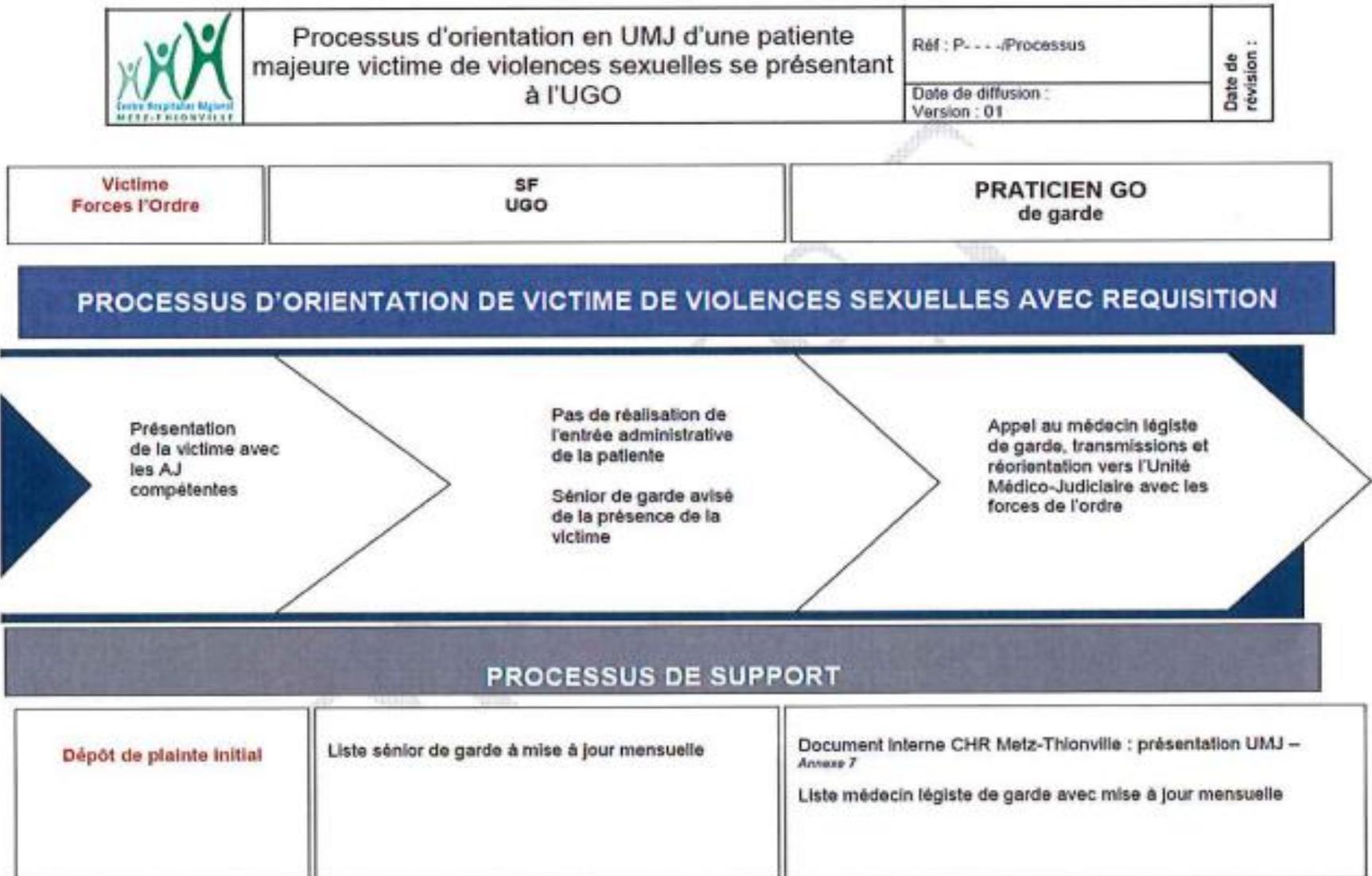


Figure 4b: Protocole d'orientation en UMJ d'une patiente majeure victime de violences sexuelles se présentant à l'UGO dans un délai inférieur à 5 jours.

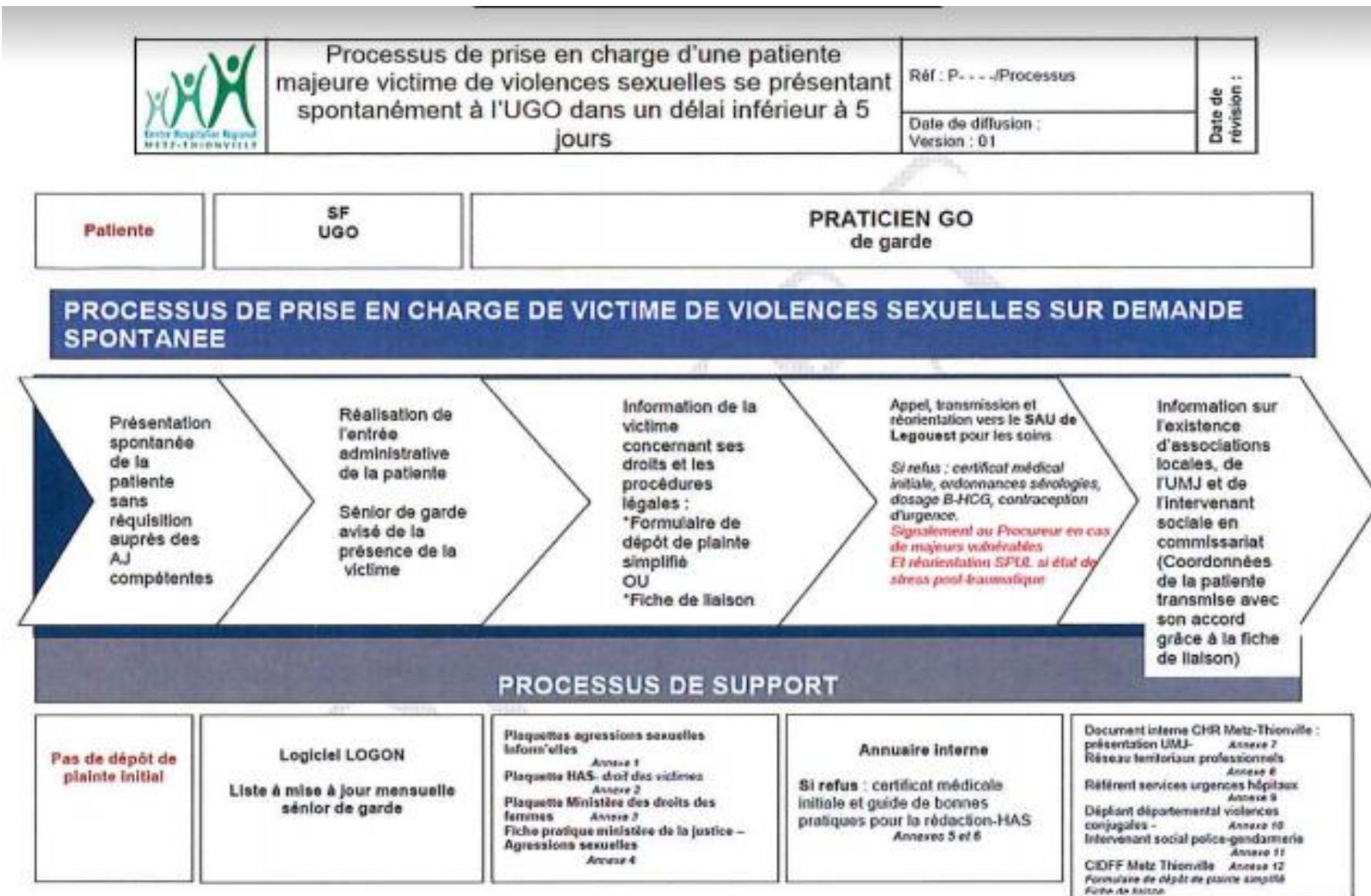
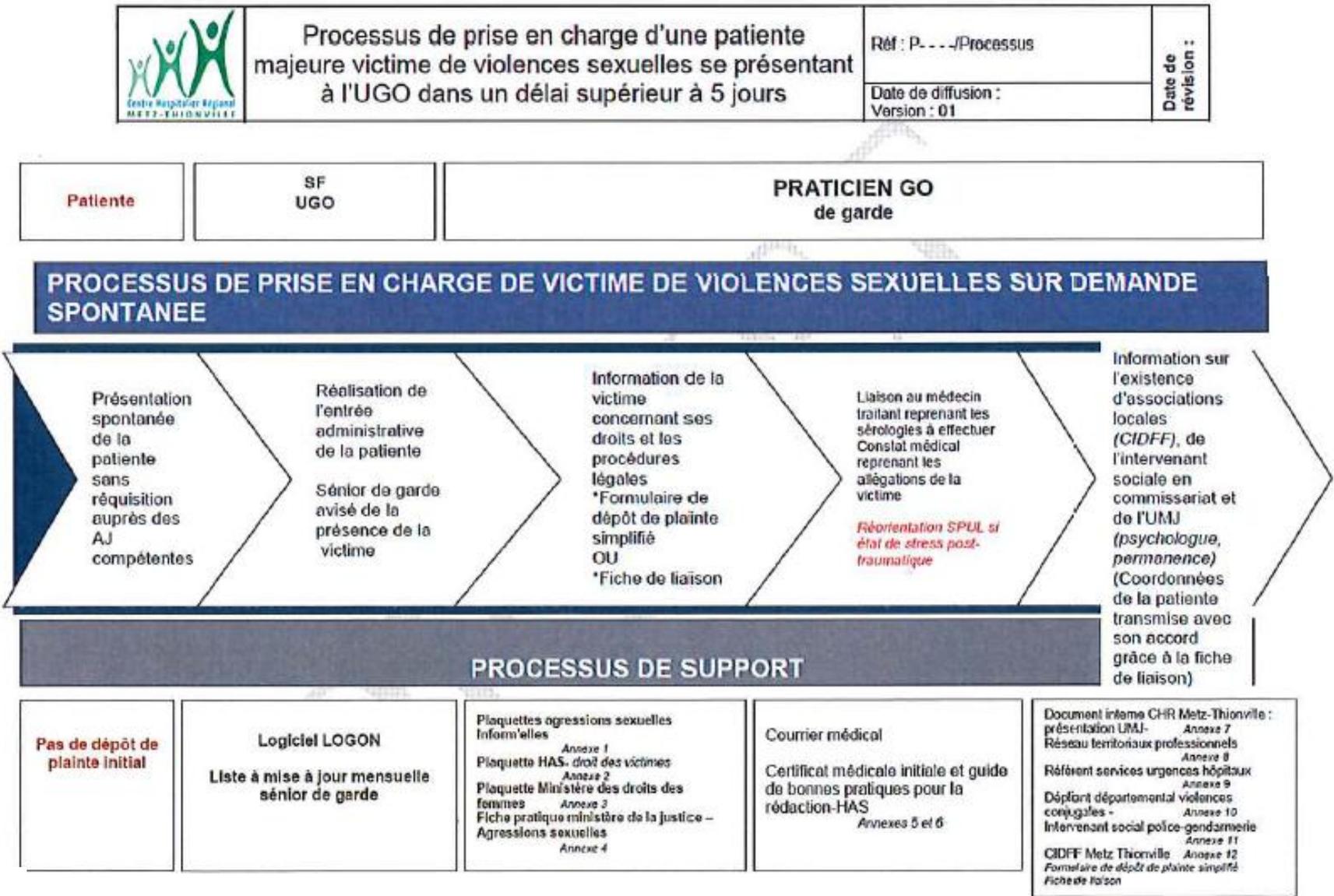


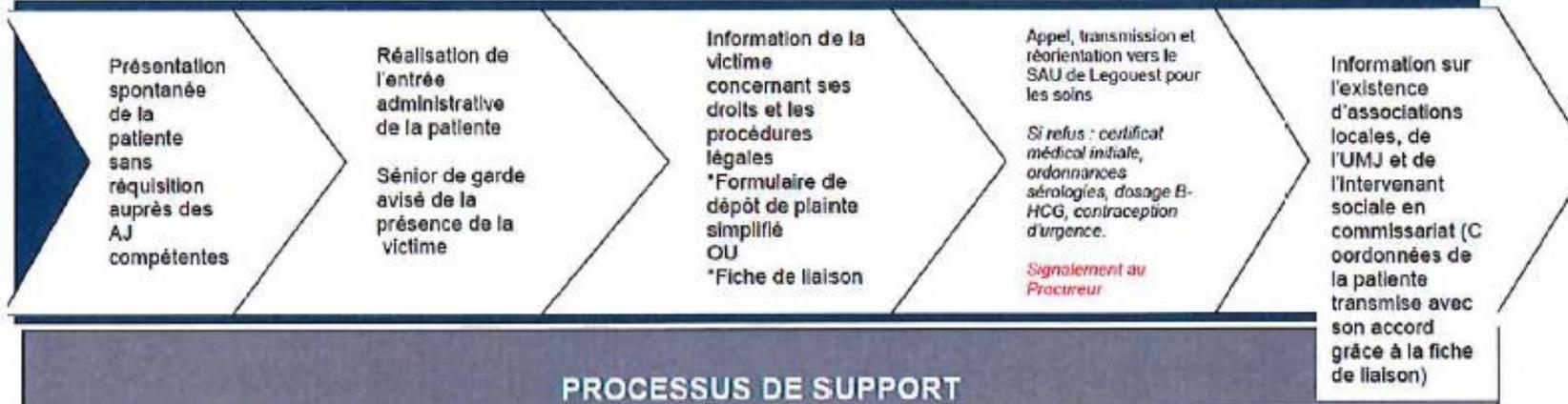
Figure 4c: Protocole d'orientation en UMJ d'une patiente majeure victime de violences sexuelles se présentant à l'UGO dans un délai supérieur à 5 jours.



	Processus de prise en charge à l'UGO d'une patiente majeure victime de violences sexuelles	Réf : P- - - /Processus	Date de révision :
		Date de diffusion : Version : 01	

Patiente	SF UGO	PRATICIEN GO de garde
-----------------	---------------	------------------------------

PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DE VICTIME DE VIOLENCES SEXUELLES SUR DEMANDE SPONTANEE



PROCESSUS DE SUPPORT

Pas de dépôt de plainte initial	Logiciel LOGON Liste à mise à jour mensuelle sénior de garde	Plaquettes agressions sexuelles Inform'elles <i>Annexe 1</i> Plaquette HAS- droit des victimes <i>Annexe 2</i> Plaquette Ministère des droits des femmes <i>Annexe 3</i>	Annuaire interne Si refus : certificat médicale initiale : guide HAS <i>Annexe 4 et 4.1</i>	Document interne CHR Metz-Thionville : présentation UMJ- <i>Annexe 5</i> Réseau territorial professionnels <i>Annexe 6</i> Référent services urgences hôpitaux <i>Annexe 7</i> Dépliant départemental violences conjugales - <i>Annexe 8</i> Intervenant social police-gendarmerie <i>Annexe 9</i> CIDFF Metz Thionville <i>Annexe 10</i> Formulaire de dépôt de plainte simplifié Fiche de liaison
--	--	---	--	---

Figure 4d: Protocole d'orientation en UMJ d'une patiente majeure victime de violences sexuelles.

ANNEXE X : PROGRAMME DE FORMATION

MESSINE EN 2016

« Les Violences faites aux femmes : un grave problème de santé publique »

« STOP VIOLENCE : AGIR, C'EST LE DIRE »

M A T I N É E ****	A P R È S - M I D I ****
8H 30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS	
9h OUVERTURE DE LA JOURNÉE M.M. SPYCKERELLE, sage-femme <i>Présidente du Conseil départemental de l'Ordre des Sages- Femmes</i>	14H 15 LES ATTITUDES PROFESSIONNELLES DE LA SAGE-FEMME • REPERAGE • EVALUATION DE LA SITUATION • CERTIFICAT MEDICAL Catherine LALLEMENT, <i>sage-femme</i> Emilie ERBRECH, <i>sage-femme</i>
9H 10 LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES : DE QUOI PARLE T- ON ? • ETAT DES LIEUX • PRESENTATION DE LA POLITIQUE INSTITUTIONNELLE <i>Marie-Laure VAUTRIN, déléguée départementale aux droits des femmes et à l'égalité – DDCS 57</i>	15H LES DISPOSITIFS EXISTANTS EN MOSELLE L' AIEM Virginie PINCEMAILLE, Le CIDFF de Metz-Thionville Agnès LEHAIR, Le CIDFF de Moselle EST L' Espoir – CMSEA Forbach Virginie PERBET,
9H25 LES FORMES ET LES MECANISMES DE LA VIOLENCE CONJUGALE Présentation du film « Anna » <i>Virginie PINCEMAILLE, psychologue, AIEM</i>	
10h45 LES CONSEQUENCES SUR LA SANTE DES FEMMES ET DES ENFANTS • ASPECTS MEDICAUX: <i>Emilie ERBRECH, sage-femme</i> • ASPECTS PSYCHOLOGIQUES : <i>Virginie PINCEMAILLE, psychologue, AIEM</i>	Echanges avec la salle
11h15 CE QUE DIT LA LOI : • LEGISLATION PENALE ET CIVILE <i>Agnès LEHAIR, juriste - CIDFF de Metz-Thionville</i>	16H 30 CLOTURE DE LA JOURNÉE <i>Mme M.M SPYCKERELLE</i>
12 h 15 DEJEUNER	****

Figure 5 : Programme proposée à la journée de sensibilisation de violences faites aux femmes au sein du CHR Metz Thionville le 28 avril 2016. [69]

ANNEXE XI : PROGRAMME DE FORMATION « LES BASES » A METZ



FORMATION VIOLENCES SEXUELLES «LES BASES»

PROGRAMME

DANS UNE PERSPECTIVE DE RENCONTRE ET D'ÉCHANGE PLURIDISCIPLINAIRE, CETTE FORMATION A POUR BUT DE REGROUPER DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ (MÉDECINS, INFIRMIÈRES, SAGES-FEMMES, PUÉRICULTRICES, THÉRAPEUTES, KINÉSITHÉRAPEUTES, OSTÉOPATHES, ACUPUNCTEURS...), DE L'ÉDUCATION, DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL, DE LA JUSTICE... **ELLE EST AUSSI OUVERTE À TOUTE PERSONNE INTÉRESSÉE PAR LE SUJET DES VIOLENCES SEXUELLES ET/OU PRÊTE À S'INVESTIR DANS L'ASSOCIATION SVS.**

Samedi 11 et Dimanche 12 MAI 2019

M E T Z

CHR Metz-Thionville / Hall de l'Hôpital de Mercy

(face aux hôtesses d'accueil)

Amphithéâtre

Renseignements SVS Lorraine : 07 81 90 54 57

Inscriptions : sv.s.formation.bases@gmail.com

JOUR 1		
09h00-10h30	Définitions - Chiffres - Stratégie SVS	Intervenant : coordinateur de la formation
10h30-11h00	Pause	
11h00-12h00	Témoignages : agressions sexuelles Hommes/Femmes violences Intra-familiales/Extra-familiales	Intervenants : deux témoins
12h00-13h30	Déjeuner	
13h30-15h30	Aspects juridiques et judiciaires : victimes et auteurs	Intervenants : avocat, juge d'instruction, magistrat du parquet
15h30-16h00	Pause	
16h00-18h00	Prospective et échanges multidisciplinaires	Facilitateur : coordinateur de la formation
JOUR 2		
09h00-10h30	Pathologies aiguës et chroniques conséquences des violences sexuelles	Intervenant : médecin
10h30-11h00	Pause	
11h00-12h00	Le terrain des violences sexuelles : aspects sociétaux, transgénérationnels, familiaux, l'accueil	Intervenant : psychothérapeute
12h00-13h30	Déjeuner	
13h30-15h30	Se réparer après des violences sexuelles : parcours de soins	Intervenants : médecin, psychothérapeute
15h30-16h00	Pause	
16h00-18h00	Prospective et échanges multidisciplinaires	Facilitateur : coordinateur de la formation

Documentation papier remise | Fichiers informatiques disponibles sur présentation d'une clé USB

www.stopauxviolencessexuelles.com

STOP AUX VIOLENCES SEXUELLES
c/o MAISON DES ASSOCIATIONS, 28 RUE LAURE DIEBOLD, 75008 PARIS
ASSOCIATION LOI 1901

Figure 6 : Programme proposée par l'association SVS au sein du CHR Metz Thionville le 11 et le 12 mai 2019. [70]

ANNEXE XIII : LE MODELE DU CERTIFICAT MEDICAL A REALISER

Figure 7 : Modèle de certificat médical de constatation de violences chez une patiente victime consultant une sage-femme. [76]

Modèle de certificat médical
Sur demande de la patiente

Ce certificat doit être remis à la patiente uniquement
(ou son représentant légal s'il s'agit d'une mineure ou d'une majeure protégée,
et si le représentant légal n'est pas impliqué dans la commission des faits)

Un double doit être conservé par la sage-femme signataire

Nom et prénom de la sage-femme : _____

Adresse : _____

Numéro RPPS : _____ ou d'inscription à l'ordre des sages-femmes : _____

Je, soussigné(e), M. (Mme) _____ certifie avoir examiné
Madame _____ (Nom, Prénom,¹) née le _____,
domiciliée à _____,
le _____ (date)², à _____ (heure) _____, à _____ (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile,
autre)²,

(lorsqu'il s'agit d'une mineure) en présence de son représentant légal, Madame, Monsieur _____ (Nom,
Prénom)³.

Cet examen a nécessité la présence d'un interprète (ou d'un assistant), Madame, Monsieur (Nom,
Prénom) _____.

Elle déclare sur les faits « avoir été victime de ⁴ _____, le
_____ (date), à _____ (heure) _____, à _____ (lieu) ».

Elle présente à l'examen clinique :

- Etat gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) : _____

- Sur le plan physique _____

- _____ Sur _____ le _____ plan
psychique : _____

Depuis, elle dit « se plaindre de ⁵ _____ ».

Certificat établi le _____ (date), à _____ (heure), à _____ (lieu : cabinet,
service hospitalier, domicile, autre), à la demande de Madame _____ (Nom, prénom) et remis
en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Signature (et cachet) d'authentification

¹ En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ses informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... et être né(e) le... »
² La date, l'heure et le lieu de l'établissement du certificat médical initial peuvent être différents de la date, l'heure et le lieu de l'examen. Il est important de les préciser dans tous les cas
³ Si la victime est une mineure ou une majeure protégée et dans l'hypothèse où elle serait accompagnée par un représentant légal lors de la consultation.
⁴ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contacts, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni fil
Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signifier le caractère répété. - En cas de déclarations traduites par l'interprète (ou l'assistant de) surnommé, le préciser
⁵ Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime

CNOSF Juin 2015

**La santé génésique et psychique des femmes victimes de violences sexuelles
selon une revue de la littérature en 2020**

Introduction : Octobre 2017 a marqué un tournant dans la libération de la parole des femmes à propos d'un sujet tabou : les violences sexuelles. Le silence qui entoure ce problème complique la quantification du nombre de victimes. Il s'agit ici de montrer quelles différentes répercussions les violences sexuelles ont sur la vie des victimes en France en 2020. L'objectif principal de cette étude est de rechercher l'impact de ces violences sur la santé génésique et psychique des femmes et les prises en charge proposées sur le territoire français en 2020.

Méthodologie : Une revue de la littérature comportant 10 articles publiés entre 2005 et 2017 a été utilisée.

Résultats : La victime était souvent mineure au moment des faits (59 à 90% des cas) et appartenait à toutes les catégories socioprofessionnelles. L'agresseur leur était rarement inconnu (17 à 33%), les faits étaient répétés dans 40 à 86,8% des cas. Le silence restait prégnant chez 12 à 46% d'entre elles. Leur état de santé était impacté à tous les niveaux : troubles sexuels, conduites addictives, douleurs/maladies chroniques, atteintes psychologiques. La grossesse est un remaniement psychique important où les éléments enfouis peuvent ressortir et d'intensité décuplée.

Conclusion : De grandes avancées ont été remarquées nationalement ces dernières années, cependant le combat contre les violences ne fait que commencer. Depuis 2017, le territoire Mosellan travaille plus activement dans cette lutte : création de l'Unité Médico-Judiciaire, inclusion dans les contrats locaux de santé de la Mairie de Metz, signature d'une convention départementale relative à la lutte contre les violences, actions de l'association Stop aux Violences Sexuelles etc. La sage-femme a toute sa place dans le dépistage qu'elle doit rendre systématique chez ses patientes et dans l'accompagnement des victimes, être à l'aise avec ce sujet, et ainsi suivre des formations.

Mots clés : « violences sexuelles » ; « impacts des violences sexuelles » ; « sage-femme »

ABSTRACT

Introduction : October 2017 marked a turning point for the liberation of women's voices about a taboo subject: sexual violence. The silence surrounding this issue makes it difficult to quantify the number of victims. The aim here is to show what different repercussions sexual violence has on the lives of victims in France in 2020. The main objective of this study is to research the impact of this violence on women's reproductive and psychological health, and the suggested solutions on the French territory in 2020.

Methodology: a review of literature including 10 articles published between 2005 and 2017.

Results: The victim was often a minor at the time of the crime (59 to 90% of cases) and belonged to all socio-professional categories. The abuser was rarely unknown to them (17 to 33%), the facts were repeated in 40% to 86,8% of cases. Silence remained prevalent in 12 to 46% of them. Their state of health was impacted at all levels: sexual disorders, addictive behaviors, chronic pain/disease, psychological disorder. Pregnancy is a significant psychic reshuffle in which buried elements can emerge with tenfold intensity.

Conclusion: Great strides have been noticed at the national level in recent years; however, the fight against violence has only just begun. Since 2017, the Moselle region has been working more actively in this fight: creation of the forensic unit, inclusion in "contrat local de santé" which provides policy guidance to Metz city council, signing of a departmental agreement on the fight against violence, the actions of the association "Stop aux Violences Sexuelles", etc. The midwife has a role to play in the screening that she must make systematic among her patients and in the support of victims, be at ease with this subject, and thus follow trainings.

Keywords : « sexual violence » ; « impacts of sexual violence » ; « midwife »