

Conséquences chroniques des violences sexuelles dans une consultation d'endocrinologie et de gynécologie médicale

V. Guérin

Introduction

Les violences sexuelles sont un immense fléau dont la fréquence est mal étudiée en raison de la difficulté à conduire des études épidémiologiques méthodologiquement irréprochables, du mutisme de nombre de victimes, de l'absence de dépistage actif du corps médical et du tabou qui entoure la sexualité.

L'évaluation des dégâts secondaires aux agressions sexuelles est également mal faite. Si les troubles psychologiques et psychiatriques sont souvent mis en avant, les répercussions somatiques sont grandement méconnues, c'est pourquoi après avoir publié sur le sujet en 2011 (1) et noté la fréquence croissante de publications dans la littérature médicale internationale sur le sujet, il est apparu important de détailler les observations réalisées dans le cadre d'une consultation d'endocrinologie et de gynécologie de ville.

Patients et méthodes

Patients

L'étude porte sur 100 patients ayant consulté pendant l'année 2013 au titre de l'endocrinologie ou de la gynécologie médicale ou pour entrer dans un protocole de réparation de violences sexuelles.

Tous ont rapporté en 2013 ou lors de consultations antérieures avoir subi des agressions sexuelles dans leur vie.

Une trentaine de paramètres ont été étudiés :

- 10 concernent les caractéristiques du patient et la nature des violences vécues : le sexe, l'âge du patient au moment de l'étude, l'âge du premier traumatisme de violence sexuelle identifié spontanément par le patient, l'âge du premier traumatisme réel, l'âge de la conscientisation de la violence sexuelle, l'existence de traumatismes multiples, le lieu de l'agression (intra- et/ou extra-familiale), l'identité du ou des agresseurs, la nature de l'agression la plus grave vécue, la localisation de l'agression.
- 19, un en moins pour les hommes, concernent l'histoire médicale du patient : existence d'une thyroïdite de Hashimoto (hypothyroïdie auto-immune), d'une maladie de Basedow (hyperthyroïdie auto-immune), d'autres pathologies endocriniennes, d'une endométriose identifiée anatomo-pathologiquement chez les femmes (localisation aberrante d'endomètre), d'autres pathologies auto-immunes, d'un cancer du sein ou d'autres cancers, d'une tentative de suicide, d'une dépression avérée, d'une hypertension artérielle, d'une obésité morbide (IMC > 40 kg/m²), de troubles du comportement alimentaire, d'allergies spécifiques, et les antécédents médicaux significatifs à l'exception des adénoïdectomies, amygdalectomies, entorses et fractures qui n'ont pas été évaluées.

Ont par ailleurs été spécifiquement recherchés chez les femmes, les troubles du cycle et les problèmes de stérilité, les infections gynécologiques ou urinaires à répétition, les pathologies déclenchées pendant les grossesses, et les autres pathologies gynécologiques significatives.

Chez les hommes, l'existence de pathologies urologiques et leur nature a été précisée, ainsi que l'existence ou non d'une stérilité impactant la fécondité du couple.

- 2 critères concernent la notion de parcours psychiatrique ou psychothérapeutique des patients et l'existence de traitements au moment de la prise en charge.
- 2 critères précisent l'existence d'addictions en cours au moment de la consultation de 2013, l'orientation sexuelle des patients.
- enfin il a été demandé à chaque patient s'il avait déposé une plainte auprès des autorités compétentes et, dans l'affirmative, de préciser son devenir.

Un certain nombre de patients ayant révélé avoir été auteurs de violences sexuelles à l'égard de tiers, leur cas fera l'objet d'un point de discussion.

Méthodes

Le recueil des informations a eu lieu en consultation, dans le dossier médical, et selon la méthodologie d'interrogatoire classique recommandée à un étudiant en médecine français : motif de la consultation, histoire de la maladie, antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques pour les femmes, consommation d'alcool, tabac, drogue, activité sportive, traitements en cours et antécédents familiaux.

L'identification des violences a été rendue possible par la question systématiquement posée par le médecin de l'existence de violences physiques, morales ou sexuelles, ce qui ne fait pas encore partie de la routine systématique de l'examen médical classique en France ou pour certains patients ayant répondu par la négative à cette question initiale, suite à la conscientisation des violences au cours d'un travail psychothérapeutique.

Tous les patients ont été vus par le même médecin, lors de consultations d'une durée moyenne d'une heure.

En ce qui concerne les bilans thyroïdiens, ils ont comporté systématiquement un examen clinique avec palpation cervicale, une échographie de la thyroïde et un bilan biologique. Il est précisé que les diagnostics de thyroïdite de Hashimoto ont été posés sur l'existence de signes cliniques et/ou biologiques, d'anticorps anti-thyroperoxydase et/ou thyroglobuline, et de signes échographiques de thyroïdite objectivés par l'étude systématique en doppler de la vascularisation thyroïdienne.

Résultats

L'étude porte sur 100 patients, 88 femmes et 12 hommes, âgés en moyenne de $44,3 \pm 13,05$ ans, au moment de la consultation (F : $44,9 \pm 12,97$ ans; H : $39,7 \pm 13,36$ ans).

88 patients ont été vus au titre de l'endocrinologie ou de la gynécologie (incluant les problèmes de stérilité de couple) ; 4 hommes et 8 femmes ont consulté directement pour entrer dans un protocole de réparation d'agressions sexuelles.

Age du premier traumatisme

Avant travail thérapeutique, 97 patients rapportaient des agressions vécues alors qu'ils étaient mineurs, trois femmes décrivaient des viols au-delà de leur majorité, respectivement à 21, 24 et 24 ans.

| Chronologie des faits | Femmes (88) | Hommes (12) |
|--|--------------------|------------------|
| Pourcentage de patients ayant daté avec précision un premier traumatisme | 62,5 % | 41,7 % |
| Age du premier traumatisme identifié avec précision (ans) | $9,3 \pm 5,07$ ans | $6,5 + 1,00$ ans |
| Pourcentage de patients faisant remonter le premier traumatisme à "l'enfance" (avant la puberté) | 34,1 % | 58,3 % |
| Age de la conscientisation des faits (ans) | $31,4 \pm 17,68$ | $29,2 \pm 18,47$ |

Après une phase de travail psychothérapeutique, les réponses ne sont pas identiques, le travail ayant souvent aidé à remonter des traumatismes antérieurs.

Cela a été le cas des trois femmes violées alors qu'elles étaient majeures et qui ont retrouvé des agressions sexuelles dans leur enfance, l'une à 8 ans et les autres dans "l'enfance".

14 femmes et un homme ont identifié des traumatismes antérieurs à ce qui était déclaré initialement.

Age de la conscientisation des faits

Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessus, la conscientisation des agressions s'est faite chez 40,7% des patients, au-delà du délai de prescription pour la justice française (18 ans + 20 ans pour les viols et 18 ans + 10 ans pour les attouchements sur mineurs).

Dans plus de 90% des cas la possibilité de parler des faits n'est survenue qu'après un travail thérapeutique de réparation et au-delà des 38 ans fatidiques qui représentent l'âge maximal de prise en compte des faits par la justice française (cas du viol sur mineur).

Polyagressions

Les traumatismes ont été multiples chez 87,5% des femmes et 83,3% des hommes.

La même question avait été posée avant la phase de travail psychothérapeutique et la conscience de traumatismes multiples étaient très inférieure, le travail ayant souvent aidé à la réminiscence de traumatismes antérieurs.

Nature et localisation de l'agression

| Aggression la plus "grave" selon la terminologie juridique française | Femmes (88) | Hommes (12) |
|--|-------------|-------------|
| Viol (%) | 81,6 | 66,7 |
| Attouchements (%) | 18,4 | 33,3 |
| En % | | |
| <i>Viols</i> | | |
| Vaginal | 79,3 | - |
| Rectal | 3,4 | 25,0 |
| Buccal | 5,8 | 0 |
| Pluri-orificiel | 11,5 | 75,0 |
| <i>Attouchements</i> | | |
| Sexe | 17,2 | 75,0 |
| Seins | 18,4 | - |
| Rectum | 3,4 | 25,0 |
| Plusieurs sites | 61,0 | 0 |

Nature de l'agresseur

Dans la grande majorité des cas, l'agresseur est quelqu'un de connu et de proche.

| En % | Femmes | Hommes |
|---|--------|--------|
| Violences intra-familiales | 53,4 | 50,0 |
| Violences extra-familiales | 23,9 | 41,7 |
| Violences intra-familiales + extra-familiales | 22,7 | 8,3 |

Un agresseur unique a été identifié chez 53,4% des femmes et 83,3% des hommes. L'exposition à des agresseurs multiples est le plus souvent le cas des familles incestueuses.

Treize femmes (14,8%) et 4 hommes (33,3%) ont été agressés par une ou plusieurs femmes.

Pour 19 femmes (21,6%) et 3 hommes (25%) l'agresseur était mineur.

| En % | Femmes | Hommes |
|---|--------|--------|
| <i>Intra-familial</i> | | |
| Père | 33,7 | 25,0 |
| Mère | 10,5 | 33,3 |
| Frère | 8,1 | 0 |
| Grand-père | 12,8 | 0 |
| Grand-mère | 2,3 | 0 |
| Oncle | 5,8 | 0 |
| Tante | 0 | 8,3 |
| Cousin | 9,3 | 8,3 |
| Cousine | 2,3 | 0 |
| Oncle par alliance | 2,3 | 0 |
| Beau-père | 7,0 | 0 |
| Conjoint/compagnon | 4,6 | 0 |
| <i>Extra-familial</i> | | |
| Voisin | 2,3 | 0 |
| Amis, amis d'amis | 19,7 | 16,7 |
| Gynécologue | 1,1 | - |
| Ostéopathe | 1,1 | 0 |
| Psychothérapeute | 1,1 | 0 |
| Dentiste | 1,1 | 0 |
| Pédicure | 1,1 | 0 |
| Professeur d'école | 1,1 | 8,3 |
| Professeur de gymnastique | 1,1 | 0 |
| Prêtre | 1,1 | 8,3 |
| Employé de maison ou en lien avec employé | 3,3 | 8,3 |
| Homme de famille d'accueil | 1,1 | 0 |
| Inconnu | 16,2 | 8,3 |

Fréquence des pathologies auto-immunes

La fréquence de la thyroïdite de Hashimoto est de 41,4% chez les femmes de cette série et 8,3% des hommes.

Une maladie de Basedow a été notée chez 5,5% des femmes de cette série et 8,3% des hommes.

Ces pathologies thyroïdiennes étaient le motif principal de consultation dans moins de 50% des cas chez les femmes et dans 1 seul cas chez les hommes.

D'autres pathologies à connotation auto-immune ont été notées chez 8% des patients : vitiligo, psoriasis avec rhumatisme psoriasique, hépatite auto-immune, lupus érythémateux disséminé avec thrombopénie auto-immune, polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique.

Fréquence des autres maladies endocriniennes

D'autres maladies endocriniennes ont été retrouvées chez environ un patient sur deux (femmes (F): 54,5% ; hommes (H) : 50%) et par ordre de fréquence :

nodules thyroïdiens (F : 37,5% ; H : 25%), goitre multi-hétéro-nodulaire (10,2%), diabète non insulino-dépendant, diabète insulino-dépendant, adénome hypophysaire, adénome parathyroïdien, cancer de la thyroïde, bloc enzymatique surrénalien, maladie d'Addison, hypothyroïdie non auto-immune, kyste hypophysaire, retard de croissance (H), hypogonadisme (H).

Dans plus de 15% des cas, les anomalies ont été découvertes dans le cadre de bilans de stérilité primaire ou secondaire.

Fréquence des cancers gynécologiques/urologiques

7 femmes ont eu un cancer du sein (7,9%), 6 à gauche, 1 à droite.

1 femme a eu un cancer des ovaires, elle est décédée.

1 homme a eu un cancer des testicules.

Fréquence des autres pathologies

Tous les patients sans exception, ont des antécédents médicaux sans rapport avec le motif principal de la consultation.

Les parcours de santé des patients sont souvent complexes avec des antécédents médicaux souvent lourds et/ou multiples : autres cancers (cancers baso-cellulaires de la peau, méningiome), obésité morbide (IMC > 40 kg/m²) (F : 21,6% ; H : 21,0%), hypertension artérielle (F : 13,6% ; H : 25,0%), interventions chirurgicales multiples (à noter une fréquence d'appendicectomie de 30,7% chez les femmes et de 16,7% chez les hommes).

Des antécédents psychiatriques sont quasi constants, les plus importants sont présentés dans le tableau ci-dessous :

| Antécédents psychiatriques en % | Femmes | Hommes |
|---|--------|--------|
| Tentative(s) de suicide | 9,1 | 0 |
| Dépression(s) traitée(s) par anti-dépresseur(s) | 79,5 | 75,0 |
| Suivi par psychiatre ou psychothérapeute | 76,1 | 58,3 |

Les troubles du comportement alimentaire sont également fréquents : 34,1% chez les femmes, 33,3% chez les hommes ; à type de boulimie, d'anorexie ou d'anorexie et boulimie associées.

Autres maladies gynécologiques et pathologies de la grossesse

Comme mentionné ci-dessus, les patients ont consulté dans le cadre de bilans de stérilité primaire ou secondaire dans plus de 15% des cas ; de nombreux couples avaient déjà été pris en charge par des centres de PMA (procréation médicale assistée) et pour beaucoup avaient épuisé le quota de FIV (*fécondation in vitro*) pris en charge par la sécurité sociale.

Des irrégularités menstruelles marquées et une aménorrhée primaire ou secondaire ont été rapportées dans 9,1 et 11,3% des cas respectivement.

Une dysménorrhée invalidante a été rapportée par 45,4% des patientes.
 Une endométriose a été documentée histologiquement chez 9,2% des femmes ; ce pourcentage est beaucoup plus élevé si on tient compte des données de l'imagerie des signes radiologiques (échographie, tomodensitométrie, IRM).

Des infections gynécologiques récidivantes ont été retrouvées chez 31,8% des patientes.

Parmi les autres pathologies gynécologiques la pathologie ovarienne bénigne et les dysplasies du col utérin sont sur-représentées dans cette série.

Une insuffisance lutéale documentée biologiquement (dosage de progestérone à J22 du cycle) a été notée chez 34,1 % des patientes. L'hyperoestrogénie relative qu'elle induit explique sans doute la fréquence élevée des mastodynies, des fibromes de survenue précoce et des polypes utérins dans cette population relativement jeune.

| Pathologies gynécologiques (%) | Femmes |
|--|--------|
| Douleurs péri ou per-menstruelles | 45,4 |
| Phases d'aménorrhées primaires ou secondaires | 9,1 |
| Irrégularités menstruelles prononcées | 11,3 |
| | |
| Condylomes, Chlamydia, mycoses, herpès récidivants | 31,8 |
| Infections urinaires récidivantes | 10,2 |
| | |
| Kystes bénins de l'ovaire | 15,9 |
| Dysplasies du col utérin | 6,8 |
| Polypes utérins | 6,8 |

Parmi les 88 femmes, 4 n'ont jamais eu de rapports sexuels, 23 n'ont jamais eu de grossesse (par choix ou en raison d'une stérilité).

Parmi les 61 femmes ayant eu au moins une grossesse, seules 12 n'ont pas rencontré de difficultés avec leur(s) grossesse(s).

Dans 80,3% des cas, la(es) grossesse(s) ont donné lieu à un ou plusieurs événements suivants :

| | Femmes |
|--|--------|
| Patiente ayant rapporté au moins une IVG* | 21 |
| ▪ Nombre d'IVG rapporté | 28 |
| ▪ IVG suite à un viol | 2 |
| Patiente ayant rapporté une ITG** | 3 |
| Patiente ayant rapporté au moins une fausse couche spontanée | 20 |
| ▪ Nombre de fausses couches spontanées rapportées | 34 |
| Grossesse extra-utérine | 2 |
| Placenta praevia | 1 |
| Hydramnios | 1 |
| Patiente ayant accouché par césarienne une ou plusieurs fois | 16 |
| Hémorragie de la délivrance | 1 |
| Hypertension artérielle gravidique ou Toxémie gravidique | 5 |
| Diabète gestationnel | 4 |
| Dépression sévère | 2 |

*Interruption Volontaire de Grossesse, **Interruption Thérapeutique de Grossesse

Autres maladies urologiques

Deux hommes ont été opérés dans l'enfance d'une ectopie testiculaire, un homme présente une oligospermie, un autre une azoospermie post-chimiothérapie et un homme un lichen de la verge très invalidant.

Sexualité

La plupart des patients ont jugé leur sexualité non épanouie avant parcours de réparation, avec de nombreuses difficultés passées ou présentes dans les relations avec leur(s) partenaire(s).

Plus de 50% des patients ont rapporté avoir eu par le passé des expériences homosexuelles.

Trois femmes et un homme ont déclaré être homosexuels, deux femmes ont inversé leur sexualité après un parcours thérapeutique de réparation.

Addictions

Huit patients ont déclaré avoir des addictions sévères au moment de la consultation : 3 femmes sur 88 et 5 hommes sur 12.

Allergies

51 patients (5 hommes, 46 femmes) ont déclaré souffrir d'allergies, dont 13 patients d'allergie aux pollens.

Parcours judiciaire

Sur les 100 patients, 4 femmes ont entamé une procédure judiciaire contre leur agresseur ; 2 dossiers ont été rejetés, 1 dossier a été classé sans suite, 1 patiente n'est pas allée au bout de la procédure.

Victime et Auteur de violence sexuelle

Quatre femmes ont révélé avoir été auteures d'agression sexuelle lorsqu'elles étaient mineures.

Discussion

En matière de violences sexuelles, l'étude méthodologique parfaite ne pourra jamais exister puisqu'il faudrait suivre deux cohortes de patients comparables et exposer un groupe à de la violence sexuelle, ce qui est bien entendu éthiquement inenvisageable.

C'est pourquoi l'étude de la littérature publiée sur le sujet est également complexe car

- il n'est pas toujours fait distinction entre les différents types de violences (physiques, psychologiques, sexuelles), ce qui est difficile étant donné l'intrication fréquente des violences, mais qui n'est pas sans poser de souci d'interprétation, puisqu'il semblerait que le cumul des violences a des conséquences plus graves comme nous le verrons dans certaines études ci-dessous,
- les définitions des violences sont variables, entre autre en raison des habitudes sociétales et des définitions législatives variables d'un pays à l'autre,
- le mode de recueil des informations est hétérogène,
- la plupart des études sont transversales et rétrospectives, avec les biais méthodologiques fréquents de ce type d'études,
- les amnésies fréquentes dans ce type de violences font occulter de nombreux patients, qui peuvent même être comptabilisés dans les groupes comparateurs témoins,
- les échantillons cliniques sont souvent petits ou non représentatifs de la population générale,
- la violence faite aux hommes est sous analysée,
- il n'existe pas d'analyses statistiques multivariées prenant en compte tous les facteurs entrant en jeu dans l'apparition d'une maladie, notamment les facteurs socio-économiques et socio-démographiques.

La présente analyse étude n'est pas comparative et n'a donc pas la prétention d'être une démonstration scientifique parfaite mais a pour objet d'éveiller la vigilance des médecins devant certaines situations ou pathologies présentes chez les patients, afin de ne pas méconnaître des antécédents de violences sexuelles, car leur détection et leur traitement seront tout à fait essentielles dans le parcours de guérison des pathologies concernées.

Il s'agit donc de 100 patients, 88 femmes et 12 hommes, dont le déséquilibre du sex ratio s'explique par la double compétence de l'examineur, dont la gynécologie plus grande pourvoyeuse de patientes.

Il est important de rappeler à ce sujet que la violence sexuelle touche hommes et femmes dans des proportions quasi semblables pendant la période de l'enfance.

L'identification des violences a été rendue possible par l'interrogatoire systématique sur l'existence de violences physiques, morales ou sexuelles, ce qui ne fait pas encore partie de la routine systématique de l'examen médical classique en France. Douze patients ont consulté directement pour entrer dans un protocole de réparations de violences sexuelles.

L'âge du premier traumatisme n'est pas toujours celui initialement déclaré par le patient. Dans notre expérience, et cela fait partie du protocole de réparation proposé, il est fondamental d'encourager le patient à explorer toutes les couches de violences reçues. Dans la très grande majorité des cas, les personnes faisant état de viols alors qu'elles étaient majeures, retrouvent des agressions sexuelles dans l'enfance pendant leur thérapie. En effet, ce traumatisme chez l'adulte est rarement survenu par hasard, il existe une fragilisation antérieure, souvent perceptible par les agresseurs potentiels, qui fait de la personne concernée une proie facile.

Dans les cas de violences intra-familiales, il est également fréquent une fois que les personnes ont réalisé les anomalies des "cadres de référence" familiaux en matière de sexualité, de voir une correction de l'âge de la première agression. Les cadres de référence pathologiques sont multiples : non respect de l'intimité de l'enfant, exhibition des parents, méconnaissance des dégâts du "touche pipi" ou "jeu du docteur" entre cousins/cousines, ...

A ce sujet, il convient de préciser qu'une même situation peut conduire à une évaluation différente selon les sujets et que ce qui est important c'est de prendre en compte comment la situation est reçue par la personne potentiellement agressée.

Sur le plan psychologique, il convient de noter que l'interrogatoire retrouve dans près de 50% des cas chez les personnes victimes de violences sexuelles un "non accueil de l'enfant" : naissance d'une fille alors qu'un garçon est désiré, envie d'avorter de la mère, voire tentatives d'avortement, enfant illégitime posant problème, ...

L'âge de la conscientisation de l'agression est souvent tardif par rapport à l'événement, en particulier chez les personnes ayant mis en place des mécanismes leur ayant fait oublié le ou les traumatismes.

On rappellera que certaines victimes peuvent occulter les violences vécues par différents mécanismes :

- un viol est un événement extrêmement violent au cours duquel perdre connaissance n'est pas rare,
- un viol peut engendrer des mécanismes de déconnexion du cerveau, comme un circuit électrique qui disjoncte,
- un viol est de plus en plus souvent réalisé chez des personnes alcoolisées ou droguées qui n'ont plus le souvenir de ce qui s'est passé,
- un viol réalisé dans la très jeune enfance peut faire partie des souvenirs oubliés,
- et surtout un viol peut n'être pas conscientisé comme tel, on en revient au "cadre de référence" cité ci-dessus qui peut par exemple à l'âge adulte laisser penser un ex enfant victime que prendre son bain avec son père à l'âge de 10 ans est "normal".

Cet âge de conscientisation et surtout l'âge souvent encore plus tardif où la parole s'ouvre, font que dans la grande majorité des cas, les personnes victimes n'ont pas accès à une réparation auprès de la justice française qui prescrit ces faits.

Il n'a pas été noté sur cette petite série de corrélation spécifique entre la nature des agressions (viol ou attouchement) avec les autres paramètres analysés. Ce point doit attirer l'attention sur le fait que viol comme attouchement peuvent être ressentis avec le même caractère intrusif et destructeur et conduire aux mêmes conséquences somatiques chez certaines personnes.

De par la spécialisation du cabinet, la prévalence de **pathologies auto-immunes** thyroïdiennes est élevée dans cette série.

Il n'existe pas de revue de la littérature exhaustive sur la fréquence des violences sexuelles chez les porteurs de pathologies auto-immunes.

C'est en étudiant l'évolution des taux de TRAK (anticorps anti-récepteur de la TSH) dans le cadre d'hyperthyroïdies Basedowiennes chez des patients ayant découvert en cours de thérapie leurs antécédents d'agressions sexuelles (**1**), que nous avons commencé à faire un lien entre l'auto-immunité et ces types de violences.

Déclencher une maladie auto-immune, c'est fabriquer des anticorps contre son propre corps, c'est clairement s'auto-agresser. Sur le plan symbolique, cette auto-agression correspond à retourner de la colère contre soi.

Chez l'ensemble des patients ayant identifié des violences sexuelles pendant une maladie de Basedow, il a été observé une disparition des TRAK lors de l'évacuation de la colère en cours de thérapie, colère initialement destinée à l'agresseur, mais non exprimée.

De même il a été noté une grande amélioration des pathologies auto-immunes concomitantes et évolutives chez la plupart des patients en parcours de réparation.

Parmi les autres pathologies endocriniennes relevées dans cette étude on peut rapprocher les cas de diabète des observations de la Nurses' Health Study (**2,3**) qui a montré une corrélation du risque de survenue d'un diabète avec la gravité et la fréquence de violences sexuelles subies (91 286 participantes, 68 376 répondantes, 33% de femmes victimes de violences sexuelles avant 18 ans) : attouchements durant l'enfance ou l'adolescence (16% de diabète), un seul rapport ou une tentative durant l'enfance et/ou l'adolescence (34%), plusieurs rapports ou tentatives durant l'enfance et/ou l'adolescence (69%), violence sexuelle après 18 ans par le partenaire (8%).

On peut également rappeler l'existence de conséquences neuro-anatomiques documentées radiologiquement (**4**) (modifications du cortex préfrontal et de l'amygdale impliqués dans les processus émotionnels et la perception de la douleur) et neurobiologiques (dysrégulation hypothalamo-hypophyso-surrénalienne : augmentation de la sécrétion du cortisol, hyperactivité du système nerveux sympathique avec augmentation de la production des catécholamines (adrénaline...) chez les personnes victimes de violences sexuelles.

La fréquence des aménorrhées et des stérilités primaires ou secondaires fait souvent sens sur le plan psychologique et on ne peut que regretter le manque de dépistage des violences sexuelles chez hommes et femmes, dans les centres de procréation médicalement assistée.

Dans un nombre croissant d'études, il est fait état d'une augmentation du **risque de cancer** chez les personnes victimes de violences sexuelles.

Une enquête téléphonique effectuée auprès de 4230 femmes de l'État du Wisconsin a conclu à une augmentation significative de 21 % le risque d'avoir un cancer à l'âge adulte chez les personnes ayant vécu des violences sexuelles dans leur enfance (5).

Une enquête réalisée auprès de 4732 femmes de l'État du Kentucky, âgées de 18 à 88 ans, a mis en évidence une augmentation du risque de cancer du col utérin de 40% chez les femmes ayant été victimes de violences sexuelles enfant et 70% des femmes ayant vécu de la violence sexuelle conjugale (6).

Un lien est sans doute à faire avec la fréquence anormalement élevée des dysplasies du col de notre étude (6, 3% versus 0,3% en dépistage national) et dont la moyenne d'âge est moins élevée.

Des chiffres dont on peut rapprocher ceux de Wingood et al. qui ont retrouvé une infection à papillomavirus 5 fois plus fréquente chez les femmes de 18 à 24 ans victimes de violence sexuelle dans l'année qui précède (7).

Wise et al. (8) rapportent une faible augmentation du risque de cancer du sein lorsque la violence sexuelle survenue à l'âge adulte s'accompagne de violence physique dans une cohorte de femmes afro-américaines.

Dans notre étude, la prévalence du cancer du sein, étant donné le jeune âge de la cohorte est supérieure aux statistiques nationales.

Les troubles gynécologiques sont extrêmement fréquents dans cette sphère de violence pour la femme.

Comme dans notre étude, Chandler et coll. soulignent la fréquence très augmentée des douleurs pelviennes chez les femmes victimes de viols (9) et Wise et coll. celle des fibromes chez les femmes victimes de violence sexuelle dans l'enfance (10) et que nous avons relié à une insuffisance lutéale précoce.

L'insuffisance lutéale est également souvent corrélée à l'existence de migraines et il serait intéressant de rechercher systématiquement un tel déséquilibre hormonal en leur présence chez une femme, ce d'autant plus que des auteurs tels Tietgen et al. (11) dans une étude multicentrique américaine effectuée dans 11 centres spécialisés dans le diagnostic et le traitement des céphalées aux États-Unis et au Canada ont retrouvé des antécédentes d'agression sexuelle chez 25% des 1348 patients atteints de migraine (88 % de femmes, 22 % d'hommes).

Nous pensons que la grande fréquence des pathologies en cours de grossesse est en partie liée au fait que cet état représente un moment privilégié sur le plan psychologique de résurgence des peurs liées à l'enfance, mais également de violences intraconjugales.

Les patients, pour la plupart ont des **parcours médicaux chargés** par rapport à leur âge.

La fréquence de l'obésité morbide notée dans notre étude est à rapprocher des résultats de la méta-analyse de Midei et Matthews (12) portant sur 36 études

étudiant les relations entre violences durant l'enfance et obésité (138 746 sujets - 61 % de femmes, 39 % d'hommes) et de ceux de Grilo et al. **(13)** qui retrouve une fréquence d'abus sexuels dans l'enfance de 32% chez 137 sujets ayant recours à la chirurgie bariatrique pour obésité sévère (âge moyen 42 ans, IMC entre 37 et 72 kg/m²).

Les violences sexuelles dans l'enfance et l'adolescence augmentent le risque de développer une hypertension artérielle ou un diabète à l'âge adulte (ce risque est en partie lié au surpoids ou à l'obésité) **(14)**.

La fréquence des troubles digestifs signalée dans les études telle celle de Talley et al. **(15)** appelle notre commentaire sur l'intérêt, dans de futures études, de rechercher un lien avec des dysfonctionnements thyroïdiens (générateurs de troubles du transit) chez les personnes victimes de violences sexuelles.

Conclusion

Les conséquences des violences sexuelles ne sont donc pas seulement psychiques, mais aussi physiques.

Elles se manifestent à long terme et tous les domaines de la médecine sont concernés.

Les études sont difficiles à réaliser ; elles sont de plus en plus nombreuses, mais méthodologiquement imparfaites.

Les données publiées sont presque exclusivement nord-américaines ; on manque d'études européennes et notamment françaises.

La présente analyse étude n'a donc pas la prétention d'être une démonstration scientifique parfaite mais a pour objet d'éveiller les consciences des médecins, des thérapeutes et des soignants sur le sujet des violences sexuelles et d'inviter les patients à mettre du sens sur leurs symptômes pour les accompagner vers la guérison avec un protocole de soins adapté.

Cette étude a également pour objectif d'encourager les médecins à effectuer un dépistage actif des violences sexuelles, à toutes les étapes du parcours de soins d'un patient pour éviter la chronicisation des symptômes et une escalade des pathologies, car le corps s'exprime de plus en plus violemment quand on ne l'écoute pas.

En effet, dans toutes ces études interpellant sur la somatisation tardive des facteurs de gravité sont identifiés : la coexistence de plusieurs types de violences (effet cumulatif), les caractéristiques des violences sexuelles subies, le nombre des actes, la durée de la violence et le nombre des agresseurs, l'âge de survenue du premier traumatisme, le sexe [la violence vécue dans l'enfance fait davantage de dégâts chez les hommes que chez les femmes (violence non dévoilée, moins de structures d'aide)].

Prévenir, dépister activement et traiter de façon appropriée sont des leviers qui devraient permettre également une économie importante en terme de soins de santé, tant les coûts des complications médicales des violences sexuelles sont élevés.

Dans notre expérience, la prise en compte et le traitement des antécédents améliore significativement l'état clinique des patients, ce qui est d'ailleurs un élément important en faveur de la causalité.

Enfin, accompagner les victimes dans un parcours de réparation est un point clé de la prévention de tels actes de violences, puisqu'une grande majorité d'agresseurs ont eux-mêmes été victimes de violences sexuelles et/ou de violences physiques ou morales dans leur enfance.

Bibliographie

- 1 - GUERIN V. Stop aux Violences Sexuelles ! Ecoutons donc ces corps qui parlent ! ISBN 978-2-9540444-0-8, novembre 2011, Paris, France-auto édition.
- 2 - RICH-EDWARDS JW, SPIEGELMAN D, LIVIDOTI HIBERT EN, JUN HJ, TODD TJ, KAWACHI I, WRIGHT RJ. Abuse in childhood and adolescence as a predictor in type 2 diabetes in adult women. *Am J Prev Med* 2010; 39; 529-536.
- 3 - MASON SM, WRIGHT RJ, HIBERT EN, SPIEGELMAN D, JUN HJ, HU FB, RICH-EDWARDS JW. Intimate partner violence and incidence of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care* 2013; 36: 1159-1165.
- 4 - OQUENDO MA, MILLER JM, SUBLETTE ME. Neuroanatomical correlates of childhood sexual abuse: identifying biological substrates for environmental effects on clinical phenotypes. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 574-577.
- 5 - BROWN MJ, THACKER LR, COHEN SA. Association between adverse childhood experiences and diagnosis of cancer. *PLoS One* 2013; 8: e65524.
- 6 - COKER AL, HOPENHAYN C, DeSIMONE CP, BUSH HM, CROFFORD L. Violence against Women Raises Risk of Cervical Cancer. *J Womens Health (Larchmt)* 2009; 18: 1179-1185.
- 7 - WINGOOD GM, SETH P, DiCLEMENTE RJ, ROBINSON LS. Association of sexual abuse with incident high-risk human papillomavirus infection among young African-American women. *Sex Transm Dis* 2009; 36: 784-786.
- 8 - WISE LA, PALMER JR, BOGGS DA, ADAMS-CAMPBELL LL, ROSENBERG L. Abuse victimization and risk of breast cancer in the Black Women's Health Study [corrected]. *Cancer Causes Control* 2011; 22: 659-669.
- 9 - CHANDLER HK, CICCONI DS, RAPHAEL DK. Localization of pain and self-reported rape in a female community sample. *Pain Med* 2006; 7: 344-352.
- 10 - WISE LA, PALMER JR, ROSENBERG L. Lifetime abuse victimization and risk of uterine leiomyomata in black women. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208: 272.e1-272.e13.
- 11 - TIETJEN GE, BRANDES JL, PETERLIN BL, ELOFF A, DAFER RM, STEIN MR, DREXLER E, MARTIN VT, HUTCHINSON S, AURORA SK, RECOBER A, HERIAL NA, UTLEY C, WHITE L, KHUDER SA. Childhood maltreatment and migraine (Part I). Prevalence and adult revictimization: a multicenter headache clinic survey. *Headache* 2009; 50: 20-31.
- 12 - MIDEI AJ, MATTHEWS KA. Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity: a systematic review of the literature and proposed pathways. *Obes Rev* 2011; 12: e159-172.

- 13 - GRILO CM, MASHEB RM. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obes Res* 2001; 9: 320-325.
- 14 - RILEY EH, WRIGHT RJ, JUN HJ, HIBERT EN, RICH-EDWARDS JW. Hypertension in adult survivors of child abuse: observations from the Nurses' Health Study II. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64: 413-418.
- 15 - TALLEY NJ, FETT SL, ZINSMEISTER AR. Self-reported abuse and gastrointestinal disease in outpatients: association with irritable bowel-type symptoms. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 366-371.