

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ

ANNÉE 2024

2024 TOU3 1661

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Adèle MATTEONI

le 17 octobre 2024

**EVALUATION DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES PATIENTES VICTIMES DE
VIOLENCES SEXUELLES OU CONJUGALES CONSULTANT À L'UNITÉ MÉDICO-
JUDICIAIRE DU CHU DE TOULOUSE.**

Directeur de thèse : Dr Ariane WEYL

JURY

Monsieur le Professeur Paul GUERBY

Monsieur le Professeur Frédéric SAVALL

Madame le Docteur Ariane WEYL

Madame le Docteur Marion VERGNAULT

Madame le Docteur Armelle BERTRAND

Monsieur le Docteur Jason SHOURICK

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Suppléant

Membre invité



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ



FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovasculaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologi

P.U. Médecine générale

Mme DUPUY Julie

M. OUSTRIC Stéphane (CE)

Mme ROUGE-BOUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. APOIL Pol Adde	Immunologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. BIETH Edo	Génétiq	M. HAMDI Sobouko	Biochimie
Mme BOST Chloé	Immunologie	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
M. CHASSAING Nicolas	Génétiq	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire		
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. COMONT Thibault	Médecine Inteme	Mme MOREAU Jessika	Biologie du déu , Et de la reproduction
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine Inteme
M. CURROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétiq
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
		M. VERGEZ François	Hématologie
		Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine n
M.C.U. Médecine générale			
M. BRILLAC Thierry			
M. CHICOLAA Bruno			
M. ESCOURROU Emile			
Mme GIMENEZ Laetitia			

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

REMERCIEMENTS

A toutes les patientes survivantes de violences sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Aux membres de mon jury :

A Monsieur le **Professeur Paul GUERBY**

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Merci pour ta bienveillance, ta disponibilité, ta bonne humeur et ton rire communicatif.

A Monsieur le **Professeur Frédéric SAVALL**

Merci de me faire l'honneur d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à ce sujet.

A Madame le **Docteur Ariane WEYL**

Merci infiniment de m'avoir proposé ce sujet passionnant et de m'avoir encadré pour ce travail, du début à la fin. Merci pour ta bienveillance, ta bonne humeur, tes multiples relectures, ta réassurance et tes réflexions brillantes qui m'ont poussées à aller plus loin.

A Madame le **Docteur Armelle BERTRAND**

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse (jamais 2 sans 3).

Pour tes blagues, ta bonne humeur. Tu es une véritable bouffée d'air frais dans cette maternité. Tu rends nos gardes mouvementées et nos césariennes de 6 heures bien plus amusantes.

A Madame le **Docteur Marion VERGNAULT**

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Merci de m'avoir fait découvrir une petite partie de la médecine légale. Merci pour ta motivation et ton implication dans la maison des femmes que j'admire. J'espère que notre collaboration pourra perdurer longtemps.

A Monsieur le **Docteur Jason SHOURICK**

Pour ton intérêt pour le sujet de ce travail et la discussion de ces résultats jusqu'à la dernière minute.

Remerciements professionnels

Merci aux infirmières de l'UMJ, **Sabine** et **Sylvie** pour leur participation à l'étude.

Aux **internes de médecine légale** pour avoir partagé votre bureau avec moi et pour avoir répondu à mes nombreuses questions.

A l'équipe des GP pour m'avoir accompagnée dans mes premiers pas d'interne.

A **Poupou** pour ta douceur, à **Aurianne** pour ta rigueur, à **Pierre** pour les 1ères césariennes, à **Anita** pour la première hystérectomie d'hémostase à J3 du début de l'internat et tes précieux cours sur le RCF, à **Rémi**.

A **Mika** pour ton dévouement, à **Christelle**, à **Edith**, à **Béa**, à **Virginie**, à **Laure**.

A **Margaux**, pour avoir été notre petite maman, pour ta douceur et les apéros covid bons pour le moral.

A **Marine** pour ta folie, ton rire communicatif, tes plans dingos.

A **Chloé** et **Maud** mes coups de cœur dès le début de l'internat.

Aux **sages-femmes** pour m'avoir entouré et fait confiance.

Aux co-internes du 2^e tour au GP : à **Marie** et **Pauline** pour votre énergie débordante, à **Cécile**, à **Clémentine**, à **Marine**.

A l'équipe de Castres, pour m'avoir accueilli, le temps d'un semestre dans votre chouette famille du CHIC. A **Monsieur Mignot** pour votre bienveillance, vos conseils et vos drôles d'expressions. A **Benoit** pour ta gentillesse et ton implication auprès de tes patientes, à **Nelly**, à **Eric**, à **Tracy**, à **Maxime**, à **Cécile**, à **Pascal**.

A **Camille** pour ton amitié et tes envies d'ailleurs.

Aux sages-femmes qui m'ont énormément appris.

A l'équipe de chirurgie digestive du CH de Carcassonne.

A **M. Labbé** pour votre confiance dès J1, votre enthousiasme pour les journées du mercredi. A **M. Nini** pour les nœuds de pêche et la bonne humeur.

A **Sixte** pour ton impatience et tes playlists plus que douteuses. A **Nathalie**, pour ta gentillesse.

Aux **ibodes** pour ses parfois longues journées égayées par vos soins.

A **Laura** pour ton amitié, ta bonne humeur et des soirées ...mouvementées !

A **Titouan**, pour ton grain de folie et ta mauvaise tolérance aux fins de soirées.

A l'équipe de l'Oncopôle, pour ce semestre intense.

A **Eva** pour m'avoir fait aimer la sénologie, pour ta confiance et ta rigueur.

A **Charlotte C** pour ta bienveillance et ta disponibilité.

A **Rémi** pour ta gentillesse et ton amitié, ces moments où on refait le monde autour d'une bière.

A **Anne-Sophie**, à **Alejandra**, à **Gwen**, à **Marc**, à **Charlotte V**, à **Elodie**, à **Gabrielle**, à **Stéphanie**.

A **Julien** pour les commérages. A **Mathilde** pour ta bonne humeur constante et ta disponibilité. A **Perrine**, à **Claire**, à **Nina**, à **Chloé**.

A l'équipe de l'échographie pour m'avoir brièvement accueillie.

A **Louise** pour ta rigueur, à **Marlène** pour tes sourires et tes coiffures incroyables, à **Christophe**, à **Joseph**, à **Agnès**.

A **Kevin**, à **Sébastien**, à **Aline**, à **Sandra**, à **Claire**.

A **Stéphanie**, à **Julie**, aux **Françoises**, à **Virginie**.

A **Tania** pour ton ouverture d'esprit, ton rire, tes good vibes.

A **Shaada** pour ta douceur, ta passion pour les pâquerettes. Je te souhaite plein de bonheur pour cette nouvelle vie à 3.

A **Auriane** pour ta bonne humeur, tes sourires, les sessions escalade-burger que j'espère encore nombreuses.

A **Violette** pour tes drôles d'expressions belges.

A **Chloé** et **Maud** encore et toujours.

A **l'équipe de Récamier** que j'ai eu le plaisir de côtoyer pour non pas un mais deux semestres.

A **Yann** pour ta patience lorsque l'on opère (tant que tu as un petit stock de Nicorettes), ton humour. Merci de nous en apprendre autant tous les jours.

A **Hélène**, à **Géraldine**, à **Pierre**, à **Hicham**.

A mes CCA successives : **Aurélié** pour ta gentillesse et ton dynamisme, à Camille pour ta douceur, à **Léa** pour être une personne aussi rayonnante et drôle.

A **Lola**, pour ta pédagogie, ta bienveillance et ton intelligence toujours impressionnante. A **Maeva** pour ton TDAH souvent drôle, à **Anaïs**.

A **Diane**, pour ton calme en toute circonstance, ton ouverture d'esprit, ta gentillesse.

A **Zoé** pour ton dynamisme, ton petite grain de folie, à **Pascale** pour les coups de fils intempestifs, à **Léana**, à **Caroline**, à **Julie**.

A **Anaïs** pour ta douceur, à **Christine**, à **Perrine**, à **Séverine**.

A **Eva** et **Alex** les meilleures cadres, pour votre gentillesse, vos sourires et votre disponibilité.

A **Carine** pour ta bonne humeur constante même en plein milieu de la nuit, à **Cécile** pour ton efficacité à toute épreuve, à **Valérie**, à **Nadia**, à **Anne**, à **Nathalie**, à **Michelle**, à **Marie**, à **Anaïs**.

A **Fanny** pour ta luminosité et ta gentillesse, à **Violette**, à **Chloé** toujours.

A **Maud**, à **Marie**, à **Mathilde**, à **Audrey**, à **Clara**.

A **l'équipe du CHPF de Tahiti**, un immense merci pour ce semestre où j'ai énormément appris dans une bonne humeur quasi constante. Merci de m'avoir fait tant aimer l'obstétrique. Merci pour les petits concerts de ukulélé pendant les temps calmes des gardes, les repas préparés avec amour par des cuisinières exceptionnelles qui donnent du baume au cœur.

A **Macha** pour ta bienveillance, ton hyperactivité, ton côté chat noir qui m'a permis d'apprendre beaucoup. A **Sabine** pour ta bonne humeur et ton dynamisme.

A **Charlène** pour ton intelligence et ta rigueur. Merci de m'avoir enseigné qu'il est essentiel de se préserver et de penser un peu à soi parfois.

A **Stéphane** pour ta confiance, ta gentillesse, ton calme et ce tout premier forceps.

A **Claudia** pour ton grain de folie, à **Xavier**, à **Nabilah**, à **Christophe**.

A **Fafa** pour ton dynamisme et pour égayer le staff du matin.

A **Harmonie**, à **Mika**, à **Vahine**, à **Natacha**, aux **Valéries**, à **Blanche**, à **Sophie**, à **Aude**, aux **jumelles**, à **Peneia**, à **Sylvie**, à **Hugues**,...

A mes co internes : à **Estelle** pour ta douceur et ton humanité, à **Manon** pour ta gentillesse et ton adaptabilité, à **Marie**.

A **Océane**, tu es une des plus belles personnes avec qui j'ai pu travailler, la plus solaire, c'est toujours un plaisir de travailler avec toi. Tu es une personne incroyable.

A **Thomas**, pour ta confiance en toute circonstance, tes encouragements, ta bonne humeur.

A **Alexandra C** pour ta bienveillance.

A **Harmonie**, à **Emmeline** , à **Anne-Claire**, à **Ninon**.

A mes autres co-internes passé.e.s et futur.e.s : Arnaud, Perrine, Lucile, Mathilde, Sophie, Annaëlle, Maria, Carlo, Morgane, Laurie, Aïcha, Axelle, Estelle, Victoire, Lise, Zoé, Zoé, Majda, Quiterie, Zélie, Aziliz, Pauline, Eglantine, Pauline, Tamasine, Amélie, Léa, Maylis.

Aux sages-femmes de PDV pour leur efficacité et leur confiance.

Remerciements personnels :

A ma famille.

A **Mes parents**, pour votre soutien indéfectible. Merci de toujours croire en moi même lorsque j'ai des doutes (c'est-à-dire souvent !)

Merci pour les relectures précieuses, les astuces, les conseils bouquins, et les petits plats qui font du bien. J'ai vraiment beaucoup de chance de vous avoir à mes côtés.

A **Pauline**, pour ton intelligence, ta détermination et ta force de caractère que j'admire. Pour avoir traversé la moitié de la planète pour venir me rejoindre, pour les Hinano dans le lagon de Moorea, les remix tahitiens, les balades en scooter, les innombrables parties de Hanabi.

Merci d'être là dans les moments importants.

A **Arnaud** pour les parties de Twin it enragées et tes talents de cuisinier hors pair.

A mes ami.e.s :

A Hélène. Une chose est sûre, je ne serai pas arrivée là où j'en suis aujourd'hui sans toi, mon binôme depuis la PACES, alors Merci d'avoir toujours été là. Ton intelligence, ta motivation et ta gentillesse inégalable m'impressionnent toujours depuis le temps. Tu es une personne extraordinaire et je me réjouis à l'idée de partager encore de nombreuses aventures avec toi.

A **Corentin**, merci d'être un ami infailible. Je sais que tu seras toujours là dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci pour tes rires communicatifs, les aventures rocambolesques passées et futures (on a survécu à l'autoroute indienne en sens inverse, rien ne peut nous arrêter), notre confiance aveugle dans les idées débiles de l'autre. J'ai hâte de découvrir toutes les belles choses qui nous attendent encore.

A **Donovan L** pour ta soif d'aventure et de liberté que tu te donnes les moyens d'assouvir.

A **Donovan B** pour ton humour souvent douteux, pour les moments passés ensemble.

A **Dul** pour toujours choisir la voiture avec la meilleure playlist, à **Charles** pour ton esprit de contradiction, à **Antoine** pour ton estomac de Hobbit, à **Eloïse** pour ton dynamisme et ta bonne humeur, à **Eliott** pour tes habitudes alimentaires parfois étranges, les spagheviens, les soirées au requin chagrin, les transformations en lama en fin de soirée, à **Pierre**.

A **Louis** pour ta culture musicale qui m'impressionnera toujours, pour les cinés dans des salles improbables, les balades passées à refaire le monde.

A **Audélia** pour ces longues années d'amitié depuis les chorées en tutu à notre super escapade à Malte, pour ta douceur et ton sourire.

A **Thanh-Vy** pour ta discrétion et ta gentillesse à toute épreuve. Pour les fins de soirées difficiles..

A **Pierre** pour les sous kholle chill de D4, pour ta bonne humeur.

Aux **Santé Pub** pour cette année d'asso intense et riche en émotions et pour toutes les belles années qui ont suivi, avec son lot de belles escapades. Ces weekends avec vous sont une véritable bouffée d'oxygène, merci d'être si bienveillants et drôles.

A **Baptiste** pour ces nombreuses plongées magnifiques que je n'aurais préféré partager avec personne d'autre, pour les RCP en garde à 3h du mat au CHPF. J'ai hâte qu'on puisse bosser ensemble, on va mettre une sacrée ambiance !

A **Sofia** pour ton côté bisounours, ta douceur et tes transformations en Gremlins dès que tu prends le volant.

A **Jéjé** pour ta carapace de mec bourru qui a en fait un cœur tout tendre, pour ton organisation des plus efficaces, pour tes grimaces qui font nos plus belles photos.

A **Clem** pour tes histoires rocambolesques, tes jeux de sociétés toujours plus fun, ton caractère bien trempé.

A **Tristan** pour ta douceur, ta bougeotte constante et pour les retrouvailles en festival.

A mes ami.e.s toulousain.e.s

A **Chloé et Maud** mes plus belles découvertes. Je suis tellement heureuse qu'on se soit si bien trouvé, l'internat n'aurait pas eu la même saveur sans vous. Merci pour votre soutien indéfectible dans les moments difficiles.

A **Maud** pour ta bonne humeur constante, ton optimisme, tes rêves d'ailleurs que je te souhaite de tout mon cœur d'accomplir, ton ouverture d'esprit et ta curiosité pour tout ce qui t'entoure.

A **Chloé** pour ta sensibilité, ton sourire, tes expressions de la campagne, tes câlins intempestifs dans les couloirs de la mater qui font du bien au moral. Hâte de nos ateliers couture-broderie-book club, de notre futur « pisse-mémé » et toutes les aventures qui nous attendent.

A **Raphaëlle** pour tes 10 000 plans de sorties culturelles plus stylés les uns que les autres, pour ton sens du sarcasme, et tes questions directes qui permettent d'y voir plus clair, pour les références à Despentes.

A **Aurore**, une jolie découverte.

A **Noémie** pour ton dynamisme, ta bonne humeur, ton indépendance.

Je suis tellement contente de t'avoir (re)découverte à Castres puis à nouveau à Toulouse, mon Bob le bricoleur préféré. Tu es une des personnes la plus inspirante que je connaisse. A nos futurs randos et concours de longévité de plantes.

A la **team Carca** pour ce très chouette semestre. Pour les repas partagés, les soirées, le jacuzzi, les soirées Koh Lanta.

A **Cédric** pour les parties de Biere pong, les cocktails, ton humour.

A **Chloé** pour ta gentillesse, ton féminisme et ton indépendance. Tu es une personne en or n'en doute jamais même dans les moments difficiles.

A **Dina** pour tes convictions que tu défends si bien, à nos soirées mamies à Carca.

A **Alex** pour ton caractère bien trempé, à **Bertrand** pour ta bonne humeur.

A **Arse** pour tes excuses toujours plus improbables quand tu es en retard et tes choix vestimentaires audacieux.

A **Hortense**, pour ton dynamisme, tes 10 000 projets et ta vie à 100 à l'heure.

A **Camille** pour ton sourire communicatif, ton accent chantant.

A **Jo**, parce qu'on peut maintenant dire que tu fais partie de la bande. Merci pour ta bonne humeur et les bricolages d'urgence le dimanche (je te dois toujours un verre pour ça !)

A la **team Castres** pour ce chouette semestre, les soirées déguisées, les apéros.

A **Estelle**, pour ton caractère bien trempé, pour les soirées arrosées ou moins passées ensemble qui m'avaient beaucoup manquées, pour tes histoires de date improbables.

à **Coco**, pour ta bonne humeur, ton petit grain de folie.

A **Nono**, à **Gauthier**, à **Julie**, à **MC**, à **David**, à **Aline**, à **Alex**, à **Timothée**.

A mes anciens colocs successifs : pour m'avoir fait me sentir chez moi à Toulouse.

A **Maxime** pour ton calme, à **Mathieu** pour ta bonne humeur, à **Anthony** pour nos conversations club de lecture.

A **Dalil** pour les psychanalyses tardives, les petits plats au Raz-el-hanout et le bazar dans la cuisine, les soirées Netflix, à **Jon** pour tes rêves d'aventures, ton ouverture d'esprit et ton amour des cailloux (ou pas...).

Merci de n'avoir jamais réussi à mettre le feu à l'appartement !

A mes supers colocs de Tahiti, ce semestre n'aurait pas été le même sans vous !

A nos cours de surfs, aux bières aux 3B et Cocktails with a view au Pearl, aux nouilles chinoises, aux repos de garde à refaire le monde dans la piscine, aux sessions de plongée et aux weekends en vadrouilles plus ou moins mouvementés (remember Tetiaroa)

A **Jeanne** pour ton caractère bien trempé, ton féminisme à toute épreuve et ton double maléfique Juanita.

A **Max** pour ton rire si communicatif qui me manque énormément, tes petits plats réconfortants, véritable trésors après une garde mouvementée.

A **Marylou** pour ta passion pour ton métier qui est impressionnante, ta bienveillance et ton ouverture d'esprit.

A **Anaïs** pour les journées SPA qui auraient dû être plus nombreuses, ta passion pour la Star AC, pour avoir gentiment assuré ma rééducation.

A **Mika** pour tes good vibes, tes talents de surfeurs, ta bonne humeur.

A **Carla** pour ta maturité, ton dynamisme, ton accent chantant qui me manque tant.

A nos futures retrouvailles pour plonger dans les calanques de Marseille ?

SOMMAIRE

I. CONTEXTE	1
A. DONNÉES SUR LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES.....	1
1. <i>Quelques définitions</i>	1
2. <i>Quelques chiffres :</i>	3
B. LÉGISLATION.....	5
C. LA CONSULTATION À L'UNITÉ MÉDICO JUDICIAIRE (UMJ) : LE SERVICE DE SANTÉ AU SERVICE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES	5
1. <i>Qu'est-ce que l'UMJ ?</i>	5
2. <i>Qui consulte à l'UMJ ?</i>	6
3. <i>Une prise en charge pluridisciplinaire</i>	7
D. LES SOLUTIONS MISES EN PLACE POUR AIDER LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES.....	8
1. <i>Les associations</i>	8
2. <i>Les Maisons des femmes</i>	9
E. RECOMMANDATION DE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE EN POPULATION GÉNÉRALE	10
F. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS.....	11
II. ÉTUDE DANS LA POPULATION DES PATIENTES VICTIMES DE VIOLENCE DE L'UNITÉ MÉDICO- JUDICIAIRE.....	12
A. MATÉRIEL ET MÉTHODES	12
1. <i>Questionnaire :</i>	13
2. <i>Recrutement des patientes répondant au questionnaire</i>	13
3. <i>Étude de la population globale</i>	14
4. <i>Analyse statistique</i>	14
B. RÉSULTATS	15
1. <i>Les patientes ayant répondu à notre questionnaire sont-elles représentatives de notre population cible ?</i>	16
2. <i>État des lieux du suivi gynécologique</i>	20
3. <i>Comparaison des patientes suivies et non suivies</i>	26
III. ÉTUDE SUR LE DÉPISTAGE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE LA MATERNITÉ PAULE DE VIGUIER	33
A. MATÉRIEL ET MÉTHODES	33
B. RÉSULTATS	34
IV. DISCUSSION	39
A. COMPARAISON DES PATIENTES RÉPONDANTES À LA POPULATION DE L'UMJ	39
B. ÉTAT DU DÉPISTAGE DES PATHOLOGIES GYNÉCOLOGIQUES CHEZ LES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES.....	40
C. LES VIOLENCES SONT-ELLES UN FACTEUR DE RISQUE DES DIFFÉRENTES PATHOLOGIES GYNÉCOLOGIQUES ?	41
D. PERCEPTION DU SUIVI	42
E. RAISONS JUSTIFIANT LE MANQUE DE SUIVI	43
F. DEMANDE D'UN SUIVI GYNÉCOLOGIQUE	44
G. DÉPISTAGE ET FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	45
H. SANTÉ GLOBALE DES PATIENTES VICTIMES DE VIOLENCES	48
I. FORCES	49
J. LIMITES	49
V. CONCLUSION	51

VI.	ANNEXES :	52
A.	ANNEXE 1 : MÉCANISMES DES VIOLENCES.....	52
B.	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PATIENTES	54
C.	ANNEXE 3 : TABLEAU N°2 ANTÉCÉDENTS DE VIOLENCES CHEZ LES PATIENTES RÉPONDANTES COMPARÉS À LA POPULATION DE L'UMJ.....	58
D.	ANNEXE 4 : TABLEAU N°11 ANTÉCÉDENTS DE VIOLENCES CHEZ LES PATIENTES SUIVIES ET NON SUIVIES	59
E.	ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ EXERÇANT À PAULE DE VIGUIER	60
VII.	BIBLIOGRAPHIE :	62

Tables des Tableaux et figures

(A)	GRAPHIQUE 1 : NOMBRE ANNUEL DE DÉCÈS LIÉS AUX VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE, EN FRANCE, 2006-2022.....	4
(A)	FIGURE 1 : FLOW CHART.....	15
(A)	TABLEAU 1 : CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTES ET DE LA POPULATION DE L'UMJ	17
(B)	TABLEAU 3 : CARACTÉRISTIQUES DES VIOLENCES CHEZ LES PATIENTES ET DE LA POPULATION DE L'UMJ.....	18
(C)	TABLEAU 4 : SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES PATIENTES ET DE LA POPULATION DE L'UMJ.....	20
(A)	TABLEAU 5 : CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTES INTERROGÉES.....	21
(B)	TABLEAU 6 : CARACTÉRISTIQUES DES VIOLENCES CHEZ LES PATIENTES INTERROGÉES.....	22
(C)	TABLEAU 7 : SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES PATIENTES INTERROGÉES	23
(D)	TABLEAU 8 : BESOINS DES PATIENTES INTERROGÉES.....	24
(E)	TABLEAU 9 : IMPACT DES VIOLENCES ET DEMANDE DE SUIVI CHEZ LES PATIENTES INTERROGÉES.....	25
(A)	TABLEAU 10 : COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTES SUIVIES ET NON SUIVIES.....	28
(B)	TABLEAU 12 : CARACTÉRISTIQUES DES VIOLENCES CHEZ LES PATIENTES SUIVIES ET NON SUIVIES	28
(C)	TABLEAU 13 : MODALITÉ DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES PATIENTES SUIVIES ET NON SUIVIES 30	30
(D)	TABLEAU 14 : BESOINS DE SOINS EN GYNÉCOLOGIE DES PATIENTES SUIVIES ET NON SUIVIES	31
(E)	TABLEAU 15 : MODIFICATION DE SUIVI ET DEMANDE CHEZ LES PATIENTES SUIVIES ET NON SUIVIES	32
(A)	TABLEAU 16 : CARACTÉRISTIQUES DES PROFESSIONNEL.LE.S DE SANTÉ	35
(B)	TABLEAU 17 : DÉPISTAGE DES VIOLENCES	36
(C)	TABLEAU 18 : CONNAISSANCES ET INTÉRÊT DES PROFESSIONNEL.LE.S.....	36
(D)	TABLEAU 19: CARACTÉRISTIQUES DES PROFESSIONNEL.LE.S DE SANTÉ FORMÉ.E.S.....	37
(E)	TABLEAU 20 : DÉPISTAGE DES VIOLENCES CHEZ LES PROFESSIONNEL.LE.S DE SANTÉ FORMÉ.E.S.....	38
(F)	TABLEAU 21 : CONNAISSANCES ET INTÉRÊT DES PROFESSIONNEL.LE.S DE SANTÉ FORMÉ.E.S	38

Abréviations

CHU : Centre Hospitalier universitaire

CNI : Carte Nationale d'Identité

ESF : Etudiant.e sage-femme

GAMS : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human PapillomaVirus

ITT : Incapacité totale de travail

MGF : Mutilations génitales féminines

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONU : Organisation des Nations Unies

U.E : Union Européenne

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fond des Nations Unies pour l'enfance)

UNODC : Office des Nations unies contre la Drogue et le Crime.

VIF : Violences intra familiales

I. Contexte

A. Données sur les violences faites aux femmes

Les violences faites aux femmes sont un véritable problème de santé publique. Elles ont très longtemps été ignorées, banalisées. Ce n'est que depuis quelques années que la parole commence à se libérer et que l'ampleur de la question est mesurée.

1. Quelques définitions

Les violences faites aux femmes sont définies par l'*Organisation des Nations Unies* comme « tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages 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 ».

Le viol est défini par l'article 222-23 du code pénal comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise ».

L'agression sexuelle est définie par l'article 222-22 du code pénal comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise, ou commise sur un mineur par un majeur ». Ceci comprend les attouchements, l'exhibition sexuelle, le harcèlement sexuel, la masturbation imposée.

Les violences conjugales sont définies par ONU femmes comme tout modèle de comportement visant à exercer et à maintenir un pouvoir ou contrôle sur l'autre. Elles englobent toutes sortes d'actes physiques, sexuels, émotionnels, économiques et psychologiques (ou la menace de tels actes) de nature à influencer une autre

personne. À l'échelle mondiale, c'est l'une des formes de violence les plus courantes subies par les femmes.

Il existe différents types de violences conjugales ¹ :

- les violences administratives consistent à priver la personne de l'accès à ses documents administratifs (passeports, CNI, factures, fiches de paie,...)
- les violences économiques consistent à priver la personne de ses ressources financières ; la rendant, ainsi, dépendante
- les violences psychologiques / émotionnelles consistent en des menaces, des insultes, un rabaissement, un isolement de la personne
- les violences physiques : agression ou tentative d'agression physique
- les violences sexuelles consistent à forcer un partenaire à prendre part à un acte sexuel sans son consentement.

Un féminicide est défini par l'OMS comme un homicide volontaire d'une femme. Des définitions plus larges incluent tout meurtre de filles ou de femmes, au simple motif qu'elles sont des femmes.

L'OMS décrit 4 types de féminicides :

- le féminicide "intime" commis par le conjoint ou ex conjoint
- les crimes d'honneur : meurtre d'une femme accusée d'avoir transgressé les lois morales ou les traditions
- le féminicide lié à la dot : meurtre de jeunes femmes par leurs belles familles pour avoir apporté une dot insuffisante lors du mariage
- le féminicide non intime commis par une personne n'ayant pas de relation intime avec la victime.

Les mutilations génitales féminines (MGF) recouvrent selon l'OMS « toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales ».

Elles sont surtout fondées sur des pratiques traditionnelles ancrées dans la société.

Elles sont reconnues comme une atteinte aux droits humains.

Il existe plusieurs types de mutilations génitales féminines ^{2,3} :

- Type 1 : Ablation de la partie externe du clitoris (capuchon ou capuchon et gland du clitoris).

- Type 2 : Ablation de la partie externe du clitoris accompagnée de l'ablation des petites lèvres.
- Type 3 qui correspond à l'infibulation c'est-à-dire l'ablation et l'accolement des petites et/ou des grandes lèvres en réduisant ainsi l'orifice vaginal avec ou sans ablation du clitoris.
- Type 4 : tous les autres types de mutilations.

L'inceste désigne toute relation sexuelle entre membres de la même famille. Le plus souvent, on désigne par ce terme une agression sexuelle commise sur un mineur par un membre de sa famille élargie.

Les crimes d'honneur comprennent les violences ou le meurtre de femmes par un membre de la famille ou une relation familiale (y compris les partenaires) au nom de l'honneur individuel ou de la famille ⁴.

2. Quelques chiffres :

Selon l'OMS (2021), 30 à 35 % des femmes, dans le monde, soit de l'ordre d'un tiers, sont exposées, au cours de leur vie, à de la violence physique ou sexuelle au sein de leur couple ou à de la violence sexuelle commise par une personne autre que leur partenaire.

En France :

On estime qu'une femme sur 10 est victime de violences conjugales.

En 2022, le nombre de femmes victimes de violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques commises par leur conjoint ou ex-conjoint, est estimé à 321 000 femmes. 15% ont porté plainte. Sur 117 000 personnes mises en cause dans une affaire de violence conjugale, 37800 ont été condamnées, soit 32 %.

En 2022, le nombre de femmes victimes de viols, tentatives de viols et/ou agressions sexuelles est estimé à 217 000 femmes. Seules 6% ont porté plainte. Sur les 50 000 personnes mises en cause dans des affaires de violences sexuelles, 7 500 ont été condamnées, soit 15 %.

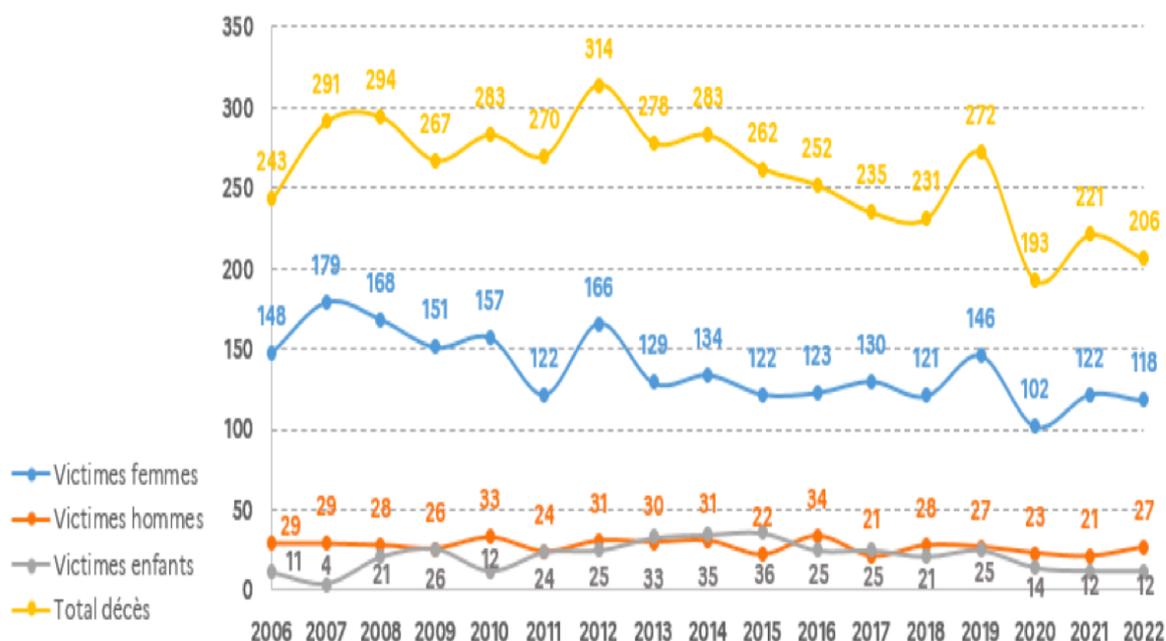
En 2022, 759 victimes majeures ont tenté de se suicider ou se sont suicidées suite à un harcèlement de leur conjoint ⁵.

96000 femmes sont victimes de viol ou de tentative de viol chaque année ; soit une toute les 6 minutes.

118 féminicides ont été recensés en 2022 ⁶, 135 selon l'association féministe *Nous toutes*.

Les modes opératoires principaux consistent en l'usage d'armes puis la strangulation puis les coups (UNODC).

(a) Graphique 1 : Nombre annuel de décès liés aux violences au sein du couple, en France, 2006-2022



Source : Étude nationale sur les morts violences au sein du couple, année 2022, Délégation aux victimes, ministère de l'intérieur et des Outre-mer.

Une femme meurt environ tous les 2,7 jours, tuée par son conjoint ou ex-conjoint.

Ces chiffres sont saisissants et en disent long sur les inégalités de genre en France et de par le monde.

B. Législation

Les contraventions, délits et crimes sont sanctionnés par le tribunal adéquat de peines d'enfermement, de réclusion criminelle et/ou d'amendes, prévues par le Code pénal.

Le code pénal indique les peines encourues pour chacune des infractions qui peuvent être augmentées en fonction des circonstances de survenue de cette infraction. Est retenu comme circonstance aggravante le fait que la victime soit considérée comme vulnérable ou que l'auteur soit, par exemple, le conjoint de la victime.

Depuis 2005, 5 plans interministériels ont été mis en place successivement créant différents dispositifs afin de lutter contre les violences faites aux femmes.

La convention d'Istanbul ou convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique est le premier traité international contraignant. Elle a été signée par l'U.E en 2017 et est entrée en vigueur en octobre 2023. Les États ratifiant cette convention s'engagent à reconnaître comme des infractions la violence psychologique et physique, la violence sexuelle et le viol, la persécution, les mutilations génitales féminines, les mariages forcés, l'avortement forcé et la stérilisation forcée.

Ils se doivent d'améliorer la protection des victimes, de sanctionner les auteurs, de prendre des mesures pour organiser la formation des professionnel.le.s et la prévention auprès du grand public ⁷.

C. La consultation à l'Unité Médico Judiciaire (UMJ) : le service de santé au service des femmes victimes de violences

1. Qu'est-ce que l'UMJ ?

L'Unité médico-judiciaire est un lieu de consultation où les médecins légistes reçoivent des victimes.

Les motifs de consultations peuvent être assez variés : violences conjugales et violences sexuelles - sujets qui vont nous intéresser pour ce travail de thèse - mais également les victimes de coups et blessures, de harcèlement au travail ou à l'école ..., les victimes d'inceste, les enfants victimes de violences intrafamiliales, les femmes victimes de mutilations génitales, les enfants d'exilé.e.s venant de pays où sont pratiquées des mutilations ou des mariages forcés. Mais sont aussi reçus, parfois, les auteurs de violences.

A l'UMJ de Toulouse, on dénombre 8 284 consultations pour l'année 2023, dont 7 638 sur réquisition. 1 007 patient.e.s victimes de violences sexuelles ont été reçu.e.s sur réquisition. Concernant les violences faites aux femmes (plus de 15 ans), 1 627 cas de violences conjugales et 548 cas de violences sexuelles ont été recensés.

2. Qui consulte à l'UMJ ?

Dans la grande majorité des cas, les patient.e.s sont reçu.e.s après un dépôt de plainte. Le médecin légiste reçoit alors une réquisition d'un magistrat ou d'un officier de police judiciaire lui indiquant une mission à remplir. Dans le cadre de la réponse à cette mission, le médecin légiste examine la victime et rédige un rapport médico-légal contenant ses constatations et sera transmis aux autorités requérantes et intégré à la procédure judiciaire.

Il est également possible que les patientes victimes de violences sexuelles ou de violences conjugales soient orientées vers un médecin légiste en dehors d'un dépôt de plainte. Dans ce cadre, le spécialiste procède également à un examen médico-légal adapté et peut réaliser des prélèvements qui seront conservés dans les conditions optimales pour une durée de 3 ans. Cette procédure de recueil de preuve sans plainte permet à la victime d'avoir un délai pour déposer plainte tout en conservant d'éventuelles preuves importantes pour la procédure pénale.

Cette rencontre peut être l'occasion de réaliser de la prévention, de parler des mécanismes des violences (cycle de la violence détaillé en annexe 1, emprise,...), d'évaluer la dangerosité du partenaire, les ressources de la patiente, de mettre en place un scénario de fuite si besoin.

3. Une prise en charge pluridisciplinaire

D'autres professionnel.le.s travaillent conjointement avec les médecins légistes à l'unité médico-judiciaire pour une prise en charge plus globale des patient.e.s : les infirmières, les psychologues, les juristes. Les infirmières accueillent les patient.e.s et sont leurs premières interlocutrices. Elles recueillent dans le détail des informations concernant les types de violences subis, les antécédents, les ressources (financières mais aussi familiales, amicales,...), les autres victimes (enfants). Des fiches dédiées au recueil de ces informations sont directement remplies au cours du premier entretien. Ces documents servent ensuite de base aux médecins légistes pour approfondir certaines questions et pouvoir rédiger un rapport le plus complet et le plus pertinent possible.

En effet, il s'agit d'un rapport à destination des forces de l'ordre, il y a donc des détails du dossier médical de la personne qui ne sont pas forcément pertinents à mentionner. Il s'agit de préserver au mieux le secret médical en ne dévoilant que ce qui semble approprié pour répondre à la mission de la réquisition.

L'examen clinique est ensuite réalisé par le médecin légiste. Il est orienté en fonction des faits rapportés par les patientes. Il s'agit d'un examen ciblé qui permet d'identifier les lésions. Celles-ci sont décrites de façon précise (couleur, dimension, forme, nature, orientation, localisation,...).

Le retentissement psychologique est également évalué, notamment le risque suicidaire à court terme. Une réévaluation à distance de l'événement aigu est parfois nécessaire pour pouvoir statuer sur l'évolution d'un état de stress aigu.

La structure de l'Unité médico-judiciaire dont l'objectif principal est l'évaluation médico-légale, est un lieu d'accueil ponctuel. Elle n'a pas pour objectif de proposer un suivi sur le long terme. Pourtant, les évaluations réalisées par les infirmières de cette unité mettent en lumière des besoins sanitaires et sociaux chez de nombreuses patientes accueillies à l'UMJ et nécessiteraient une prise en charge globale et un suivi dans le temps.

D. Les solutions mises en place pour aider les femmes victimes de violences

Devant ce problème de santé publique, différentes structures ont vu le jour pour répondre au besoin de prise en charge de ces femmes vulnérables, victimes de violences.

1. Les associations

Les associations œuvrent depuis de nombreuses années et accompagnent chaque jour les victimes sur le plan psychologique, dans leurs démarches juridiques, administratives ou autres.

On peut nommer quelques exemples à l'échelle nationale :

- le Collectif féministe contre le viol qui accompagne les femmes dans leur parcours juridique après une prise de contact via leur numéro anonyme et gratuit (0 800 05 95 95),
- la Fédération nationale GAMS qui lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles et plus spécifiquement les MGF, les mariages forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des filles,
- Solidarité Femmes qui constitue un réseau national d'associations qui accompagnent et trouvent des solutions d'hébergement pour les femmes victimes de violences et leurs enfants.

A un niveau plus local, en Occitanie, il existe également un certain nombre d'associations. On peut citer l'APIAF (Association Pour l'Initiative Autonome des Femmes), du côté des femmes 31, Olympe de Gouges 31, France victime 31, le CIDFF Haute-Garonne (Centre d'information sur les droits des femmes et des familles) ou encore femmes de papiers 31 à Saint Gaudens. Ces associations accompagnent les femmes sur le plan juridique, administratif et psychologique en fonction de leurs moyens humains. En effet ce sont des associations et elles dépendent donc des bénévoles engagés dans ces actions.

De plus, ces associations disposent d'un plus ou moins grand nombre de places d'hébergement d'urgence.

Elles mettent aussi en place des formations à destination des professionnel.le.s.

Les associations réalisent un travail d'une importance primordiale et sont indispensables pour l'accompagnement des femmes victimes de violences.

Cependant, ces structures n'ont pas toujours à disposition, dans leurs locaux, tous les intervenants nécessaires à une prise en charge globale d'une femme victime de violence.

2. Les Maisons des femmes

Des lieux dédiés à une prise en charge pluridisciplinaire ont été élaborés devant le besoin d'un accompagnement par différent.e.s professionnel.le.s spécialisé.e.s dans la prise en charge des violences faites aux femmes travaillant en collaboration les uns avec les autres, dans une structure unique.

La première Maison des femmes a vu le jour en 2016 à Saint Denis (93) à l'initiative du Dr Ghada Hatem, gynécologue obstétricienne. Elle est rattachée au Centre Hospitalier Delafontaine. Il s'agit d'une structure regroupant les professionnel.le.s pouvant être nécessaires dans le parcours d'une femme vulnérable. Car, comme le dit la fondatrice de la Maison des femmes : « *Aucun de nous, tout seul, ne peut réparer la violence. C'est la force d'une équipe, cohérente, engagée, militante, qui travaille dans un secret partagé* ».

Elle s'articule initialement autour de 3 unités : l'unité de planification familiale (orthogénie, contraception), l'unité des mutilations sexuelles féminines et l'unité des violences conjugales, intrafamiliales, sexuelles et sexistes. Une nouvelle unité, l'unité Coralie, a récemment vu le jour, dédiée à la prise en charge en urgence des femmes victimes de violences sexuelles et de viols.

On y trouve notamment des psychologues, des juristes, des avocat.e.s, des assistant.e.s sociales, des sages-femmes, des gynécologues, des sexologues, des chirurgiens, des médecins légistes, des psychiatres, des infirmier.e.s, des secrétaires, des kinésithérapeutes, des ostéopathes, des psycho-motricien.ne.s, des associations, des policier.e.s spécialement formé.e.s dans ce domaine.

Concernant le parcours de soins dédié aux violences conjugales, le fonctionnement est le suivant : la première prise de contact se fait en présentiel ou par téléphone avec

la secrétaire de la Maison des femmes qui réalise un premier entretien afin d'évaluer si la patiente relève effectivement d'une prise en charge dans la structure. Si c'est le cas, un rendez-vous est fixé à la Maison des femmes pour une demi-journée d'évaluation médico-psycho-sociale sous forme d'hôpital de jour où la patiente rencontre différents professionnel.le.s, ce qui permet de cibler ses besoins de suivi. Lui est proposé, par la suite, un parcours personnalisé discuté et mis en place après une concertation pluridisciplinaire.

Les parcours fléchés par les différentes unités peuvent bien sûr être intriqués et la prise en charge est adaptée à chaque patiente.

Si elle ne relève pas d'une prise en charge à la Maison des femmes, elle est orientée en fonction de ses besoins vers des professionnel.le.s en ville ou des associations.

De nombreuses associations interviennent également au sein de la Maison des femmes pour des ateliers psycho-corporels ayant pour but une amélioration de l'estime de soi.

La structure propose également des formations à destination des professionnel.le.s.

Cette structure novatrice a permis d'accompagner, en 2023, 4 100 femmes⁸.

Il existe d'autres Maisons des femmes à Marseille, Bordeaux, Brive-la-Gaillarde, Bruxelles, Reims, Mexico, Rennes, Versailles, Paris.

Il en existera prochainement à Elbeuf, Avignon, Longjumeau, le Havre, Clamart et Poitiers mais également une à Toulouse, rattachée au CHU Purpan.

E. Recommandation de suivi gynécologique en population générale

Il est recommandé à toutes les femmes d'avoir un suivi gynécologique régulier une fois par an. En effet, il est nécessaire pour le dépistage des cancers et des infections sexuellement transmissibles mais aussi pour la prévention, l'éducation thérapeutique, l'évaluation de l'adéquation d'une éventuelle contraception avec le mode de vie actuel de la patiente et de sa bonne tolérance clinique et biologique. Tout cela rentre dans le cadre de la santé sexuelle qui est définie par l'OMS comme : « un

état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité ».

Concernant le dépistage des cancers gynécologiques l'HAS recommande, pour les patientes ne présentant pas de facteur de risque particulier :

- un examen clinique avec palpation mammaire par an à partir de 25 ans,
- une mammographie tous les 2 ans de 50 à 74 ans dans le cadre du dépistage organisé,
- le dépistage du cancer du col de l'utérus à partir de 25 ans par un premier frottis à 25 ans, un deuxième à un an puis tous les 3 ans si celui-ci est sans anomalie. A partir de 30 ans la surveillance est modifiée et se fait tous les 5 ans par un test HPV qui peut être suivi d'un frottis réflexe s'il est positif. Le dépistage organisé s'arrête à l'âge de 74 ans.

F. Problématique et objectifs

Les femmes victimes de violences sont nombreuses, y compris en France, et sont vraisemblablement plus exposées et à risque de nombreuses pathologies gynécologiques. Pourtant, on ne dispose pas de données robustes (études contradictoires, populations très spécifiques non extrapolables, ...) concernant l'accès aux soins gynécologiques de ces femmes, alors que des faisceaux d'arguments convergent vers un suivi gynécologique potentiellement moins bon.

Ce travail a donc pour principal objectif d'apporter un premier éclairage sur cette question, à partir d'une enquête menée au CHU de Toulouse. Il était nécessaire de pouvoir estimer le besoin des femmes victimes d'un recours spécifique aux soins de gynécologie, afin de mettre en place un parcours de soins adapté. Le deuxième objectif de cette thèse était aussi d'estimer les connaissances et besoins en formation des professionnel.le.s de santé gynécologique (sages-femmes et gynécologues) concernant la prise en charge globale des femmes victimes de violences. On constate en effet, dans la pratique clinique quotidienne du CHU de Toulouse, que les femmes sont peu dépistées en ce qui concerne les violences lors de leur passage à la maternité (urgences, suivi obstétrical), malgré des mesures mises en place au sein de l'établissement, telles qu'une consultation avancée de médecine légale, ou un

emplacement spécifique pour dépister les violences dans le dossier médical obstétrical. Il importe d'essayer de comprendre les freins existant au dépistage des violences afin de pouvoir les lever.

Cette recherche s'inscrit en outre dans le contexte de l'ouverture de la Maison des femmes de Toulouse, imminente au moment de l'achèvement de cette thèse. Elle entend permettre d'estimer le nombre de patientes auxquelles cette nouvelle structure pourrait offrir un accès privilégié à un parcours de soins de gynécologie, afin de pouvoir répondre à ce besoin en termes d'organisation des filières de soins et de personnels médicaux et paramédicaux. Elle vise à déterminer en quoi la Maison des femmes pourrait aussi être un soutien aux personnels du CHU en termes de formation et/ou d'accompagnement.

Les 2 objectifs de ce travail de thèse étaient donc :

- dans une première partie d'**évaluer le besoin de suivi gynécologique en structure spécialisée** (Maison des femmes) des femmes victimes de violence qui n'auraient pas spontanément recours à un dépistage gynécologique régulier.
- dans une deuxième partie d'**évaluer les connaissances des professionnel.le.s de santé** amené.e.s à prendre en charge au plan gynécologique des femmes victimes de violence, et les éventuels leviers possibles pour améliorer le dépistage des violences.

II. Étude dans la population des patientes victimes de violence de l'Unité Médico-Judiciaire

A. Matériel et méthodes

Depuis 2022, à Toulouse, l'élaboration du projet de Maison des femmes est en cours.

Comme dans les autres structures, une approche pluridisciplinaire est envisagée pour une prise en charge des femmes victimes de violences dans leur globalité.

Sur le plan de la prise en charge gynécologique, nous nous sommes demandé quels étaient les besoins de cette population pour laquelle de telles consultations portant sur l'intimité sont souvent difficiles du fait du vécu d'événements traumatiques.

Nous avons cherché à évaluer la demande de suivi gynécologique en milieu spécialisé de la part des patientes victimes de violences conjugales et sexuelles consultant à l'UMJ de Toulouse afin de pouvoir estimer l'offre de soin qui sera nécessaire à la Maison des femmes de Toulouse.

1. Questionnaire :

Nous avons élaboré un questionnaire avec principalement des questions à choix multiples et quelques questions ouvertes nous permettant d'obtenir des données sur le suivi gynécologique des patientes consultant à l'UMJ de Toulouse pour violences sexuelles ou conjugales.

Les questions abordaient les thèmes suivants :

- données socio-démographiques telles que le pays d'origine, la profession, la couverture sociale,...
- données sur les violences subies
- données sur le suivi gynécologique et la demande d'un suivi spécifique

Ce questionnaire était distribué par l'infirmière d'accueil de l'UMJ, avant la consultation médicale.

2. Recrutement des patientes répondant au questionnaire

Les patientes ont été recrutées du 01/04/2023 au 30/06/2023.

Les critères d'inclusions étaient :

- des patientes âgées de 18 ans ou plus
- consultant pour des violences sexuelles ou conjugales.

Les critères d'exclusion étaient :

- patiente ne parlant pas français et ne sachant pas lire le français, puisque le questionnaire était rempli en autonomie.

3. Étude de la population globale

Afin de pouvoir établir la représentativité de la population des patientes répondant au questionnaire, nous avons également relevé des données concernant toutes les patientes consultant à l'UMJ pour violences conjugales ou sexuelles, sur la même période du 01/04/2023 au 30/06/2023. Pour cela nous avons collecté les données médicales issues du logiciel MO-IML (Client Medical Objects). Ces données étaient les suivantes :

- données socio-économiques : âge, pays de naissance, profession, demande de rencontrer une assistante sociale
- données sur les violences passées, actuelles et une éventuelle aide préalable
- données sur le suivi gynécologique et la contraception

4. Analyse statistique

Pour l'analyse, les variables qualitatives sont exprimées en effectifs et en pourcentage. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne, médiane et en minimum et maximum.

Nous avons comparé les populations des patientes recrutées avec celle des patientes ayant consulté à l'UMJ sur une période de 3 mois, à l'aide de tests de Fisher et de tests du Chi² de Pearson pour les variables qualitatives et de test de Wilcoxon ou T-test pour les variables quantitatives.

Pour rééquilibrer la population de l'étude, nous avons utilisé une méthode de propensity weighted case qui donne un poids différent aux patientes en fonction de leur propension à être incluse dans la population de l'étude, afin de diminuer les biais de sélection.

Toutes les p-values sont bilatérales. Le seuil de significativité choisi est $p < 0,05$.

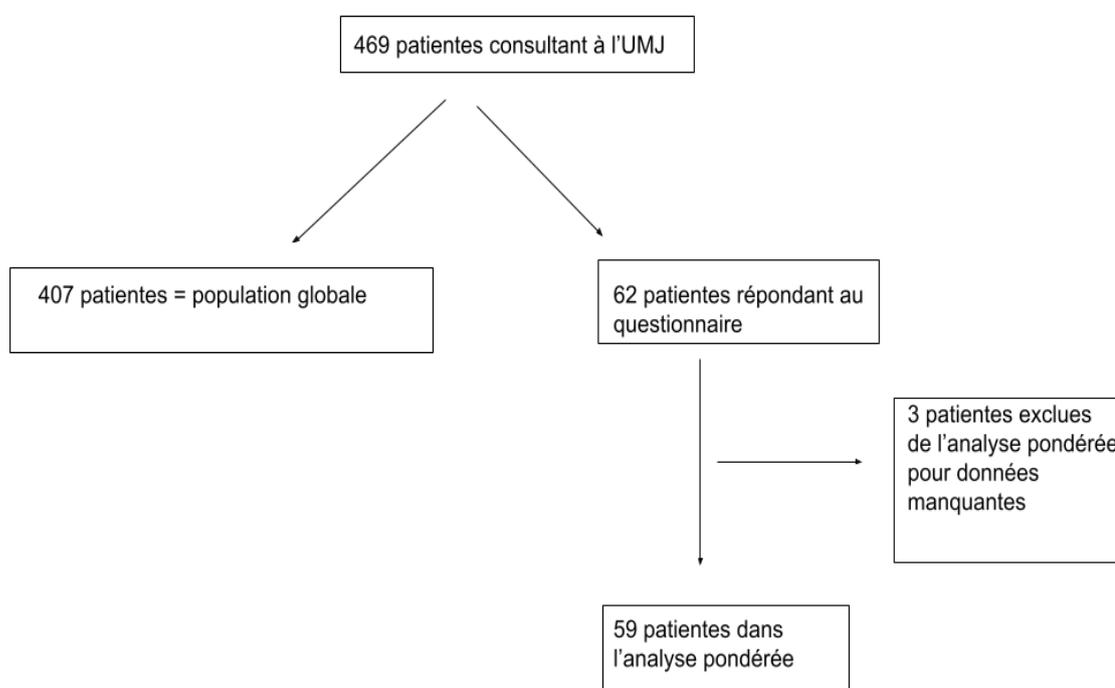
Un intervalle de confiance des proportions d'intérêt a également été calculé par la méthode d'Agresti-Coul.

B. Résultats

Au total, 469 patientes ont consulté à l'UMJ du 01/04/2023 au 30/06/2023 pour des violences, 361 ont consulté dans un contexte de violences conjugales, 112 dans un contexte de violences sexuelles.

62 patientes ont répondu au questionnaire. 2 patientes consultaient pour un épisode unique de violence sexuelle, 60 pour des violences conjugales évoluant de façon chronique dont 2 pour des violences sexuelles conjugales (une dans le cadre d'un épisode unique (nouveau type de violence), une dans le cadre d'épisodes répétés).

(a) Figure 1 : Flow chart



1. Les patientes ayant répondu à notre questionnaire sont-elles représentatives de notre population cible ?

Nous avons donc dans un premier temps comparé les patientes ayant répondu au questionnaire (n= 62) avec la population globale des patientes ayant consulté pour violences conjugales et sexuelles à l'UMJ durant cette période (n= 407). Au total cela représente 469 patientes.

Parmi les patientes répondantes 91,94 % sont nées en France contre 75,56 % dans la population de l'UMJ (p = 0.0039). Elles ont en moyenne 34 ans dans les 2 groupes, et sont majoritairement en activité professionnelle (68,85 % chez les patientes répondantes et 67,49% dans la population UMJ)

Parmi les patientes de la population de l'UMJ, 49,47 % présentent des antécédents psychiatriques (pathologie étiquetée ou prise d'un traitement) contre 22,58 % chez les patientes répondantes (p=0,0001).

Hormis ces quelques caractéristiques divergentes, les patientes des 2 groupes sont comparables.

(a) *Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des patientes et de la population de l'UMJ*

Variables	Patientes	Population UMJ	Test
Âge			
Min / Max	19.0 / 76.0	18.0 / 89.0	p value: 0.8354 ^a
Med [IQR]	34.0 [25.0;40.5]	33.0 [26.0;41.0]	
Mean (std)	34.0 (11.3)	34.4 (11.5)	
N (NA)	62 (0)	407 (0)	
Pays de naissance			
Autre	5 (8.06%)	98 (24.44%)	p value: 0.0039 ^b
France	57 (91.94%)	303 (75.56%)	
NA	0	6	
Profession			
Sans	17 (27.87%)	86 (30.39%)	p value: 0.7624 ^c
En activité	42 (68.85%)	191 (67.49%)	
Retraitée	2 (3.28%)	6 (2.12%)	
NA	1	124	
Enfants			
Non	7 (31.82%)	8 (20.51%)	p value: 0.3248 ^b
Oui	15 (68.18%)	31 (79.49%)	
NA	1	0	
Enceintes			
Non	61 (98.39%)	287 (94.41%)	p value: 0.3302 ^c
Oui	1 (1.61%)	17 (5.59%)	
NA	0	103	
ATCD gynécologiques			
Non	51 (83.61%)	265 (88.63%)	p value: 0.2751 ^b
Oui	10 (16.39%)	34 (11.37%)	
NA	1	108	
ATCD psychiatriques			
Non	48 (77.42%)	144 (50.53%)	p value: 0.0001 ^b
Oui	14 (22.58%)	141 (49.47%)	
NA	0	122	
^a Wilcoxon rank sum test			
^b Pearson's Chi-squared test			
^c Fisher's Exact Test for Count Data			

On note 79,66 % de violences physiques et 96,61 % de violences psychologiques dans les épisodes de violences précédents chez les patientes répondantes contre respectivement 65,5% ($p = 0.0339$) et 82,7% ($p = 0.0063$) dans la population générale de l'UMJ.

L'auteur chez les patientes répondantes est un ex-conjoint dans 56.45% des cas contre 37.93% dans la population ($p = 0.0005$).

Dans la population répondante, l'épisode actuel de violence correspond à des violences physiques dans 67,74 % des cas (VS 49 %) ($p = 0,006$), des violences sexuelles dans 6,45 % (VS 32,76%) ($p = 0,0001$), des violences psychologiques dans 66,13 % des cas (VS 48,28%) ($p = 0,009$), des violences administratives dans 0% des cas (VS 1,23 %), des violences économiques dans 3,23 % des cas (VS 3,45%), de la séquestrations dans 4,84% (VS 2,22 %), du harcèlement dans 16,13% des cas (VS 21,43%).

Les données sur les antécédents de violences sont répertoriées dans le tableau 2 en annexe n°3

(b) *Tableau 3 : Caractéristiques des violences chez les patientes et de la population de l'UMJ*

Variable	Patientes	Population UMJ	Test
1ere consultation à l'UMJ			
Non	17 (27.42%)	91 (22.36%)	p value: 0.3779 ^b
Oui	45 (72.58%)	316 (77.64%)	
Auteur			
Conjoint	25 (40.32%)	158 (38.92%)	p value: 0.0005 ^c
Ex conjoint	35 (56.45%)	154 (37.93%)	
Connaissance	0 (0%)	61 (15.02%)	
Membre de la famille	1 (1.61%)	13 (3.20%)	
Inconnu	1 (1.61%)	20 (4.93%)	
NA	0	1	
Épisode actuel de violence			
Violences physiques			
Oui	42 (67.74%)	199 (49.01%)	p value: 0.0060 ^b
NA	0	1	
Violences sexuelles			
Oui	4 (6.45%)	133 (32.76%)	p value: <0.0001 ^b
NA	0	1	
Violences psychologiques			
Oui	41 (66.13%)	196 (48.28%)	p value: 0.0088 ^b
NA	0	1	
Violences administratives			
Oui	0 (0%)	5 (1.23%)	p value: 1.0000 ^c
NA	0	1	
Violences économiques			
Oui	2 (3.23%)	14 (3.45%)	
NA	0	1	
Séquestration			
Oui	3 (4.84%)	9 (2.22%)	p value: 0.2037 ^c
NA	0	1	
Harcèlement			
Oui	10 (16.13%)	87 (21.43%)	p value: 0.3376 ^b
NA	0	1	
Violences pendant les grossesses			
Absence	26 (54.17%)	18 (31.03%)	p value: 0.0957 ^c
Début	13 (27.08%)	24 (41.38%)	
Pas de modification	6 (12.50%)	10 (17.24%)	
Aggravation	3 (6.25%)	3 (5.17%)	
Diminution	0 (0%)	3 (5.17%)	
NA	14	349	
^b Pearson's Chi-squared test			
^c Fisher's Exact Test for Count Data			

Parmi les patientes répondantes, 62,90% déclarent avoir un suivi gynécologique régulier contre 70,69 % dans la population de l'UMJ ($p=0,37$).

Les patientes répondantes ont une contraception dans 43,33% des cas et celles de la population générale dans 43,02% des cas.

(c) *Tableau 4 : Suivi gynécologique des patientes et de la population de l'UMJ*

	Patientes	Population UMJ	Test
Suivi gynécologique régulier			
Non	23 (37.10%)	17 (29.31%)	p value: 0.3659 ^b
Oui	39 (62.90%)	41 (70.69%)	
Contraception			
Non	34 (56.67%)	98 (56.98%)	p value: 0.9667 ^b
Oui	26 (43.33%)	74 (43.02%)	
NA	2	235	
^b Pearson's Chi-squared test			

Les groupes ne sont pas tout à fait comparables mais il existe très peu de différences significatives entre les 2 groupes.

2. État des lieux du suivi gynécologique

Afin de réaliser la description de la population des patientes répondantes au questionnaire après pondération, il a fallu exclure de l'analyse 3 patientes pour lesquelles il existait d'importantes données manquantes. L'analyse concerne donc 59 patientes.

Ces résultats sont présentés dans les tableaux 5 à 9.

(a) *Tableau 5 : Caractéristiques démographiques des patientes interrogées*

Variables	Valeurs
Âge	
Min / Max	19.0 / 76.0
Med [IQR]	33.0 [25.0;41.0]
Mean (std)	33.9 (11.5)
N (NA)	59 (0)
Pays de naissance	
Autre	5 (8.47%)
France	54 (91.53%)
Profession	
Sans	15 (25.42%)
En activité	42 (71.19%)
Retraitée	2 (3.39%)
ATCD psychiatrique	
Non	46 (77.97%)
Oui	13 (22.03%)
ATCD gynécologique	
Non	49 (83.05%)
Oui	10 (16.95%)
Enfants	
Non	15 (25.42%)
Oui	44 (74.58%)
Enceintes	
Non	58 (98.31%)
Oui	1 (1.69%)
Mutuelle / sécurité sociale	
CMU	14 (23.73%)
Sécurité sociale + Mutuelle	44 (74.58%)
Sécurité sociale seule	1 (1.69%)

Les antécédents de violences des patientes répondantes sont déjà renseignés dans le tableau n°2 (annexe 3)

(b) *Tableau 6 : Caractéristiques des violences chez les patientes interrogées*

Variabes	Valeurs
Durée des violences	
Min / Max	0 / 480.0
Med [IQR]	36.0 [8.5;105.0]
Mean (std)	72.2 (92.5)
N (NA)	58 (1)
Violences pendant la grossesse	
Absence	26 (56.52%)
Début	11 (23.91%)
Pas de modification	6 (13.04%)
Aggravation	3 (6.52%)
NA	13
1^e consultation à l'UMJ	
Non	15 (25.42%)
Oui	44 (74.58%)
Episode actuel :	
Violences physiques	40 (67.80%)
Violences sexuelles	4 (6.78%)
Violences psychologiques	38 (64.41%)
Violences administratives	0
Violences économiques	2 (3.39%)
Séquestration	3 (5.08%)
Harcèlement	9 (15.25%)
Auteur	
Conjoint	23 (38.98%)
Ex conjoint	34 (57.63%)
Membre de la famille	1 (1.69%)
Inconnu	1 (1.69%)

On remarque que 64,41 % (pondération 66,3%) des patientes déclarent un suivi gynécologique régulier.

Concernant la fréquence du suivi, 48,98 % (pondération 45,6%) bénéficient d'un suivi annuel, 20,41% (pondération 21,9%) un suivi tous les 1 à 2 ans, 8,16% (pondération 10,4%) un suivi pour les grossesses, 22,45 % (pondération 22,1%) un suivi uniquement en cas de besoin.

Le suivi est assuré à 66,26 % (pondération 63,3%) par un.e gynécologue, à 18,87 % (pondération 22,4%) par un.e sage-femme, à 18,87 % (pondération 14,3%) par un.e médecin généraliste.

(c) *Tableau 7 : Suivi gynécologique des patientes interrogées*

Variables	Valeur	IC 95	Pondération
Suivi gynécologique régulier			
Non	21 (35.59%)	95%CI[24.60%; 48.34%]	33,7
Oui	38 (64.41%)	95%CI[51.66%; 75.40%]	66,3
Fréquence du suivi			
Si besoin	11 (22.45%)	95%CI[13.02%; 35.88%]	22,1
Pour les grossesses	4 (8.16%)	95%CI[3.22%; 19.19%]	10,4
1 à 2 ans	10 (20.41%)	95%CI[11.48%; 33.64%]	21,9
Tous les ans	24 (48.98%)	95%CI[35.58%; 62.53%]	45,6
NA	10	10	
Professionnel.le de santé			
Médecin généraliste	10 (18.87%)	95%CI[10.59%; 31.36%]	14,3
Sage-femme	10 (18.87%)	95%CI[10.59%; 31.36%]	22,4
Gynécologue	33 (62.26%)	95%CI[48.81%; 74.06%]	63,3
Raison du suivi irrégulier			
“N'aime pas”	5 (22.73%)	95%CI[10.12%; 43.44%]	23,7
Ne trouve pas de praticien	4 (18.18%)	95%CI[7.31%; 38.52%]	15,8
Ne savait pas qu'il fallait un suivi régulier	7 (31.82%)	95%CI[16.36%; 52.68%]	31,2
N'a pas les moyens	1 (4.55%)	95%CI[0.81%; 21.80%]	8,1
N'a pas le temps	2 (9.09%)	95%CI[2.53%; 27.81%]	8,7
Autre	3 (13.64%)	95%CI[4.75%; 33.33%]	12,4
NA	37	37	
Frottis			
Jamais	4 (9,09%)	95%CI[3.59%; 21.16%]	10,3
> 5 ans	5 (11.36%)	95%CI[4.95%; 23.98%]	13,4
3 à 5 ans	4 (9.09%)	95%CI[3.59%; 21.16%]	11,1
< 3 ans	31 (70.45%)	95%CI[55.78%; 81.84%]	65,2
NA *	15	15	
Mammographie > 50 ans			
Jamais	1 (25.00%)	95%CI[4.56%; 69.94%]	14,9
< 2 ans	3 (75.00%)	95%CI[30.06%; 95.44%]	85,1
NA *	55	55	
Palpation mammaire			
Jamais	17 (30.36%)	95%CI[19.90%; 43.34%]	35
> 1 an	14 (25.00%)	95%CI[15.52%; 37.69%]	24,4
< 1 an	25 (44.64%)	95%CI[32.39%; 57.59%]	40,5
NA	3	3	
NA * = non concernées ou données manquantes			

(d) *Tableau 8 : Besoins des patientes interrogées*

Variables	Valeur	IC 95	Pondération
Douleurs pelviennes			
Non	39 (69.64%)	95%CI[56.66%; 80.10%]	67,9
Oui	17 (30.36%)	95%CI[19.90%; 43.34%]	30,5
NA	3	3	
IVG			
Non	34 (59.65%)	95%CI[46.70%; 71.38%]	57,9
Oui	23 (40.35%)	95%CI[28.62%; 53.30%]	42,1
NA	2	2	
Consultation aux urgences gynécologiques			
Non	32 (56.14%)	95%CI[43.28%; 68.23%]	52,6
Oui	25 (43.86%)	95%CI[31.77%; 56.72%]	47,4
NA	2	2	
Vaccin HPV			
Non	46 (82.14%)	95%CI[70.16%; 90.00%]	81,7
Oui	10 (17.86%)	95%CI[10.00%; 29.84%]	18,3
NA	3	3	
Enfants > 11ans vaccinés contre HPV			
Non	13 (65.00%)	95%CI[43.29%; 81.88%]	65,1
Oui	7 (35.00%)	95%CI[18.12%; 56.71%]	34,9
NA	39	39	
NA = pas d'enfant ou pas d'enfant de plus de 11 ans			
Contraception			
Non	31 (54.39%)	95%CI[41.59%; 66.63%]	54,7
Oui	26 (45.61%)	95%CI[33.37%; 58.41%]	45,3
NA	2	2	

Des douleurs pelviennes sont rapportées par 30,36 % (pondération : 30,5%) des patientes. Une IVG est rapportée par 40,35 % (pondération 42,1%) des patientes.

Les patientes ont eu recours à une consultation aux urgences gynécologiques de Paule de Viguier dans 43,86% (pondération 47,4%) des cas.

(e) Tableau 9 : Impact des violences et demande de suivi chez les patientes interrogées

Variable	Valeur	IC 95	Pondération
Changement de modalités de suivi			
Pas de modification	52 (91.23%)	95%CI[81.06%; 96.19%]	94,5
N'a plus de suivi	4 (7.02%)	95%CI[2.76%; 16.70%]	4,9
Meilleur suivi	1 (1.75%)	95%CI[0.31%; 9.29%]	0,7
NA	2	2	
Examen plus difficile			
Non	33 (63.46%)	95%CI[49.87%; 75.20%]	64,7
Oui	19 (36.54%)	95%CI[24.80%; 50.13%]	35,3
NA	7	7	
Demandeuse d'une consultation spécialisée			
Non	27 (50.94%)	95%CI[37.88%; 63.88%]	48,3
Oui	26 (49.06%)	95%CI[36.12%; 62.12%]	50
NA	6	6	
Patientes non suivies désireuse d'une consultation spécialisée			
Non	44 (75.86%)	95%CI[63.47%; 85.04%]	77,1
Oui	14 (24.14%)	95%CI[14.96%; 36.53%]	22,9
NA	1	1	
Patientes suivies mais désireuse d'une consultation spécialisée			
Non	43 (78.18%)	95%CI[65.63%; 87.05%]	75,3
Oui	12 (21.82%)	95%CI[12.95%; 34.37%]	24,7
NA	4	4	

L'étude montre que 36,54 % (pondération 35,3 %) des patientes interrogées rapportent que l'examen gynécologique est plus difficile du fait des violences subies. Il n'y a pas eu de modification de suivi chez 91,23 % (pondération 94,5%) des patientes.

Les patientes sont demandeuses d'une consultation spécialisée dans 49,06 % (pondération 50%) des cas.

Nous avons considéré que les patientes qui étaient dans le besoin étaient celles non suivies et demandeuses d'une consultation ce qui représente 24,14%. Parmi les patientes demandeuses d'une consultation spécialisée on retrouve également des patientes déjà suivies. Elles représentent 21,8% des patientes répondantes.

Nous avons donc calculé que, rapporté à la population générale (469 au total), il faudrait effectuer au total $0,2414 \times 469 = 113$ IC 95% [70 ; 171] consultations de gynécologie pour les patientes non suivies et demandeuses sur la durée de l'étude, à savoir 3 mois. Pour ce qui concerne les patientes demandeuses qui ont déjà un suivi, le nombre de consultations de gynécologie à effectuer serait de 102 (IC 95% [61 ; 161]) sur 3 mois.

Par mois, il faudrait prévoir une consultation gynécologique pour 38 patientes qui sont demandeuses et non suivies ainsi que 34 patientes déjà suivies et demandeuses.

Les 1ères consultations de gynécologie pour ces patientes nécessiteront d'être plus longues qu'une consultation standard. Ainsi, il faudrait prévoir au moins deux demi-journées de consultation par mois, pour chacun des 2 groupes.

A terme, le nombre sera peut-être plus élevé si des patientes nécessitent d'être revues en consultation.

3. Comparaison des patientes suivies et non suivies

Nous avons par la suite divisé la population des répondantes au questionnaire en 2 sous-populations : les patientes se déclarant régulièrement suivies sur le plan gynécologique, et les patientes estimant ne pas être régulièrement suivies. Il s'agissait donc d'un élément déclaratif. Nous avons ainsi voulu rechercher des facteurs de risque d'un mauvais suivi, nous avons également voulu confirmer leur dire avec des éléments objectifs, et enfin évaluer la demande des patientes elles-mêmes de pouvoir être suivies par des professionnel.le.s spécialisé.e.s (à la Maison des femmes). Nous avons ainsi voulu comprendre les causes et les conséquences de l'absence de suivi gynécologique dans cette population.

Existe-t-il des facteurs de risque de mauvais suivi gynécologique chez les patientes consultant à l'UMJ pour violence ?

Il n'y a pas de différences statistiquement significatives en ce qui concerne l'âge, le pays de naissance, la profession, les modalités de couverture sociale ($p > 0,05$) des patientes suivies ou non suivies au plan gynécologique. Les patientes non suivies présentaient plus souvent des antécédents psychiatriques (30,43% VS 17,95 % $p = 0,26$) mais moins d'antécédents gynécologiques (8,70% VS 21,05% $p = 0,29$), bien que ces résultats ne soient pas significatifs dans notre population (tableau 10).

Concernant les violences subies, on constate que les patientes sans suivi gynécologique consultent à l'UMJ pour des violences physiques (91,30% vs 53,85%, $p=0,0023$) plus souvent que les autres patientes. Les autres critères étudiés ne différaient pas entre les populations (tableau 11).

- Indicateurs objectifs du suivi gynécologique des patientes : (Tableau 12)

Les enfants des patientes suivies ont un taux de vaccination contre l'HPV de 53,85% contre 0% ($p = 0,0176$) chez les enfants de patientes non suivies au plan gynécologique.

Parmi les patientes non suivies en âge d'avoir un dépistage du cancer du col selon les recommandations françaises en vigueur, 17,65% n'ont jamais réalisé de frottis contre 3,33% parmi celles qui déclarent un suivi gynécologique ($p < 0,0001$).

Parmi les patientes non suivies, 14,29 % ont bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par une palpation mammaire dans l'année écoulée contre 60,53 % chez les patientes suivies.

Dans le groupe des patientes non suivies, 30,43 % déclarent qu'elles ne savaient pas qu'il fallait avoir un suivi gynécologique régulier.

- Demande de suivi en milieu spécialisé

Les patientes non suivies semblent déclarer plus souvent des douleurs pelviennes que les autres (47,62% contre 23,68% $p = 0,059$) et ont moins souvent une contraception (71,43% contre 48,72% $p = 0,090$). En revanche, on ne note pas plus d'IVG ni de consultation aux urgences gynécologiques (tableau 12).

Les patientes non suivies sont demandeuses de consultations spécialisées dans 68,18 % contre 35,29% ($p = 0,0162$) des patientes suivies (tableau 13).

En ce qui concerne les patientes non suivies : 31,82 % ne sont pas demandeuses d'une consultation.

(a) *Tableau 10 : Comparaison des caractéristiques démographiques des patientes suivies et non suivies.*

Variable	Patientes non suivies	Patientes suivies	Test
Age			
Min / Max	19.0 / 76.0	19.0 / 63.0	p value: 0.9071 ^a
Med [IQR]	33.0 [25.0;40.0]	34.0 [25.0;40.0]	
Mean (std)	34.6 (13.0)	33.7 (10.3)	
N (NA)	23 (0)	39 (0)	
Pays de naissance			
Autre	3 (13.04%)	2 (5.13%)	p value: 0.3503 ^c
France	20 (86.96%)	37 (94.87%)	
Profession			
Sans	7 (31.82%)	10 (25.64%)	p value: 0.7035 ^c
En activité	14 (63.64%)	28 (71.79%)	
Retraîtée	1 (4.55%)	1 (2.56%)	
NA	1	0	
ATCD psychiatrique			
Non	16 (69.57%)	32 (82.05%)	p value: 0.2560 ^b
Oui	7 (30.43%)	7 (17.95%)	
ATCD gynécologique			
Non	21 (91.30%)	30 (78.95%)	p value: 0.2938 ^c
Oui	2 (8.70%)	8 (21.05%)	
NA	0	1	
Enfants			
Non	7 (31.82%)	8 (20.51%)	p value: 0.3248 ^b
Oui	15 (68.18%)	31 (79.49%)	
NA	1	0	
Enceintes			
Non	23 (100.00%)	38 (97.44%)	p value: 1.0000 ^c
Oui	0 (0%)	1 (2.56%)	
Mutuelle/sécurité sociale			
CMU	6 (26.09%)	10 (25.64%)	p value: 0.6024 ^c
Sécurité sociale + mutuelle	16 (69.57%)	29 (74.36%)	
Sécurité sociale seule	1 (4.35%)	0 (0%)	
^a Wilcoxon rank sum test			
^b Pearson's Chi-squared test			
^c Fisher's Exact Test for Count Data			

Les antécédents de violences sont présentés dans le tableau n°11 (annexe 5)

(b) *Tableau 12 : Caractéristiques des violences chez les patientes suivies et non suivies*

Variables	Patientes non suivies	Patientes suivies	Test
Durée des violences			
Min / Max	2.0 / 360.0	0 / 480.0	p value: 0.4837 ^a
Med [IQR]	48.0 [9.0;150.0]	36.0 [10.5;93.0]	
Mean (std)	83.8 (93.2)	67.1 (90.8)	
N (NA)	23 (0)	38 (1)	
Violences pendant la grossesse			
Absence	8 (44.44%)	18 (60.00%)	p value: 0.5645 ^c
Début	6 (33.33%)	7 (23.33%)	
Pas de modification	2 (11.11%)	4 (13.33%)	
Aggravation	2 (11.11%)	1 (3.33%)	
NA	5	9	
1e consultation à l'UMJ			
Non	7 (30.43%)	10 (25.64%)	p value: 0.6827 ^b
Oui	16 (69.57%)	29 (74.36%)	
Violences physiques			
Non	2 (8.70%)	18 (46.15%)	p value: 0.0023 ^b
Oui	21 (91.30%)	21 (53.85%)	
Violences sexuelles			
Non	22 (95.65%)	36 (92.31%)	p value: 1.0000 ^c
Oui	1 (4.35%)	3 (7.69%)	
Violences psychologiques			
Non	9 (39.13%)	12 (30.77%)	p value: 0.5016 ^b
Oui	14 (60.87%)	27 (69.23%)	
Violences administratives			
Non	23 (100.00%)	39 (100.00%)	No test
Violences économiques			
Non	22 (95.65%)	38 (97.44%)	p value: 1.0000 ^c
Oui	1 (4.35%)	1 (2.56%)	
Séquestration			
Non	22 (95.65%)	37 (94.87%)	
Oui	1 (4.35%)	2 (5.13%)	
Harcèlement			
Non	22 (95.65%)	30 (76.92%)	p value: 0.0758 ^c
Oui	1 (4.35%)	9 (23.08%)	
Auteur			
Conjoint	12 (52.17%)	13 (33.33%)	p value: 0.4419 ^c
Ex conjoint	11 (47.83%)	24 (61.54%)	
Membre de la famille	0 (0%)	1 (2.56%)	
Inconnu	0 (0%)	1 (2.56%)	
^a Wilcoxon rank sum test	^b Pearson's Chi-squared test	^c Fisher's Exact Test	

(c) *Tableau 13 : Modalité du suivi gynécologique des patientes suivies et non suivies*

Variables	Patientes non suivies	Patientes suivies	Test
Fréquence du suivi			
Si besoin	7 (58.33%)	4 (10.26%)	p value: <0.0001 ^c
Pour les grossesses	3 (25.00%)	1 (2.56%)	
1 à 2 ans	1 (8.33%)	10 (25.64%)	
Tous les ans	1 (8.33%)	24 (61.54%)	
NA	11	0	
Professionnel.le de santé			
Médecin généraliste	5 (29.41%)	5 (12.82%)	p value: 0.4371 ^c
Sage-femme	2 (11.76%)	8 (20.51%)	
Gynécologue	10 (58.82%)	26 (66.67%)	
NA	6	0	
Raison du suivi irrégulier			
N'aime pas	6 (26.09%)	0 (0%)	p value: 0.4583 ^c
Ne trouve pas de praticien	3 (13.04%)	1 (100.00%)	
Ne savait pas qu'il fallait un suivi régulier	7 (30.43%)	0 (0%)	
N'a pas les moyens	1 (4.35%)	0 (0%)	
N'a pas le temps	2 (8.70%)	0 (0%)	
Autre	4 (17.39%)	0 (0%)	
NA	0	38	
Frottis			
Jamais	3 (17.65%)	1 (3.33%)	p value: <0.0001 ^c
> 5 ans	5 (29.41%)	0 (0%)	
3 à 5 ans	3 (17.65%)	1 (3.33%)	
< 3 ans	6 (35.29%)	28 (93.33%)	
NA*	6	9	
NA* non concernée			
Mammographie > 50 ans			
Jamais	1 (50.00%)	0 (0%)	p value: 1.0000 ^c
< 2 ans	1 (50.00%)	2 (100.00%)	
NA*	21	37	
Palpation mammaire			
Jamais	9 (42.86%)	8 (21.05%)	p value: 0.0028 ^b
> 1 an	9 (42.86%)	7 (18.42%)	
< 1 an	3 (14.29%)	23 (60.53%)	
NA	2	1	
b Pearson's Chi-squared test			
c Fisher's Exact Test for Count Data			

(d) *Tableau 14 : Besoins de soins en gynécologie des patientes suivies et non suivies*

Variables	Patientes non suivies	Patientes suivies	Test
Douleurs pelviennes			
Non	11 (52.38%)	29 (76.32%)	p value: 0.0596 ^b
Oui	10 (47.62%)	9 (23.68%)	
NA	2	1	
IVG			
Non	13 (61.90%)	23 (58.97%)	p value: 0.8251 ^b
Oui	8 (38.10%)	16 (41.03%)	
NA	2	0	
Consultation aux urgences gynécologiques			
Non	14 (66.67%)	21 (53.85%)	p value: 0.3367 ^b
Oui	7 (33.33%)	18 (46.15%)	
NA	2	0	
Vaccin HPV			
Non	15 (71.43%)	33 (86.84%)	p value: 0.1747 ^c
Oui	6 (28.57%)	5 (13.16%)	
NA	2	1	
Enfants > 11ans vaccinés contre HPV			
Non	9 (100.00%)	6 (46.15%)	p value: 0.0167 ^c
Oui	0 (0%)	7 (53.85%)	
NA	14	26	
Contraception			
Non	15 (71.43%)	19 (48.72%)	p value: 0.0904 ^b
Oui	6 (28.57%)	20 (51.28%)	
NA	2	0	
^b Pearson's Chi-squared test			
^c Fisher's Exact Test for Count Data			

(e) *Tableau 15 : Modification de suivi et demande chez les patientes suivies et non suivies*

Variables	Patientes non suivies	Patientes suivies	Test
Changement des modalités de suivi			
Pas de modification	20 (86.96%)	35 (94.59%)	p value: 0.2880 ^c
N'a plus de suivi	3 (13.04%)	1 (2.70%)	
Meilleur suivi	0 (0%)	1 (2.70%)	
NA	0	2	
Examen plus difficile			
Non	15 (65.22%)	21 (65.62%)	p value: 0.9750 ^b
Oui	8 (34.78%)	11 (34.38%)	
NA	0	7	
Demandeuse d'une consultation spécialisée			
Non	7 (31.82%)	22 (64.71%)	p value: 0.0162 ^b
Oui	15 (68.18%)	12 (35.29%)	
NA	1	5	
^b Pearson's Chi-squared test			
^c Fisher's Exact Test for Count Data			

La population interrogée et la population de l'UMJ présentent quelques différences non majeures. Elles ont été rendues comparables par la réalisation d'une pondération permettant d'analyser les données et de les extrapoler à la population générale de l'UMJ. Les résultats montrent effectivement une carence de suivi chez les patientes en situation de violences, mais également une réelle demande de soins.

III. Étude sur le dépistage par les professionnels de santé de la maternité Paule de Viguier

Pour pouvoir prendre en charge correctement les patientes exposées aux violences, encore faut-il savoir qu'elles en sont victimes et donc les dépister.

C'est pourquoi nous avons voulu également, dans le cadre de cette thèse, nous intéresser au dépistage des violences par les professionnels de santé. En effet, si les violences faites aux femmes sont un sujet de plus en plus médiatisé et auquel de plus en plus de personnes et de personnels de santé sont sensibilisés, la formation est encore souvent insuffisante. Il est essentiel de connaître l'état des pratiques et les problématiques rencontrées par les professionnel.le.s de santé afin de pouvoir travailler sur les modalités du partenariat entre le pôle femme-mère-couple et la Maison des femmes (protocoles d'orientation des patientes, formation des professionnel.le.s ,...)

A. Matériel et méthodes

Nous avons donc cherché à savoir à quelle fréquence les professionnels de santé (médecins, internes, sages-femmes, étudiant.e.s sages-femmes) de la maternité Paule de Viguier du CHU de Toulouse réalisaient le dépistage des violences en consultation et quels étaient les freins à ce dépistage.

En identifiant les problèmes que le dépistage pose aux professionnels de santé, nous serons en mesure de mieux orienter les formations et les différents supports sur lesquels ils peuvent s'appuyer.

Il s'agit d'une étude descriptive prospective monocentrique.

Pour cela nous avons réalisé un questionnaire anonyme à choix multiples, par le biais de la plateforme gratuite de sondage Mysurvio, disponible dans l'annexe 5.

Le lien du questionnaire a été diffusé par mail aux professionnels de santé travaillant à la maternité de Paule de Viguier. Au total il a été envoyé à 292 professionnel.le.s de santé : 28 médecins seniors de gynécologie obstétrique, 9 médecins seniors de gynécologie médicale, 45 internes de gynécologie obstétrique, 26 internes de

gynécologie médicale, 56 étudiantes sages-femmes, 128 sages-femmes en contact direct avec les patientes.

Analyse statistique :

Pour l'analyse, les variables qualitatives sont exprimées en effectifs et en pourcentage. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne, médiane et en minimum et maximum.

B. Résultats

98 professionnels ont répondu au questionnaire de manière anonyme du 22/05/2023 au 1/11/2023. Le taux de réponse est de 33,5%

Les résultats sont présentés dans les tableaux 16 à 18.

Les professionnel.le.s de santé répondants ont en moyenne 31,6 ans et 9,6 années d'expérience.

On note que 33,7 % sont des sages-femmes.

Les professionnel.le.s ont bénéficié d'une formation dans 53,06 % des cas.

(a) *Tableau 16 : Caractéristiques des professionnel.le.s de santé*

Variables	Valeurs
Profession	
ESF	18 (18.37%)
Interne Gynécologie médicale	11 (11.22%)
Interne Gynécologie obstétrique	18 (18.37%)
Sénior Gynécologie médicale	3 (3.06%)
Sénior Gynécologie obstétrique	15 (15.31%)
Sage-femme	33 (33.67%)
Age	
Min / Max	20.0 / 60.0
Med [IQR]	29.0 [25.0;36.0]
Mean (std)	31.6 (9.3)
N (NA)	98 (0)
Années d'expérience	
Min / Max	0.5 / 35.0
Med [IQR]	6.0 [3.0;13.0]
Mean (std)	9.6 (9.0)
N (NA)	98 (0)
Formation violences	
Non	46 (46.94%)
Oui	52 (53.06%)

Le dépistage est réalisé en systématique dans 26,53% des cas, et 35,71 % des professionnel.le.s de santé le réalise dans plus de 50% des cas.

Les raisons du non-dépistage sont que les répondants ne savent pas orienter (37,50%), ne sont pas à l'aise avec le dépistage (23,61%), oublient de dépister (12,50%), manquent de temps (4,17%).

(b) *Tableau 17 : Dépistage des violences*

Variables	Valeurs
Fréquence de dépistage	
Sur point d'appel	20 (20.41%)
< 50 %	17 (17.35%)
> 50 %	35 (35.71%)
Systematique	26 (26.53%)
Raison du non dépistage (n=72)	
pas à l'aise	17 (23.61%)
ne sait pas orienter	27 (37.50%)
Jugé trop intrusif	4 (5.56%)
ne voit pas l'intérêt	5 (6.94%)
gêné.e.s par l'accompagnant.e	28 (38.89%)
oubli	9 (12.50%)
manque de temps	3 (4.17%)
poste non adapté	3 (4.17%)
Voit patiente seule	
Non	81 (82.65%)
Oui	12 (12.24%)
1ere consultation uniquement	5 (5.10%)

(c) *Tableau 18 : Connaissances et intérêt des professionnel.le.s*

Variables	Valeurs
Connait l'existence de la consultation de l'UMJ à la maternité	
Non	60 (61.22%)
Oui	38 (38.78%)
Connait des associations locales	
Non	52 (53.06%)
Oui	46 (46.94%)
Demandeur d'une formation	
Non	8 (8.16%)
Oui	90 (91.84%)
Intérêt de proposer une consultation gynécologique systématiquement	
Non	13 (13.27%)
Oui	85 (86.73%)
Serait intéressé.e de travailler à la Maison des femmes	
Non	20 (20.41%)
Oui	78 (79.59%)

Parmi les répondants 61,22% ne connaissent pas l'existence de la consultation de l'UMJ à la maternité et 53,06% ne connaissent pas d'associations vers lesquelles orienter les patientes. Une formation serait appréciée par 91,84% des professionnel.le.s

Nous nous sommes ensuite demandé à quelle fréquence les professionnel.le.s de santé ayant bénéficié d'une formation réalisaient un dépistage et les freins sont-ils les mêmes que dans la population générale des professionnel.le.s ?

Les résultats sont rapportés dans les tableaux 19 à 21.

Les sages femmes représentent 42,31% des professionnel.le.s formé.e.s.

La moyenne d'âge est de 31,1 ans et le nombre d'années d'expérience est de 9,7.

(d) *Tableau 19: caractéristiques des professionnel.le.s de santé formé.e.s*

Variables	Valeurs
Profession	
ESF	11 (21.15%)
Interne gynécologie médicale	6 (11.54%)
Interne gynécologie obstétrique	3 (5.77%)
Sénior gynécologie médicale	3 (5.77%)
Sénior gynécologie obstétrique	7 (13.46%)
Sage-femme	22 (42.31%)
Age	
Min / Max	20.0 / 60.0
Med [IQR]	29.5 [24.0;33.5]
Mean (std)	31.1 (9.4)
N (NA)	52 (0)
Années d'expérience	
Min / Max	0.5 / 35.0
Med [IQR]	6.5 [4.0;13.0]
Mean (std)	9.7 (8.6)
N (NA)	52 (0)

Parmi les professionnel.le.s formé.e.s 30,77% réalisent un dépistage systématique. Les freins rapportés sont de ne pas savoir orienter les patientes (33,33%), d'être gêné par l'accompagnant.e (27,78%), de ne pas être à l'aise (13,89%), l'oubli (19,44%), le manque de temps (8,33%)

(e) *Tableau 20 : dépistage des violences chez les professionnel.le.s de santé formé.e.s*

Variables	Valeurs
Fréquence dépistage	
Sur point d'appel	7 (13.46%)
< 50%	8 (15.38%)
> 50%	21 (40.38%)
Systématique	16 (30.77%)
Raison du non dépistage (n=36)	
pas à l'aise	5 (13.89%)
ne sait pas orienter	12 (33.33%)
trop intrusif	2 (5.56%)
ne voit pas l'intérêt	4 (11.11%)
gené.e.s par l'accompagnant.e	10 (27.78%)
oubli	7 (19.44%)
manque de temps	3 (8.33%)
poste non adapté	2 (5.56%)
Voit patiente seule	
Non	38 (73.08%)
Oui	9 (17.31%)
1ere consultation uniquement	5 (9.62%)

(f) *Tableau 21 : Connaissances et intérêt des professionnel.le.s de santé formé.e.s*

Variables	Valeurs
Connait l'existence de la consultation de l'UMJ à la maternité	
Non	29 (55.77%)
Oui	23 (44.23%)
Connait des associations locales	
Non	21 (40.38%)
Oui	31 (59.62%)
Demandeur d'une formation	
Non	7 (13.46%)
Oui	45 (86.54%)
Intérêt de proposer une consultation gynécologique systématiquement	
Non	11 (21.15%)
Oui	41 (78.85%)
Serait intéressé.e de travailler à la Maison des femmes	
Non	14 (26.92%)
Oui	38 (73.08%)

La consultation de l'UMJ à la maternité est inconnue de 55,77% des professionnel.le.s formé.e.s et 40,38 % ne connaît pas d'association pour adresser les patientes. Une formation complémentaire serait appréciée par 86,54 % des répondants déjà formés.

Une partie seulement des professionnel.le.s de santé réalise un dépistage des violences en systématique en raison de multiples freins. Une formation sur les violences faites aux femmes a été dispensée à un peu plus de la moitié des professionnel.le.s de santé. Cependant on retrouve les mêmes freins chez ces praticien.ne.s. La plupart des personnes interrogées sont désireuses de formations complémentaires.

IV. Discussion

A. Comparaison des patientes répondantes à la population de l'UMJ

La population de notre étude est globalement comparable et donc représentative de la population générale de l'UMJ mais quelques points diffèrent tout de même.

On constate que parmi les patientes ayant répondu au questionnaire, il y a plus de patientes nées en France. Parmi celles nées à l'étranger, il pourrait exister une barrière de langue qui limiterait la réponse au questionnaire rédigé en langue française.

Il y a plus de patientes avec des antécédents psychiatriques dans la population non répondante. Les questionnaires ont pu être également moins distribués à ses patientes considérées comme fragiles qu'il aurait pu être difficile d'interroger sur leur rapport aux soins.

Il semblerait donc qu'une catégorie de patientes qui a un accès aux soins limité par des pathologies psychiatriques, une barrière de la langue, une certaine précarité... n'ait pas pu être ciblée par le questionnaire. Il pourrait pourtant s'agir d'une population cible pour un parcours spécialisé à la Maison des femmes, la méthodologie de notre étude ayant probablement sous-estimé les besoins de ces populations.

Les auteurs de violences sont plus souvent des ex-conjoints dans les répondantes et il y a plus d'auteurs désignés comme des connaissances ou des inconnus dans la population générale de l'UMJ. Effectivement on recense plus de violences sexuelles dans le groupe UMJ (32,76 %) que dans les patientes répondantes (6,45%) , ce qui est concordant.

Possible, les questionnaires ont été peu distribués à ces patientes qui, ayant subi des violences sexuelles s'apparentant souvent à un événement unique extrêmement traumatique, sont plus affectées que les patientes victimes de violences conjugales, plus chroniques. Les patientes victimes de violences sexuelles seraient pourtant susceptibles d'avoir un moins bon suivi gynécologique. A contrario, les violences physiques sont plus présentes dans le groupe des patientes répondantes.

Très peu de violences économiques et administratives sont déclarées par les patientes de notre étude. Pourtant, selon l'IFOP, 41 % des femmes seraient victimes de violences économiques au cours de leur vie⁹. Il s'agit de types de violences assez peu connues de la population générale. Ce n'est pas le type de violences pour lequel les patientes consultent, en revanche elles en rapportent dans les violences passées exercées par le même auteur.

B. État du dépistage des pathologies gynécologiques chez les femmes victimes de violences

De nombreuses études ont été menées sur les liens entre violences conjugales ou sexuelles et dépistage des cancers gynécologiques, mais les résultats sont loin d'être unanimes.

Dans certaines études, les patientes victimes de violences seraient moins à jour sur le dépistage du cancer du col et du cancer du sein que les patientes non victimes (Leite et al. 2018¹⁰ concernant tout type de violences, Alcalá et al. 2018¹¹ concernant spécifiquement les violences sexuelles), dans d'autres il n'y a pas de différence significative mesurée¹². Pour d'autres encore, la compliance au dépistage varie en fonction de la tranche d'âge¹³.

Dans la méta-analyse de Gonzalez et al. de 2018 ¹⁴ il n'est pas montré de différence significative dans le dépistage chez les patientes victimes de violences en comparaison à des patientes non victimes.

Il semblerait que différents facteurs tels que le type de violences subi, le type de dépistage (invasif ou non), la tranche d'âge interrogée, entrent en jeu dans la compliance de ces patientes au dépistage organisé.

Dans notre étude, on retrouve au moins 70,45 % de patientes à jour de leur dépistage du cancer du col (frottis il y a moins de 3 ans).

C. Les violences sont-elles un facteur de risque des différentes pathologies gynécologiques ?

Il n'y a pas de données sur la prévalence ou l'incidence des cancers gynécologiques dans la population des patientes victimes de violences conjugales ou sexuelles à l'âge adulte.

En revanche, les patientes ayant vécu des violences dans l'enfance semblent plus à risque de développer un cancer à l'âge adulte, mais nous n'avons pas cette donnée dans notre étude ¹⁵.

Il existe peu d'études sur la prévalence des IST chez les patientes victimes de violences conjugales mais il semblerait qu'elle soit plus élevée ^{16, 17}.

Il semblerait que les patientes victimes de violences sexuelles sont plus à risque de présenter des symptômes gynécologiques notamment des douleurs pelviennes chroniques, des dyspareunies, des dysménorrhées, des ménorragies, une incontinence urinaire ¹⁸. Les études ne rapportent pas de données concernant le délai d'apparition de ces différents symptômes après l'exposition à la violence ni sur l'impact d'une exposition répétée à des violences.

Dans notre étude, environ 30% des patientes rapportent des douleurs pelviennes, or en population générale le taux de douleurs pelviennes chroniques est plutôt estimé à 15% ¹⁹.

Les patientes victimes d'abus sexuel dans l'enfance ont plus de vulvodynie à l'âge adulte ²⁰.

En ce qui concerne l'endométriose, il est difficile de trancher car il existe des discordances de résultats dans la littérature.

L'étude de Harris et al. de 2018 ²¹ suggère un lien entre des violences sexuelles ou physiques dans l'enfance ou l'adolescence avec des lésions d'endométriose. En revanche, l'étude de Schliep et al. de 2016 ²² ne retrouve pas de lien entre les violences physiques dans l'enfance et l'endométriose mais un plus grand risque d'adhérences pelviennes.

Dans l'étude de Liebermann et al 2018 ²³, on retrouve plus d'antécédents d'abus sexuels, émotionnels et de négligence dans l'enfance chez les patientes diagnostiquées de l'endométriose.

Il semblerait donc qu'un certain nombre de symptômes gynécologiques soient associés à des antécédents de violences principalement sexuelles et plus les violences sont précoces, dans l'enfance ou l'adolescence plus elles sont impactantes pour la santé gynécologique et sexuelle des patientes.

Il s'agit donc d'un groupe de patientes qui est plus à risque de certaines pathologies gynécologiques mais qui est probablement aussi moins bien suivi.

Il est donc primordial de réaliser un dépistage de ces violences devant ces symptômes et même en dehors et de pouvoir proposer un suivi spécialisé dans ces populations.

D. Perception du suivi

Nous avons pris le parti de considérer qu'une patiente était suivie si celle-ci se disait suivie régulièrement (question 6 du questionnaire patiente). En effet, le suivi gynécologique étant reflété par plusieurs variables (mammographie, palpation mammaire, frottis, contraception), il était ardu de classer les patientes sur ces variables plus objectives (bien qu'également déclaratives).

On retrouve dans le tableau n°13 que dans le groupe des patientes qui se disent suivies il y a en a une partie qui déclare également ne consulter qu'en cas de besoin

(10,26 %) ou pour les grossesses (2,56 %), ce qui ne correspond pas au suivi régulier préconisé par les recommandations.

De même on retrouve que, parmi les patientes suivies, 3,33% n'ont jamais fait de frottis et 35,29% des patientes non suivies ont réalisé un frottis dans les 3 ans. Cependant il existe très souvent une confusion chez les patientes entre prélèvements vaginaux, dépistages IST et frottis. Les chiffres peuvent être faussés par ces confusions.

Nous n'avons pas analysé le dépistage des IST car il n'existe pas de recommandation en termes de fréquence permettant d'inclure cette variable dans notre étude. Elle est dépendante des comportements à risque ou non, des changements de partenaires, etc.

Pour la mammographie, les résultats ne sont pas interprétables car l'effectif des patientes concernées par la mammographie est trop réduit, en effet il s'agit plutôt d'une population jeune (moyenne d'âge 34 ans) qui ne rentre pas dans le dépistage systématique avant 50 ans.

E. Raisons justifiant le manque de suivi

Les raisons évoquées par les patientes pour justifier un manque de suivi gynécologique sont dans 30% des cas qu'elles ne savaient pas qu'il était recommandé d'avoir un suivi régulier. Ceci témoigne d'une lacune dans l'éducation à la santé des patientes. On peut supposer également que le suivi médical global de ces patientes est probablement sous optimal.

Il semblerait relativement aisé de remettre dans un circuit de soin régulier une partie de cette population, par une éducation sur les bénéfices d'un suivi régulier.

Une autre des raisons évoquées est le fait que les patientes n'aiment pas consulter en gynécologie (26,09%).

En effet, il n'est pas difficile d'imaginer que les patientes victimes de violences, particulièrement qui ont touché à leur intimité, ne sont pas confortables avec l'examen gynécologique, ni même le fait d'avoir à se dénuder pour l'examen.

Dans notre étude, 36,54 % des patientes interrogées rapportent que l'examen gynécologique est plus difficile du fait des violences subies. Pour autant elles sont peu à avoir modifié leur suivi, en effet 91,23 % ne déclarent pas de modification de leur suivi.

L'étude de Cadman et al. de 2012 ²⁴ souligne que les freins au dépistage de pathologies gynécologiques sont multiples. On peut noter par exemple pour la réalisation du frottis : l'absence de contrôle de la patiente sur l'examen, le manque de sensibilité et le manque de formation du médecin par rapport aux violences, la position gynécologique, la peur d'avoir des reviviscences.

Il ne semble pas que la couverture sociale ait un impact sur le suivi ou non des patientes. En effet 69,57 % des patientes non suivies et 74,36% des patientes suivies ont la sécurité sociale et une mutuelle (p=0,6)

F. Demande d'un suivi gynécologique

Une part importante des patientes non suivies sont demandeuses d'une prise en charge gynécologique par un.e professionnel.le de santé formé.e aux violences (68,18%). Elles ont probablement conscience que leur suivi gynécologique n'est pas optimal et de ce que pourrait leur apporter une consultation avec un.e professionnel.le de santé formé.e.

Les patientes déjà suivies mais demandeuses d'une consultation ont justifié ce besoin par le fait que celle-ci soit effectuée par un.e professionnel.le formé.e sur le sujet (4/12), par le fait que aborder les violences est plus facile avec un.e professionnel.le qui n'effectue pas le suivi général et qui ne la connaît pas (1/12), par le fait qu'il est difficile d'avoir des rendez-vous (2/12) ; les autres patientes n'ont pas détaillé leur réponse (5/12).

Parmi les patientes non suivies, 30,82% ne sont pas désireuses d'un suivi.

Par rapport aux patientes suivies, les patientes non suivies n'ont pas significativement plus recours aux urgences gynécologiques. Elles ont donc peu recours aux soins en gynécologie mais probablement aussi en santé globale.

On peut également se demander si leurs enfants sont impactés par ce manque de suivi. En effet, dans l'étude, 0 % des enfants de femmes non suivies sont vaccinés contre l'HPV.

Il s'agit d'une partie de la population pour laquelle il va falloir réfléchir à des stratégies de prise en charge particulière pour pouvoir les intégrer dans un parcours de soins.

On constate en revanche qu'une part importante des patientes de notre étude (43,86%) a déjà consulté aux urgences gynécologiques. Ce sont donc des patientes qui ont été vues en consultation à Paule de Viguière, chez qui nous n'avons pas forcément repéré les signes pouvant évoquer une situation de violence.

G. Dépistage et formation des professionnel.le.s de santé

Depuis 2019, la HAS recommande aux professionnel.le.s de santé de premier recours de réaliser un dépistage systématique, en consultation, des éventuelles violences conjugales passées ou présentes, même sans point d'appel. En effet, elle considère que 3 à 4 femmes sur 10 dans la patientèle d'un médecin généraliste pourraient être victimes de violences conjugales.

Selon l'étude menée par BVA pour la HAS ²⁵ auprès de 1000 femmes en octobre 2022 puis en octobre 2023, seulement 14 % des femmes déclarent avoir été questionnées sur leurs relations de couples et 3% se rappellent avoir été questionnées directement sur l'existence de violences conjugales, alors qu'une sur 5 déclare avoir déjà été victime de violences par son partenaire. Pourtant, 96% des femmes interrogées sont favorables à ce dépistage.

Il est reconnu que la grossesse est un facteur de risque de début des violences conjugales et d'exacerbation des violences quand celles-ci existent déjà.

Il semblerait également que les violences durant la grossesse soient responsables d'issues materno-foetales défavorables comme des petits poids de naissance ou des accouchements prématurés ²⁶. Le risque de décès maternel en périnatal est plus élevé ²⁷. Il existe un risque plus élevé de dépression du post partum ²⁸.

Les violences semblent également avoir un impact sur la durée de l'allaitement, avec une plus grande chance d'arrêt de l'allaitement dans les 4 semaines suivant l'accouchement ²⁹. Il est donc primordial de renforcer le dépistage des violences lors

de la grossesse, puisque dans notre étude seuls 26% des professionnel.le.s de la maternité déclaraient réaliser un dépistage systématique auprès des patientes.

La population répondante à notre 2e questionnaire est jeune avec une moyenne d'âge à 31,5 ans ce qui semble plutôt représentatif des soignants à la maternité Paule de Viguier. De ce fait, le nombre d'années d'expérience est restreint. Il se peut que les praticiens aient été peu confrontés à des patientes dans des situations de violences conjugales et sexuelles. En effet les consultations peuvent être réalisées par des internes ou étudiant.e.s sages-femmes parfois jeunes. Mais on pourrait aussi penser que la majorité des praticien.ne.s répondant.e.s sont peu éloigné.e.s de la fin de leurs études et donc peut-être d'une quelconque formation sur le sujet des violences au cours de leur cursus.

Néanmoins 53 % des praticien.ne.s interrogé.e.s déclarent avoir bénéficié d'une formation sur les violences. Cependant il n'est pas détaillé dans le questionnaire de quel type de formation il s'agit. Il existe manifestement un manque de formation. Comment expliquer que les professionnel.le.s de santé prenant en charge exclusivement des femmes et donc en 1ère ligne, ne bénéficient pas d'une formation systématique sur le sujet ? Il s'agit d'une problématique pour laquelle l'intérêt est seulement récent, et il existe visiblement un vrai bénéfice à renforcer les formations initiales des différents professionnel.le.s de santé.

Mais il semblerait que la formation ne soit pas le seul facteur entrant en jeu pour que le dépistage des violences soit réalisé de façon plus systématique. En effet, parmi les professionnel.le.s formé.e.s (n=52), seul.e.s 33,77 % (n=16) réalisent un dépistage systématique. C'est donc loin d'être une majorité. De plus, dans le total des professionnel.le.s, on comptait 26 personnes qui réalisaient un dépistage systématique, ce qui signifie que 10 dépistent en systématique alors qu'ils n'ont pas été formés.

Dans l'étude Cochrane de 2021 ³⁰, les résultats montrent peu d'impact d'une formation spécifique aux violences sur le dépistage et sur l'adressage vers des associations. En revanche les professionnel.le.s de santé se sentiraient plus à même de prendre en charge ces patientes.

Quels sont les autres facteurs entrant en compte ?

Dans les remarques faites par les praticien.ne.s, on note à plusieurs reprises qu'il s'agit d'un sujet complexe, chronophage en consultation sur lequel nous sommes insuffisamment formé.e.s. Dans les axes de facilitation de prise en charge de ces patientes on pourrait réfléchir à mieux codifier les parcours d'orientation, flécher à l'aide de protocoles la collaboration entre les différents services (UMJ et maternité) identifier des professionnel.le.s référent.e.s à la maternité afin de permettre d'épauler les soignants en difficulté face à des situations parfois très complexes.

Dans les freins mentionnés dans le questionnaire on retrouve aussi la présence d'une tierce personne à la consultation, l'accompagnant.e de la patiente. Il semble en effet plus difficile d'aborder la question des violences quand le conjoint est présent. Est-ce que la mention de potentielles violences pourrait entraîner une moins bonne relation de confiance du soignant avec le couple pour le suivi de grossesse ?

Il serait sûrement facilitant pour aborder la question des violences, de consulter la patiente seule au moins une fois au début du suivi.

Des outils d'aide à la prise en charge sont à disposition des professionnels de santé, mais sont souvent sous-employés car méconnus. En effet, depuis quelques années à la maternité Paule de Viguié a été mise en place une consultation délocalisée de médecine légale au sein de la maternité réalisée par les médecins légistes du CHU qui permet de faire le point avec les patientes victimes sur leur situation, les solutions qu'elles ont à disposition, leurs ressources, leurs besoins,... Or, 61,2% des professionnel.le.s interrogé.e.s ne connaissent pas l'existence de cette consultation. Il conviendrait donc de diffuser les informations sur les innovations permettant une meilleure prise en charge des patientes.

Enfin, il existe un profond désir de la part des professionnel.le.s de santé interrogé.e.s d'être en mesure d'aider correctement les patientes. En effet 91,8 % des répondant.e.s sont en demande de formation dans ce domaine et 79,6 % seraient intéressé.e.s pour participer à la prise en charge des patientes dans le cadre de la Maison des femmes.

H. Santé globale des patientes victimes de violences

Il est primordial de se préoccuper du sujet des violences faites aux femmes car on en sait de plus en plus, au fil des années et des nouvelles recherches, sur les mécanismes et surtout sur leurs conséquences. Il est connu que les répercussions sur la santé physique, sexuelle et psychique sont conséquentes.

En dehors des pathologies gynécologiques dues soit aux violences en elles-mêmes (IST, grossesses non désirées,...), soit au traumatisme résiduel (dépistage des cancers gynécologiques, douleurs chroniques ...), il en découle aussi des troubles psychiatriques : trouble de stress aigu, trouble de stress post traumatique, dépression, trouble anxieux généralisé ³¹, mais aussi des addictions ainsi que tout un panel de pathologies.

Dans la méta-analyse publiée dans *le Lancet* en 2008 ³², les patientes victimes au moins une fois dans leur vie de violences conjugales ont plus d'idées suicidaires et font plus de tentatives de suicide que les femmes qui n'ont pas subi de violences.

Il semblerait que les violences physiques, psychologiques et sexuelles, notamment dans l'enfance, sont des facteurs de risques pour de multiples symptômes et pathologies. On pourra citer notamment l'obésité ³³, le diabète ³⁴, le syndrome de l'intestin irritable ³⁵, les douleurs chroniques ^{36, 37}, la fibromyalgie ³⁸, les pathologies inflammatoires / auto inflammatoires par le biais de cytokines pro inflammatoires ^{39, 40}, les maladies cardiovasculaires ⁴¹.

L'exposition à des violences, surtout lorsqu'elle est précoce, peut occasionner une modification épigénétique du génome principalement par la méthylation de certains gènes notamment ceux impliqués dans les cycles de régulation du stress, dans la plasticité cérébrale,... et cela pourrait à priori perdurer et se transmettre ^{42, 43}. On note aussi dans certaines études la modification de la longueur des télomères chez les adultes ayant été exposés à des violences dans l'enfance ou chez les enfants de mères exposées ^{44, 45}.

Dans l'étude EpiWE ⁴¹, on retrouve notamment une hyperméthylation du gène IGF2 impliqué dans la croissance fœtale et placentaire ainsi que dans des processus oncologiques.

La Maison des femmes va permettre de réaliser, hormis la prise en charge des violences, une évaluation globale des besoins en santé des patientes qui y seront prises en charge avec pour but principal sur le plan médical de les rediriger dans un circuit de soin normal après une prise en charge initiale plus ou moins longue par des professionnel.le.s de santé formé.e.s aux violences et à leurs conséquences.

I. Forces

A notre connaissance, il s'agit du premier travail prospectif sur le suivi gynécologique dans une population de femmes victimes de violences, ce qui nous a permis de collecter des données déclaratives d'un ensemble de patientes victimes de violences.

Notre population d'étude se voulait exhaustive de l'ensemble des femmes victimes consultant à l'UMJ, et est dans l'ensemble comparable à la population générale de l'UMJ et les résultats sont donc extrapolables à l'ensemble de cette population, avec des données à la fois déclaratives et objectives, permettant d'approcher au mieux la situation réelle de ces femmes.

L'autre point fort de ce travail est de permettre de répondre à un besoin concret et de déboucher sur la mise en place concrète d'un parcours de soin.

En réalisant ces 2 questionnaires, nous avons répondu aux interrogations que nous avons définies au début de la recherche à savoir quel nombre de patientes serait à recevoir en consultation de gynécologie parmi celles consultant à l'UMJ et quels étaient les freins au dépistage et les besoins de formation des professionnel.le.s de santé.

Ils ont permis d'avoir le point de vue des patientes et le point de vue des professionnel.le.s de santé pour une approche plus complète du sujet.

J. Limites

Les questionnaires ont été remplis par un effectif malgré tout réduit de patientes. Il existe aussi un biais de sélection et un biais de représentativité. En ce qui

concerne le versant patientes, le questionnaire était en effet distribué par les infirmières de l'UMJ, qui n'ont finalement pas pu le donner en systématique du fait d'un manque d'effectif pendant la période, d'oublis et également d'une sélection effectuée par leurs soins majoritairement en fonction de l'état psychologique de la patiente et de la barrière de la langue.

Le questionnaire distribué aux patientes était uniquement rédigé en français partant du postulat que pour une consultation de ce type les patientes étaient accompagnées d'une tierce personne permettant la traduction. Cependant il est vrai qu'il peut être ardu de remplir un questionnaire par le biais d'un traducteur, notamment quand il concerne le suivi gynécologique. Ces femmes feraient potentiellement partie d'une population dans le besoin d'un suivi gynécologique par un.e professionnel.le de santé spécialisé.e.

L'étude étant fondée sur un questionnaire rempli par les patientes ou par les professionnel.le.s de santé, il existe un biais déclaratif, un biais de mémoire ainsi qu'un biais de confirmation majoritairement chez les professionnel.le.s de santé. Nous avons pu relever des données manquantes et des données discordantes notamment sur l'évaluation personnelle du suivi gynécologique par les patientes.

Le taux de données manquantes est non négligeable. Cela s'explique par le fait que le recueil de données a été fait sur la base de données de l'UMJ où l'interrogatoire des patientes et leur examen est orienté dans un but médico-légal ; il y a donc volontairement peu de données non essentielles figurant dans le dossier.

Pour aller plus loin, il serait intéressant de mener cette étude à la Maison des femme, dans une population encore plus ciblée, dans des conditions optimales permettant un recueil de données plus fiable et précis avec par exemple un traducteur pour épauler les patientes et avec la possibilité d'un suivi longitudinal des patientes. Il pourrait également être pertinent de réaliser une étude avec les patientes victimes de violences conjugales et une autre avec les patientes victimes de violences sexuelles car il existe probablement des différences en termes de répercussion sur le suivi gynécologique de ces différents groupes.

V. Conclusion

Les violences sexuelles et conjugales, omniprésentes, sont devenues un véritable sujet de société. Elles doivent être prises davantage en compte par les professionnel.le.s de santé, d'autant qu'elles ont des conséquences majeures sur la santé globale des femmes et sur leur santé sexuelle.

Notre étude a permis de mettre en évidence le fait qu'il existe effectivement un déficit de suivi gynécologique chez les patientes victimes de violences sexuelles ou conjugales, mais, qu'il y a également, de la part de certaines de ces patientes non suivies, une véritable demande de suivi, à condition que celui-ci soit effectué par un.e professionnel.le de santé spécialisé.e, sensibilisé.e à ce sujet.

L'enquête, menée en parallèle auprès des professionnel.le.s de santé, a par ailleurs conduit à la conclusion que, bien que motivé.e.s pour être de véritables acteurs de la prise en charge de ces patientes, les professionnel.le.s de santé dépistent encore insuffisamment les violences faites aux femmes, du fait de multiples freins, et que ceux qui le font se sentent souvent dépassés face à ces patientes appelant une prise en charge plus globale, pluridisciplinaire.

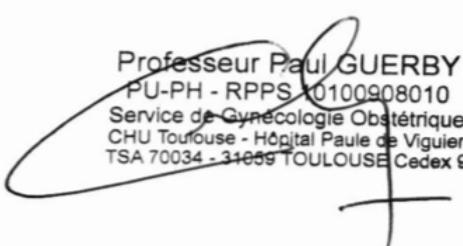
Ces résultats doivent maintenant amener à travailler sur les moyens pour lever ces freins au dépistage et optimiser le parcours des femmes victimes de violences. Dans cette perspective, l'ouverture prochaine de la Maison des femmes de Toulouse apparaît donc comme une belle opportunité. Elle pourra offrir une prise en charge globale des femmes victimes de violences souhaitée mais aussi un soutien aux professionnel.le.s de santé.

À Toulouse, le 26/09/2024

Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS

Professeur Paul GUERBY
PU-PH - RPPS 10100908010
Service de Gynécologie Obstétrique
CHU Toulouse - Hôpital Paule de Viguier
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE Cedex 9

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE
Médecine,
Maïeutique,
Paramédical



VI. Annexes :

A. Annexe 1 : Mécanismes des violences

On distingue les conflits au sein du couple, qui sont normaux et consiste en des désaccords, des disputes mais qui se distinguent des violences conjugales par l'absence d'ascendant d'un partenaire sur l'autre.

Les histoires de violences conjugales sont à la fois toutes différentes et à la fois, présentent des points communs, particulièrement pour ce qui est des agresseurs. En effet, les violences conjugales ne sont pas le fruit du hasard. L'écoute de multiples témoignages montre de manière évidente qu'il existe des mécanismes de la violence. Il est important de les identifier et de les expliquer aux femmes victimes de violences car il leur est extrêmement difficile d'en prendre conscience lorsqu'elles se trouvent dans ces situations.

Les situations de violences conjugales s'installent progressivement.

On peut remarquer des signes qui doivent alerter :

- l'isolement. La victime prend des distances avec sa famille, ses ami.e.s sous la pression de l'agresseur et est donc plus vulnérable car seule. Il est donc plus difficile de quitter l'agresseur quand il y a moins de soutien extérieur.
- la dévalorisation qui conduit à une baisse de l'estime de soi
- l'inversion de la culpabilité : la victime finit par croire que si l'agresseur est violent avec elle, c'est de sa faute à elle.
- l'instauration de la peur chez la victime, afin de s'assurer qu'elle ne parle pas.
- assurer son impunité : faire en sorte pour l'agresseur que personne ne puisse se douter de la situation.

La violence n'est pas toujours à son maximum, il existe des moments d'apaisement. On parle de cycle de la violence avec 4 phases qui sont décrites dans ce schéma :



Source: <https://www.nouvelle-caledonie.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Lutte-contre-les-violences-conjugales-et-intrafamiliales/Les-actions-menees-par-l-Etat>

Au fur et à mesure du temps les épisodes de crises et de tension sont plus nombreux et le cycle s'accélère. Ce cycle permet bien de comprendre l'ambivalence des femmes victimes de violences conjugales et leur difficulté à quitter la relation toxique. En fonction de la phase du cycle dans laquelle se trouve le couple, elles peuvent être désireuses de quitter cette relation et quelques jours plus tard plus du tout.

En tant que professionnel.le.s de santé il est très important de comprendre ces mécanismes pour accompagner au mieux les femmes victimes de violences conjugales. Lors du suivi d'une femme dans cette situation on note des avancées et retours en arrière multiples. Sortir d'une situation de violence peut prendre des années.

B. Annexe 2 : Questionnaire destiné aux patientes

Avec l'équipe médicale et paramédicale du CHU de Toulouse, nous avons pour projet de mettre en place une structure : *"la Maison des femmes"* comme il y en a dans d'autres villes (Saint Denis, Marseille, Bordeaux,...). Il s'agirait d'un espace dédié à la prise en charge globale des femmes ayant été, dans leur vie, confrontées à des violences notamment conjugales ou sexuelles après orientation par différents professionnels de santé.

Ce projet a pour but de réunir dans un même lieu la plupart des professionnels pouvant être nécessaires à l'accompagnement de ces femmes (sages-femmes, médecins, infirmières, assistantes sociales, ...)

Nous avons réalisé un questionnaire bref qui nous permettrait d'évaluer les besoins de mise en place de consultations de gynécologie avec des professionnels formés à ces problématiques.

Les résultats feront l'objet d'un travail de thèse de médecine dont les données seront totalement anonymisées.

Êtes-vous d'accord pour répondre à ce questionnaire ?

- Oui
- Non

1) Quel âge avez-vous ?

.....

2) Dans quel pays êtes-vous née ?

.....

3) Quelle profession exercez-vous ?

.....

4) Concernant votre couverture sociale :

- vous avez la sécurité sociale et une mutuelle
- vous avez la CMU
- vous avez l'AME
- vous êtes en attente d'une couverture sociale

5) Est-ce la première fois que vous consultez à l'Unité médico-judiciaire ?

- Oui
- Non

Concernant votre suivi gynécologique :

6) Avez-vous un suivi gynécologique régulier ?

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence :

- Au moins une fois par an
- Régulière tous les 1 à 2 ans
- Seulement à l'occasion des grossesses
- Pas de façon systématique / uniquement quand vous rencontrez un problème

Par qui est réalisé ce suivi :

- Sage-femme
- Gynécologue
- Médecin généraliste

7) Si vous n'avez pas de suivi gynécologique régulier, pouvez vous en expliquer la raison :

- Je n'ai pas le temps
- Je ne savais pas qu'il fallait avoir un suivi gynécologique tous les ans
- Je ne veux pas car je n'aime pas
- Je ne trouve pas de professionnel
- J'ai peur
- Autre :

8) Quand avez-vous réalisé votre dernier frottis (dépistage du cancer du col de l'utérus) ?

- Moins de 3 ans

- Entre 3 et 5 ans
- Plus de 5 ans
- Je n'en ai jamais fait

9) Quand avez-vous réalisé votre dernière mammographie ?

- Moins de 2 ans
- Plus de 2 ans
- Je n'en ai jamais fait

10) De quand date votre dernière palpation mammaire par un.e professionnel.le de santé?

- Il y a moins d'un an
- Il y a plus d'un an
- Je n'en ai jamais fait

11) Êtes-vous vaccinée contre le papillomavirus (HPV) [virus responsable des cancers du col de l'utérus] ?

- Oui
- Non

12) Si vous avez des enfants de plus de 11 ans, sont-ils vaccinés contre le papillomavirus?

- Oui
- Non
- Je n'ai pas d'enfant de plus de 11 ans

Si non, pourquoi ?

.....
.....

13) Avez-vous des douleurs chroniques au niveau du bas ventre ?

- Oui
- Non

14) Avez-vous une contraception ?

- Oui
- Non

15) Avez-vous déjà eu recours à l'avortement dans votre vie ?

- Oui
- Non

16) Avez-vous déjà consulté aux urgences gynécologiques ?

- Oui
- Non

17) Avez-vous changé les modalités de votre suivi gynécologique depuis que vous avez subi des violences ?

- Oui
- Non

Si oui :

- J'ai changé de professionnel
- Je n'ai plus de suivi
- J'ai un meilleur suivi
- Autre :

18) Pensez-vous que le fait d'avoir subi des violences rend la réalisation d'un examen gynécologique plus difficile pour vous ?

- Oui
- Non

19) Seriez-vous demandeuse d'une consultation au sein de l'hôpital pour votre suivi gynécologique , par des professionnels (sage-femmes, médecins) sensibilisés à la problématique des femmes victimes de violences ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

.....
.....

20) Vous avez consulté aujourd'hui à l'Unité médico-judiciaire, vous est-il arrivé auparavant de chercher du soutien auprès d'un professionnel de santé pour des situations de violences ?

- Oui
- Non

Après d'une association ?

- Oui
- Non

21) Avez-vous ou pensez-vous avoir subi des mutilations sexuelles au cours de votre vie (excision par exemple) ?

- Oui
- Non

Si oui : avez-vous déjà entendu parlé de la prise en charge réparatrice par chirurgie (réparation du vagin et/ou du clitoris) ?

- Oui mais je n'ai pas encore consulté
- Oui j'ai déjà consulté
- Non

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

C. Annexe 3 : Tableau n°2 antécédents de violences chez les patientes répondantes comparés à la population de l'UMJ.

Variables	Patientes	Population UMJ	Test
ATCD violences sexuelles			
Non	56 (93.33%)	265 (91.38%)	p value: 0.7987 ^c
Oui	4 (6.67%)	25 (8.62%)	
NA	2	117	
ATCD VIF			
Non	57 (95.00%)	275 (94.83%)	p value: 1.0000 ^c
Oui	3 (5.00%)	15 (5.17%)	
NA	2	117	
ATCD violences conjugales			
Non	58 (96.67%)	267 (92.07%)	p value: 0.2771 ^c
Oui	2 (3.33%)	23 (7.93%)	
NA	2	117	
Episode précédent du même auteur			
Violences Physiques			
Oui	47 (79.66%)	190 (65.52%)	p value: 0.0339 ^b
NA	3	117	
Violences Sexuelles			
Oui	14 (23.73%)	74 (25.52%)	p value: 0.7731 ^b
NA	3	117	
Violences Psychologiques			
Oui	57 (96.61%)	239 (82.70%)	p value: 0.0063 ^b
NA	3	118	
Violences Administratives			
Oui	4 (6.78%)	33 (11.38%)	p value: 0.2955 ^b
NA	3	117	
Violences Économiques			
Oui	17 (28.81%)	61 (21.03%)	p value: 0.1911 ^b
NA	3	117	
Séquestration			
Oui	4 (6.90%)	25 (8.62%)	p value: 0.7992 ^c
NA	4	117	
Harcèlement			
Oui	11 (18.64%)	23 (7.93%)	p value: 0.0114 ^b
NA	3	117	
^b Pearson's Chi-squared test			
^c Fisher's Exact Test for Count Data			

D. Annexe 4 : Tableau n°11 Antécédents de violences chez les patientes suivies et non suivies

Variables	Patientes non suivies	Patientes suivies	Test
ATCD violences sexuelles			
Oui	3 (13.04%)	1 (2.70%)	p value: 0.1525 ^c
NA	0	2	
ATCD VIF			
Oui	1 (4.35%)	2 (5.41%)	p value: 1.0000 ^c
NA	0	2	
ATCD violences conjugales			
Oui	1 (4.35%)	1 (2.70%)	
NA	0	2	
Episode précédent du même auteur			
Violences physiques			
Oui	17 (73.91%)	30 (83.33%)	p value: 0.5097 ^c
NA	0	3	
Violences sexuelles			
Oui	6 (26.09%)	8 (22.22%)	p value: 0.7336 ^b
NA	0	3	
Violences psychologiques			
Oui	23 (100.00%)	34 (94.44%)	p value: 0.5161 ^c
NA	0	3	
Violences administratives			
Oui	1 (4.35%)	3 (8.33%)	p value: 1.0000 ^c
NA	0	3	
Violences économiques			
Oui	5 (21.74%)	12 (33.33%)	p value: 0.3375 ^b
NA	0	3	
Séquestration			
Oui	2 (8.70%)	2 (5.71%)	p value: 1.0000 ^c
NA	0	4	
Harcèlement			
Oui	6 (26.09%)	5 (13.89%)	p value: 0.3102 ^c
NA	0	3	
^b Pearson's Chi-squared test			
^c Fisher's Exact Test for Count Data			

E. Annexe 5 : questionnaire destiné aux professionnels de santé exerçant à Paule de Viguier

Dans le cadre de mon travail de thèse portant sur *l'évaluation du suivi gynécologique des patientes victimes de violences sexuelles et conjugales consultant à l'UMJ*, je cherche en plus, à connaître les pratiques et les connaissances des professionnels de santé exerçant à la maternité de PDV sur le sujet des violences faites aux femmes.

- 1) Quelle profession exercez-vous à la maternité ?
 - interne GO
 - interne GM
 - Sénior GO
 - Sénior GM
 - Sage-femme

- 2) Quel âge avez-vous ?

- 3) Depuis combien de temps exercez-vous votre métier ? (internat compris)

- 4) Avez-vous déjà bénéficié de formations concernant les violences faites aux femmes ?
 - oui
 - non

- 5) A quelle fréquence posez vous des questions pour dépister les violences en consultations :
 - Systématiquement
 - Plus de 50 % du temps
 - Moins de 50% du temps
 - Seulement sur point d'appel
 - Jamais

- 6) Si vous ne posez pas la question systématiquement, pour quelle raison ?
 - vous ne savez pas comment poser la question/ vous n'êtes pas à l'aise
 - vous ne sauriez pas orienter correctement la patiente s'il y a un contexte de violence
 - vous trouvez cela trop intrusif
 - vous ne voyez pas l'intérêt
 - vous êtes gêné.e par la présence d'un.e accompagnant.e
 - autre

- 7) Voyez-vous systématiquement la patiente seule en consultation lorsqu'elle se présente avec un.e accompagnant.e ?
 - oui
 - non

- 8) Voyez-vous un intérêt à proposer une consultation de gynécologie systématique à des femmes victimes de violence ?
- oui
 - non
- 9) Si non, pourquoi ?
- 10) Si oui, pourquoi ?
- 11) Connaissez-vous l'existence de la consultation de prévention des violences mise en place par les médecins légistes de l'UMJ de Rangueil à la maternité de PDV?
- oui
 - non
- 12) Connaissez-vous des associations locales vers lesquelles orienter les patientes ?
- oui
 - non
- 13) Seriez-vous demandeur/demandeuse d'une formation sur les violences faites aux femmes ?
- oui
 - non
- 14) Seriez-vous disposé à intervenir dans le cadre de la Maison des femmes pour le suivi obstétrical/gynécologique de ces patientes, lorsque le projet aura vu le jour à Toulouse ? La Maison des femmes est une structure pluridisciplinaire (sanitaire, sociale, judiciaire et associative) dédiée à la prise en charge globale des femmes vulnérables.
- oui
 - non
- 15) Avez-vous des remarques concernant le dépistage et la prise en charge des femmes victimes de violences à la maternité PDV ?

VII. Bibliographie :

¹ ONU femmes : <https://www.unwomen.org/fr>

² UNICEF : <https://www.unicef.org>

³ Excision parlons en : <https://www.excisionparlonsen.org>

⁴ Amnesty international : <https://www.amnesty.fr>

⁵<https://mobile.interieur.gouv.fr/Media/SSMSI/Rapport-d-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-VRS-20222>. [cité 22 sept 2024]. Rapport d'enquête Vécu et ressenti en matière de sécurité (VRS) - 2022. Disponible sur: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Media/SSMSI/Rapport-d-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-VRS-20222>

⁶<http://www.interieur.gouv.fr/Publications/Securite-interieure/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-pour-l-annee-2022>. [cité 22 sept 2024]. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple pour l'année 2022. Disponiblesur: <http://www.interieur.gouv.fr/Publications/Securite-interieure/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-pour-l-annee-2022>

⁷ Rapport explicatif de la convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique.

⁸ Rapport d'activité 2023 de la Maison des femmes de Saint Denis : https://www.lamaisondesfemmes.fr/assets/mdf/uploads/2024/07/mdf_rapportdactivite2023_format_web.pdf

⁹ Etude IFOP pour Les Glorieuses réalisée par questionnaire auto-administré du 17 octobre au 19 octobre 2023 auprès de 951 femmes ayant déjà été en couple, extrait d'un échantillon de 1101 femmes représentatif de la population féminine vivant en France métropolitaine âgée de 18 ans et plus.

¹⁰ Leite FMC, Amorim MHC, Gigante DP. Implication of violence against women on not performing the cytopathologic test. Rev Saude Publica. 5 nov 2018;52:89.

¹¹ Alcalá HE, Keim-Malpass J, Mitchell EM. Sexual Assault and Cancer Screening Among Men and Women. J Interpers Violence. 1 juin 2021;36(11-12):NP6243-59.

- ¹² Massetti GM, Townsend JS, Thomas CC, Basile KC, Richardson LC. Healthcare Access and Cancer Screening among Victims of Intimate Partner Violence. *J Womens Health (Larchmt)*. mai 2018;27(5):607-14.
- ¹³ Gandhi S, Rovi S, Vega M, Johnson MS, Ferrante J, Chen PH. Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. *J Am Board Fam Med*. 2010;23(3):343-53.
- ¹⁴ Reingle Gonzalez JM, Jetelina KK, Olague S, Wondrack JG. Violence against women increases cancer diagnoses: Results from a meta-analytic review. *Prev Med*. sept 2018;114:168-79.
- ¹⁵ Hovdestad WE, Shields M, Shaw A, Tonmyr L. Childhood maltreatment as a risk factor for cancer: findings from a population-based survey of Canadian adults. *BMC Cancer*. déc 2020;20(1):70.
- ¹⁶ McClintock HF, Dulak SL. Intimate Partner Violence and Sexually Transmitted Infections Among Women in Sub-Saharan Africa. *J Immigr Minor Health*. avr 2021;23(2):191-8.
- ¹⁷ Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. avr 2007;8(2):149-77.
- ¹⁸ Hassam T, Kelso E, Chowdary P, Yisma E, Mol BW, Han A. Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. déc 2020;255:222-30.
- ¹⁹ Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*. mars 1996;87(3):321-7.
- ²⁰ Blaustein RB, Parker CA, Haefner HK, Reed BD, Haefner JK, Welch KC. Relationship Between Childhood Sexual Abuse, Obesity, and Vulvodynia in Adulthood. *J Low Genit Tract Dis*. 1 avr 2024;28(2):160-3.
- ²¹ Harris HR, Wieser F, Vitonis AF, Rich-Edwards J, Boynton-Jarrett R, Bertone-Johnson ER, et al. Early life abuse and risk of endometriosis. *Hum Reprod*. sept 2018;33(9):1657-68.

- ²² Schliep KC, Mumford SL, Johnstone EB, Peterson CM, Sharp HT, Stanford JB, et al. Sexual and physical abuse and gynecologic disorders. *Hum Reprod.* août 2016;31(8):1904-12.
- ²³ Liebermann C, Kohl Schwartz A, Charpidou T, Geraedts K, Rauchfuss M, Wölfler M, et al. Maltreatment during childhood: a risk factor for the development of endometriosis? *Human reproduction.* 26 juin 2018;33(8):1449-58.
- ²⁴ Cadman L, Waller J, Ashdown-Barr L, Szarewski A. Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study: Table 1. *J Fam Plann Reprod Health Care.* oct 2012;38(4):214-20.
- ²⁵ BVA HAS 2022 et 2023 : le repérage des violences conjugales en médecine générale : point de vue des femmes françaises.
- ²⁶ Sigalla GN, Mushi D, Meyrowitsch DW, Manongi R, Rogathi JJ, Gammeltoft T, et al. Intimate partner violence during pregnancy and its association with preterm birth and low birth weight in Tanzania: A prospective cohort study. *PLoS One.* 24 févr 2017;12(2):e0172540.
- ²⁷ Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Henares-Montiel J, Petrova D. Intimate partner violence during pregnancy and risk of fetal and neonatal death: a meta-analysis with socioeconomic context indicators. *Am J Obstet Gynecol.* févr 2020;222(2):123-133.e5.
- ²⁸ Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open.* 28 juill 2018;8(7):e019995.
- ²⁹ Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 1 janv 2008;28(3):266-71.
- ³⁰ Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, Di Tanna GL, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database Syst Rev.* 31 mai 2021;5(5):CD012423.
- ³¹ Ahmadabadi Z, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM, d'Abbs P, Tran N. Intimate partner violence and subsequent depression and anxiety disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* mai 2020;55(5):611-20.

- ³² Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*. avr 2008;371(9619):1165-72.
- ³³ Blaustein RB, Parker CA, Haefner HK, Reed BD, Haefner JK, Welch KC. Relationship Between Childhood Sexual Abuse, Obesity, and Vulvodynia in Adulthood. *J Low Genit Tract Dis*. 1 avr 2024;28(2):160-3.
- ³⁴ Zhu S, Shan S, Liu W, Li S, Hou L, Huang X, et al. Adverse childhood experiences and risk of diabetes: A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 12:04082.
- ³⁵ Priego-Parra BA, Triana-Romero A, Lajud-Barquín FA, de Fátima Higuera-DelaTijera M, Martínez-Vázquez SE, Salgado-Álvarez GA, et al. Association of adverse childhood experiences with irritable bowel syndrome in Mexican adults: A cross-sectional study. *Neurogastroenterol Motil*. mars 2024;36(3):e14743.
- ³⁶ Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 5 août 2009;302(5):550-61.
- ³⁷ Uvelli A, Ribaudo C, Gualtieri G, Coluccia A, Ferretti F. The association between violence against women and chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 4 juin 2024;24:321.
- ³⁸ Häuser W, Kosseva M, Üceyler N, Klose P, Sommer C. Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. juin 2011;63(6):808-20.
- ³⁹ Ayaydin H, Abali O, Akdeniz NO, Kok BE, Gunes A, Yildirim A, et al. Immune system changes after sexual abuse in adolescents. *Pediatr Int*. févr 2016;58(2):105-12.
- ⁴⁰ Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosom Med*. févr 2009;71(2):243-50.
- ⁴¹ Jakubowski KP, Murray V, Stokes N, Thurston RC. Sexual violence and cardiovascular disease risk: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. nov 2021;153:48-60.

- ⁴² Piccinini A, Bailo P, Barbara G, Miozzo M, Tabano S, Colapietro P, et al. Violence against Women and Stress-Related Disorders: Seeking for Associated Epigenetic Signatures, a Pilot Study. *Healthcare (Basel)*. 6 janv 2023;11(2):173.
- ⁴³ Wadji DL, Morina N, Martin-Soelch C, Wicky C. Methylation of the glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in dyads mother-child exposed to intimate partner violence in Cameroon: Association with anxiety symptoms. *PLoS One*. 6 avr 2023;18(4):e0273602.
- ⁴⁴ Lang J, McKie J, Smith H, McLaughlin A, Gillberg C, Shiels PG, et al. Adverse childhood experiences, epigenetics and telomere length variation in childhood and beyond: a systematic review of the literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(10):1329-38.
- ⁴⁵ Chan KL, Lo CKM, Ho FK, Leung WC, Yee BK, Ip P. The association between intimate partner violence against women and newborn telomere length. *Transl Psychiatry*. 30 sept 2019;9:

EVALUATION DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES PATIENTES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES OU CONJUGALES CONSULTANT À L'UNITÉ MÉDICO-JUDICIAIRE DU CHU DE TOULOUSE

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

L'objectif de notre travail était d'une part d'identifier les besoins de soins en gynécologie des patientes victimes de violences sexuelles ou conjugales dans l'optique de la création d'un parcours de soins spécialisé à la Maison des femmes de Toulouse, et d'autre part interroger les soignants sur leur pratique quant au dépistage des violences à la maternité Paule de Viguier, les freins qui y sont associées et les besoins de formation des professionnel.le.s de santé.

Résultats : Entre avril et juin 2023, 469 patientes ont consulté à l'UMJ dans un contexte de violences sexuelles ou conjugales, 62 ont répondu au questionnaire de notre étude. La grande majorité (n=60) consultaient pour des violences conjugales chroniques. La population des patientes répondantes étaient comparable à la population globale de l'UMJ, en dehors du pays d'origine (8% étaient nées dans un pays autre que la France vs 24% dans la population globale, $p=0,0039$), des antécédents psychiatriques (22% vs 49%, $p=0,0001$), et du type de violence (sexuelles pour 6% vs 32%, $p<0,0001$), ce qui représentent des populations pourtant plus à risque de rupture de soins. Les patientes répondantes déclaraient ne pas avoir un suivi gynécologique régulier dans 35,6%, % des cas, se traduisant par un moindre accès à la contraception (28% vs 51%, $p=0,09$), plus de douleurs pelviennes chroniques (47% vs 23%, $p=0,05$), un dépistage par frottis moins à jour (jamais de frottis ou de > de 5 ans pour 47,06% vs 3,33%, $p<0,0001$) une moindre couverture par le vaccin contre le papillomavirus pour leurs enfants (0% vs 53%, $p=0,01$). Parmi les patientes non suivies, 68% étaient demandeuses d'une consultation gynécologique en milieu spécialisé, ce à quoi la maison des femmes pourra répondre en offrant un parcours de soins spécialisé.

Par ailleurs, 98 professionnel.le.s de santé de la maternité Paule de Viguier ont répondu au second questionnaire. Parmi eux 26,5% réalisent un dépistage systématique des violences. Différents freins ont été identifiés, et sont présents également chez les professionnel.le.s qui se déclarent formé.e.s à la prise en charge des femmes victimes de violence : pas de solution connue pour orienter les femmes (37%), gêne due à la présence de l'accompagnant (38%).

Conclusion : il existe effectivement un déficit de suivi gynécologique chez les patientes victimes de violences, mais, également, une véritable demande de suivi, à condition que celui-ci soit effectué par un.e professionnel.le de santé spécialisé.e, solution qui pourra être mis en place à la Maison des femmes. Les professionnel.le.s de santé travaillant à la maternité sont encore insuffisamment formé.e.s à la prise en charge de ces patientes, et se heurtent à de nombreux freins qui, maintenant qu'ils sont identifiés, devront être travaillés et levés.

TITRE EN ANGLAIS : EVALUATION OF THE GYNECOLOGIC FOLLOW UP OF VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE OR INTIMATE PARTNER VIOLENCE CONSULTING AT THE MEDICO LEGAL DEPARTMENT OF TOULOUSE UNIVERSITY HOSPITAL

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : dépistage, suivi gynécologique, violences sexuelles, violences conjugales, formation

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de Santé de Toulouse
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr Ariane WEYL